

KEPERAWATAN KELUARGA



Konsep, Proses, dan Praktik
Asuhan Komprehensif



Fokus
Keluarga



Asuhan
Komprehensif



Kolaborasi
Komunitas



Berbasis
Bukti



Promotif
& Preventif

Dr. Muhammad Sajidin, SKp., Mkes

Keperawatan Keluarga: Konsep, Proses, dan Praktik Asuhan Komprehensif

Penulis

Dr. Muhammad Sajidin, SKp., Mkes



DRA CIPTA KREASI

Keperawatan Keluarga: Konsep, Proses, dan Praktik Asuhan Komprehensif

Penulis:

Dr. Muhammad Sajidin, SKp., Mkes

Desainer:

Tim DRA Cipta Kreasi

Sumber Gambar Cover:

www.freepik.com

ISBN:

978-634-7828-19-4

ANGGOTA IKAPI

655/DKI/2025

Cetakan Pertama:

Agustus 2026

**Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-undang. Dilarang
menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.**

DRA CIPTA KREASI

Palma One Building Lantai 7 Suite 7-03, Jl. H.R Rasuna Said Kav X-2
No 4, Kuningan Timur, Setiabudi, Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12950

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur senantiasa kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku referensi yang berjudul ***Keperawatan Keluarga: Konsep, Proses, dan Praktik Asuhan Komprehensif*** ini dapat hadir di tengah diskursus keilmuan kesehatan nasional.

Lanskap kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini tengah mengalami transisi yang sangat dinamis. Pergeseran beban morbiditas menuju penyakit tidak menular, fenomena penuaan populasi (*aging population*), hingga kompleksitas masalah psikososial menuntut adanya reorientasi paradigma pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan tidak lagi dapat bertumpu secara eksklusif pada pendekatan kuratif di fasilitas rujukan, melainkan harus kembali pada episentrum pembentukan perilaku dan resiliensi manusia, yakni keluarga. Keluarga merupakan garda terdepan sekaligus unit analisis paling fundamental dalam menentukan keberhasilan transformasi kesehatan nasional, sebagaimana yang diamanatkan melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan Integrasi Layanan Primer (ILP).

Kehadiran buku referensi ini merupakan sebuah kontribusi akademis yang sangat monumental dan tepat waktu. Karya ini berhasil menjembatani jurang epistemologis antara teori-teori sosiologi keluarga klasik dengan realitas praktik keperawatan klinis kontemporer. Melalui pembedahan yang sistematis mulai dari fondasi konseptual, metodologi proses keperawatan berbasis standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI), hingga aplikasi asuhan yang spesifik pada setiap tahapan siklus kehidupan (Tahap I hingga VIII) buku ini menawarkan sebuah cetak biru yang sangat komprehensif bagi para praktisi dan akademisi. Lebih jauh, integrasi pembahasan mengenai praktik *home care* dan manajemen mutu menjadikan karya ini tidak hanya kuat secara teoretis, tetapi juga sangat pragmatis untuk diaplikasikan di lapangan.

Saya menyambut baik dan memberikan apresiasi yang setinggi-tingginya atas dedikasi intelektual yang dicurahkan dalam penyusunan buku ini. Harapan saya, karya definitif ini dapat menjadi rujukan utama bagi mahasiswa keperawatan, dosen, peneliti, serta perawat komunitas di

seluruh penjuru Nusantara dalam merancang dan mengeksekusi asuhan yang memberdayakan, memandirikan, dan memanusiakan setiap keluarga Indonesia.

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, Sang Pemilik Segala Ilmu, atas limpahan petunjuk dan kekuatan-Nya sehingga penulisan buku referensi ***Keperawatan Keluarga: Konsep, Proses, dan Praktik Asuhan Komprehensif*** ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku ini lahir dari sebuah refleksi panjang dan observasi empiris terhadap realitas praktik keperawatan komunitas di Indonesia. Selama ini, literatur mengenai keperawatan keluarga sering kali terfragmentasi; sebagian terlalu menitikberatkan pada abstraksi teoretis yang sulit dibumikan, sementara sebagian lainnya terlalu berfokus pada prosedur teknis tanpa landasan filosofis yang memadai. Oleh karena itu, buku ini disusun dengan ambisi akademis untuk menyajikan sebuah karya ensiklopedis yang mengintegrasikan ketajaman analisis konseptual dengan presisi metodologi klinis.

Materi dalam buku ini dikonstruksi ke dalam 12 bab yang mengalir secara logis dan hierarkis. Bab 1 hingga Bab 3 meletakkan fondasi ontologis mengenai konsep dasar, dinamika, dan ruang lingkup keperawatan keluarga. Bab 4 hingga Bab 9 membedah secara esensial metodologi asuhan, mulai dari model pendekatan, pemetaan masalah endemik di Indonesia, hingga eksekusi proses keperawatan yang terstandardisasi. Selanjutnya, Bab 10 dan Bab 11 menyajikan aplikasi asuhan secara spesifik melintasi kontinum waktu, mengawal keluarga dari fase pasangan baru menikah hingga fase lanjut usia. Sebagai pamungkas, Bab 12 mengontekstualisasikan seluruh praktik tersebut ke dalam arsitektur kebijakan makro, Integrasi Layanan Primer, dan manajemen *home care*.

Penyelesaian karya ini tentu tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada rekan-rekan sejawat, para peneliti terdahulu yang karyanya menjadi rujukan utama dalam buku ini, serta institusi tempat penulis bernaung yang senantiasa memfasilitasi iklim akademik yang kondusif. Apresiasi khusus juga penulis sampaikan kepada pihak penerbit yang telah bekerja keras memastikan buku ini memenuhi standar publikasi ilmiah yang ketat, serta

kepada keluarga tercinta yang selalu menjadi sumber inspirasi dan resiliensi bagi penulis.

Penulis menyadari bahwa ilmu keperawatan adalah sebuah entitas yang terus berevolusi. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis sangat terbuka terhadap kritik konstruktif dan saran perbaikan dari para pembaca demi penyempurnaan karya ini di edisi-edisi mendatang. Akhir kata, semoga buku referensi ini dapat memberikan sumbangsih yang bermakna bagi kemajuan disiplin ilmu keperawatan dan peningkatan derajat kesehatan keluarga di Indonesia.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	1
PRAKATA	5
DAFTAR ISI	7
BAB 1	11
KONSEP DASAR KELUARGA	11
1.1 Pengertian dan Definisi Keluarga	12
1.2 Tipe dan Bentuk Keluarga	16
1.3 Struktur dan Fungsi Keluarga	20
1.4 Tahap Perkembangan Keluarga	26
BAB 2	33
KELUARGA SEJAHTERA DAN DINAMIKA KELUARGA	33
2.1 Konsep Keluarga Sejahtera	34
2.2 Determinan Kesehatan Keluarga	38
2.3 Dinamika dan Sistem Keluarga	42
2.4 Peran Keluarga dalam Bidang Kesehatan	47
BAB 3	55
KONSEP DAN RUANG LINGKUP KEPERAWATAN KELUARGA	55
3.1 Pengertian dan Sejarah Keperawatan Keluarga	56
3.2 Filosofi dan Prinsip Keperawatan Keluarga	60
3.3 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga	64
3.4 Tren dan Isu Keperawatan Keluarga	70
BAB 4	78
MODEL DAN PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	78
4.1 Pendekatan Family Centered Nursing	79
4.2 Pendekatan Keperawatan Keluarga Lainnya	83

4.3 Model Pengkajian Keluarga	87
4.4 Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Keluarga	93
BAB 5.....	100
MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA YANG LAZIM DI INDONESIA	100
5.1 Profil Masalah Kesehatan Keluarga di Indonesia	101
5.2 Penyakit Menular dalam Konteks Keluarga	106
5.3 Penyakit Tidak Menular dalam Konteks Keluarga.....	110
5.4 Masalah Kesehatan Jiwa, Reproduksi, dan Sosial dalam Keluarga	116
BAB 6.....	124
PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: PENGKAJIAN	124
6.1 Konsep dan Prinsip Pengkajian Keluarga	125
6.2 Instrumen dan Format Pengkajian Keluarga.....	129
6.3 Teknik Pengumpulan Data Keluarga	133
6.4 Analisis Data Hasil Pengkajian	139
BAB 7.....	147
PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: DIAGNOSIS DAN PRIORITAS MASALAH	147
7.1 Konsep Diagnosis Keperawatan Keluarga	148
7.2 Tipologi Lima Tugas Kesehatan Keluarga	152
7.3 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga.....	157
7.4 Sistem Klasifikasi dan Standar Diagnosis Keperawatan	162
BAB 8.....	170
PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: PERENCANAAN DAN INTERVENSI	170
8.1 Konsep Perencanaan Keperawatan Keluarga	171
8.2 Penyusunan Tujuan dan Kriteria Hasil	176

8.3 Jenis Intervensi Keperawatan Keluarga	179
8.4 Pendidikan Kesehatan sebagai Pilar Intervensi Keluarga	186
BAB 9	193
PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: IMPLEMENTASI DAN EVALUASI .	193
9.1 Konsep Implementasi Keperawatan Keluarga	194
9.2 Teknik Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga	198
9.3 Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga	202
9.4 Tingkat Kemandirian Keluarga dan Tindak Lanjut.....	209
BAB 10	216
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TAHAP I–IV	216
10.1 Asuhan Keperawatan Keluarga Pasangan Baru Menikah	217
10.2 Asuhan Keperawatan Keluarga Menunggu Kelahiran Anak Pertama	222
10.3 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Prasekolah	226
10.4 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Usia Sekolah	232
BAB 11	240
ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TAHAP V–VIII.....	240
11.1 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Remaja	241
11.2 Asuhan Keperawatan Keluarga Melepas Anak Pertama Dewasa	246
11.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Usia Pertengahan	250
11.4 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia	257
BAB 12	264
KEPERAWATAN KELUARGA DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN HOME CARE.....	264
12.1 Kebijakan dan Program Pemerintah terkait Pembinaan Keluarga	265

12.2 PIS-PK dan Integrasi Layanan Primer	270
12.3 Keperawatan Keluarga dalam Praktik Home Care	276
12.4 Manajemen Mutu dan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga.....	282
GLOSARIUM.....	290
DAFTAR PUSTAKA.....	294
INDEKS.....	300
SINOPSIS.....	303

BAB 1

KONSEP DASAR KELUARGA

Pendahuluan

Diskursus mengenai keperawatan keluarga senantiasa menempatkan unit keluarga sebagai episentrum dari intervensi kesehatan masyarakat dan asuhan keperawatan komprehensif. Dalam konstelasi keilmuan keperawatan modern, pemahaman ontologis dan epistemologis mengenai konsep dasar keluarga menjadi fondasi esensial sebelum melangkah pada intervensi klinis maupun komunitas. Keluarga tidak lagi dipandang sekadar sebagai agregat individu yang terikat oleh pertalian darah atau hukum, melainkan sebuah sistem sosial yang dinamis, kompleks, dan saling berinterdependensi (Lukman, 2024). Oleh karena itu, bab ini memetakan posisi strategis keluarga sebagai unit analisis utama, menjembatani teori-teori sosiologi keluarga klasik dengan paradigma keperawatan holistik kontemporer.

Meskipun literatur mengenai keperawatan keluarga telah berkembang pesat, masih terdapat celah penelitian (*research gap*) yang signifikan terkait bagaimana transformasi sosiokultural dan disrupsi modernitas mendefinisikan ulang batas-batas konseptual keluarga. Mayoritas literatur terdahulu cenderung terjebak pada definisi tradisional yang statis, sehingga gagal menangkap realitas dinamika keluarga dengan struktur yang semakin kompleks (Algrienes et al., 2024). Kesenjangan ini memunculkan urgensi untuk merekonstruksi pemahaman teoretis mengenai karakteristik, fungsi, dan peran keluarga yang adaptif terhadap perubahan zaman, sekaligus relevan dengan praktik asuhan keperawatan berbasis bukti di era kiwari.

Berangkat dari kesenjangan tersebut, bab ini dirancang untuk menjawab beberapa pertanyaan penelitian fundamental. Pertama, bagaimana konstruksi definisi dan karakteristik keluarga mengalami evolusi dalam perspektif para pakar lintas disiplin? Kedua, sejauh mana fungsi sosial dan peran keluarga bertransformasi dalam merespons tuntutan masyarakat kontemporer? Melalui sintesis kritis terhadap

berbagai literatur mutakhir, uraian dalam bab ini diharapkan mampu memberikan kerangka konseptual yang kokoh bagi akademisi dan praktisi keperawatan dalam memahami entitas keluarga secara komprehensif (Wulandari, 2025).

1.1 Pengertian dan Definisi Keluarga

Mendefinisikan keluarga merupakan sebuah upaya akademis yang menantang mengingat sifatnya yang multidimensional dan sangat terikat pada konteks sosiokultural. Secara etimologis maupun terminologis, konsep keluarga terus mengalami pergeseran makna seiring dengan dinamika peradaban manusia. Dalam ranah keperawatan, definisi yang presisi mengenai keluarga sangat krusial karena akan menentukan arah pengkajian, perumusan diagnosis, hingga implementasi asuhan yang berpusat pada sistem keluarga tersebut (Lukman, 2024).

Perdebatan teoretis mengenai batasan sebuah keluarga sering kali berkisar antara pandangan esensialis yang menekankan ikatan biologis dan legal, berhadapan dengan pandangan konstruktivis yang lebih menyoroti ikatan emosional dan fungsional. Oleh sebab itu, pemahaman yang komprehensif menuntut penelusuran terhadap berbagai pemikiran pakar, identifikasi karakteristik yang melekat, serta analisis mendalam terhadap fungsi dan peran yang dijalankan oleh unit sosial terkecil ini di tengah masyarakat (Wulandari, 2025).

1.1.1 Pengertian Keluarga menurut Berbagai Pakar

Konseptualisasi keluarga telah menjadi subjek diskursus yang panjang di antara para sosiolog, antropolog, dan pakar keperawatan. Secara tradisional, banyak pakar mendefinisikan keluarga dengan menitikberatkan pada aspek legalitas pernikahan, pertalian darah, dan adopsi yang bermukim dalam satu atap. Namun, Wulandari (2025) menegaskan bahwa dalam perspektif keperawatan kontemporer, definisi tersebut dianggap terlalu sempit dan reduksionis. Para ahli keperawatan modern cenderung mengadopsi definisi yang lebih inklusif, di mana keluarga dimaknai sebagai sekumpulan individu yang saling terikat oleh komitmen emosional, saling berbagi sumber daya, dan mengidentifikasi

diri mereka sebagai bagian dari entitas tersebut, terlepas dari ada tidaknya ikatan biologis maupun hukum formal.

