

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Teori kebutuhan dasar manusia

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologi, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hirarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar (Widagdo, 2016) yakni :

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu :

- 1) Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- 2) Kebutuhan cairan dan elektrolit
- 3) Kebutuhan makanan
- 4) Kebutuhan eliminasi urine dan alvi
- 5) Kebutuhan istirahat dan tidur

- 6) Kebutuhan aktivitas
- 7) Kebutuhan kesehatan temperature tubuh
- 8) Kebutuhan seksual

Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia (Widagdo, 2016)

- b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)
Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi :
 - 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
 - 2) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
 - 3) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing (Widagdo, 2016)
- c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*) Kebutuhan ini meliputi :
 - 1) Memberi dan menerima kasih sayang
 - 2) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
 - 3) Kehangatan
 - 4) Persahabatan
 - 5) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social (Widagdo, 2016)
- d. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*). Kebutuhan ini meliputi :
 - 1) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
 - 2) Kompeten
 - 3) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*). Kebutuhan ini meliputi :
 - 1) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal dan memahami potensi diri
 - 2) Belajar memahami kebutuhan sendiri

- 3) Tidak emosional
- 4) Mempunyai dedikasi yang tinggi
- 5) Kreatif
- 6) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya

Dengan mengetahui konsep kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, kita perlu memahami bahwa :

- a. Manusia senantiasa berkembang sehingga dapat mencapai potensi diri dengan maksimal
- b. Kebutuhan pada tingkat yang lebih tinggi tidak akan terpenuhi dengan baik sampai kebutuhan di bawahnya terpenuhi
- c. Jika kebutuhan dasar pada tiap tingkatan tidak terpenuhi, pada akhirnya akan muncul suatu kondisi patologis.
- d. Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, dan setiap kebutuhan tersebut dimodifikasi sesuai budaya masing-masing
- e. Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya menurut prioritas
- f. Walaupun kebutuhan pada umumnya harus dipenuhi, tetapi beberapa kebutuhan sifatnya dapat ditunda
- g. Kegagalan dalam memenuhi kebutuhan menyebabkan ketidakseimbangan homeostatis. Kondisi ini lebih lanjut dapat menimbulkan penyakit.
- h. Kebutuhan dapat menyebabkan seseorang berpikir dan bergerak untuk memenuhinya. Ini disebabkan oleh rangsangan yang berasal dari factor internal dan eksternal
- i. Seseorang dapat merasakan adanya kebutuhan sehingga dapat berespons melalui berbagai cara
- j. Kebutuhan dasar sifatnya saling berkaitan; beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan memengaruhi kebutuhan lainnya (Widagdo, 2016)

Konsep hirarki diatas menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah, dan kebutuhannya pun terus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk

berkembang jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis.

2. Faktor Yang Memengaruhi Pemenuhan Kebutuhan

Secara umum, terdapat beberapa factor yang memengaruhi pemenuhan kebutuhan manusia. Factor-faktor tersebut meliputi :

a. Penyakit

Saat seseorang sakit dalam kondisi sakit, ia tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sendiri. Dengan demikian, individu tersebut akan bergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

b. Hubungan yang berarti

Keluarga merupakan system pendukung bagi individu (klien). Selain itu, keluarga juga dapat membantu klien dalam menyadari kebutuhannya dan mengembangkan cara yang sehat untuk memenuhi kebutuhannya tersebut. Dalam praktek di tatanan layanan kesehatan, perawat dapat membantu upaya pemenuhan kebutuhan dasar klien yang membina hubungan yang berarti.

c. Konsep diri

Individu dengan konsep diri yang positif akan mudah mengenali dan memenuhi kebutuhannya tersebut. Sedangkan seseorang dengan konsep diri yang negatif, misalnya penderita depresi, akan mengalami perubahan kepribadian dan suasana hati yang dapat memengaruhi persepsi dan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Rosmalawati, 2016).

d. Tahap perkembangan

Dalam hal ini, pemenuhan kebutuhan dasar akan dipengaruhi oleh perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku individu sebagai hasil dari interaksinya dengan lingkungan (Rosmalawati, 2016).

e. Struktur keluarga

Struktur keluarga dapat memengaruhi cara klien memuaskan kebutuhannya. Sebagai contoh, seorang ibu mungkin akan mendahulukan kebutuhan bayinya dibandingkan kebutuhannya sendiri. Misalnya, saat ia menunda makan atau tidurnya untuk menyusui bayinya (Rosmalawati, 2016).

3. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

a. Definisi kebutuhan aman nyaman

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram (Potter & Perry, 2006). Perubahan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Carpenito, Linda Jual, 2000).

