

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (Fitri et al., 2021). Program penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan bentuk dari upaya untuk memberikan pelajaran berupa pengalaman pada tiap individu, anggota keluarga, sekumpulan, maupun pada masyarakat umum seperti penyuluhan tentang cuci tangan pakai sabun (CTPS) (Wati & Ridlo, 2020). Hidup sehat merupakan suatu hal yang seharusnya memang diterapkan oleh setiap manusia, mengingat manfaat kesehatan yang sangat penting bagi setiap manusia, mulai dari bekerja, beraktivitas dalam kehidupan sehari-hari tentu memerlukan kesehatan, baik kesehatan pribadi maupun kesehatan anak serta keluarga sangatlah mudah serta murah, dibandingkan biaya yang harus kita keluarkan untuk pengobatan apabila mengalami gangguan kesehatan, Perilaku hidup bersih dan sehat merupakan wujud keberdayaan masyarakat sadar terhadap kesehatan (Musdalifah et al., 2020). Salah satu misi promosi kesehatan adalah memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat untuk hidup sehat melalui program pemberdayaan masyarakat, oleh karena itu sasaran promosi kesehatan dapat melalui pemberdayaan individu, pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan kelompok atau masyarakat (Kemenkes, 2011).

Penyuluhan kesehatan adalah salah satu metode yang dapat diterapkan dengan tindakan persuasif guna mengingatkan masyarakat pentingnya menjaga kesehatan dengan metode penyuluhan maka pemeliharaan kesehatan masyarakat dapat dimulai dari kesadaran setiap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat luas (Rahman & Patilaiya, 2018). Kegiatan penyuluhan secara aktif atau langsung ke masyarakat, keluarga maupun individu terutama yang masih jauh dari jangkauan media informasi maupun fasilitas kesehatan akan sangat membantu mendapat informasi kesehatan (Prasanti & Fuady, 2018). Adapun 10 indikator dalam perilaku hidup bersih dan sehat salah satunya yaitu cuci tangan pakai sabun (CTPS) (Natsir, 2019). Dilakukan upaya penyuluhan dan penerapan program PHBS tentang cuci tangan atau menjaga kesehatan tangan (hand hygiene), kebersihan tangan (hand hygiene) yang merupakan cara untuk meningkatkan kebersihan

individu maupun kelompok (Sinaga et al., 2023). Salah satu indikator penting dari pelaksanaan PHBS dapat dimulai dari hal yang sederhana yaitu mencuci tangan pakai sabun, cuci tangan pakai sabun adalah proses membuang kotoran dan debu secara mekanis dari permukaan kulit, kuku, jari jemari pada kedua tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir untuk mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit (Parasyanti et al., 2020).

Menurut WHO (2016) bahwa ada 6 langkah dalam mencuci tangan yang baik dan benar, dengan durasi pada prosedurnya yaitu 20-30 detik (Saputra & Fatrida, 2020). Menurut *Public-Private Partnership for Handwashing with Soap* (PPPHWS) dalam UNICEF (2008) menunjukkan bahwa hanya 10% orang yang mencuci tangan dengan menggunakan sabun (Parasyanti et al., 2020). Berdasarkan penelitian ternyata hanya 48,2% responden yang membasuh tangan dengan air yang mengalir dan sabun, sedangkan sisanya menggunakan waskom cuci tangan, di mana satu waskom ini digunakan untuk beberapa orang, ini sangat tidak efektif, bahkan dapat menimbulkan penularan dari satu orang ke orang lain (Nugraheni et al., 2019). Adapun dampak yang dapat terjadi akibat tidak mencuci tangan pakai sabun dengan benar salah satunya yaitu penyakit Diare (Kemenkes RI, 2015). Menurut Yusanti dkk (2020), mencuci tangan dengan memakai sabun dapat menurunkan risiko terinfeksi penyakit sebanyak 45% dan 50% menurunkan resiko diare (Kemenkes, 2015) (Sinaga et al., 2023). Hasil penelitian lain menunjukkan yang melakukan cuci tangan pakai sabun sebelum makan/memegang makanan dan setelah buang air adalah sebanyak 67,3 % , dan melakukan cuci tangan pakai sabun di rumah, di sekolah dan di mana saja diperlukan sebanyak 56,3% (Nugraheni et al., 2019).