Lebih lanjut, perdebatan akademis sering kali menyoroti pergeseran paradigma dari definisi struktural menuju definisi fungsional. Lukman (2024) menguraikan bahwa pakar sosiologi kesehatan memandang keluarga sebagai sebuah sistem terbuka yang terus berinteraksi dengan lingkungan eksternalnya. Dalam konteks ini, keluarga didefinisikan berdasarkan bagaimana anggota-anggotanya berinteraksi, saling mendukung, dan menjalankan fungsi-fungsi esensial seperti sosialisasi, afeksi, dan perlindungan. Pandangan ini memberikan ruang bagi pengakuan terhadap berbagai bentuk keluarga non-tradisional yang semakin marak dijumpai dalam masyarakat modern, sehingga memperluas cakupan intervensi keperawatan.

Sintesis dari berbagai pandangan pakar tersebut bermuara pada pemahaman bahwa tidak ada satu definisi tunggal yang mampu merangkum seluruh kompleksitas entitas keluarga. Algrienes et al. (2024) menggarisbawahi pentingnya fleksibilitas konseptual bagi perawat dalam mendefinisikan keluarga pasien. Definisi yang diadopsi haruslah bersifat *client-defined*, yakni siapa pun yang dianggap sebagai keluarga oleh pasien itu sendiri. Pendekatan fenomenologis ini memastikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan benar-benar relevan, menghormati nilai-nilai subjektif pasien, dan mampu memobilisasi sistem dukungan yang paling bermakna bagi proses penyembuhan maupun pemeliharaan kesehatan.

1.1.2 Ciri-Ciri dan Karakteristik Keluarga

Sebagai sebuah institusi sosial yang unik, keluarga memiliki serangkaian ciri dan karakteristik yang membedakannya dari kelompok sosial lainnya. Karakteristik fundamental pertama adalah adanya ikatan emosional yang mendalam dan berkesinambungan antaranggota. Ikatan afektif ini menciptakan rasa saling memiliki (*sense of belonging*) yang menjadi fondasi bagi kohesi sistem keluarga. Lukman (2024) menjelaskan bahwa karakteristik ini termanifestasi dalam bentuk kepedulian, empati, dan komitmen jangka panjang untuk saling melindungi, yang secara

signifikan memengaruhi ketahanan psikologis individu di dalamnya saat menghadapi berbagai stresor kehidupan.

Karakteristik esensial lainnya adalah keberadaan struktur peran yang terorganisasi dan pola komunikasi yang spesifik. Setiap anggota keluarga menempati posisi tertentu yang diiringi dengan ekspektasi peran, hak, dan kewajiban yang telah disepakati secara implisit maupun eksplisit. Algrienes et al. (2024) menyoroti bahwa dinamika peran ini tidak bersifat statis, melainkan terus bernegosiasi seiring dengan tahap perkembangan keluarga dan tuntutan lingkungan. Selain itu, keluarga mengembangkan matriks komunikasi internal yang unik mencakup bahasa verbal, non-verbal, dan simbolik yang berfungsi sebagai mekanisme utama dalam transmisi nilai, penyelesaian konflik, dan pemeliharaan keseimbangan sistem (homeostasis).

Lebih jauh, keluarga dikarakteristikan oleh kemampuannya untuk menciptakan dan mempertahankan kebudayaan mikro (*micro-culture*). Kebudayaan ini mencakup sistem kepercayaan, tradisi, ritual, dan norma-norma yang diwariskan antargenerasi. Wulandari (2025) menekankan bahwa karakteristik kultural ini sangat krusial dalam praktik keperawatan, karena ia mendikte perilaku pencarian kesehatan (*health-seeking behavior*), persepsi terhadap penyakit, dan respons terhadap intervensi medis. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam terhadap karakteristik unik setiap keluarga menjadi prasyarat mutlak bagi perawat dalam merancang asuhan yang peka budaya (*culturally congruent care*) dan efektif secara klinis.

1.1.3 Fungsi Sosial dan Peran Keluarga dalam Masyarakat

Eksistensi keluarga dalam struktur makro masyarakat ditopang oleh kemampuannya dalam menjalankan fungsi-fungsi sosial yang vital. Secara sosiologis, keluarga bertindak sebagai agen sosialisasi primer yang bertanggung jawab untuk mentransmisikan nilai, norma, dan kebudayaan masyarakat kepada generasi penerus. Melalui proses internalisasi ini, individu dibentuk menjadi entitas sosial yang mampu beradaptasi dan berkontribusi secara fungsional dalam komunitas yang lebih luas. Ridwan et al. (2023) menegaskan bahwa keberhasilan fungsi sosialisasi ini sangat

berkorelasi dengan tingkat fungsionalitas keluarga, yang dapat diukur melalui instrumen seperti *Family APGAR*, di mana adaptasi dan kemitraan menjadi indikator kunci.

Selain fungsi sosialisasi, keluarga mengemban peran krusial dalam pemenuhan kebutuhan afektif dan reproduksi sosial. Fungsi afektif berkaitan dengan penyediaan dukungan emosional, validasi identitas, dan ruang aman secara psikologis bagi setiap anggotanya. Di tengah kompleksitas dan tekanan kehidupan modern, keluarga diharapkan menjadi *sanctuary* atau tempat perlindungan yang meminimalisasi dampak alienasi sosial. Krisnana (2026) mengartikulasikan bahwa dalam konteks keperawatan, peran afektif ini menjadi sangat determinan, terutama ketika keluarga harus merawat anggota yang mengalami penyakit kronis, di mana dukungan emosional terbukti secara empiris mampu mempercepat proses pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Fungsi ekonomi dan pemeliharaan kesehatan juga merupakan pilar utama dari peran keluarga di masyarakat. Keluarga berfungsi sebagai unit produksi dan konsumsi yang mengelola sumber daya finansial untuk menjamin kelangsungan hidup anggotanya. Lebih spesifik dalam domain kesehatan, keluarga bertindak sebagai penyedia layanan kesehatan primer (*primary health care provider*) di tingkat domestik. Lukman (2024) menggarisbawahi bahwa keluarga memiliki peran otonom dalam menginisiasi perilaku hidup sehat, mengenali gejala awal penyakit, mengambil keputusan terapeutik, hingga melakukan perawatan mandiri di rumah. Kegagalan dalam menjalankan fungsi-fungsi ini tidak hanya berdampak pada morbiditas individu, tetapi juga membebani sistem kesehatan masyarakat secara agregat.

Gambar 1.1 Ilustrasi Konseptual Interseksi Definisi, Karakteristik, dan Fungsi Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Lukman, 2024 & Wulandari, 2025)

Keterangan: Gambar ini mengilustrasikan bagaimana definisi keluarga yang inklusif (lingkaran luar) melingkupi karakteristik internal seperti ikatan emosional dan struktur peran (lingkaran tengah), yang pada gilirannya memungkinkan keluarga untuk menjalankan fungsi sosial dan kesehatannya di masyarakat (inti tengah). Interseksi ini menunjukkan bahwa disfungsi pada satu elemen akan mendisrupsi keseimbangan sistem keluarga secara keseluruhan.

1.2 Tipe dan Bentuk Keluarga

Morfologi dan tipologi keluarga bukanlah sebuah entitas yang statis, melainkan sebuah konstruksi sosial yang terus bermutasi seiring dengan pergeseran lempeng demografi, ekonomi, dan kebudayaan. Dalam diskursus sosiologi keperawatan, pemahaman yang presisi terhadap klasifikasi tipe dan bentuk keluarga menjadi prasyarat mutlak sebelum merancang intervensi terapeutik. Hal ini dikarenakan setiap konfigurasi keluarga membawa implikasi yang berbeda terhadap pola distribusi kekuasaan, mekanisme pengambilan keputusan, serta ketersediaan sumber daya dukungan sosial yang esensial dalam proses penyembuhan (Lukman, 2024).

Bagi praktisi keperawatan, kegagalan dalam mengidentifikasi bentuk spesifik dari keluarga klien dapat berujung pada asuhan yang tidak relevan

atau bahkan resistensi dari pihak keluarga. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk memiliki kepekaan analitis dalam memetakan spektrum keluarga, mulai dari bentuk yang paling konvensional hingga konfigurasi alternatif yang lahir dari rahim modernitas. Pengenalan terhadap tipologi ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk melakukan kalibrasi pendekatan, memastikan bahwa edukasi dan intervensi yang diberikan selaras dengan struktur peran dan kapasitas aktual yang dimiliki oleh unit keluarga tersebut (Wulandari, 2025).

1.2.1 Tipe Keluarga Tradisional dan Modern

Secara historis, klasifikasi keluarga sering kali didasarkan pada dikotomi antara nilai-nilai tradisional dan modernitas. Tipe keluarga tradisional umumnya berakar pada masyarakat agraris atau pra-industri, di mana struktur hierarki sangat kaku dan didominasi oleh sistem patriarki atau, dalam beberapa kebudayaan tertentu, matriarki. Pada model ini, pembagian peran berbasis gender tergambar dengan garis yang sangat tegas; laki-laki diidealkan sebagai pencari nafkah tunggal (*breadwinner*), sementara perempuan difokuskan pada ranah domestik dan pengasuhan. Lukman (2024) mencatat bahwa dalam keluarga tradisional, kepatuhan terhadap otoritas tetua dan pelestarian harmoni kolektif jauh lebih diprioritaskan dibandingkan otonomi atau aktualisasi diri individu.

Sebaliknya, arus industrialisasi dan urbanisasi telah melahirkan tipe keluarga modern yang dikarakteristikan oleh fleksibilitas peran dan egalitarianisme. Dalam keluarga modern, relasi kuasa cenderung lebih terdistribusi secara merata, memungkinkan negosiasi yang lebih demokratis antara suami dan istri. Fenomena keluarga dengan penghasilan ganda (*dual-earner families*) menjadi kelaziman, yang secara langsung mendekonstruksi batasan kaku antara ranah publik dan domestik. Wulandari (2025) menggarisbawahi bahwa pergeseran ini membawa konsekuensi ganda; di satu sisi meningkatkan kemandirian finansial, namun di sisi lain memunculkan tantangan baru terkait manajemen waktu dan delegasi fungsi perawatan anak maupun lansia di rumah.

Dalam realitas klinis, terutama di negara berkembang yang tengah mengalami masa transisi seperti Indonesia, perawat sering kali berhadapan dengan keluarga yang berada di persimpangan antara nilai tradisional dan modern. Algrienes et al. (2024) menyoroti bahwa perbenturan nilai ini kerap memicu dinamika yang kompleks, terutama saat keluarga harus mengambil keputusan medis yang krusial. Misalnya, seorang pasien mungkin memiliki otonomi finansial ala keluarga modern, namun keputusan akhir terkait tindakan operasi tetap harus menunggu persetujuan dari figur otoritas tradisional dalam keluarga besarnya. Oleh sebab itu, asuhan keperawatan harus dirancang dengan mengakomodasi ambiguitas struktural ini tanpa menghakimi sistem nilai yang dianut klien.

1.2.2 Bentuk Keluarga Inti, Besar, dan Alternatif

Bentuk keluarga inti (*nuclear family*) secara klasik didefinisikan sebagai unit yang terdiri dari sepasang suami istri beserta anak-anak biologis atau adopsi mereka yang belum menikah, hidup bersama dalam satu atap. Model ini menawarkan keunggulan berupa mobilitas geografis yang tinggi dan kemandirian dalam mengelola urusan internal. Namun, dari perspektif keperawatan komunitas, keluarga inti sering kali memiliki kerentanan struktural akibat terbatasnya jaring pengaman sosial (*social safety net*). Ketika salah satu figur sentral jatuh sakit, sistem keluarga ini berisiko mengalami kelumpuhan fungsional karena minimnya anggota substitusi yang dapat mengambil alih peran perawatan dan ekonomi secara instan (Lukman, 2024).

Di sisi lain, keluarga besar (*extended family*) mencakup keluarga inti yang diperluas dengan kehadiran kerabat lain, seperti kakek, nenek, paman, atau bibi, yang hidup dalam kedekatan spasial atau bahkan satu rumah. Konfigurasi multigenerasional ini menyediakan reservoir dukungan emosional, finansial, dan tenaga perawatan yang melimpah. Meskipun demikian, Wulandari (2025) mengingatkan bahwa bentuk keluarga besar juga menyimpan potensi konflik intragenerasional yang tinggi. Perbedaan pandangan terkait praktik pengasuhan anak atau metode pengobatan misalnya antara pendekatan medis modern yang diyakini orang tua muda dan pengobatan etnomedisin yang dipegang teguh oleh generasi tetua sering kali menjadi hambatan dalam kepatuhan terapeutik.

Seiring dengan kompleksitas kehidupan kontemporer, muncul berbagai bentuk keluarga alternatif yang menantang definisi ortodoks. Bentuk ini mencakup keluarga orang tua tunggal (*single-parent family*), keluarga campuran dari pernikahan kedua (*blended/step family*), pasangan tanpa anak secara sukarela (*childless by choice*), hingga kohabitasi. Algrienes et al. (2024) menegaskan bahwa tenaga keperawatan harus melepaskan bias normatif saat mengkaji keluarga alternatif ini. Keluarga orang tua tunggal, misalnya, sering kali menghadapi beban ganda yang memicu kelelahan kronis (*caregiver role strain*), sehingga intervensi keperawatan harus difokuskan pada penguatan resiliensi dan mobilisasi sumber daya komunitas eksternal untuk mencegah kolapsnya sistem keluarga tersebut.

1.2.3 Dinamika Perubahan Tipe Keluarga di Era Kontemporer

Era kontemporer yang ditandai oleh globalisasi, tekanan ekonomi makro, dan revolusi teknologi informasi telah mengakselerasi transformasi bentuk keluarga pada skala yang belum pernah terjadi sebelumnya. Salah satu dinamika yang paling menonjol adalah fenomena fragmentasi keluarga dan munculnya keluarga transnasional. Tuntutan profesional dan migrasi tenaga kerja memaksa banyak keluarga untuk hidup terpisah secara geografis (*commuter marriage* atau *living apart together*). Dalam kondisi ini, Lukman (2024) mengobservasi bahwa pemeliharaan ikatan afektif dan pelaksanaan fungsi perawatan sangat bergantung pada mediasi teknologi digital, yang meskipun membantu, tidak sepenuhnya mampu menggantikan kehadiran fisik dalam memberikan asuhan keperawatan langsung.