Kebutuhan keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik, ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misalnya: Penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku, yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman (Asmadi, 2005).

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan. Konsep kenyamanan memiliki subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan ketidaknyamanan. Kolcoba (1992, dalam Potter & Perry, 2005) mengungkapkan kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar

manusia yaitu akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), transenden (keadaan tentang suatu yang melebihi masalah atau nyeri).

b. Klarifikasi kebutuhan keamanan

1) Keselamatan fisik

Memperhatikan keselamatan fisik melibatkan keadaan mengurangi atau mengeluarkan ancaman pada tubuh atau kehidupan. Ancaman tersebut mungkin penyakit, kecelakaan, bahaya atau pemajanan pada lingkungan.

2) Keselamatan psikologis

Untuk selamat dan aman secara psikologis, seseorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga dan profesional pemberi perawatan kesehatan. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang dijumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak dikenal (Potter & Perry, 2005).

3) Lingkungan kebutuhan keamanan

lingkungan klien mencakup semua faktor fisik dan psikosial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Disini menyangkut kebutuhan fisiologis juga yaitu kebutuhan terhadap oksigen, kelembaban yang optimum, nutrisi, dan suhu yang optimum akan mempengaruhi kemampuan seseorang.

4) Cara meningkatkan keamanan

- a) Mengkaji tingkat kemampuan klien untuk melindungi diri
- b) Menjaga keselamatan klien yang gelisah
- c) Prosedur tindakan
- d) Kebersihan lantai

B. Konsep Dasar Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan merupakan reaksi pertama yang muncul atau dirasakan oleh pasien dan keluarga disaat pasien harus dirawat mendadak atau tanpa terencana begitu dimulai masuk rumah sakit/ klinik. Cemas adalah emosi dan merupakan pengalaman subjek individual, mempunyai kekuatan tersendiri dan tersulit untuk diobservasi secara langsung. Perawat dapat mengidentifikasi cemas lewat perubahan tingkah laku pasien (Nursalam, 2011). Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Videbeck, 2008, dalam Eko, 2014).

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang dapat mengancam keutuhan serta keberadaan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti rasa tak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, fobia tertentu (Nursalam, 2014).

2. Rentang Respon Kecemasan

Kecemasan dibagi menjadi empat berdasarkan tingkatan atau rentang responnya, menurut Videback yaitu ansietas ringan, sedang, berat dan panic. (Eko, 2014) Berikut adalah pembagiannya :

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berfikir, bertindak, merasakan dan melindungi. Respon fisik dari kecemasan ringan adalah :

- 1) Ketegangan otot ringan
- 2) Sadar akan lingkungan
- 3) Rileks atau sedikit gelisah
- 4) Penuh perhatian
- 5) Rajin

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup atau agitasi. Respon fisik kecemasan sedang adalah :

- 1) Ketegangan otot sedang
- 2) Tanda-tanda vital meningkat
- 3) Pupil dilatasi, mulai berkeringat
- 4) Sering mondar-mandir, memukul tangan
- 5) Suara berubah, bergetar nada suara tinggi
- 6) Kewaspadaan dan ketegangan meningkat
- 7) Sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah nyeri punggung.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat adalah sesuatu yang berbeda dan ada ancaman, memperlihatkan respon takut dan distress. Dengan respon fisik sebagai berikut :

- 1) Ketegangan otot berat
- 2) Hiperventilasi
- 3) Kontak mata buruk
- 4) Pengeluaran keringat meningkat
- 5) Bicara cepat, nada suara tinggi
- 6) Tindakan tanpa tujuan
- 7) Rahang menegang
- 8) Mondar-mandir, berteriak
- 9) Meremas tangan dan gemetar

d. Panik

Individu kehilangan kendali dan detail perhatian hilang, karena hilangnya kontrol maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Respon fisik panic adalah :

- 1) *Fight, flight, atau Freeze*
- 2) Ketegangan otot sangat berat
- 3) Agitasi mototrik kasar
- 4) Pupil dilatasi

- 5) Tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun
- 6) Tidak dapat tidur.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan (Eko, 2014)

- a. Stresor predisposisi Stresor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan, ketegangan dalam kehidupan tersebut dapat berupa :
 - 1) Peristiwa traumatic, yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau krisis situasional
 - 2) Konflik emosional, yang dialami individu dan tidak dapat terselesaikan dengan baik. Konflik antara diri dan super ego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan
 - 3) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan untuk mengambil keputusan yang berdampak pada ego.
 - 4) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil yang berdampak terhadap ego.
 - 5) Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang mempengaruhi konsep diri individu.
 - 6) Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stress akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
 - 7) Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga mempengaruhi respon individu dan berespon terhadap konflik dan mengatasi kecemasan
 - 8) Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung benzodiazepin, karena benzodiazepin dapat menekan neurotransmitter (GABA) *Gamma Amino Butyric Acid* yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

- 9) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berfikir secara realistis sehingga menimbulkan kecemasan.