Upaya yang sudah dilakukan WHO untuk mengatasi masalah kurangnya kesadaran untuk cuci tangan salah satunya adalah memperingati Hari Cuci Tangan Pakai Sabun (HCTPS) pada tanggal 15 Oktober yang merupakan upaya untuk meningkatkan budaya cuci tangan pakai sabun (CTPS) secara global (Parasyanti et al., 2020). Adapun upaya lain adalah Penyuluhan Secara Aktif dan Tindakan Persuasif Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Melalui Kegiatan Cuci Tangan Pakai Sabun, Setelah adanya program tersebut ini diharapkan masyarakat atau anggota keluarga dapat menyadari pentingnya kebersihan dan mampu membiasakan diri untuk berperilaku hidup bersih dan sehat sejak usia dini, salah satunya dengan terbiasa mencuci tangan menggunakan sabun setelah selesai melakukan kegiatan di dalam dan di luar ruangan (Novitasari, 2018). Adapun upaya yang perlu dilakukan dalam penerapan program PHBS tentang cuci tangan atau menjaga kesehatan tangan (hand hygiene), kebersihan tangan (hand hygiene) dengan cara

penyuluhan secara aktif dan tindakan persuasif agar terhindar dari virus/bakteri yang bisa menyerang tubuh kita (Sinaga et al., 2023).

Menurut uraian diatas, maka penulis melakukan penelitian yang berjudul “Analisa *Healt Education* Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) Pada Keluarga Dengan Aktivitas Dagang Dengan Metode Penyuluhan Aktif dan Tindakan Persuasif”

1.2 Tinjauan Teori

1.2.1 Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga

Whall (1986) mengemukakan bahwa keluarga yaitu sekelompok dua orang atau lebih yang disatukan oleh persatuan dan ikatan emosional tidak hanya berdasarkan keturunan atau hukum, tetapi mungkin atau mungkin tidak Dengan cara ini, mereka menganggap diri mereka sebagai keluarga dan mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Yahya, 2021).

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Wahyuni et al., 2021).

2. Tipe keluarga

Dengan melibatkan keluarga dalam meningkatkan kesehatan, maka kita perlu memahami semua tipe dalam keluarga, antara lain :

1) Tradisional

- a. Keluarga inti mengacu pada keluarga (biologis atau adopsi) yang terdiri dari suami, istri dan anak
- b. Keluarga besar mengacu pada keluarga inti dan keluarga lain yang berhubungan dengan kerabat sedarah, seperti kakek nenek, keponakan, paman dan bibi.
- c. Keluarga *Dyad* adalah keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak.
- d. *Single Parent* “Orang tua tunggal” adalah keluarga yang terdiri dari orang tua (ayah / ibu) dan anak (dikandung / diadopsi). Perceraian atau kematian dapat menyebabkan situasi ini.

- e. *Single Adult* "Orang dewasa lajang" mengacu pada sebuah keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa (misalnya, seorang dewasa yang kemudian tinggal di kantor asrama untuk bekerja atau belajar).
- 2) Non Tradisional
- a. *The unmarriedteeneger mather* (Remaja yang belum menikah)
Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dan anak-anak dari hubungan tanpa nikah
 - b. *The stepparent family*
Keluarga dengan orang tua tiri.
 - c. *Commune family* (Keluarga komunal)
 - d. Beberapa pasangan keluarga yang tidak terkait (dan anak-anak mereka) tinggal bersama di rumah yang sama, sumber daya dan fasilitas yang sama, dan pengalaman yang sama: mensosialisasikan anak melalui kegiatan kelompok atau membesarkan anak bersama.
 - e. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*
Keluarga yang tinggal bersama namun bisa saja berganti pasangan tanpa adanya menikah
 - f. *Gay and lesbian families*
Orang dengan jenis kelamin yang sama hidup dengan "pasangan nikah"
 - g. *Cohabiting family*
Dengan beberapa alasan yang memungkinkan dimana orang dewasa tinggal dalam satu rumah tanpa adanya suatu pernikahan.
 - h. *Group marriage-family*
Dalam pernikahan di mana orang dewasa menggunakan peralatan keluarga bersama-sama, mereka merasa bahwa hubungan romantis yang mereka jalani adalah pernikahan dan berbagi beberapa hal, termasuk seks dan pengasuhan anak selanjutnya.
 - i. *Group network family*
Kelompok jaringan keluarga dimana keluarga inti memiliki ikatan atau aturan yang sama dan mereka hidup bersama untuk berbagi kebutuhan sehari-hari dan memberikan layanan dan tanggung jawab untuk mengasuh anak.
 - j. *Foster family*

Keluarga angkat Ketika orang tua anak membutuhkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya, keluarga akan menerima sementara anak yang tidak ada hubungannya dengan keluarga / saudara kandung.

k. *Homeless family*

Keluarga tunawisma Karena krisis pribadi yang berkaitan dengan kondisi ekonomi dan atau masalah kesehatan mental, keluarga yang terbentuk tanpa adanya perlindungan yang tetap diberikan.

l. Gang

Bentuk keluarga yang merusak, dalam arti mereka mencari ikatan emosional dan merawat keluarga, tetapi tumbuh dalam lingkungan yang penuh kekerasan dan kejahatan dalam hidup mereka. (Yahya, 2021)

1.2.2 Fungsi keluarga

Berikut adalah secara umum fungsi keluarga menurut Friedman:

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi keluarga berhubungan dengan fungsi-fungsi internal keluarga berupa kasih sayang, perlindungan, dan dukungan psikososial bagi para anggotanya

2) Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang berperan untuk proses perkembangan individu agar menghasilkan interaksi sosial dan membantu individu melaksanakan perannya dalam lingkungan sosial.

3) Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

5) Fungsi Perawatan/Pemeliharaan

Kesehatan Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang berguna untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi (Wahyuni et al., 2021).

1.2.3 Struktur keluarga

Menurut Friedman (2003) Salah satu pendekatan dalam keluarga adalah pendekatan struktural fungsional, Struktur keluarga menyatakan bagaimana keluarga disusun atau bagaimana unit unit ditata dan saling terkait satu sama lain. Struktur dalam keluarga terbagi menjadi 4 yaitu:

1) Pola komunikasi keluarga

Komunikasi sangatlah penting dalam suatu hubungan namun tidak hanya untuk keluarga, tetapi juga untuk semua jenis hubungan. Mode interaktif yang berfungsi dalam keluarga memiliki karakteristik sebagai berikut:

a) Terbuka, jujur, berpikiran positif, dan selalu berusaha menyelesaikan konflik keluarga.

b) Komunikasi berkualitas tinggi antara pembicara dan audiens

Dalam pola komunikasi ini biasanya disebut stimulus respons, komunikasi semacam ini kadang terjadi ketika orang tua mengasuh bayi ataupun sebaliknya. Orang tua lebih aktif dan kreatif dalam merespon (stimulus).

2) Struktur Peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi tertentu. Ayah berperan sebagai kepala keluarga, ibu berperan sebagai daerah domestik keluarga, dan anak memiliki perannya masing-masing dan berharap dapat saling memahami dan mendukung.

3) Struktur Kekuatan

Kondisi struktur keluarga yang menggambarkan adanya kekuasaan yang digunakan untuk mengontrol dan mempengaruhi anggota keluarga lainnya dalam sebuah keluarga, setiap individu dalam keluarga memiliki kekuatan untuk mengubah perilaku anggotanya ke arah yang lebih positif dalam hal perilaku dan kesehatan. ketika seseorang memiliki kekuatan sebenarnya dia dapat mengontrol interaksi.

4) Nilai-Nilai Dalam Kehidupan Keluarga

Di dalam kehidupan keluarga sikap maupun kepercayaan sangat penting dimana didalamnya terdapat nilai yang merupakan sistematis. Nilai-nilai kekeluargaan

juga dapat digunakan sebagai pedoman dalam menetapkan norma dan aturan. Norma merupakan perilaku sosial yang baik berdasarkan sistem nilai keluarga (Yahya, 2021).

1.2.4 Konsep Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)

1. Pengertian cuci tangan

Menurut penelitian yang dilakukan Desiyanto dan Djannah (2013), hand hygiene merupakan istilah dari tindakan mencuci tangan yang mana diartikan sebagai tindakan sanitasi dengan membersihkan jemari menggunakan air, sabun ataupun cairan lainnya dengan tujuan menjadi bersih (Sinanto & Djannah, 2020). Mencuci tangan dengan menggunakan air dan sabun dapat lebih efektif membersihkan kotoran dan telur cacing yang menempel pada permukaan kulit, kuku dan jari-jari pada kedua tangan (Risnawaty, 2017).

2. Langkah-langkah cuci tangan

Menurut WHO (2016), terdapat 6 langkah dalam mencuci tangan yang baik dan benar dengan durasi 20-30 detik. Sebelum memulai terlebih dahulu basahi telapak tangan menggunakan air yang mengalir kemudian diberi sabun secukupnya.

- 1) Ratakan sabun dengan kedua telapak tangan
- 2) Telapak tangan di atas punggung tangan kiri dan menggosok punggung tangan kiri serta sela-sela jari tangan kiri, begitupula sebaliknya
- 3) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari tangan
- 4) Jari- jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci
- 5) Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 6) Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya. Selanjutnya bilas dengan air mengalir, lalu keringkan dengan handuk. Setelah itu menutup kran air menggunakan tangan yang dilapisi dengan handuk untuk menghindari kontak langsung dengan kran (Sinaga et al., 2023).