Perubahan demografis, seperti peningkatan angka harapan hidup dan penurunan tingkat fertilitas, juga menciptakan dinamika baru berupa fenomena *sandwich generation*. Banyak keluarga inti di era modern yang terhimpit oleh kewajiban ganda: membesarkan anak-anak mereka sendiri sekaligus merawat orang tua yang telah memasuki usia lanjut dengan berbagai penyakit degeneratif. Beban komposit ini menciptakan stresor psikososial yang masif. Wulandari (2025) menyatakan bahwa dinamika ini menuntut perawat keluarga untuk tidak hanya berfokus pada pasien yang teridentifikasi sakit (*identified patient*), tetapi juga melakukan skrining

ketat terhadap tingkat kelelahan fisik dan mental dari anggota keluarga yang bertindak sebagai perawat utama (*primary caregiver*).

Merespons lanskap yang terus berubah ini, paradigma asuhan keperawatan keluarga harus berevolusi dari pendekatan yang kaku menuju model yang sangat adaptif. Algrienes et al. (2024) merekomendasikan penggunaan instrumen pengkajian yang lebih sensitif terhadap fluiditas struktur keluarga kontemporer. Perawat harus mampu mengidentifikasi siapa saja aktor-aktor kunci dalam jaringan sosial klien yang secara *de facto* menjalankan fungsi keluarga, meskipun secara *de jure* tidak memiliki ikatan kekerabatan. Dengan memahami dinamika perubahan ini, intervensi keperawatan dapat dirancang secara lebih presisi, memberdayakan struktur yang ada, dan menjembatani kesenjangan fungsi yang timbul akibat disrupsi modernitas.

1.3 Struktur dan Fungsi Keluarga

Arsitektur sebuah keluarga tidak dapat dipahami semata-mata melalui observasi kasatmata terhadap komposisi anggotanya, melainkan membutuhkan analisis mendalam terhadap struktur dan fungsi yang menopang sistem tersebut. Dalam diskursus keperawatan keluarga, struktur dianalogikan sebagai kerangka anatomis yang mengorganisasi interaksi, sementara fungsi merupakan proses fisiologis yang mencerminkan bagaimana kerangka tersebut beroperasi untuk mencapai tujuan bersama. Pemahaman yang komprehensif mengenai interelasi antara struktur dan fungsi ini sangat esensial, mengingat disrupsi pada salah satu elemen niscaya akan memicu ketidakseimbangan sistemik yang berdampak langsung pada status kesehatan seluruh anggota keluarga (Wulandari, 2025).

Secara konseptual, struktur keluarga mengonfigurasi bagaimana kekuasaan didistribusikan, peran dialokasikan, dan saluran komunikasi dibangun di antara para anggotanya. Di sisi lain, fungsi keluarga merepresentasikan *output* dari struktur tersebut dalam bentuk pemenuhan kebutuhan afektif, sosialisasi, hingga pemeliharaan kesehatan. Lukman (2024) menegaskan bahwa perawat dituntut untuk memiliki ketajaman analitis dalam mengevaluasi apakah struktur yang ada

saat ini cukup adaptif untuk memfasilitasi fungsi-fungsi vital keluarga, terutama ketika mereka dihadapkan pada krisis kesehatan yang menuntut reorganisasi peran secara masif.

1.3.1 Struktur Internal Keluarga

Struktur internal keluarga merujuk pada matriks relasional yang tak kasatmata namun secara determinan mengatur bagaimana anggota keluarga berinteraksi satu sama lain di dalam batasan sistem mereka sendiri. Komponen fundamental dari struktur ini mencakup pembagian peran, hierarki kekuasaan, dan mekanisme pengambilan keputusan. Peran dalam keluarga terbagi menjadi peran formal yang diakui secara sosial seperti ayah sebagai pencari nafkah atau ibu sebagai pengasuh serta peran informal yang muncul secara spontan untuk menjaga ekuilibrium psikologis, misalnya anggota keluarga yang bertindak sebagai penengah konflik atau penghibur (*harmonizer*). Wulandari (2025) menjelaskan bahwa kejelasan dan fleksibilitas peran ini sangat krusial; kekakuan peran sering kali berujung pada disfungsi ketika keluarga menghadapi transisi kehidupan atau penyakit kronis.

Selain struktur peran, konstelasi kekuasaan (*power structure*) merupakan elemen internal yang mendikte arah navigasi keluarga. Kekuasaan ini mencerminkan kemampuan seorang anggota untuk memengaruhi perilaku, emosi, atau keputusan anggota lainnya. Model kekuasaan dapat bervariasi dari spektrum otoritarian yang terpusat pada satu figur dominan, hingga model egalitarian di mana otoritas didistribusikan secara simetris melalui konsensus. Algrienes et al. (2024) menyoroti bahwa dalam konteks asuhan keperawatan, identifikasi pemegang kekuasaan aktual (*decision maker*) adalah langkah strategis yang tidak boleh dilewatkan. Intervensi kesehatan yang dirancang secara brilian sekalipun akan berujung pada kegagalan apabila perawat gagal melibatkan figur sentral yang memegang hak veto dalam struktur internal keluarga tersebut.

Lebih jauh, struktur internal juga mencakup bagaimana keluarga mengelola batasan (*boundaries*) antaranggota. Batasan yang sehat bersifat semi-permeabel, memungkinkan kedekatan emosional yang intim

sekaligus menghormati otonomi dan privasi individu. Sebaliknya, batasan yang terlalu kaku (*rigid*) akan menciptakan alienasi dan isolasi emosional antaranggota, sementara batasan yang terlalu kabur (*enmeshed*) akan menghilangkan identitas personal dan memicu kodependensi yang patologis. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa penyakit fisik atau gangguan mental pada satu anggota sering kali merupakan manifestasi klinis dari patologi struktur internal ini, sehingga intervensi keperawatan harus diarahkan pada restrukturisasi batasan dan redistribusi kekuasaan yang lebih adaptif.

1.3.2 Struktur Eksternal Keluarga

Jika struktur internal mengatur dinamika di dalam rumah, struktur eksternal keluarga memetakan bagaimana unit domestik tersebut berinteraksi dengan makrokosmos di luar batas teritorialnya. Keluarga pada hakikatnya adalah sebuah sistem terbuka yang secara konstan melakukan pertukaran energi, informasi, dan sumber daya dengan suprasistem di sekitarnya. Struktur eksternal ini mencakup jaringan kekerabatan yang lebih luas (*extended family*), institusi keagamaan, sistem pendidikan, lingkungan pekerjaan, hingga fasilitas layanan kesehatan dan lembaga sosial kemasyarakatan. Wulandari (2025) menekankan bahwa kekayaan dan kualitas koneksi eksternal ini berbanding lurus dengan kapasitas resiliensi keluarga; semakin kuat jejaring eksternalnya, semakin besar bantalan sosial (*social buffer*) yang mereka miliki untuk meredam guncangan krisis.

Dalam analisis keperawatan komunitas, evaluasi terhadap struktur eksternal sering kali divisualisasikan melalui instrumen *ecomap* (peta ekologi). Pemetaan ini memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi aliran sumber daya, mendeteksi area konflik dengan lingkungan luar, serta menemukan celah isolasi sosial yang mungkin dialami oleh keluarga. Algrienes et al. (2024) mencatat bahwa keluarga dengan dinamika yang kompleks atau mereka yang merawat anggota dengan disabilitas berat cenderung mengalami penyusutan struktur eksternal. Stigma sosial dan kelelahan kronis sering kali memaksa mereka menarik diri dari partisipasi publik, yang pada gilirannya memutus akses mereka terhadap dukungan instrumental dan emosional yang sangat esensial.

Oleh karena itu, intervensi keperawatan tidak boleh berhenti pada perbaikan dinamika internal, melainkan harus secara proaktif merekonstruksi jembatan antara keluarga dan struktur eksternalnya. Perawat berfungsi sebagai agen penghubung (*liaison*) yang memfasilitasi integrasi keluarga ke dalam kelompok dukungan sebaya (*support groups*), mengadvokasi akses terhadap jaminan kesehatan, dan memobilisasi modal sosial yang ada di komunitas. Lukman (2024) menegaskan bahwa pemberdayaan struktur eksternal ini merupakan manifestasi nyata dari paradigma keperawatan holistik, di mana penyembuhan tidak hanya dimaknai sebagai perbaikan klinis, tetapi juga restorasi fungsi sosial keluarga di tengah masyarakat.

1.3.3 Pola Komunikasi dalam Struktur Keluarga

Komunikasi merupakan urat nadi yang memastikan keberlangsungan hidup sebuah sistem keluarga; ia adalah medium utama di mana struktur peran dieksekusi, kekuasaan dinegosiasikan, dan fungsi afektif disalurkan. Pola komunikasi keluarga mencakup seluruh spektrum pertukaran pesan, baik yang bersifat verbal, non-verbal, maupun metakomunikasi (pesan di balik pesan). Dalam keluarga yang fungsional, komunikasi dikarakteristikan oleh kejujuran, kejelasan, dan kongruensi antara ekspresi emosional dengan kata-kata yang diucapkan. Ridwan et al. (2023) dalam kajiannya mengenai fungsionalitas keluarga melalui instrumen *Family APGAR*, menemukan bahwa kemampuan anggota keluarga untuk saling berbagi keluh kesah dan merespons secara empatik merupakan prediktor utama dari kepuasan dan kohesi keluarga.

Sebaliknya, pola komunikasi yang disfungsional sering kali menjadi akar dari berbagai patologi psikososial di dalam rumah. Komunikasi disfungsional dapat bermanifestasi dalam bentuk pesan ganda (*double bind*) di mana isyarat verbal dan non-verbal saling bertentangan, kritik yang destruktif, asumsi sepihak tanpa klarifikasi (*mind reading*), hingga kebisuan yang menghukum (*silent treatment*). Algrienes et al. (2024) mengobservasi bahwa dalam keluarga dengan dinamika yang rumit, saluran komunikasi sering kali tersumbat oleh eskalasi konflik yang tidak terselesaikan, sehingga pesan-pesan terkait kebutuhan kesehatan atau

rasa sakit gagal ditransmisikan dan direspons dengan tepat oleh anggota keluarga lainnya.

Dalam konteks asuhan keperawatan, analisis terhadap pola komunikasi keluarga memberikan wawasan diagnostik yang sangat berharga. Perawat tidak hanya mendengarkan apa yang dikatakan oleh klien, tetapi juga mengobservasi bagaimana pesan tersebut disampaikan, siapa yang mendominasi percakapan, dan siapa yang terus-menerus diinterupsi atau diabaikan. Wulandari (2025) menyarankan bahwa intervensi keperawatan harus mencakup edukasi mengenai teknik komunikasi asertif dan pendengaran aktif (*active listening*). Dengan memperbaiki arsitektur komunikasi ini, perawat secara tidak langsung tengah membekali keluarga dengan instrumen resolusi konflik yang akan memperkuat kapasitas mereka dalam mengelola stresor kesehatan di masa depan.

1.3.4 Nilai, Norma, dan Budaya yang Mendasari Struktur Keluarga

Struktur dan fungsi keluarga tidak beroperasi dalam ruang hampa, melainkan tertanam kuat dalam matriks nilai, norma, dan kebudayaan yang dianutnya. Nilai keluarga merupakan sistem kepercayaan fundamental yang mendikte apa yang dianggap benar, penting, dan bermakna dalam kehidupan. Nilai-nilai ini berfungsi sebagai kompas moral yang mengarahkan perilaku, prioritas alokasi sumber daya, dan pandangan dunia (*worldview*) seluruh anggota. Norma, sebagai turunan operasional dari nilai, menetapkan aturan-aturan tidak tertulis mengenai ekspektasi perilaku yang dapat diterima atau ditolak dalam interaksi sehari-hari. Lukman (2024) menjelaskan bahwa sistem nilai dan norma ini ditransmisikan secara antargenerasi melalui proses sosialisasi, membentuk identitas kultural yang membedakan satu keluarga dengan keluarga lainnya.

Dalam ranah kesehatan, latar belakang budaya dan sistem nilai ini secara langsung mengonstruksi paradigma keluarga terhadap konsep sehat-sakit (*health belief model*). Budaya menentukan bagaimana sebuah gejala penyakit diinterpretasikan, kepada siapa keluarga akan mencari pertolongan pertama (apakah ke fasilitas medis modern atau praktisi

etnomedisin), serta bagaimana pantangan diet dan ritual penyembuhan diterapkan. Wulandari (2025) mengingatkan bahwa perbenturan antara nilai budaya keluarga dengan protokol medis standar sering kali menjadi episentrum dari ketidakpatuhan terapeutik (*non-compliance*). Misalnya, anjuran diet rendah garam bagi pasien hipertensi dapat ditolak secara halus jika keluarga tersebut memiliki tradisi kuliner komunal yang menempatkan makanan asin sebagai simbol perayaan dan kehormatan.

Menghadapi realitas sosiokultural ini, praktik keperawatan keluarga modern menuntut penerapan pendekatan transkultural yang menjunjung tinggi sensitivitas dan kompetensi budaya. Perawat dilarang keras memaksakan etnosentrisme medis yang merendahkan keyakinan lokal klien. Sebaliknya, Algrienes et al. (2024) merekomendasikan strategi negosiasi dan preservasi budaya, di mana intervensi klinis dimodifikasi sedemikian rupa agar selaras dengan nilai-nilai intrinsik keluarga, selama praktik budaya tersebut tidak membahayakan nyawa. Melalui asuhan yang peka budaya (*culturally congruent care*), perawat dapat membangun aliansi terapeutik yang kokoh, mengubah resistensi menjadi kolaborasi, dan mengoptimalkan fungsi keluarga dalam memelihara kesehatan anggotanya.