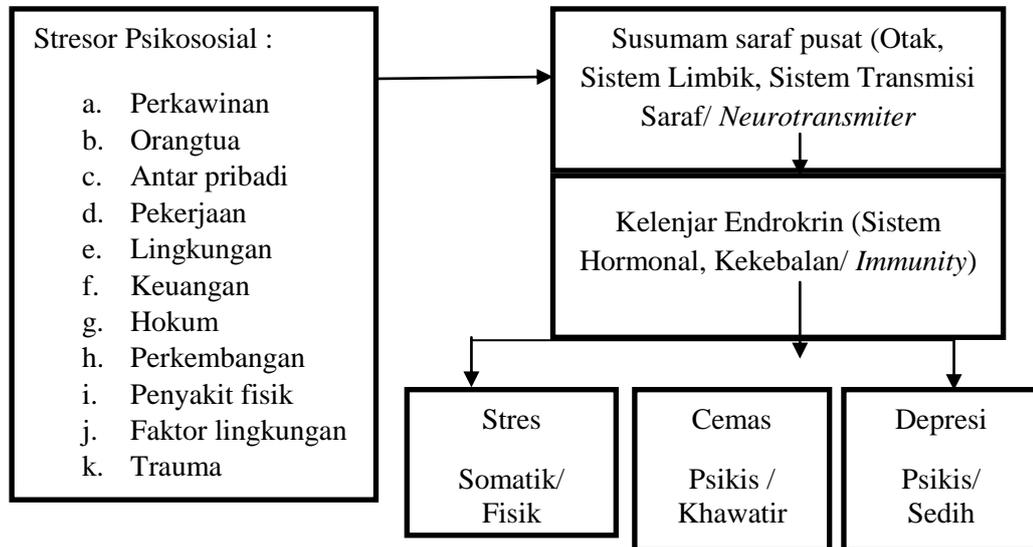
b. Stresor Presipitasi

Stresor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan (Suliswati, 2005, Eko 2014). Stresor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi dua bagian :

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik ketegangan yang mengancam integritas fisik meliputi :
 - a) Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis system imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misalnya: hamil)
 - b) Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.
- 2) Ancaman eksternal terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.
 - a) Sumber internal : kesulitan dalam berhubungan intrapersonal di rumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga mengancam harga diri.
 - b) Sumber eksternal : kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, dan sosial budaya.

Gejala cemas yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (ketakutan dan kekhawatiran), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik). Pada gejala depresi, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (kemurungan dan kesedihan), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik).

Mekanisme psiko neuroimunologi atau psiko neuroendrokinologi secara sederhana dapat digambarkan dalam skema berikut ini:



Sumber: Eko Praobo, 2014

Gambar 2.1
Mekanisme Stres, Cemas, Depresi

C. Konsep Dasar Abortus

1. Tingkat Abortus

Abortus atau *miscarriage* adalah dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan sekitar 500 atau gram kurang dari 1000 gram, terhentinya proses kehamilan sebelum usia kehamilan kurang dari 28 minggu (Manuaba, 2013). Abortus adalah berakhirnya kehamilan melalui cara apapun, spontan maupun buatan, sebelum janin mampu bertahan hidup dengan batasan berdasar umur kehamilan dan berat badan (Handono, 2009).

2. Klasifikasi abortus

Berdasarkan pelaksanaannya dibagi menjadi :

a. Keguguran terapeutik (*abortus therapeuticus*)

Abortus terapeutik adalah terminasi kehamilan secara medis atau bedah sebelum janin mampu hidup (viabel) dan hampir 60%

abortus terapeutik dilakukan sebelum usia gestasi 8 minggu, dan 88% sebelum minggu ke-12 kehamilan (Handono, 2009).

- b. Keguguran buatan ilegal (*abortus provocatus criminalis*) Penguguran kehamilan tanpa alasan medis yang sah dan dilarang oleh hukum (Prawirohardjo, 2018).