3. Faktor yang mempengaruhi tindakan cuci tangan

Menurut Kushartanti (2012) yang menjelaskan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi kemampuan anak untuk mencuci tangan pakai sabun yaitu

- 1) *Host* (contohnya seperti: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan motivasi)
- 2) *Environment* (contohnya seperti: lingkungan fisik, lingkungan sosial, sarana kesehatan)
- 3) *Agent* (gaya hidup dari penggunaan sabun dalam mencuci tangan, peraturan sekolah, pola asuh orang tua, ketersediaan media pendidikan, informasi dan keberadaan UKS) (Sinaga et al., 2023).

1.2.5 Konsep pendidikan kesehata (*Health Education*)

1. Pengertian *heath education*

WHO mendefinisikan *health education* sebagai kesempatan yang dibangun secara sadar untuk belajar, yang melibatkan beberapa bentuk komunikasi yang dirancang untuk meningkatkan literatur kesehatan, termasuk meningkatkan pengetahuan, dan berkembangnya kemampuan hidup yang kondusif (Hou, 2018). Menurut (Ernawati et al., 2022) *health education* adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan taraf kesehatannya.

2. Prinsip dasar pendidikan kesehatan (*Heatl Education*)

Menurut Mona (2015) ada sebelas prinsip dasar pendidikan kesehatan (*heatl educatio*) terkait kesehatan yang dibahas sebagai berikut :

- 1) *Interest* (Minat)
Minat adalah prinsip psikologis bahwa orang tidak mungkin mendengarkan hal-hal yang tidak sesuai dengan minat mereka.
- 2) *Participation* (Partisipasi)
Partisipasi bertujuan untuk mendorong orang untuk bekerja secara aktif dengan petugas kesehatan dan orang lain untuk mengidentifikasi masalah kesehatan mereka sendiri.
- 3) *Know to Unknown* (Diketahui hingga Tidak Diketahui)
Mulailah di mana orang-orang berada dan dengan apa yang mereka pahami dan kemudian lanjutkan ke pengetahuan baru.
- 4) *Re-inforcement* (Penegakan Ulang)

Pengulangan secara terus menerus dan adanya umpan balik sangat berguna untuk memahami semua informasi kesehatan dan meningkatkan pemahaman.

5) *Motivation* (Motivasi)

Setiap individu memiliki cara belajar yang unik. Mencari tahu dan menstimulus atau membangkitkan keinginan belajar yang disebut motivasi.

6) *Communication* (Komunikasi)

Pendidikan kesehatan harus mewaspadai berbagai hambatan komunikasi dan latar belakang budaya masyarakat. Pendidikan kesehatan harus menyesuaikan pembicaraan dan tindakannya dengan kelompok yang akan diberikan pendidikan kesehatan.

7) *Need-Based* (Berbasis Kebutuhan)

Semua pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan harus berbasis kebutuhan. Program pendidikan kesehatan masyarakat harus terarah, pasti, spesifik, dan relevan dengan masalah dan solusi yang tersedia.

8) *Change Behaviour* (Ubah Perilaku)

Bertujuan untuk mengubah perilaku, oleh karena itu diperlukan pendekatan multidisiplin untuk memahami perilaku manusia sekaligus untuk proses pengajaran yang efektif.

9) *Scientific Based Knowledge* (Pengetahuan Berbasis Ilmiah)

Pendidikan yang berhubungan dengan kesehatan harus ilmiah dan berbasis pengetahuan terkini, oleh sebab itu seorang pendidikan kesehatan harus memiliki pengetahuan ilmiah terkini untuk memberikan pendidikan kesehatan.

10) *Rapport Relationship* (Hubungan Hubungan)

Pendidikan kesehatan harus membuat mereka dapat diterima oleh masyarakat. Mereka harus menyadari bahwa mereka adalah enabler dan bukan guru. Mereka seperti teman bagi mereka. Mereka harus memenangkan kepercayaan klien.

11) *Compare and Upgrade Knowledge* (Bandingkan dan Tingkatkan Pengetahuan)

Harus diingat bahwa orang tidak memiliki informasi atau gagasan tentang kesehatan. Pendidikan kesehatan tidak hanya menyampaikan informasi

tetapi juga memungkinkan klien untuk menganalisis ide-ide lama dengan yang baru, membandingkan dengan pengalaman, dan mengambil keputusan yang dianggap menguntungkan dan bermanfaat (Fabanyo et al., 2022)

3. Sasaran pendidikan kesehatan (*Health Education*)

Menurut Mona (2015) metode sasaran orang-orang untuk pendidikan kesehatan disebutkan di bawah :

- 1) Metode pendidikan individual, seperti klien, pasien, individu sehat
- 2) Metode pendidikan kelompok, misal kelompok remaja, kelompok lansia, kelompok keluarga
- 3) Metode pendidikan komunitas, misalnya orang yang tinggal didesa (Ernawati et al., 2022)