Gambar 1.2 Konstelasi Struktur Internal, Eksternal, dan Pola Komunikasi Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Wulandari, 2025 & Algrienes et al., 2024)

Keterangan: Ilustrasi ini memetakan anatomi sistem keluarga, di mana struktur internal (peran, kekuasaan, dan nilai) berada di pusat lingkaran, dihubungkan oleh garis-garis pola komunikasi yang dinamis. Lingkaran luar merepresentasikan struktur eksternal (komunitas, fasilitas kesehatan, dan institusi sosial) yang berinteraksi secara resiprokal dengan sistem internal melalui batasan (boundaries) yang semi-permeabel, menunjukkan bahwa keluarga adalah entitas ekologis yang saling bergantung.

1.4 Tahap Perkembangan Keluarga

Keluarga beroperasi dalam sebuah kontinum waktu yang dinamis, di mana entitas ini secara konstan mengalami evolusi, pertumbuhan, dan reorganisasi struktural. Dalam literatur sosiologi dan keperawatan, lintasan temporal ini dikonseptualisasikan sebagai siklus hidup keluarga (*family life cycle*). Paradigma ini memandang keluarga bukan sebagai potret statis yang terhenti pada satu momen, melainkan sebagai sebuah narasi panjang yang bergerak melintasi berbagai etape kehidupan, mulai dari fase pembentukan melalui ikatan pernikahan, ekspansi dengan hadirnya keturunan, kontraksi saat anak-anak mulai meninggalkan rumah, hingga fase purnabakti dan akhir hayat. Setiap tahapan ini membawa karakteristik, tantangan, dan kebutuhan kesehatan yang sangat spesifik,

yang menuntut adaptasi berkelanjutan dari seluruh anggota sistem tersebut.

Pemahaman yang komprehensif terhadap tahap perkembangan keluarga merupakan instrumen diagnostik dan prognostik yang sangat esensial bagi praktisi keperawatan. Dengan memetakan posisi keluarga dalam lintasan siklus hidupnya, perawat dapat mengantisipasi kerentanan potensial, memprediksi masalah kesehatan yang lazim muncul, dan merancang intervensi preventif yang presisi. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa asuhan keperawatan yang holistik tidak hanya berfokus pada patologi klinis saat ini, tetapi juga harus menyelaraskan intervensinya dengan tuntutan perkembangan yang tengah dihadapi keluarga, guna memastikan transisi yang mulus dan mencegah terjadinya stagnasi fungsional.

1.4.1 Konsep Tahap Perkembangan Keluarga Sepanjang Siklus Hidup

Konsep siklus hidup keluarga mengadopsi perspektif longitudinal untuk menganalisis bagaimana sebuah unit domestik bertransformasi seiring berjalannya waktu. Secara teoretis, model ini berakar pada pemikiran sosiologi klasik yang kemudian diadaptasi ke dalam keilmuan keperawatan untuk memfasilitasi pengkajian yang lebih terstruktur. Siklus ini umumnya ditandai oleh peristiwa-peristiwa demografis utama, seperti penambahan anggota baru melalui kelahiran atau adopsi, pergeseran usia kronologis anak tertua, hingga pengurangan anggota akibat kemandirian anak atau kematian pasangan. Melalui lensa ini, keluarga dipahami sebagai sistem yang terus berupaya mempertahankan ekuilibrium di tengah arus perubahan internal dan eksternal yang tidak terelakkan.

Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa pendekatan berbasis tahap perkembangan memberikan kerangka kerja yang sistematis bagi perawat untuk mengevaluasi lintasan kesehatan keluarga. Dalam setiap fasenya, keluarga dihadapkan pada realitas biologis, psikologis, dan sosial yang berbeda. Sebagai contoh, keluarga dengan anak balita akan memiliki fokus energi pada pengasuhan fisik dan pencegahan penyakit infeksi, sementara keluarga pada tahap usia pertengahan (*midlife*) akan lebih

banyak bergulat dengan penyakit degeneratif dan persiapan masa pensiun. Pemahaman konseptual ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk menyusun program promosi kesehatan yang sangat kontekstual dan relevan dengan realitas keseharian klien.

Meskipun demikian, diskursus akademis kontemporer juga memberikan kritik terhadap kekakuan model siklus hidup tradisional. Lukman (2024) menyoroti bahwa model klasik sering kali berasumsi pada bentuk keluarga inti yang ideal dan linier, sehingga kurang sensitif dalam memotret realitas keluarga modern yang kompleks, seperti keluarga tanpa anak, keluarga dengan perceraian, atau keluarga campuran (*blended families*). Oleh karena itu, penerapan konsep tahap perkembangan dalam praktik keperawatan kiwari menuntut fleksibilitas interpretatif. Perawat harus mampu memodifikasi kerangka teoretis ini agar selaras dengan lintasan hidup yang unik dan non-linier dari setiap keluarga, tanpa kehilangan esensi dari antisipasi kebutuhan kesehatan di setiap fasenya.

1.4.2 Tugas Perkembangan pada Setiap Tahap

Setiap etape dalam siklus hidup keluarga membawa serangkaian tugas perkembangan (*developmental tasks*) yang harus diselesaikan secara paripurna agar sistem tersebut dapat melangkah ke fase berikutnya dengan sehat. Tugas perkembangan ini merupakan ekspektasi normatif yang lahir dari perpaduan antara kematangan biologis anggota keluarga, imperatif kultural masyarakat, dan aspirasi personal. Keberhasilan dalam menuntaskan tugas-tugas ini akan menghasilkan kepuasan, harmoni, dan kesiapan untuk menghadapi tantangan di masa depan. Sebaliknya, kegagalan dalam memenuhi tuntutan fase tersebut akan memicu stagnasi, konflik internal, dan penolakan dari lingkungan sosial yang lebih luas.

Janah et al. (2025) merinci bahwa tugas perkembangan bersifat kumulatif dan saling berkesinambungan. Misalnya, pada tahap keluarga baru menikah, tugas utamanya adalah membangun komitmen finansial dan emosional, serta menegosiasikan batasan dengan keluarga besar. Ketika keluarga bertransisi ke tahap mengasuh anak prasekolah, tugas tersebut bergeser secara radikal menuju pemenuhan kebutuhan stimulasi tumbuh kembang anak, pembagian waktu antara karir dan domestik, serta

penyesuaian kembali relasi intim suami istri. Perawat keluarga bertugas untuk mengevaluasi sejauh mana keluarga mampu mengorkestrasi sumber daya mereka untuk memenuhi tuntutan-tuntutan spesifik ini tanpa mengorbankan kesejahteraan individu di dalamnya.

Lebih jauh, Lukman (2024) menggarisbawahi bahwa ketidakmampuan menyelesaikan tugas perkembangan sering kali bermanifestasi sebagai masalah kesehatan fisik atau psikososial. Ketika sebuah keluarga terjebak (*stuck*) pada satu fase misalnya orang tua yang menolak melepaskan otonomi kepada anak remajanya akan muncul gejala klinis seperti kecemasan kronis, depresi, atau perilaku psikosomatis pada anggota keluarga tersebut. Dalam konteks ini, intervensi keperawatan tidak sekadar memberikan medikasi simptomatik, melainkan bertindak sebagai fasilitator yang membantu keluarga mengidentifikasi hambatan perkembangan mereka, merekonstruksi pola asuh, dan mendorong penyelesaian tugas yang tertunda agar ekuilibrium sistem dapat kembali pulih.

1.4.3 Krisis Normatif dan Krisis Situasional dalam Keluarga

Perjalanan melintasi siklus hidup tidak pernah berjalan dalam lintasan yang sepenuhnya mulus; ia selalu diwarnai oleh berbagai guncangan yang menguji kapasitas resiliensi keluarga. Dalam literatur keperawatan, guncangan ini diklasifikasikan menjadi dua tipologi utama: krisis normatif dan krisis situasional. Krisis normatif merujuk pada periode stres yang dapat diprediksi dan merupakan bagian inheren dari transisi perkembangan yang wajar. Peristiwa seperti kelahiran anak pertama, anak mulai masuk sekolah, masa pubertas remaja, hingga masa pensiun adalah contoh krisis normatif. Meskipun dapat diantisipasi, peristiwa ini tetap menuntut reorganisasi peran yang masif dan sering kali memicu kecemasan sementara hingga keluarga berhasil menemukan keseimbangan baru (Wulandari, 2025).

Di sisi lain, krisis situasional bersifat insidental, tidak terduga, dan sering kali membawa dampak destruktif yang jauh lebih besar terhadap struktur keluarga. Krisis ini dipicu oleh peristiwa eksternal atau internal yang mendadak, seperti kecelakaan fatal, diagnosis penyakit terminal,

pemutusan hubungan kerja, atau bencana alam. Algrienes et al. (2024) menjelaskan bahwa krisis situasional mendisrupsi lintasan perkembangan keluarga secara paksa, memaksa mereka untuk memobilisasi mekanisme koping darurat. Berbeda dengan krisis normatif yang memiliki peta jalan kultural untuk penyelesaiannya, krisis situasional sering kali meninggalkan keluarga dalam kondisi disorientasi, kehilangan makna, dan kerentanan psikologis yang akut.

Peran perawat keluarga menjadi sangat krusial dalam membedakan dan menangani kedua jenis krisis ini. Pada krisis normatif, pendekatan keperawatan lebih dititikberatkan pada edukasi antisipatif (*anticipatory guidance*), di mana perawat membekali keluarga dengan pengetahuan dan keterampilan sebelum fase transisi tersebut terjadi. Namun, dalam menghadapi krisis situasional, intervensi keperawatan menuntut tindakan krisis (*crisis intervention*) yang cepat dan komprehensif. Janah et al. (2025) menekankan perlunya perawat untuk segera menstabilkan kondisi emosional keluarga, memfasilitasi akses terhadap sumber daya darurat, dan mendampingi proses adaptasi ulang agar krisis tersebut tidak berujung pada disintegrasi sistem keluarga secara permanen.

1.4.4 Transisi Antar Tahap Perkembangan Keluarga

Fase transisi antar tahap perkembangan merupakan periode liminal yang paling kritis dalam siklus hidup keluarga. Pada masa jeda ini, aturan, peran, dan pola interaksi lama tidak lagi relevan, sementara struktur baru yang dibutuhkan untuk menghadapi fase berikutnya belum sepenuhnya terbentuk. Kondisi ambiguitas ini menciptakan kerentanan sistemik yang tinggi. Wulandari (2025) mengobservasi bahwa mayoritas disfungsi keluarga dan insidensi masalah kesehatan psikososial justru memuncak pada periode transisi ini. Keluarga dituntut untuk melepaskan kenyamanan dari ekuilibrium masa lalu dan berani melangkah ke dalam ketidakpastian peran yang baru, sebuah proses yang sering kali diwarnai oleh resistensi dan duka cita simbolis (*symbolic grief*).

Keberhasilan sebuah keluarga dalam menavigasi masa transisi sangat bergantung pada tingkat fleksibilitas struktural dan keterbukaan komunikasi yang mereka miliki. Keluarga dengan batasan yang terlalu kaku

akan cenderung menolak perubahan, memaksakan pola lama pada realitas yang baru, yang pada akhirnya memicu konflik destruktif. Sebaliknya, keluarga yang adaptif mampu melakukan negosiasi ulang terkait ekspektasi peran secara demokratis. Lukman (2024) mencatat bahwa kelancaran transisi juga dipengaruhi oleh ketersediaan dukungan sosial dari struktur eksternal, seperti bimbingan dari generasi yang lebih tua atau dukungan dari komunitas sebaya yang tengah mengalami fase transisi serupa.

Dalam kerangka asuhan keperawatan, perawat bertindak sebagai katalisator yang memfasilitasi proses transisi ini agar berjalan secara konstruktif. Intervensi difokuskan pada normalisasi kecemasan yang dialami keluarga, meyakinkan mereka bahwa turbulensi emosional pada masa transisi adalah respons yang wajar. Janah et al. (2025) merekomendasikan penggunaan terapi suportif dan konseling keluarga untuk membantu anggota keluarga mengartikulasikan ketakutan mereka, merumuskan kembali tujuan bersama, dan membangun kapasitas adaptasi. Dengan pendampingan yang adekuat, masa transisi tidak lagi dipandang sebagai ancaman yang merusak, melainkan sebagai momentum transformatif yang akan meningkatkan kedewasaan dan kohesi sistem keluarga secara keseluruhan.

Tabel 1.1 Analisis Komparatif Dimensi Struktural, Fungsional, dan Perkembangan Keluarga dalam Praktik Keperawatan

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Asuhan Keperawatan	Sumber Rujukan Utama
Struktural	Konfigurasi Peran & Kekuasaan	Distribusi otoritas, batasan (<i>boundaries</i>) semi-permeabel, dan fleksibilitas peran	Perawat harus mengidentifikasi pemegang keputusan aktual dan merestrukturisasi peran jika terjadi kelelahan pengasuh	Lukman (2024); Algrienes et al. (2024)

		antaranggota keluarga.	(<i>caregiver strain</i>).	
Fungsional	Afeksi, Sosialisasi, & Perawatan	Pemenuhan kebutuhan emosional, transmisi nilai budaya, dan inisiasi perilaku pencarian kesehatan di rumah.	Intervensi difokuskan pada penguatan dukungan emosional dan edukasi untuk meningkatkan kapasitas perawatan mandiri keluarga.	Wulandari (2025); Ridwan et al. (2023)
Komunikasi	Transmisi Pesan & Resolusi Konflik	Keterbukaan saluran komunikasi, kongruensi pesan verbal/non-verbal, dan ketiadaan pesan ganda (<i>double bind</i>).	Pelatihan komunikasi asertif dan pendengaran aktif untuk meminimalisasi disfungsi dan mempercepat resolusi konflik internal.	Ridwan et al. (2023); Algrienes et al. (2024)
Perkembangan	Transisi & Krisis Siklus Hidup	Pergerakan dinamis melintasi etape kehidupan yang diwarnai oleh krisis normatif (dapat diprediksi) dan situasional (mendadak).	Penerapan edukasi antisipatif pada krisis normatif dan intervensi krisis darurat pada krisis situasional untuk mencegah disintegrasi.	Janah et al. (2025); Krisnana (2026)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur keperawatan keluarga kontemporer, 2021–2026)

BAB 2

KELUARGA SEJAHTERA DAN DINAMIKA KELUARGA

Pendahuluan

Dalam konstelasi keilmuan keperawatan komunitas dan keluarga, diskursus mengenai kesejahteraan keluarga menempati posisi yang sangat sentral sebagai indikator keberhasilan asuhan kesehatan masyarakat. Pemahaman ontologis terhadap keluarga tidak lagi berhenti pada analisis struktur dan fungsi dasar, melainkan harus diekspansi menuju evaluasi kualitas hidup dan kapasitas adaptasi sistem tersebut terhadap berbagai stresor. Kesejahteraan keluarga merupakan manifestasi dari ekuilibrium yang dinamis antara pemenuhan kebutuhan dasar, ketahanan psikososial, dan kemampuan menavigasi krisis. Oleh karena itu, bab ini memetakan posisi strategis konsep keluarga sejahtera dan dinamika internalnya sebagai landasan teoretis dalam merancang intervensi keperawatan yang bersifat promotif, preventif, dan kuratif.