Berdasarkan kejadian dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Abortus buatan

Merupakan tindakan abortus yang sengaja dilakukan sehingga kehamilan dapat diakhiri. Upaya menghilangkan hasil konsepsi dapat dilakukan berdasarkan :

a) Indikasi medis

Menghilangkan kehamilan atas indikasi ibu untuk dapat menyelamatkan jiwanya. Indikasi medis tersebut di antaranya penyakit jantung, ginjal atau hati yang berat, gangguan jiwa ibu dengan dijumpai kelainan bawaan berat dengan pemeriksaan ultrasonografi dan gangguan pertumbuhan perkembangan dalam rahim.

b) Indikasi sosial

Pengguguran kandungan dilakukan atas dasar aspek sosial seperti menginginkan jenis kelamin tertentu, tidak ingin punya anak, jarak kehamilan terlalu pendek, belum siap untuk hamil, kehamilan yang tidak diinginkan (Manuaba, 2010).

c) Abortus spontan

Abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus (Handono, 2009). Penghentian kehamilan sebelum umur 20 minggu kehamilan lengkap dengan berat janin mati kurang lebih 500 gram. Usia kehamilan dapat mempengaruhi kejadian abortus spontan dimana sekitar 75% abortus terjadi sebelum usia 16 minggu dan kira-kira 60% terjadi sebelum 12 minggu. Paling sedikit 80% dari seluruh kehamilan berakhir secara spontan sebelum wanita yang

bersangkutan atau tenaga kesehatan menyadari adanya kehamilan (Benson dan Pernoll, 2009).

3. Patofisiologi

Rahmani (2014) mengemukakan bahwa pada permulaan abortus terjadi perdarahan dalam desidua basalis yang diikuti nekrosis jaringan disekitarnya. Hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Hal ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan lebih dari 14 minggu umumnya yang mula-mula dikeluarkan setelah ketuban pecah, janin disusul beberapa waktu kemudian oleh plasenta yang terbentuk lengkap

Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada yang hanya kantong amnion kosong atau tampak di dalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (*blighted ovum*) dan ada yang berupa janin lahir mati. Mudigah yang mati tidak dikeluarkan dalam waktu singkat maka dapat diliputi oleh lapisan bekuan darah dan isi uterus dinamakan mola kruenta.

Bentuk ini menjadi mola karnosa apabila pigmen darah telah diserap sehingga semuanya tampak seperti daging. Bentuk lain adalah mola tuberosa dalam hal ini tampak berbenjol-benjol karena terjadi hematoma antara amnion dan korion. Pada janin yang telah meninggal dan tidak dikeluarkan dapat terjadi proses mumifikasi yaitu janin mengering dan karena cairan amnion menjadi kurang oleh sebab diserap, maka menjadi agak gepeng (*fetus kompresus*). Dalam tingkat lebih lanjut menjadi tipis seperti kertas perkamen (*fetus papiraseus*). Kemungkinan lain pada janin mati yang tidak lekas dikeluarkan ialah terjadinya maserasi yaitu kulit terkelupas, tengkorak menjadi lembek, perut membesar karena terisi cairan, dan seluruh janin berwarna kemerah-merahan.

4. Faktor penyebab

Penyebab abortus disebabkan oleh berbagai faktor baik dari faktor janin, faktor ibu, dan faktor ayah.

a. Faktor janin

Faktor janin merupakan penyebab yang sering terjadi pada abortus spontan. Kelainan yang menyebabkan abortus spontan tersebut yaitu kelainan telur (*blighted ovum*), kerusakan embrio dengan adanya kelainan kromosom, dan abnormalitas pembentukan plasenta (*hipoplasi trofoblas*) (Rahmani, 2014).

b. Faktor ibu

Faktor yang menyebabkan abortus terbagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal, yaitu :

1) Faktor Internal

a) Usia

Berdasarkan teori Prawirohardjo (2008) pada kehamilan usia muda keadaan ibu masih labil dan belum siap mental untuk menerima kehamilannya. Akibatnya, selain tidak ada persiapan, kehamilannya tidak dipelihara dengan baik. Kondisi ini menyebabkan ibu menjadi stress. Akan meningkatkan resiko terjadinya abortus. Kejadian abortus berdasarkan usia 42,9% terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, kemudian diikuti usia 30 sampai dengan 34 tahun dan antara 25 sampai dengan 29 tahun. Hal ini disebabkan usia diatas 35 tahun secara medik merupakan usia yang rawan untuk kehamilan. selain itu, ibu cenderung memberi perhatian yang kurang terhadap kehamilannya dikarenakan sudah mengalami kehamilan lebih dari sekali dan tidak bermasalah pada kehamilan sebelumnya.

b) Paritas

Pada kehamilan, rahim ibu teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Bila ibu telah melahirkan 4 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai

adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Risiko abortus spontan meningkat seiring dengan paritas ibu.

c) Jarak kehamilan

Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, mengalami persalinan yang lama, atau perdarahan (abortus). Insidensi abortus pada wanita yang hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan aterm.