4. Peran pendidikan kesehatan (*Role of Health Education*)

Menurut Mona (2015) berbagai peran penting seorang pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut :

- 1) Berbicara dengan orang-orang dengan hati-hati dan mendengarkan masalah mereka
- 2) Cari tahu perilaku atau tindakan masyarakat yang dapat menyebabkan, menyembuhkan, dan mencegah masalah
- 3) Bantu orang untuk melihat alasan tindakan dan masalah kesehatan mereka
- 4) Meminta orang untuk memberikan ide-ide mereka sendiri untuk memecahkan masalah
- 5) Membantu orang menemukan ide-ide mereka sehingga mereka dapat memahami mana yang paling berguna dan paling sederhana untuk dipraktikkan.
- 6) Menginspirasi orang untuk memilik ide yang paling sesuai dengan keadaan mereka (Fabanyo et al., 2022).

1.2.6 Konsep asuhan keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga. Tahapan dari proses keperawatan keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Pengkajian keluarga dan individu di dalam keluarga. Pengkajian keluarga dilakukan dengan cara mengidentifikasi data demografi, data social cultural, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan coping yang di gunakan keluarga, serta perkembangan keluarga. Sedangkan pengkajian terhadap individu sebagai anggota keluarga meliputi: pengkajian fisik, mental, emosi, social, dan spiritual.
- b. Perumusan diagnosis keperawatan.
- c. Penyusunan perencanaan
- d. Pelaksanaan asuhan keperawatan
- e. Evaluasi

Tahapan proses keperawatan:

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahapan seorang perawat mengumpulkan informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Secara garis besar data dasar yang dipergunakan mengkaji status keluarga adalah:

- 1) Struktur dan karakteristis keluarga
- 2) Social, ekonomi, dan budaya
- 3) Faktor lingkungan
- 4) Riwayat kesehatan dan medis dari setiap anggota keluarga
- 5) Psikososial keluarga

Hal-hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah sebagai berikut:

- 1) Data umum
 - a. Nama kepala keluarga, umur, alamat, dan telepon jika ada, pekerjaan dan pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga yang terdiri atas nama, jenis kelamin, tanggal lahir atau umur, hubungan dengan kepala keluarga, status imunisasi dari masing-masing anggota keluarga, genogram (genogram keluarga dalam tiga generasi)
 - b. Tipe keluarga, menjelaskan tipe keluarga beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut.
 - c. Suku bangsa atau latar belakang budaya (etnik), mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut, serta mengidentifikasi budaya suku bangsa terkait dengan kesehatan.
 - Latar belakang etnik keluarga atau anggota keluarga

- Tempat tinggal keluarga bagaimana (uraikan bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnik bersifat homogeny).
 - Kegiatan-kegiatan social budaya, rekreasi, dan pendidikan. Apakah kegiatan-kegiatan ini dalam kelompok kultur atau budaya keluarga.
 - Kebiasaan-kebiasan doet berbusana, baik tradisional maupun modern.
 - Bahasa yang digunakan dalam keluarga(rumah).
 - Penggunaan jasa pelayanan kesehatan keluarga dan praktisi. Apakah keluarga mengunjungi praktik, terlibat dalam praktik-praktik pelayanan kesehatan tradisional, atau mempunyai kepercayaan tradisional dalam bidang kesehatan.
- d. Agama, mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti:
- Apakah ada anggota keluarga yang berbeda dalam keyakinan beragamanya.
 - Bagaimana keterlibatan keluarga dalam kegiatan agama atau organisasi keagamaan.
 - Agama yang dianut oleh keluarga.
 - Kepercayaan-kepercayaan dan nilai-nilai keagamaan yang dianut dalam kehidupan keluarga, terutama dalam hal kesehatan.
- e. Status sosial ekonomi keluarga, status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan, baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang- barang yang dimiliki oleh keluarga seperti:
- Jumlah pendapatan perbulan
 - Sumber-sumber pendapatan perbulan
 - Jumlah pengeluaran perbulan
 - Apakah sumber pendapatan mencukupi kebutuhan keluarga
 - Bagaimana keluarga mengatur pendapatan dan pengeluarannya.
- f. Aktivitas rekreasi keluarga dan waktu luang, rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, namun dengan menonton TV dan

mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi, selain itu perlu dikaji pula penggunaan waktu luang atau senggang keluarga.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