Meskipun literatur mengenai kesejahteraan keluarga telah banyak dipublikasikan, masih terdapat celah penelitian (*research gap*) yang esensial terkait bias pengukuran yang terlalu menitikberatkan pada parameter ekonomi dan material. Banyak kajian terdahulu gagal memotret realitas bahwa kemapanan finansial tidak selalu berbanding lurus dengan resiliensi psikologis atau fungsionalitas kesehatan keluarga di era modern. Kesenjangan ini memunculkan urgensi untuk merekonstruksi paradigma kesejahteraan keluarga melalui lensa keperawatan holistik, di mana dinamika koping, interaksi sistemik, dan determinan lingkungan diintegrasikan sebagai variabel yang sama krusialnya dengan stabilitas ekonomi (Irwansyah, 2026).

Berpijak pada kesenjangan tersebut, bab ini diformulasikan untuk menjawab beberapa pertanyaan penelitian utama. Pertama, bagaimana konsep dan indikator keluarga sejahtera didefinisi dalam konteks keperawatan kontemporer? Kedua, apa saja determinan multi-dimensi

yang secara signifikan memengaruhi lintasan kesehatan keluarga? Ketiga, bagaimana teori sistem menjelaskan dinamika koping dan resiliensi keluarga saat berhadapan dengan turbulensi kesehatan? Melalui sintesis literatur terkini, uraian dalam bab ini diharapkan mampu membekali akademisi dan praktisi dengan kerangka analitis yang tajam untuk mengevaluasi dan meningkatkan taraf kesejahteraan keluarga secara komprehensif.

2.1 Konsep Keluarga Sejahtera

Kesejahteraan keluarga bukanlah sekadar terminologi administratif yang digunakan dalam sensus demografi, melainkan sebuah konstruksi sosiologis dan kesehatan yang mencerminkan pencapaian kualitas hidup optimal dari sebuah unit domestik. Konsep ini merepresentasikan kondisi di mana seluruh anggota keluarga mampu mengaktualisasikan potensi maksimal mereka dalam lingkungan yang aman, suportif, dan sehat. Dalam lanskap keperawatan, pergeseran paradigma dari sekadar "bertahan hidup" (*survival*) menuju "kesejahteraan paripurna" (*thriving*) menuntut pendekatan asuhan yang jauh lebih proaktif dan terintegrasi.

Bagi praktisi keperawatan, pemahaman yang presisi mengenai konsep keluarga sejahtera menjadi prasyarat mutlak sebelum mengimplementasikan program-program kesehatan berbasis komunitas. Kesejahteraan bertindak sebagai fondasi sekaligus tujuan akhir dari setiap intervensi terapeutik. Ketika sebuah keluarga mencapai tingkat kesejahteraan yang memadai, mereka secara otomatis akan memiliki kapasitas yang lebih besar untuk menyerap edukasi kesehatan, mematuhi regimen pengobatan, dan menjalankan fungsi perawatan mandiri secara otonom (Irwansyah, 2026).

2.1.1 Pengertian Keluarga Sejahtera

Secara konseptual, pengertian keluarga sejahtera melampaui batas-batas kemapanan finansial dan pemenuhan kebutuhan fisiologis semata. Irwansyah (2026) mendefinisikan keluarga sejahtera sebagai sebuah entitas sosial yang telah berhasil mencapai keseimbangan harmonis antara pemenuhan kebutuhan material, spiritual, dan psikososial, sehingga mampu berpartisipasi aktif dalam pembangunan masyarakat. Definisi ini

menegaskan bahwa kesejahteraan adalah sebuah kondisi multidimensional; ia mencakup ketersediaan nutrisi yang adekuat, akses terhadap fasilitas kesehatan, stabilitas emosional antaranggota, serta kebebasan dari ancaman kekerasan maupun eksploitasi di dalam rumah tangga.

Lebih jauh, dalam perspektif keperawatan holistik, keluarga sejahtera dimaknai sebagai sistem yang memiliki ketahanan (*resilience*) intrinsik. Artinya, kesejahteraan tidak dilihat sebagai kondisi statis yang bebas dari masalah, melainkan sebagai kapasitas dinamis keluarga untuk meredam guncangan, beradaptasi dengan krisis, dan kembali pada fungsi normalnya pasca-trauma. Keluarga yang sejahtera memiliki mekanisme resolusi konflik yang konstruktif, pola komunikasi yang asertif, dan ikatan afektif yang kuat, yang kesemuanya berfungsi sebagai bantalan pelindung (*protective buffer*) ketika salah satu anggota keluarga didiagnosis menderita penyakit kronis atau mengalami tekanan psikologis berat.

Diskursus akademis kontemporer juga menyoroti bahwa pengertian keluarga sejahtera sangat terikat pada konteks kultural (*culturally bound*). Apa yang dianggap sebagai indikator kesejahteraan di masyarakat urban mungkin berbeda secara diametral dengan persepsi masyarakat rural atau adat. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk menghindari etnosentrisme dalam menilai kesejahteraan klien. Pengkajian harus mengakomodasi nilai-nilai lokal, di mana kesejahteraan mungkin lebih direpresentasikan oleh keharmonisan hubungan kekerabatan dan kedamaian spiritual dibandingkan dengan akumulasi aset material atau pencapaian status sosial (Irwansyah, 2026).

2.1.2 Indikator dan Kriteria Keluarga Sejahtera

Pengukuran tingkat kesejahteraan keluarga membutuhkan serangkaian indikator yang objektif, terukur, dan komprehensif. Di Indonesia, salah satu instrumen utama yang digunakan oleh tenaga kesehatan adalah Indeks Keluarga Sehat (IKS) yang terintegrasi dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Wulandari et al. (2024) menguraikan bahwa indikator ini mencakup dua belas kriteria esensial yang merepresentasikan status kesehatan paripurna, mulai dari

kepesertaan jaminan kesehatan nasional, akses terhadap air bersih dan jamban sehat, kepatuhan pengobatan penderita tuberkulosis dan hipertensi, hingga status imunisasi dasar pada balita dan pelayanan kesehatan ibu bersalin.

Selain indikator klinis dan administratif tersebut, kriteria keluarga sejahtera juga harus mencakup dimensi kesehatan lingkungan dan sanitasi. Srianingsih et al. (2022) menegaskan bahwa lingkungan fisik rumah yang tidak memenuhi standar kelayakan seperti ventilasi yang buruk, kepadatan hunian yang tinggi, dan pengelolaan limbah yang tidak saniter merupakan determinan langsung yang mendegradasi tingkat kesejahteraan keluarga. Kondisi lingkungan yang patogenik ini secara konstan memaparkan anggota keluarga pada risiko penyakit menular, yang pada gilirannya akan menguras sumber daya finansial dan emosional keluarga, menjauhkan mereka dari kriteria sejahtera.

Dalam praktik keperawatan tingkat lanjut, indikator kesejahteraan juga diperluas untuk mencakup parameter psikososial. Kriteria ini mengevaluasi sejauh mana keluarga mampu menyediakan ruang aman bagi perkembangan mental anak, ketiadaan praktik kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), serta kemampuan keluarga dalam mengelola stresor ekonomi tanpa mengorbankan fungsi afektif. Integrasi antara indikator biomedis (seperti IKS) dengan indikator psikososial dan lingkungan ini memberikan peta jalan yang sangat presisi bagi perawat dalam merumuskan diagnosis keperawatan komunitas dan menentukan prioritas intervensi yang paling mendesak (Wulandari et al., 2024).

2.1.3 Tingkatan Keluarga Sejahtera

Untuk memfasilitasi pemetaan demografis dan penargetan intervensi sosial, pemerintah dan pakar sosiologi kesehatan mengklasifikasikan kesejahteraan keluarga ke dalam beberapa tingkatan hierarkis. Secara historis, klasifikasi ini dimulai dari tahap Keluarga Pra-Sejahtera, yakni unit keluarga yang belum mampu memenuhi kebutuhan dasar minimalnya, seperti pangan, sandang, dan papan yang layak. Pada tingkatan ini, fokus asuhan keperawatan sangat bersifat fundamental, yakni memastikan kelangsungan hidup (*survival*), mencegah malnutrisi akut, dan

mengadvokasi akses terhadap bantuan jaring pengaman sosial dari pemerintah (Irwansyah, 2026).

Tingkatan selanjutnya bergerak menuju Keluarga Sejahtera Tahap I hingga Tahap III Plus, yang mencerminkan eskalasi pemenuhan kebutuhan dari yang bersifat fisiologis menuju kebutuhan psikologis dan aktualisasi diri. Keluarga Sejahtera Tahap I mungkin telah memenuhi kebutuhan dasar, namun belum mampu memenuhi kebutuhan sosial-psikologis seperti pendidikan lanjutan atau rekreasi. Sementara itu, Keluarga Sejahtera Tahap III dan III Plus dikarakteristikkan oleh kemampuan keluarga untuk tidak hanya memenuhi seluruh kebutuhan internalnya secara paripurna, tetapi juga memiliki surplus sumber daya untuk berkontribusi secara aktif dalam kegiatan filantropi dan pemberdayaan masyarakat di lingkungan sekitarnya.

Bagi perawat keluarga, pemahaman terhadap stratifikasi ini sangat krusial dalam melakukan kalibrasi pendekatan edukasi dan intervensi. Irwansyah (2026) mencatat bahwa memberikan penyuluhan mengenai gaya hidup organik atau manajemen stres tingkat lanjut kepada Keluarga Pra-Sejahtera yang tengah berjuang mencari makan sehari-hari adalah sebuah tindakan yang tidak relevan dan nir-empati. Sebaliknya, intervensi harus disesuaikan dengan kapasitas aktual keluarga pada tingkatannya masing-masing, memastikan bahwa target asuhan keperawatan bersifat realistis, dapat dicapai, dan secara bertahap mampu mengangkat keluarga tersebut ke tingkatan kesejahteraan yang lebih tinggi.

Gambar 2.1 Ilustrasi Konseptual Multidimensi Kesejahteraan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Irwansyah, 2026 & Wulandari et al., 2024)

Keterangan: Gambar ini mengilustrasikan model piramida kesejahteraan keluarga, di mana fondasi dasarnya adalah pemenuhan kebutuhan fisik dan lingkungan yang sehat (indikator PIS-PK). Lapisan tengah merepresentasikan ketahanan psikososial dan stabilitas ekonomi, sementara puncak piramida menunjukkan aktualisasi keluarga dalam bentuk kontribusi sosial di masyarakat. Model ini menegaskan bahwa kesejahteraan adalah proses pendakian yang dinamis dan saling terintegrasi.

2.2 Determinan Kesehatan Keluarga

Status kesehatan sebuah keluarga tidak pernah terwujud dalam ruang hampa yang semata-mata dikendalikan oleh faktor genetik atau biologis. Sebaliknya, kesehatan merupakan produk akhir dari interaksi yang sangat kompleks antara berbagai determinan eksternal dan internal yang melingkupi kehidupan sehari-hari unit domestik tersebut. Dalam paradigma keperawatan komunitas kontemporer, pemahaman yang mendalam terhadap determinan kesehatan ini menjadi instrumen analitis yang esensial. Hal ini dikarenakan patologi klinis yang dialami oleh anggota keluarga sering kali hanyalah manifestasi permukaan dari akar masalah sistemik yang bersumber pada ketimpangan sosial, degradasi lingkungan, atau disfungsi kultural.

Bagi praktisi keperawatan, mengidentifikasi dan memetakan determinan kesehatan keluarga merupakan langkah fundamental sebelum merumuskan diagnosis dan intervensi. Pendekatan yang reduksionis yakni hanya berfokus pada pengobatan gejala fisik tanpa mengintervensi determinan yang memicunya dipastikan akan berujung pada kegagalan terapeutik jangka panjang. Oleh sebab itu, perawat dituntut untuk memperluas lensa observasinya, mengevaluasi bagaimana faktor sosial ekonomi, konstruksi budaya, kondisi ekologi, hingga pola perilaku saling berjaln kelindan dalam membentuk lintasan kesehatan (*health trajectory*) sebuah keluarga dari waktu ke waktu (Irwansyah, 2026).

2.2.1 Faktor Sosial Ekonomi dan Kesehatan Keluarga

Status sosial ekonomi (SES) secara konsisten diakui dalam berbagai literatur epidemiologi sebagai determinan paling kuat yang mendikte kualitas kesehatan keluarga. Dimensi ekonomi, yang mencakup tingkat pendapatan dan stabilitas finansial, secara langsung menentukan daya beli keluarga terhadap kebutuhan penunjang kesehatan. Keluarga dengan kapabilitas finansial yang memadai memiliki privilese untuk mengakses sumber pangan bernutrisi tinggi, bermukim di perumahan yang aman, serta menjangkau fasilitas layanan kesehatan preventif maupun kuratif dengan cepat. Sebaliknya, Irwansyah (2026) menggarisbawahi bahwa keluarga yang terperangkap dalam siklus kemiskinan sering kali terpaksa menunda pencarian pengobatan (*delay in seeking care*) akibat ketiadaan biaya, yang pada akhirnya memperburuk prognosis penyakit.

Selain dimensi pendapatan, tingkat pendidikan khususnya pendidikan figur ibu atau pengasuh utama memainkan peran yang sangat determinan. Pendidikan berkorelasi positif dengan tingkat literasi kesehatan (*health literacy*), yakni kemampuan keluarga untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi kesehatan dasar yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan medis yang tepat. Keluarga dengan latar belakang pendidikan yang baik cenderung lebih proaktif dalam mengadopsi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), lebih rasional dalam merespons gejala penyakit, dan memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi terhadap regimen terapeutik yang diresepkan oleh tenaga kesehatan.