d) Riwayat abortus sebelumnya

Menurut Prawirohardjo (2009) riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kejadiannya sekitar 3-5%. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali maka risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi menyatakan risiko abortus setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30-45%.

e) Faktor genetik

Sebagian besar abortus spontan disebabkan oleh kelainan kariotip embrio yang merupakan kelainan sitogenik berupa aneuploidi yang disebabkan oleh kejadian sporadis dari fertilitas abnormal. Sebagian dari kejadian abortus pada trimester pertama berupa trisomi autosom yang timbul selama gametogenesis pada pasien dengan kariotip normal. Insiden trisomi ini dapat meningkat dengan bertambahnya usia dimana risiko ibu terkena aneuploidi diatas 35 tahun. Selain dari struktur kromosom atau gen abnormal, gangguan jaringan konektif lainnya misalnya Sindroma Marfan dan ibu dengan *sickle cell anemia* berisiko tinggi mengalami abortus (Prawirohardjo, 2008)

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Coba Anda pelajari beberapa definisi keluarga, antara lain sebagai berikut.

- a. Keluarga merupakan orang yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial (hidup bersama) dan adanya hubungan psikologi (ikatan emosional) (Hanson 2001, dalam Doane & Varcoe, 2005 dalam Widagdo, 2016).
- b. Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall dan Logan, 1986 dalam Friedman, 1998 dalam Widagdo, 2016).
- c. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI, 1988 dalam Widagdo, 2016)
- d. Menurut ahli keluarga yaitu Friedman (1998, dalam Nasir & Muhith, 2011), menjelaskan bahwa keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga. Fungsi dasar tersebut terbagi menjadi lima fungsi yang salah satunya adalah fungsi efektif, yaitu fungsi keluarga untuk pembentukan dan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pementapan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggotanya. Apabila fungsi efektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari keseluruhan unit keluarga tersebut. Banyak kejadian dalam keluarga yang terkait fungsi efektif ini yang bisa memicu terjadinya gangguan kejiwaan baik pada anggotanya maupun pada keseluruhan unit keluarganya, contoh kejadian-kejadian tersebut seperti perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, kultural, dan lain-lain. Kejadian tersebut tidak semata-mata muncul, tetapi selalu ada pemicunya, dalam konsep keluarga yang

biasanya menjadi pemicu adalah struktur nilai, struktur peran, pola komunikasi, pola interaksi, dan iklim keluarga yang mendukung untuk mencetuskan kejadian-kejadian yang memicu terjadinya gangguan kejiwaan pada keluarga tersebut.

2. Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran merujuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang peran dalam situasi social tertentu (Mubarak, 2019). Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Setiadi, 2018). Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

a. Peran ayah

1) Ayah sebagai *sex partner*

Ayah merupakan *sex partner* yang setia bagi istrinya. Sebagai *sex partner*, seorang ayah harus dapat melaksanakan peran ini dengan diliputi oleh rasa cinta kasih yang mendalam. Seorang ayah harus mampu mencintai istrinya dan jangan minta dicintai oleh istrinya (Setiadi, 2018).

2) Ayah sebagai pencari nafkah

Tugas ayah sebagai pencari nafkah merupakan tugas yang sangat penting dalam keluarga. Penghasilan yang cukup dalam keluarga mempunyai dampak yang baik sekali dalam keluarga. Penghasilan yang kurang cukup menyebabkan kehidupan keluarga yang kurang lancar. Lemah kuatnya ekonomi tergantung pada penghasilan ayah. Sebab segala segi kehidupan dalam keluarga

perlu biaya untuk sandang, pangan, perumahan, pendidikan dan pengobatan. Untuk seorang ayah harus mempunyai pekerjaan yang hasilnya dapat dipergunakan untuk mencukupi kebutuhan keluarga (Setiadi, 2018).

3) Ayah sebagai pendidik

Peran ayah sebagai pendidik merupakan peran yang penting. Sebab peran ini menyangkut perkembangan peran dan pertumbuhan pribadi anak. Ayah sebagai pendidik terutama menyangkut pendidikan yang bersifat rasional. Pendidikan mulai diperlukan sejak anak umur tiga tahun ke atas, yaitu saat anak mulai mengembangkan ego dan super egonya. Kekuatan ego (aku) ini sangat diperlukan untuk mengembangkan kemampuan realitas hidup yang terdiri dari segala jenis persoalan yang harus dipecahkan. Jika peran ini difokuskan pada keinginan orang tua ataupun ayahnya maka tumbuh kembang anak terganggu baik fisik maupun psikologinya. Dan akan merasa tertekan, jika hal ini berkelanjutan akan menimbulkan dampak pada psikologi yang abnormal seperti depresi, sifat yang agresif dan gangguan psikologi yang lain (Huraerah, 2017).