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

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

3) Pengkajian lingkungan

- a. karakteristik rumah
 - a) Gambaran tipe tempat tinggal (rumah, apartemen, sewa kamar, kontrak, atau lainnya). Apakah keluarga memiliki sendiri atau menyewa rumah untuk tempat tinggal.
 - b) Gambaran kondisi rumah meliputi bagian interior dan eksterior. Interior interior rumah meliputi: jumlah kamar dan tipe kamar (kamar tamu, kamar tidur), penggunaan-penggunaan kamar tersebut dan bagaimana kamar tersebut diatur. Bagaimana kondisi dan kecukupan perabot, penerangan, ventilasi, lantai, tangga rumah. Susunan dan kondisi bangunan tempat tinggal. Termasuk perasaan-perasaan subjektif keluarga terhadap rumah tinggalnya, apakah keluarga menganggap rumahnya memandai bagi mereka.
 - c) Dapur, suplai air minum, penggunaan alat-alat masak, apakah ada fasilitas pengaman bahaya kebakaran.

- d) Kamar mandi, sanitasi, air, fasilitas toilet, ada tidaknya sabun dan handuk.
 - e) Kamar tidur, bagaimana pengaturan kamar tidur. Apakah memadai bagi anggota keluarga dengan pertimbangan usia mereka, hubungan, dan kebutuhan-kebutuhan khusus mereka lainnya.
 - f) Kebersiahn dan sanitasi rumah, apakah banyak serangga-serangga kecil (khususnya didalam), dan masalah-masalah sanitasi yang disebabkan akibat binatang-binatang peliharaan.
 - g) Pengaturan privasi. Bagaimana dengan perasaan keluarga terhadap pengaturan privasi rumah mereka memadai atau tidak. Termasuk bahaya-bahaya terhadap keamanan rumah atau lingkungan.
 - h) Perasaan secara keseluruhan dengan pengaturan atau penataan rumah mereka.
- b. karakteristik lingkungan dan komunitas tempat tinggal
- a) Tipe lingkungan tempat tinggal komunitas kota atau desa
 - b) Tipe tempat tinggal (hunian, industry, campuran hunian dan industry kecil agraris).
 - c) Sanitasi jalan dan rumah. Bagaimana kebersihannya, cara penanganan sampah, dan lainnya.
 - d) Adakah jenis-jenis industri di lingkungan rumah (kebisingan, polusi air, dan udara).
 - e) Karakteristik demografi di lingkungan komunitas tersebut.
 - 6) Kelas sosial dan karakteristik etnik penghuni.
 - f) Lembaga pelayanan kesehatan dan sosial, apa yang ada dalam lingkungan dan komunitas (klinik, rumah sakit, penanganan keadaan gawat darurat, kesejahteraan, konseling, pekerjaan).
 - g) Kemudian pendidikan di lingkungan komunitas apakah mudah di akses dan bagaimana kondisinya.
 - h) Fasilitas-fasilitas rekreasi yang di miliki di komunitas tersebut.
 - i) Fasilitas-fasilitas ekonomi, warung, toko, apotik, pasar, wartel, dan lainnya.
 - j) Transportasi umum. Bagaimana pelayanan dan fasilitas tersebut dapat di akses (jarak, kecocokan, jam pemberangkatan, dan lainnya). Untuk keluarga/komunitas.

- k) Kejadian tingkat kejahatan di lingkungan dan komunitas, apakah ada masalah yang serius seperti tidak aman dan ancaman yang serius.
- c. Mobilitas geografis keluarga
Mobilitas geografis keluarga yang di tentukan, lama keluarga tinggal di daerah ini, atau apakah sering mempunyai kebiasaan berpindah- pindah tempat tinggal.
- d. Perkumpulan keluarga dan interkasi dengan masyarakat.
Menjelaskan yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.
- e. Sistem pendukung keluarga meliputi:
- Jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis.
 - Sumber dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat, lembaga pemerintah, maupun swasta/LSM.
 - Jaminan pemeliharaan kesehatan yang dimiliki keluarga.
- 4) Struktur keluarga
- a. Pola-pola komunikasi keluarga
Menjelaskan cara berkomunikasi antaranggota keluarga, termasuk pesan yang disampaikan, bahasa yang digunakan, komunikasi secara langsung atau tidak, pesan emosional (positif atau negative), frekuensi, dan kualitas komunikasi yang berlangsung. Adakah hal-hal yang tertentu dalam keluarga untuk didiskusikan.
- b. Struktur kekuatan keluarga
- Keputusan dalam keluarga, siapa yang membuat, yang memutuskan dalam penggunaan keuangan, pengambil keputusan dalam pekerjaan atau tempat tinggal, serta siapa yang memutuskan kegiatan dan kedisiplinan anak-anak.
 - Model kekuatan atau kekuasaan yang digunakan keluarga dalam membuat keputusan.
- c. Struktur peran, menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga, baik secara formal maupun informal.
- Peran formal, posisi dan peran formal pada setiap anggota keluarga (gambarakan bagaimana setiap keluarga melakukan peran masing- masing) dan apakah ada konflik peran dalam keluarga.