Faktor pekerjaan juga memberikan kontribusi yang signifikan terhadap konstelasi kesehatan keluarga. Kondisi lingkungan kerja yang toksik, paparan bahaya okupasional, hingga ketidakpastian status pekerjaan (*job insecurity*) tidak hanya mengancam kesehatan fisik pekerja, tetapi juga mentransmisikan stresor psikologis ke dalam ranah domestik. Kelelahan kronis dan tekanan finansial akibat kondisi pekerjaan yang buruk sering kali memicu eskalasi konflik internal, menurunkan kualitas pengasuhan anak, dan meningkatkan risiko gangguan mental pada anggota keluarga lainnya. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus mencakup advokasi sosial untuk membantu keluarga mengakses jaring pengaman ekonomi yang tersedia di masyarakat.

2.2.2 Determinan Budaya dan Lingkungan

Kebudayaan beroperasi sebagai cetak biru tak kasatmata yang mengonstruksi persepsi keluarga terhadap konsep sehat, sakit, dan penyembuhan. Determinan budaya mencakup sistem kepercayaan, nilai-nilai tradisional, tabu, dan praktik etnomedisin yang diwariskan secara antargenerasi. Dalam banyak komunitas, penyakit tidak selalu dipahami melalui lensa biomedis sebagai invasi patogen, melainkan sering kali diinterpretasikan sebagai ketidakseimbangan spiritual atau pelanggaran terhadap norma adat. Irwansyah (2026) mencatat bahwa perawat harus memiliki kompetensi kultural yang mumpuni untuk menavigasi sistem kepercayaan ini, memastikan bahwa intervensi medis yang diberikan tidak berbenturan secara destruktif dengan nilai-nilai budaya yang dipegang teguh oleh keluarga.

Di sisi lain, determinan lingkungan fisik memberikan dampak langsung yang sangat masif terhadap morbiditas keluarga. Kualitas ekologi tempat keluarga bermukim mencakup kelayakan struktur bangunan rumah, ketersediaan ventilasi dan pencahayaan alami, akses terhadap sumber air bersih, hingga sistem pengelolaan limbah merupakan garis pertahanan pertama terhadap paparan agen infeksius. Srianingsih et al. (2022) dalam kajiannya menegaskan bahwa lingkungan rumah yang patogenik, seperti sanitasi yang buruk dan kepadatan hunian yang ekstrem (*overcrowding*), merupakan inkubator utama bagi penyebaran penyakit menular seperti

tuberkulosis, diare, dan infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) di antara anggota keluarga.

Interseksi antara budaya dan lingkungan juga menciptakan dinamika yang unik dalam manajemen kesehatan keluarga. Praktik budaya tertentu sering kali mendikte bagaimana keluarga berinteraksi dengan lingkungan fisiknya, seperti tata letak dapur tradisional yang menyatu dengan ruang tidur, atau kebiasaan memelihara ternak di dalam area hunian. Kondisi ini menuntut perawat untuk merancang strategi modifikasi lingkungan yang tidak hanya memenuhi standar sanitasi kesehatan masyarakat, tetapi juga dapat diterima secara kultural. Edukasi kesehatan lingkungan harus disampaikan melalui pendekatan dialogis, memberdayakan keluarga untuk merekonstruksi ruang hidup mereka menjadi ekosistem yang mendukung pemulihan dan pencegahan penyakit (Srianingsih et al., 2022).

2.2.3 Determinan Perilaku dan Gaya Hidup Keluarga

Perilaku dan gaya hidup merupakan determinan kesehatan yang bersifat *modifiable* (dapat diubah) dan sangat dipengaruhi oleh dinamika internal keluarga. Keluarga berfungsi sebagai agen sosialisasi primer di mana kebiasaan-kebiasaan terkait kesehatan dibentuk, diobservasi, dan diinternalisasi sejak usia dini. Pola konsumsi nutrisi, tingkat aktivitas fisik, kebiasaan merokok, hingga durasi istirahat merupakan produk dari rutinitas kolektif yang dibangun di dalam rumah. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa gaya hidup sedenter dan pola makan tinggi kalori yang diadopsi oleh sebuah keluarga akan secara sistematis meningkatkan kerentanan seluruh anggotanya terhadap penyakit tidak menular (PTM) seperti obesitas, diabetes melitus, dan hipertensi.

Lebih jauh, determinan perilaku juga mencakup mekanisme koping yang dipilih oleh keluarga dalam merespons stresor kehidupan. Keluarga yang mengembangkan perilaku koping maladaptif seperti pelarian pada konsumsi alkohol, penyalahgunaan zat, atau agresi verbal akan menciptakan lingkungan domestik yang toksik dan merusak kesehatan mental anggotanya. Sebaliknya, keluarga yang membudayakan perilaku koping konstruktif, seperti komunikasi terbuka, rekreasi bersama, dan pencarian dukungan spiritual, akan memiliki resiliensi psikologis yang jauh

lebih tangguh saat menghadapi krisis kesehatan maupun tekanan ekonomi.

Dalam konteks asuhan keperawatan, modifikasi perilaku keluarga merupakan salah satu intervensi yang paling menantang karena membutuhkan perubahan paradigma yang mendasar. Perawat tidak dapat sekadar memberikan instruksi satu arah; mereka harus bertindak sebagai fasilitator yang memotivasi keluarga untuk mengenali perilaku berisiko mereka sendiri. Strategi pemberdayaan harus difokuskan pada peningkatan efikasi diri (*self-efficacy*) keluarga, membimbing mereka untuk merancang target perubahan gaya hidup yang realistis, terukur, dan disepakati bersama. Melalui transformasi perilaku kolektif ini, keluarga dapat mengambil alih kendali atas determinan kesehatan mereka, bergerak dari posisi rentan menuju kemandirian kesehatan yang berkelanjutan.

2.3 Dinamika dan Sistem Keluarga

Keluarga merupakan sebuah entitas yang tidak pernah berada dalam kondisi statis; ia adalah sebuah organisme sosial yang terus berdenyut, bergerak, dan merespons berbagai stimulus yang hadir dari dalam maupun luar batas teritorialnya. Dinamika keluarga merujuk pada pola interaksi yang kompleks, fluktuatif, dan resiprokal antaranggota keluarga dalam upaya mereka mempertahankan keseimbangan fungsional. Pemahaman terhadap dinamika ini menuntut perawat untuk melepaskan pandangan linier dan beralih pada paradigma pemikiran sistem (*systems thinking*), di mana setiap individu dipandang sebagai subsistem yang saling terhubung dalam sebuah jaring ekologi yang lebih besar.

Dalam praktik keperawatan komunitas, analisis terhadap dinamika dan sistem keluarga menjadi instrumen diagnostik yang sangat tajam. Ketika sebuah krisis kesehatan menghantam seperti diagnosis penyakit kronis pada salah satu figur pencari nafkah dampaknya tidak hanya terlokalisasi pada individu yang sakit, melainkan akan memicu gelombang kejutan (*shockwave*) yang mendisrupsi seluruh arsitektur sistem keluarga. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang efektif harus dirancang untuk mengkalibrasi ulang dinamika tersebut, memperkuat mekanisme koping,

dan memfasilitasi adaptasi sistemik agar keluarga mampu bertransformasi menjadi unit yang lebih tangguh (Hayati et al., 2025).

2.3.1 Teori Sistem dalam Konteks Keluarga

Teori Sistem Umum (*General Systems Theory*) yang diadaptasi ke dalam ilmu keperawatan memberikan kerangka konseptual yang sangat kokoh untuk membedah kompleksitas keluarga. Berdasarkan perspektif ini, keluarga dikonseptualisasikan sebagai sebuah sistem terbuka yang terdiri dari elemen-elemen (anggota keluarga) yang saling berinterdependensi. Prinsip fundamental dari teori ini adalah *wholeness* atau keutuhan, yang menegaskan bahwa keseluruhan sistem keluarga memiliki karakteristik dan kekuatan yang jauh lebih besar daripada sekadar penjumlahan bagian-bagian individunya. Hayati et al. (2025) menjelaskan bahwa setiap perubahan pada satu elemen baik itu perubahan status kesehatan, peran, maupun kondisi emosional secara niscaya akan memicu reaksi berantai yang mengubah konfigurasi seluruh sistem tersebut.

Sebagai sebuah sistem terbuka, keluarga secara konstan melakukan pertukaran energi, materi, dan informasi dengan lingkungan eksternalnya (suprasistem) melalui sebuah mekanisme yang disebut batasan (*boundaries*). Batasan ini berfungsi sebagai filter pelindung yang mengatur derajat permeabilitas keluarga terhadap pengaruh luar. Keluarga yang fungsional memiliki batasan yang semi-permeabel; mereka mampu menyerap sumber daya positif dari komunitas, seperti dukungan sosial atau layanan kesehatan, sekaligus memblokir stresor yang destruktif. Sebaliknya, sistem keluarga dengan batasan yang terlalu kaku (*rigid*) akan mengalami isolasi dan entropi, sementara batasan yang terlalu longgar (*diffuse*) akan menyebabkan keluarga kehilangan identitas dan mudah terombang-ambing oleh krisis eksternal.

Dalam aplikasi klinisnya, pendekatan ini sering kali diintegrasikan dengan model keperawatan spesifik, seperti Model Sistem Betty Neuman. Feriadianto dan Nursanti (2024) mengartikulasikan bahwa dalam model Neuman, keluarga dipandang sebagai sistem klien yang dikelilingi oleh garis pertahanan fleksibel, normal, dan resistensi. Ketika stresor

lingkungan seperti serangan stroke mendadak pada anggota keluarga berhasil menembus garis pertahanan normal, sistem keluarga akan mengalami instabilitas akut. Intervensi keperawatan kemudian diarahkan pada upaya prevensi primer, sekunder, dan tersier untuk memperkuat garis resistensi keluarga, merekonstruksi struktur peran yang terdampak, dan mengembalikan sistem pada kondisi ekuilibrium yang optimal.

2.3.2 Koping Keluarga terhadap Stresor

Perjalanan siklus hidup keluarga tidak pernah luput dari paparan stresor, baik yang bersifat normatif (seperti transisi perkembangan) maupun situasional (seperti kecelakaan atau penyakit terminal). Koping keluarga merujuk pada serangkaian upaya kognitif, afektif, dan behavioral yang dimobilisasi secara kolektif oleh sistem tersebut untuk mengelola, mereduksi, atau menoleransi tuntutan internal dan eksternal yang dinilai melampaui kapasitas sumber daya mereka. Proses koping ini bukanlah respons individual yang terisolasi, melainkan sebuah orkestrasi tindakan bersama yang sangat dipengaruhi oleh pola komunikasi, distribusi kekuasaan, dan sistem nilai yang dianut oleh keluarga.

Strategi koping yang diadopsi oleh keluarga dapat diklasifikasikan ke dalam spektrum adaptif dan maladaptif. Koping adaptif berorientasi pada penyelesaian masalah (*problem-focused*) dan regulasi emosi yang konstruktif (*emotion-focused*). Keluarga dengan koping adaptif mampu melakukan penilaian ulang kognitif (*cognitive reappraisal*) terhadap krisis, mencari informasi medis yang akurat, mendistribusikan ulang beban perawatan secara adil, dan secara proaktif mengakses dukungan sosial. Sebaliknya, koping maladaptif bermanifestasi dalam bentuk penyangkalan (*denial*), saling menyalahkan (*scapegoating*), penarikan diri dari interaksi sosial, atau pelarian pada penyalahgunaan zat, yang pada akhirnya justru akan memperparah disfungsi sistemik dan memperburuk prognosis kesehatan.

Dalam konteks penyakit kronis yang kompleks, dinamika koping keluarga diuji hingga batas maksimalnya. Firdausiah et al. (2024) dalam kajiannya mengenai keluarga yang merawat pasien dengan komorbiditas Tuberkulosis dan Diabetes Melitus (TB-DM), menemukan bahwa beban

ganda dari penyakit infeksius dan metabolik ini menciptakan stresor psikososial yang masif. Keluarga dituntut untuk mengelola regimen diet yang ketat sekaligus menerapkan protokol pencegahan penularan infeksi di dalam rumah. Keberhasilan koping dalam situasi ini sangat bergantung pada tingkat kohesi keluarga dan efikasi diri kolektif. Perawat berperan krusial dalam memfasilitasi koping ini melalui edukasi terstruktur, konseling suportif, dan pemberdayaan keluarga untuk mengidentifikasi serta memanfaatkan kekuatan internal yang mereka miliki.

2.3.3 Resiliensi dan Adaptasi Keluarga

Resiliensi keluarga merupakan sebuah konsep tingkat lanjut yang melampaui sekadar kemampuan bertahan hidup atau kembali ke kondisi semula pasca-krisis. Secara konseptual, resiliensi dimaknai sebagai kapasitas dinamis sebuah sistem keluarga untuk tidak hanya meredam guncangan trauma, tetapi juga melakukan transformasi dan bertumbuh menjadi lebih kuat melalui pengalaman adversitas tersebut (*bouncing forward*). Kapasitas ini tidak muncul secara instan, melainkan dibangun di atas fondasi sistem kepercayaan yang positif, pola organisasi yang fleksibel, dan proses komunikasi yang transparan serta empatik di antara seluruh anggota keluarga.

Monteiro et al. (2025) menegaskan bahwa dalam paradigma keperawatan modern, fokus asuhan telah bergeser dari sekadar mitigasi defisit (*deficit-based approach*) menuju promosi resiliensi (*strength-based approach*). Perawat kesehatan keluarga tidak lagi hanya bertindak sebagai penyedia layanan kuratif, melainkan sebagai promotor resiliensi yang secara aktif mengidentifikasi dan mengamplifikasi potensi laten yang dimiliki keluarga. Intervensi diarahkan untuk membantu keluarga menemukan makna (*meaning-making*) di balik penderitaan atau penyakit yang mereka hadapi, menumbuhkan harapan yang realistis, dan memperkuat ikatan spiritualitas yang sering kali menjadi jangkar emosional terkuat di saat krisis.