b. Peran Ibu

1) Ibu sebagai pendidik

Peran ini dapat dipenuhi dengan baik, bila ibu mampu menciptakan iklim psikis yang gembira, bahagia dan bebas sehingga suasana rumah tangga menjadi semarak dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang. Dengan begitu anak-anak dan suami akan betah tinggal di rumah. Iklim psikologis penuh kasih sayang, kesabaran, ketenangan, dan kehangatan itu memberikan semacam vitamin psikologi yang merangsang pertumbuhan anak-anak menuju pada kedewasaan (Setiadi, 2018).

2) Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya

Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya (Setiadi, 2018).

3) Sebagai patner hidup

Peran ini ditujukan bagi suami yang memerlukan kebijaksanaan, mampu berpikir luas, dan sanggup mengikuti gerak langkah karir suaminya. Sehingga akan terdapat kesamaan pandangan, perasaan, dan berinteraksi secara lancar dengan mereka (Setiadi, 2018).

3. Tipe Keluarga

a. Tipe keluarga tradisional, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.

- 1) *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat.
- 2) *The dyad family* (keluarga *dyad*), suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak, jadi ketika nanti Anda melakukan pengkajian data dan ditemukan tipe keluarga ini perlu Anda klarifikasi lagi datanya(Widagdo, 2016).
- 3) *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- 4) *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
- 5) *Extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya.

Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan.

- 6) *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
 - 7) *Kin-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama(Widagdo, 2016).
- b. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga *nontradisional*, tipe keluarga ini tidak lazim ada di Indonesia, terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut.
- 1) *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - 2) *Cohabiting couple*, orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
 - 3) *Gay and lesbian family*, seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.
 - 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
 - 5) *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya(Widagdo, 2016).

4. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman fungsi keluarga ada lima antara lain berikut ini.

a. *Fungsi afektif*

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga

stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri(Widagdo, 2016).

b. *Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial*

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial(Widagdo, 2016).

c. *Fungsi reproduksi*

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. *Fungsi ekonomi*

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga(Widagdo, 2016).

e. *Fungsi perawatan kesehatan*

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

- 1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
- 3) Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- 4) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- 5) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas(Widagdo, 2016).

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga yang perlu Anda pelajari berikut ini.

a. Keluarga baru menikah atau pemula

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) membangun perkawinan yang saling memuaskan;
- 2) membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial;
- 3) mendiskusikan rencana memiliki anak

b. Tahap perkembangan keluarga yang kedua adalah keluarga dengan anak baru lahir. Tugas perkembangannya adalah:

- 1) membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga;
- 2) rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;
- 3) mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
- 4) memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek.

c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan;
- 2) mensosialisasikan anak;
- 3) mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain;
- 4) mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat;
- 2) mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
- 3) memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

- e. Keluarga dengan anak remaja
Tugas perkembangannya adalah:
 - 1) menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri;
 - 2) memfokuskan kembali hubungan perkawinan;
 - 3) berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.
- f. Keluarga melepas anak usia dewasa muda
- g. Tugas perkembangannya adalah:
 - 1) memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak;
 - 2) melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan;
 - 3) membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri.
- h. Keluarga dengan usia pertengahan
Tugas perkembangannya adalah:
 - 1) menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan;
 - 2) mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak;
 - 3) memperkuat hubungan perkawinan(Widagdo, 2016).
- i. Keluarga dengan usia lanjut
Tugas perkembangannya adalah:
 - 1) mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;
 - 2) menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun;
 - 3) mempertahankan hubungan perkawinan;
 - 4) menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
 - 5) mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi;
 - 6) meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup) (Widagdo, 2016).

6. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas Kesehatan Keluarga menurut Efendi & Makhfudli (2013) adalah:

a. Mengenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah (Widagdo, 2016).

b. Membuat keputusan masalah kesehatan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut hal-hal yang harus dikaji oleh perawat :

- 1) Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah,
- 2) Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan,
- 3) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami,
- 4) Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit,
- 5) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan,
- 6) Apakah 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. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui 1 hal sebagai berikut:

- 1) Keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya),
- 2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan,
- 3) Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan,
- 4) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial),
- 5) Sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- 1) Sumber-sumber keluarga yang dimiliki,
- 2) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan,
- 3) Pentingnya hygiene sanitasi,
- 4) Upaya pencegahan penyakit,
- 5) Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi,
- 6) Kekompakan antar anggota keluarga

e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat. Berikut merupakan pembagian dari fasilitas kesehatan masyarakat:

- 1) Keberadaan fasilitas keluarga,
- 2) Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan,
- 3) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,
- 4) Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan,

- 5) Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan,
- 6) Fasilitas kesehatan yang terjangkau oleh keluarga.

Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

E. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

1. Pengkajian

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik keluarga, serta data sekunder yang mendukung lainnya. Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/ model *Family Center Nursing* Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

- a. Data umum
 - 1) Identitas kepala keluarga
Berisi tentang nama kepala keluarga, umur (KK), pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, dan alamat (KK).
 - 2) Komposisi anggota keluarga
Berisi tentang nama anggota keluarga, umur, jenis kelamin, hubungan dengan KK, pendidikan, pekerjaan dan keterangan (Achjar, 2010).
 - 3) Genogram
Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar, terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 2011).
 - 4) Tipe keluarga
Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis.
 - 5) Suku bangsa

Berisi tentang suku bangsa yang meliputi: asal suku bangsa keluarga, bahasa yang dipakai keluarga dan kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan.

6) Agama

Meliputi agama yang dianut keluarga dan kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan.

7) Status sosial ekonomi keluarga

Meliputi rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga, jenis pengeluaran keluarga tiap bulan, tabungan khusus kesehatan dan barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (parabot, transportasi).

8) Aktivitas rekreasi keluarga

Menggambarkan tentang kebiasaan rekreasi yang dilakukan oleh keluarga.

b. Tahap perkembangan dan riwayat keluarga

1) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Meliputi tahap perkembangan keluarga inti (ditentukan dengan anak tertua), tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi dan riwayat keluarga inti yang berisi: riwayat terbentuknya keluarga inti, penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular dikeluarga).

2) Riwayat keluarga sebelumnya

Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga. riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan.

c. Data lingkungan

1) Karakteristik rumah

Ukuran rumah (luas rumah), kondisi dalam dan luar rumah, kebersihan rumah, ventilasi rumah, saluran pembuangan air limbah, air bersih, pengelolaan sampah, kepemilikan rumah, kamar mandi/ WC dan denah rumah.

- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
Mengkaji apakah ingin tinggal dengan satu suku saja, aturan dan kesepakatan penduduk setempat dan budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan.
 - 3) Mobilitas geografis keluarga
Mengkaji tentang apakah keluarga sering pindah rumah dan dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress).
 - 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi keluarga dengan masyarakat
Mengkaji tentang perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga.
 - 5) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Achjar, 2010).
- d. Struktur keluarga
- Menurut Setiadi (2018), struktur keluarga adalah sebagai berikut:
- 1) Pola komunikasi keluarga
Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/ masalah dalam keluarga didiskusikan.
 - 2) Struktur kekuatan keluarga
Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya adalah: siapa yang membuat keputusan dalam keluarga, bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah atau kesepakatan, dierahkan pada masing-masing individu), siapakah pengambilan keputusan tersebut.

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalankan.

4) Nilai dan norma keluarga

Berisi nilai dan norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga

Menurut Achjar (2010), fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

1) Fungsi afektif

Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang, perasaan saling memiliki, dukungan terhadap anggota keluarga dan saling menghargai, kehangatan.

2) Fungsi sosialisasi

Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar, bagaimana interaksi dan hubungan dalam keluarga.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (preventif atau promosi). Bila ditemukan data maladaptif lakukan peninjauan tahap II (berdasarkan 5 tugas keluarga/5 KMK), yaitu KMK mengenal masalah, KMK mengambil keputusan, KMK merawat keluarga yang sakit, KMK memelihara kesehatan atau memodifikasi lingkungan, KMK memanfaatkan fasilitas kesehatan.

4) Fungsi ekonomi

Menurut (Friedman E, 2014) fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup-finansial, ruang, dan material-serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Fungsi ekonomi berupa data yang relevan mengenai sumber ekonomi keluarga seperti alokasi

sumber yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan keluarga: sandang, pangan, papan, dan perawatan kesehatan yang adekuat.