- Peran informal, adakah peran informal dalam keluarga, siapa yang memainkan peran tersebut, berapa kali dan bagaimana peran tersebut dilaksanakan secara konsisten.

d. Struktur nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang di anut keluarga dengan kelompok atau komunitas. Apakah sesuai dengan nilai norma yang dianut, seberapa penting nilai yang dianut, apakah nilai yang dianut secara sadar atau tidak, apakah konflik nilai yang menonjol dalam keluarga, bagaimana kelas sosial keluarga, bagaimana kelas sosial keluarga, bagaimana latar belakang budaya yang mempengaruhi nilai- nilai keluarga, serta bagaimana nilai-nilai keluarga mempengaruhi status kesehatan keluarga.

5) Fungsi keluarga

a. Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri anggota keluarga. Perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan pada keluarga, serta keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b. Fungsi sosialisasi

Bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma atau budaya dan perilaku.

c. Fungsi perawatan kesehatan

Sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, dan perlindungan terhadap anggota yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai konsep sehat sakit. Kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga, di antaranya adalah sebagai berikut:

- Mengetahui masalah keperawatan

Sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi: pengertian, tanda dan gejala, penyebab, serta yang mempengaruhi persepsi keluarga terhadap masalah

- Mengambil keputusan

Mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dialami, takut akibat dari tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, dapatkah menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, kurang

percaya terhadap tenaga kesehatan, serta mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah.

- Merawat anggota keluarga yang sakit

Sejauh mana keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan; mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial). Mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

- Memelihara lingkungan

Sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber yang dimiliki, keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene sanitasi dan kekompakan antaranggota keluarga pada praktik lingkungan. Apakah saat ini keluarga terpapar polusi udara, air, atau kebisingan dari lingkungan tempat tinggalnya, apa yang dilakukan keluarga untuk mencegah penyakit, siapa orang yang berperan membuat keputusan terkait masalah kesehatan keluarga, serta bagaimana pengetahuan keluarga cara perawatan anggota keluarga yang sakit

- Menggunakan fasilitas/pelayanan kesehatan

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

- Fungsi reproduksi

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

- Fungsi ekonomi

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

6) Stress dan koping keluarga

- a. Stressor jangka pendek, yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih 6 bulan.
- b. Stressor jangka panjang yaitu stressor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.
- c. Kemampuan keluarga berespons terhadap situasi atau stressor, mengkaji sejauh mana keluarga berespons terhadap situasi atau stressor.
- d. Strategi koping yang digunakan, strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.
- e. Strategi adaptasi disfungsional, menjelaskan adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

7) Pemeriksaan fisik

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

8) Harapan keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada.

3. Analisa data

Dari hasil pengkajian didapatkan analisa data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan, di mana masalah kesehatan yang di alami oleh keluarga memerlukan bantuan untuk segera ditangani dengan cepat. Pada faktor yang berhubungan merupakan etiologi, atau factor penunjang lain yang telah mempengaruhi perubahab status kesehatan.

4. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan keluarga dianalisis dari hasil penghasilan terhadap masalah dalam tahap perkembangan keluarga, lingkungan keluarga, struktur keluarga, fungsi-fungsi keluarga, koping keluarga, bsik yang bersifat actual, risiko maupun sejahtera diman perawat memiliki kewenangan dan tanggung jawab untuk melakukan tindakan keperawatan bersama-sama dengan keluarga, berdasarkan kemampuan, dan sumber daya keluarga.

Diagnosis keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian. Komponen diagnose keperawatan meliputi problem atau masalah, etiologi atau penyebab, dan sign atau tanda yang selanjutnya dikenal dengan PES.

No	Diagnosa Keperawatan (PES)
1	Defisit pengetahuan keluarga tentang cuci tangan pakai sabun (CTPS) berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
2	Manajemen kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurangnya anggota keluarga terpapar informasi (D.0116)

5. Skoring

Setelah data dianalisis, kemungkinan perawat menemukan lebih dari satu masalah. Mengingat keterbatasan kondisi dan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga maupun perawat, maka masalah-masalah tersebut tidak dapat ditangani sekaligus. Oleh karena itu, Perawat kesehatan masyarakat dapat menyusun prioritas masalah kesehatan keluarga. Menurut Bailon dan Maglaya (1978), prioritas masalah kesehatan keluarga dengan menggunakan proses scoring sebagai berikut:

No	Kriteria	Skor	Bobot	Pembenaran
1	Sifat masalah - Tidak / kurang sehat - Ancaman kesehatan - Krisis atau keadaan sejahtera	3 2 1	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah - Dengan mudah - Hanya sebagian - Tidak dapat	2 1 0	2	
3	Potensi masalah dapat diubah - Tinggi - Cukup - Rendah	3 2 1	1	
4	Menonjolnya masalah - Masalah berat, harus ditangani - Ada masalah, tetapi tidak	2 1	1	

	perlu segera ditangani			
	- Masalah tidak dirasakan	0		

Proses scoring dilakukan untuk diagnosis keperawatan dengan cara berikut ini.