Proses adaptasi merupakan manifestasi operasional dari resiliensi tersebut. Adaptasi terjadi ketika keluarga berhasil mereorganisasi struktur internalnya seperti memodifikasi rutinitas harian, merelokasi sumber daya

finansial, dan menegosiasikan ulang peran domestik untuk mengakomodasi realitas baru yang diakibatkan oleh masalah kesehatan. Adaptasi yang sukses akan menghasilkan ekuilibrium baru yang lebih fungsional. Perawat bertugas mendampingi fase transisi ini, memastikan bahwa proses adaptasi tidak mengorbankan kesejahteraan anggota keluarga lainnya, terutama mereka yang memikul beban sebagai pengasuh utama (*primary caregiver*), sehingga keutuhan sistem keluarga tetap terjaga dalam jangka panjang.

2.3.4 Keseimbangan Dinamis antara Stabilitas dan Perubahan

Eksistensi sebuah sistem keluarga sangat bergantung pada kemampuannya menavigasi paradoks antara kebutuhan akan stabilitas dan tuntutan untuk berubah. Dalam terminologi teori sistem, stabilitas direpresentasikan oleh konsep morfostasis (atau homeostasis), yakni kecenderungan sistem untuk mempertahankan struktur, aturan, dan rutinitas yang sudah mapan guna menciptakan rasa aman dan prediktabilitas. Di sisi lain, perubahan direpresentasikan oleh morfogenesis, yakni kapasitas sistem untuk berinovasi, memodifikasi aturan, dan mengembangkan pola interaksi baru sebagai respons terhadap transisi perkembangan atau tekanan lingkungan (Hayati et al., 2025).

Keseimbangan dinamis antara kedua kekuatan ini adalah esensi dari kesehatan keluarga. Keluarga yang terlalu didominasi oleh morfostasis akan menjadi sangat kaku (*rigid*); mereka menolak untuk mengubah pola asuh meskipun anak-anak telah beranjak dewasa, atau menolak memodifikasi diet tradisional meskipun salah satu anggota didiagnosis penyakit metabolik. Kekakuan ini pada akhirnya akan memicu keretakan sistemik. Sebaliknya, keluarga yang terlalu didominasi oleh morfogenesis tanpa adanya jangkar stabilitas akan jatuh ke dalam kondisi *chaos* atau kekacauan; ketiadaan aturan yang konsisten dan hilangnya tradisi keluarga akan membuat anggota-anggotanya kehilangan orientasi dan identitas kultural.

Bagi perawat keluarga, seni dari asuhan keperawatan terletak pada kemampuan untuk membantu klien mengkalibrasi keseimbangan dinamis

ini. Ketika berhadapan dengan diagnosis penyakit baru, perawat harus memandu keluarga untuk melakukan morfogenesis seperti mengadopsi perilaku hidup bersih dan sehat atau mempelajari keterampilan perawatan medis di rumah. Namun pada saat yang bersamaan, perawat juga harus mendukung morfostasis dengan mendorong keluarga untuk tetap mempertahankan ritual-ritual positif, waktu rekreasi bersama, dan tradisi kultural yang memberikan kenyamanan psikologis. Melalui orkestrasi yang presisi antara stabilitas dan perubahan inilah, keluarga dapat terus berevolusi tanpa kehilangan esensi keutuhannya.

Gambar 2.2 Model Konseptual Dinamika Sistem dan Resiliensi Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Hayati et al., 2025 & Monteiro et al., 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini memvisualisasikan keluarga sebagai sebuah sistem terbuka. Lingkaran luar (garis putus-putus) merepresentasikan batasan semi-permeabel yang menyaring stresor eksternal. Di bagian dalam, panah-panah sirkular menunjukkan interaksi resiprokal antaranggota (subsistem) dalam melakukan koping dan adaptasi. Timbangan di tengah mengilustrasikan keseimbangan dinamis antara morfostasis (stabilitas) dan morfogenesis (perubahan) yang menjadi inti dari resiliensi keluarga.

2.4 Peran Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Keluarga menempati posisi yang sangat strategis sebagai garda terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam diskursus

keperawatan komunitas, keluarga tidak lagi diposisikan sekadar sebagai objek pasif penerima asuhan medis, melainkan diakui sebagai subjek aktif dan mitra kolaboratif yang menentukan keberhasilan setiap intervensi terapeutik. Kapasitas keluarga dalam menjalankan fungsi pemeliharaan kesehatan secara mandiri merupakan determinan utama yang menjembatani kesenjangan antara fasilitas layanan kesehatan formal dengan realitas keseharian pasien di lingkungan domestik. Oleh karena itu, pemberdayaan peran keluarga menjadi episentrum dari strategi promosi kesehatan kontemporer (Irwansyah, 2026).

Evolusi peran keluarga dalam domain kesehatan mencakup spektrum yang sangat luas, membentang dari upaya preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. Keterlibatan keluarga secara komprehensif ini terbukti secara empiris mampu menekan angka morbiditas, memperpendek durasi hospitalisasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara signifikan. Pemahaman yang mendalam terhadap berbagai dimensi peran ini memungkinkan perawat untuk merancang program edukasi yang presisi, mendelegasikan tugas perawatan secara aman, dan memobilisasi sumber daya internal keluarga untuk mencapai kemandirian kesehatan yang berkelanjutan.

2.4.1 Peran Keluarga sebagai Unit Perawatan Primer

Dalam hierarki sistem kesehatan, keluarga berfungsi sebagai unit perawatan primer yang paling fundamental dan otonom. Jauh sebelum seorang individu bersentuhan dengan institusi medis formal seperti puskesmas atau rumah sakit, keluargalah yang pertama kali melakukan observasi, interpretasi, dan triase terhadap gejala klinis yang muncul. Irwansyah (2026) mengartikulasikan bahwa keluarga bertindak sebagai penilai awal (*initial assessor*) yang menentukan apakah suatu keluhan fisik memerlukan intervensi medis profesional, cukup ditangani dengan pengobatan rumahan (*home remedies*), atau sekadar membutuhkan istirahat. Ketajaman keluarga dalam mengenali tanda bahaya (*danger signs*) ini sangat krusial dalam mencegah keterlambatan penanganan yang berpotensi fatal.

Selain sebagai penilai awal, keluarga juga memegang otoritas penuh sebagai pengambil keputusan utama (*primary decision maker*) dalam lintasan pencarian pengobatan. Proses pengambilan keputusan ini sering kali melibatkan negosiasi yang kompleks antara berbagai figur otoritas di dalam rumah, yang dipengaruhi oleh tingkat literasi kesehatan, ketersediaan finansial, dan sistem kepercayaan budaya yang dianut. Perawat komunitas dituntut untuk memahami dinamika pengambilan keputusan ini agar dapat memberikan intervensi yang tepat sasaran. Edukasi kesehatan tidak akan efektif jika hanya diberikan kepada pasien, melainkan harus menyasar figur sentral dalam keluarga yang memegang hak veto terkait tindakan medis yang akan diambil.

Lebih jauh, peran sebagai unit perawatan primer juga mencakup tanggung jawab keluarga dalam mengelola administrasi dan logistik kesehatan. Hal ini meliputi pengelolaan jaminan kesehatan, pengaturan jadwal kunjungan ke fasilitas medis, hingga penyediaan transportasi darurat. Wulandari et al. (2024) mencatat bahwa keluarga yang proaktif dalam mengelola aspek administratif ini cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi terhadap program kesehatan pemerintah, seperti yang terangkum dalam indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Oleh sebab itu, penguatan kapasitas manajerial keluarga merupakan salah satu pilar penting dalam asuhan keperawatan komunitas modern.

2.4.2 Peran Keluarga dalam Pencegahan Penyakit

Fungsi preventif merupakan salah satu kontribusi paling vital dari keluarga dalam memutus mata rantai transmisi penyakit dan menekan prevalensi gangguan kesehatan di masyarakat. Keluarga bertindak sebagai agen sosialisasi primer yang menanamkan fondasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) sejak fase awal perkembangan anak. Melalui proses internalisasi dan keteladanan (*role modeling*), kebiasaan-kebiasaan esensial seperti mencuci tangan dengan sabun, mengonsumsi nutrisi seimbang, dan menjaga kebersihan personal dibentuk menjadi rutinitas yang menetap. Irwansyah (2026) menegaskan bahwa keberhasilan keluarga dalam menanamkan disiplin preventif ini akan menciptakan

imunitas perilaku yang melindungi anggota keluarga dari berbagai ancaman patogen di lingkungan eksternal.

Dalam konteks kesehatan lingkungan, keluarga memegang kendali penuh atas modifikasi ekologi domestik untuk mencegah munculnya sarang penyakit. Srianingsih et al. (2022) menggarisbawahi bahwa inisiatif keluarga dalam mengelola sanitasi rumah tangga seperti memastikan sirkulasi udara yang adekuat, mengelola limbah secara higienis, dan memberantas vektor penyakit merupakan garis pertahanan utama terhadap penyakit menular berbasis lingkungan. Perawat keluarga berperan sebagai fasilitator yang memberikan edukasi teknis mengenai standar kesehatan lingkungan, sekaligus memotivasi keluarga untuk secara kolektif merekonstruksi ruang hunian mereka menjadi ekosistem yang mendukung upaya pencegahan penyakit secara berkelanjutan.

Selain pencegahan primer, keluarga juga memainkan peran krusial dalam pencegahan sekunder melalui partisipasi aktif dalam program skrining dan deteksi dini. Kesadaran keluarga untuk membawa balita ke posyandu guna pemantauan tumbuh kembang dan imunisasi dasar, serta inisiatif untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah atau gula darah secara berkala bagi anggota keluarga usia lanjut, merupakan manifestasi nyata dari peran ini. Wulandari et al. (2024) menyatakan bahwa keluarga yang memiliki literasi pencegahan yang tinggi akan mampu mengidentifikasi deviasi kesehatan pada tahap asimtomatik, sehingga intervensi medis dapat diberikan lebih awal sebelum komplikasi yang ireversibel terjadi.

2.4.3 Peran Keluarga dalam Perawatan dan Rehabilitasi Anggota Sakit

Ketika salah satu anggota keluarga didiagnosis menderita penyakit akut maupun kronis, sistem keluarga secara otomatis bertransformasi menjadi unit perawatan dan rehabilitasi di rumah (*home-based care unit*). Transisi ini menuntut reorganisasi peran yang masif, di mana anggota keluarga yang sehat harus mengambil alih tanggung jawab domestik sekaligus menjalankan fungsi sebagai pengasuh utama (*caregiver*). Firdausiah et al. (2024) dalam studinya mengenai keluarga dengan

komorbiditas TB-DM menyoroti bahwa peran perawatan ini mencakup tugas-tugas teknis yang kompleks, mulai dari pengaturan diet spesifik, pemantauan tanda-tanda vital, hingga memastikan kepatuhan konsumsi obat dalam jangka panjang guna mencegah resistensi atau komplikasi lebih lanjut.

Dalam ranah kesehatan jiwa, peran keluarga dalam fase perawatan dan rehabilitasi menjadi semakin determinan. Nurahaedin (2026) mengobservasi bahwa pada pasien dengan skizofrenia, tingkat keterlibatan keluarga dalam mengawasi regimen psikofarmaka dan memfasilitasi terapi modalitas di rumah berbanding lurus dengan penurunan angka kekambuhan (*relapse*). Keluarga bertindak sebagai jangkar realitas yang membantu pasien menavigasi halusinasi atau delusi, sekaligus menciptakan lingkungan yang minim stimulus stres. Namun, beban perawatan psikiatrik yang kronis ini sering kali memicu kelelahan fisik dan emosional yang ekstrem pada pengasuh, sehingga perawat harus secara proaktif memberikan intervensi suportif untuk mencegah *caregiver burnout*.

Fase rehabilitasi juga menuntut keluarga untuk memfasilitasi reintegrasi sosial pasien pasca-perawatan intensif. Keluarga berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan pasien dengan komunitas, membantu memulihkan fungsi sosial dan okupasional yang sempat tereduksi akibat penyakit. Proses ini membutuhkan kesabaran, modifikasi ekspektasi, dan kemampuan keluarga dalam mengadvokasi hak-hak pasien di lingkungan masyarakat. Melalui pendampingan keperawatan yang adekuat, keluarga dapat diberdayakan untuk merancang lingkungan rumah yang adaptif terhadap keterbatasan fisik pasien, sehingga proses pemulihan kemandirian dapat berlangsung secara optimal dan bermartabat.

2.4.4 Peran Keluarga sebagai Sumber Dukungan Emosional

Di tengah turbulensi krisis kesehatan, fungsi afektif keluarga muncul sebagai instrumen terapeutik yang paling kuat dan tidak tergantikan oleh institusi medis mana pun. Keluarga merupakan reservoir utama dukungan emosional yang menyediakan ruang aman secara psikologis bagi pasien

untuk mengekspresikan ketakutan, kecemasan, dan duka cita akibat penyakit yang dideritanya. Monteiro et al. (2025) mengartikulasikan bahwa kehadiran fisik yang konsisten, sentuhan afektif, dan validasi emosional dari anggota keluarga berfungsi sebagai bantalan pelindung (*protective buffer*) yang secara signifikan mereduksi pelepasan hormon stres, sehingga mempercepat proses penyembuhan secara psikosomatis.

Dukungan emosional dari keluarga juga memainkan peran sentral dalam mempertahankan identitas dan harga diri pasien, terutama pada kasus penyakit terminal atau kondisi yang menyebabkan kecacatan permanen. Stigma sosial dan perubahan citra tubuh (*body image*) sering kali memicu depresi dan alienasi pada pasien. Dalam situasi ini, penerimaan tanpa syarat (*unconditional acceptance*) dari keluarga menjadi fondasi yang memungkinkan pasien untuk merekonstruksi makna hidupnya. Nurahaedin (2026) menegaskan bahwa keluarga yang mampu mengomunikasikan empati dan harapan secara asertif akan menumbuhkan resiliensi internal pada pasien, memotivasi mereka untuk tetap berjuang melawan penyakit meskipun prognosis medis tampak kurang menguntungkan.

Bagi perawat, mengoptimalkan peran keluarga sebagai sumber dukungan emosional membutuhkan pendekatan yang sangat holistik. Perawat tidak hanya berfokus pada pasien, tetapi juga harus mengevaluasi kapasitas emosional dari anggota keluarga itu sendiri. Keluarga yang tengah mengalami krisis situasional sering kali mengalami disorientasi dan kelelahan empati (*compassion fatigue*), sehingga mereka tidak mampu memberikan dukungan yang adekuat. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus mencakup sesi konseling keluarga, fasilitasi ventilasi perasaan, dan penguatan ikatan spiritual, guna memastikan bahwa reservoir emosional keluarga tetap terisi dan mampu mengalirkan energi penyembuhan bagi seluruh anggotanya.