5) Fungsi psikososial

Teori Erik Erikson bahwa psikososial adalah penggambaran hubungan antara hubungan sosial dengan kesehatan mental/emosi yang melibatkan aspek sosial dan psikologis. Perkembangan kepribadian seseorang berasal dari pengalaman sosial sepanjang hidupnya sehingga disebut sebagai perkembangan psikososial.

f. Stress dan coping keluarga

Menurut Setiadi (2018), stres dan coping keluarga adalah sebagai berikut: stresor jangka panjang (memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan) dan stresor jangka pendek (memerlukan penyelesaian dalam waktu sekitar 6 bulan) serta kekuatan keluarga, respon keluarga terhadap stress, strategi coping yang digunakan, dan strategi adaptasi yang disfungsi: adalah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif

g. Pemeriksaan fisik

Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan, pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Aspek pemeriksaan fisik mulai kesadaran, vital sign, kulit, rambut kepala, mata, mulut, telinga, dada (IPPA), kardiovaskuler (IPPA), abdomen (IPPA), ekstremitas, sistem genitalia serta kesimpulan pada hasil pemeriksaan fisik (Smeltzer & Bare, 2002 dalam (Widagdo, 2016).

h. Harapan keluarga

Harapan terhadap masalah kesehatan keluarga dan terhadap petugas kesehatan yang ada.

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisa untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks. Setelah data dianalisa dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada,

perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga (SDKI, 2018).

3. Prioritas Masalah

Prioritas masalah dilakukan dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga (Bailon dan Maglaya), scoring dilakukan untuk menentukan skor pada setiap kriteria. Cara melakukan scoring adalah skor yang dipilih dibagi dengan nilai tertinggi dan dikalikan dengan bobot. Kriteria dibagi menjadi: sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dapat dicegah, dan menonjolnya masalah dengan masing-masing skala yang telah ditetapkan. Cara perhitungan dapat ditunjukkan dengan rumus sebagai berikut

$$\frac{\text{Nilai yang dipilih} \times \text{Bobot}}{\text{Nilai tertinggi}}$$

Kriteria yang mempengaruhi prioritas masalah yaitu:

a. Sifat masalah

Bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga.

b. Kemungkinan masalah dapat diubah

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

c. Potensial masalah dapat dicegah

Kepelikan dari masalah (yang berhubungan dengan penyakit atau masalah), lamanya masalah (yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada), tindakan yang dijalankan (tindakan-tindakan yang

tepat dalam memperbaiki masalah), adanya kelompok “*high risk*” (kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah).

d. Menonjolnya masalah

Perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skore yang tinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga

Tabel 2.2
Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

Kriteria	Bobot	Score
Sifat masalah	1	Aktual = 3
		Resiko = 2
		Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk diubah	2	Mudah = 2
		Sebagian = 1
		Sedang = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3
		Cukup = 2
		Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2
		Tidak segera diatasi = 1
		Tidak dirasakan adanya masalah = 0

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti

a. Diagnosis sehat/*wellness*

Digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif.

b. Diagnosis ancaman (risiko)

Digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya masalah.

c. Diagnosis nyata/gangguan

Digunakan jika sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosa keperawatan keluarga nyata/gangguan terdiri dari *problem* (P), *etiologi* (E), dan *symptom* (S). Perumusan problem merupakan respon terhadap gangguan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi mengacu pada 5 tugas keluarga, yaitu:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
Meliputi persepsi terhadap keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, persepsi keluarga terhadap masalah.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
Meliputi sejauh manakeluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, masalah dirasakan keluarga, keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, informasi yang salah.
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
Meliputi bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga, sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan
Meliputi keuntungan/manfaat pemeliharaan, pentingnya hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan
Meliputi keberadaan fasilitas kesehatan, keuntungan yang didapat, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, pengalaman keluarga yang kurang baik, pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga (Achjar Henny Ayu, 2012).

5. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskannya untuk mengatasi stresor dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan yaitu: primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, sekunder untuk memperkuat pertahanan sekunder, dan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten (Aderson&Mc Farlane,2014). Tujuan jangka panjang mengacu pada bagaimana mengatasi masalah dan tujuan jangka pendek harus SMART (S= *spesifik*, M= *measurable/ dapat diukur*, A= *achievable/dapat dicapai*, R= *reality*, T= *time limited/ punya limit waktu*) (SIKI, 2018).

6. Implementasi

Merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga, seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (SIKI, 2018). Menurut Zaidin Ali tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini (SIKI, 2018):

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - 1) Memberikan informasi
 - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah

- 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - 2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
 - 1) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
 - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

7. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1998). Evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana dan dapat mengatasi masalah keluarga.

Menurut Nikmatur (2012) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada saat perencanaan. Tujuan evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi tindakan keperawatan, dan meneruskan tindakan keperawatan. Menurut Zaidin Ali evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S: adalah hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, berupa keluhan langsung dari klien, misalnya: klien mengatakan nyeri mulai berkurang.

O: adalah hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, hasil dari pengukuran terhadap pasien, misalnya: nyeri klien derajat 4.

A: adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.

P: adalah perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dimodifikasi, dihentikan atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan (SIKI, 2018)