- Tentukan skor untuk setiap criteria yang telah dibuat.
- Skor/angka tertinggi X bobot
- Jumlahkanlah skor untuk semua criteria, skor tertinggi adalah 5 Sama dengan seluruh bobot.

4. Perencanaan keperawatan

1) Rencana keperawatan keluarga

Merupakan kumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk dilaksanakan dalam menyelesaikan atau mengatasi masalah kesehatan/masalah keperawatan yang telah diidentifikasi, rencana keperawatan yang berkualitas akan menjamin keberhasilan dalam mencapai tujuan serta penyelesaian masalah. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengembangkan keperawatan keluarga diantaranya.

- a. Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis yang menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga
- b. Rencana yang baik harus realitas, artinya dapat dilaksanakan dan dapat menghasilkan apa yang diharapkan.
- c. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan.
- d. Rencana keperawatan dibuat bersama dengan keluarga. Hal ini sesuai dengan prinsip bahwa perawat bekerja bersama keluarga bukan untuk keluarga.
- e. Rencana asuhan keperawatan sebaiknya dibuat secara tertulis. Hal ini selain berguna untuk perawat juga akan berguna bagi anggota tim kesehatan lainnya, khususnya perencanaan yang telah disusun untuk keluarga tersebut. Selain itu, dengan membuat rencana asuhan keperawatan secara tertulis akan membantu mengevaluasi perkembangan masalah keluarga.

2) Menentukan kriteria dan standar criteria

Kriteria merupakan tanda atau indicator yang digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan, sedangkan standar menunjukkan tingkat penampilan yang diinginkan untuk membandingkan bahwa perilaku yang menjadi tujuan tindakan keperawatan telah tercapai. Pernyataan tujuan yang tepat akan menentukan kejelasan kriteria dan standar evaluasi.

- a. Tujuan, sesudah perawat kesehatan masyarakat melakukan kunjungan rumah, keluarga akan memanfaatkan puskesmas atau poliklinik.
- b. Kriteria, kunjungan ke puskesmas atau poliklinik.
- c. Standar, ibu memeriksakan kehamilannya ke puskesmas atau poliklinik, keluarga membawa berobat anaknya yang sakit ke puskesmas.
- d. Pelaksanaan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Defisit pengetahuan keluarga adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>(SDKI D.0111)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan masalah yang dihadapi <p><i>Objektif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran • Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah <p>Gejala dan Tanda</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan, maka status tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>Tingkat pengetahuan</p> <p>(SLKI L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5) 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5) 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat (5) 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 6. Pertanyaan tentang 	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>(SIKI I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya

	<p>Minor</p> <p><i>Subjektif :</i></p> <p>-</p> <p><i>Objektif :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjalankan pemeriksaan yang tidak tepat • Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) 	<p>masalah yang dihadapi menurun (5)</p> <p>7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)</p> <p>8. Perilaku yang membaik (5)</p>	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	---

3) Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tindakan keperawatan yang penulis lakukan kepada pasien sesuai dengan intervensi, sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi.

4) Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, tahap penilain dilakukan untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil, maka perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan ke keluarga. Oleh karena itu, kunjungan dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesedihan keluarga.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Asuhan keperawatan ini bertujuan untuk menganalisa intervensi tentang *health education* cuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan metode penyuluhan aktif dan tindakan persuasif.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan proses asuhan keperawatan tentang perilaku hidup bersih dan sehat dengan cuci tangan pakai sabun (CTPS).

2. Mengetahui efek intervensi *healt education* cuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan metode penyuhan aktif dan tindakan persuasif.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan, memperkaya ilmu dan referensi tentang tentang *healt education* cuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan metode penyuhan aktif dan tindakan persuasif..

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Sebagai tambahan informasi, literature, dan intervensi dalam rangka *healt education* cuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan metode penyuhan aktif dan tindakan persuasif.

2. Bagi Peneliti Lain

Sebagai tambahan sumber referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan mengenai *healt education* cuci tangan pakai sabun (CTPS) dengan metode penyuhan aktif dan tindakan persuasif.

3. Bagi Keluarga

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi yang dapat menambah wawasan tentang pemahaman keluarga terhadap cuci tangan pakai sabun (CTPS).