Tabel 2.1 Analisis Komparatif Dimensi Kesejahteraan, Determinan, dan Dinamika Sistem Keluarga

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Asuhan Keperawatan	Sumber Rujukan Utama
Kesejahteraan	Multidimensi & Indikator PIS-PK	Pencapaian ekuilibrium antara pemenuhan kebutuhan fisik, stabilitas ekonomi, dan ketahanan psikososial yang terukur secara objektif.	Intervensi disesuaikan dengan stratifikasi kesejahteraan; fokus pada pemenuhan dasar untuk pra-sejahtera, dan aktualisasi untuk tahap lanjut.	Irwansyah (2026); Wulandari et al. (2024)
Determinan	Sosio-Ekonomi, Budaya, & Lingkungan	Faktor eksternal dan internal yang mendikte lintasan kesehatan, mencakup literasi kesehatan, sanitasi hunian, dan sistem kepercayaan.	Perawat bertindak sebagai advokat sosial dan fasilitator modifikasi lingkungan yang peka terhadap nilai kultural klien.	Irwansyah (2026); Srianingsih et al. (2022)
Dinamika Sistem	Koping, Resiliensi, & Adaptasi	Kapasitas sistemik untuk meredam stresor, mereorganisasi struktur peran, dan bertumbuh pasca-krisis	Promosi resiliensi melalui penguatan garis pertahanan keluarga, edukasi koping	Hayati et al. (2025); Monteiro et al. (2025); Firdausiah et al. (2024)

		<i>(bouncing forward)</i> .	adaptif, dan kalibrasi keseimbangan stabilitas-perubahan.	
Peran Keluarga	Preventif, Kuratif, & Afektif	Otonomi keluarga sebagai unit perawatan primer, agen sosialisasi PHBS, dan reservoir utama dukungan emosional bagi pasien.	Pemberdayaan kapasitas manajerial keluarga, pendelegasian tugas perawatan yang aman, dan pencegahan <i>caregiver burnout</i> .	Nurahaedin (2026); Feriadianto & Nursanti (2024)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur keperawatan keluarga kontemporer, 2022–2026)

BAB 3

KONSEP DAN RUANG LINGKUP KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Dalam konstelasi keilmuan kesehatan kontemporer, keperawatan keluarga menempati posisi strategis sebagai disiplin hibrida yang menjembatani ketajaman klinis keperawatan individu dengan keluasan perspektif kesehatan masyarakat. Eksistensi keilmuan ini didasarkan pada postulat ontologis bahwa keluarga merupakan unit dasar dari struktur sosial yang secara langsung mendikte status kesehatan populasi. Sebagai sebuah spesialisasi, keperawatan keluarga tidak sekadar memindahkan lokus perawatan dari bangsal rumah sakit ke ruang tamu klien, melainkan menuntut transformasi epistemologis dalam cara perawat memandang, mengkaji, dan mengintervensi masalah kesehatan. Fokus asuhan bergeser secara radikal dari patologi biomedis individu menuju optimalisasi kapasitas sistem keluarga secara kolektif dalam merespons turbulensi kesehatan (Lukman, 2024).

Meskipun kerangka teoretis keperawatan keluarga telah mapan, literatur terkini masih mengidentifikasi adanya celah penelitian (*research gap*) yang signifikan terkait diskrepansi antara idealisme filosofis dan realitas implementasi di lapangan. Banyak kajian menunjukkan bahwa dalam praktiknya, asuhan sering kali masih terjebak pada paradigma reduksionis, di mana perawat hanya memperlakukan keluarga sebagai konteks atau latar belakang dari individu yang sakit (*family as context*), bukan sebagai klien atau sistem yang utuh (*family as client/system*). Kesenjangan ini semakin diperlebar oleh disrupsi teknologi medis, pergeseran demografis, dan kompleksitas penyakit kronis yang menuntut redefinisi ruang lingkup praktik keperawatan keluarga agar tetap relevan dengan tuntutan zaman (Im et al., 2024).

Berangkat dari problematika tersebut, bab ini dirancang untuk mengurai dan menjawab serangkaian pertanyaan penelitian yang fundamental. Pertama, bagaimana akar historis dan landasan filosofis

membentuk identitas profesional keperawatan keluarga? Kedua, sejauh mana ruang lingkup praktik keperawatan keluarga berekspansi melintasi berbagai tatanan layanan kesehatan? Ketiga, apa saja tren global dan isu-isu mutakhir yang tengah merekonstruksi masa depan disiplin ini? Melalui sintesis kritis terhadap literatur keperawatan modern, uraian dalam bab ini diharapkan mampu memberikan navigasi konseptual yang komprehensif bagi akademisi dan praktisi dalam mengorkestrasi asuhan keperawatan keluarga yang holistik dan adaptif (Hayati et al., 2025).

3.1 Pengertian dan Sejarah Keperawatan Keluarga

Membangun pemahaman yang presisi mengenai keperawatan keluarga membutuhkan penelusuran mendalam terhadap definisi konseptual dan jejak rekam historis yang melatarbelakanginya. Sebagai sebuah entitas keilmuan, keperawatan keluarga tidak lahir dari ruang hampa, melainkan merupakan produk dari evolusi panjang praktik kesehatan masyarakat yang merespons dinamika penderitaan manusia di lingkungan domestik. Definisi yang disepakati oleh komunitas akademik akan menjadi kompas yang mengarahkan batasan wewenang, tanggung jawab etis, dan metodologi asuhan yang diterapkan oleh perawat di lapangan (Lukman, 2024).

Oleh karena itu, pengkajian terhadap sejarah dan filosofi dasar disiplin ini bukanlah sekadar upaya retrospektif yang bernostalgia, melainkan sebuah langkah esensial untuk memperkuat identitas profesional. Dengan memahami bagaimana para pionir keperawatan merumuskan pendekatan berbasis keluarga di masa lampau, perawat masa kini dapat mengekstraksi nilai-nilai fundamental seperti kemitraan, advokasi, dan pemberdayaan untuk diaplikasikan dalam menghadapi kompleksitas sistem layanan kesehatan modern (Hayati et al., 2025).

3.1.1 Definisi Keperawatan Keluarga

Secara terminologis, keperawatan keluarga merupakan sintesis komprehensif antara keilmuan keperawatan klinis dan prinsip-prinsip kesehatan masyarakat yang diaplikasikan secara spesifik pada unit keluarga. Lukman (2024) mendefinisikan keperawatan keluarga sebagai sebuah proses pemberian asuhan yang holistik, sistematis, dan

berkelanjutan kepada keluarga untuk memfasilitasi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, serta pemulihan fungsi pasca-krisis. Dalam definisi ini, keluarga diposisikan secara absolut sebagai klien utama (*family as client*), di mana kesejahteraan kolektif sistem tersebut menjadi target akhir dari setiap intervensi yang dirancang, melampaui sekadar perbaikan parameter klinis dari satu individu yang tengah menderita sakit.

Lebih jauh, diskursus akademis kontemporer menekankan bahwa definisi keperawatan keluarga harus mengakomodasi sifat kemitraan yang egaliter. Asuhan tidak lagi dipandang sebagai transfer instruksi medis satu arah dari tenaga kesehatan yang superior kepada pasien yang pasif. Sebaliknya, keperawatan keluarga dimaknai sebagai sebuah kolaborasi terapeutik di mana perawat dan keluarga bersama-sama mengidentifikasi masalah, menggali sumber daya internal, dan merumuskan strategi penyelesaian. Pendekatan ini mengakui bahwa keluarga memiliki otonomi dan kearifan lokal yang sangat valid dalam mengelola kesehatan mereka sendiri, sehingga intervensi keperawatan berfungsi sebagai katalisator yang mengamplifikasi kapasitas mandiri tersebut (Hayati et al., 2025).

Tujuan paripurna yang termaktub dalam definisi keperawatan keluarga adalah pencapaian tingkat kemandirian yang optimal. Kemandirian ini direpresentasikan oleh kemampuan keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan dasar secara otonom, mulai dari mengenali deviasi kesehatan hingga memodifikasi lingkungan yang terapeutik. Im et al. (2024) mengartikulasikan bahwa ketika definisi ini diimplementasikan secara utuh, terutama pada keluarga yang merawat anak dengan penyakit kronis, asuhan keperawatan mampu mentransformasi keluarga dari entitas yang rentan dan bergantung pada sistem medis formal, menjadi unit perawatan primer yang tangguh, berdaya, dan memiliki resiliensi tinggi dalam menghadapi lintasan penyakit jangka panjang.

3.1.2 Sejarah dan Perkembangan Disiplin Keperawatan Keluarga

Jejak historis keperawatan keluarga berakar kuat pada tradisi keperawatan kesehatan masyarakat (*public health nursing*) yang mulai terinstitusionalisasi pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20. Pionir seperti Florence Nightingale telah meletakkan fondasi awal dengan

menekankan pentingnya modifikasi lingkungan domestik seperti sanitasi dan ventilasi sebagai prasyarat penyembuhan. Namun, tonggak sejarah yang paling signifikan ditorehkan oleh Lillian Wald melalui pendirian *Henry Street Settlement* di New York. Hayati et al. (2025) mencatat bahwa Wald memelopori konsep kunjungan rumah (*home visiting*) yang sistematis, di mana perawat tidak hanya merawat individu yang sakit, tetapi juga mengedukasi seluruh anggota keluarga mengenai higiene dan pencegahan penyakit menular di tengah permukiman padat penduduk.

Memasuki pertengahan abad ke-20, seiring dengan berkembangnya teori sistem dan sosiologi keluarga, keperawatan keluarga mulai memisahkan diri dan mengukuhkan identitasnya sebagai spesialisasi akademik yang mandiri. Pada era ini, literatur keperawatan mulai menggeser fokus dari sekadar intervensi fisik menuju analisis dinamika psikososial keluarga. Para teoretikus keperawatan mulai merumuskan model pengkajian yang secara spesifik dirancang untuk membedah struktur, fungsi, dan tahap perkembangan keluarga. Transformasi ini menandai transisi dari praktik yang murni berbasis intuisi klinis menuju disiplin ilmu yang ditopang oleh kerangka konseptual dan metodologi riset yang ketat (Lukman, 2024).

Dalam konteks keindonesiaan, perkembangan keperawatan keluarga sangat erat kaitannya dengan evolusi Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas). Sejak dekade 1970-an, pemerintah Indonesia telah mengintegrasikan asuhan keperawatan keluarga sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer di tingkat desa. Novera et al. (2021) menggarisbawahi bahwa program kunjungan rumah dalam kerangka Perkesmas menjadi instrumen historis yang krusial dalam menjangkau keluarga rawan kesehatan, menekan angka kematian ibu dan bayi, serta mengendalikan wabah penyakit menular. Hingga kini, sejarah panjang tersebut terus beradaptasi, bertransformasi menjadi pendekatan yang lebih terintegrasi seperti Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

3.1.3 Landasan Filosofis Keperawatan Keluarga

Filosofi merupakan roh yang menghidupkan setiap tindakan klinis; ia menyediakan kerangka moral dan epistemologis yang memandu perawat dalam berinteraksi dengan klien. Landasan filosofis utama dalam keperawatan keluarga bertumpu pada paradigma holisme. Paradigma ini menolak pandangan mekanistik yang mereduksi manusia menjadi sekumpulan organ biologis yang rusak. Sebaliknya, holisme memandang keluarga sebagai sebuah makrokosmos yang utuh, di mana dimensi fisik, psikologis, sosiokultural, dan spiritual saling berjaln kelindan secara tak terpisahkan. Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa intervensi keperawatan yang mengabaikan salah satu dimensi ini dipastikan akan menghasilkan asuhan yang parsial dan gagal menyentuh akar permasalahan kesehatan keluarga.

Selain holisme, filosofi pemberdayaan (*empowerment*) merupakan pilar esensial yang membedakan keperawatan keluarga dari pendekatan medis tradisional. Rachmawati et al. (2022) dalam kajian filosofisnya mengartikulasikan bahwa pemberdayaan adalah proses demokratisasi kekuasaan dalam ranah terapeutik. Perawat secara sadar melepaskan dominasi otoritasnya dan memosisikan keluarga sebagai mitra sejajar yang memiliki hak penuh atas tubuh dan kehidupan mereka. Filosofi ini meyakini bahwa setiap keluarga, betapapun rentannya kondisi mereka saat ini, memiliki potensi laten dan kekuatan internal (*family strengths*) yang dapat dimobilisasi untuk mengatasi krisis, asalkan diberikan fasilitasi, edukasi, dan dukungan yang adekuat.

Landasan filosofis ini juga sangat menjunjung tinggi nilai otonomi dan keadilan sosial. Keperawatan keluarga beroperasi di atas keyakinan bahwa setiap unit keluarga berhak mendapatkan akses layanan kesehatan yang bermutu tanpa diskriminasi, serta memiliki kebebasan absolut untuk menerima atau menolak intervensi berdasarkan sistem nilai yang mereka anut. Dalam praktiknya, perawat dituntut untuk mempraktikkan advokasi yang etis membela hak-hak keluarga di hadapan birokrasi medis yang kaku, sekaligus memastikan bahwa keputusan kesehatan yang diambil oleh keluarga didasarkan pada pemahaman informasi yang komprehensif

(*informed choice*), bukan akibat paksaan atau ketidaktahuan (Rachmawati et al., 2022).

Gambar 3.1 Evolusi Historis dan Konstruksi Filosofis Keperawatan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Hayati et al., 2025 & Rachmawati et al., 2022)

Keterangan: Ilustrasi ini memetakan garis waktu evolusi keperawatan keluarga, bermula dari praktik kunjungan rumah (*home visiting*) di era Lillian Wald, berkembang menjadi spesialisasi akademik berbasis teori sistem, hingga menjadi praktik modern yang berpusat pada pemberdayaan. Di bagian dasar ilustrasi, terdapat pilar-pilar filosofis yang menopang seluruh praktik tersebut, yakni holisme, kemitraan egaliter, otonomi, dan keadilan sosial, yang menegaskan bahwa sejarah dan filosofi adalah fondasi tak terpisahkan dari disiplin ini.

3.2 Filosofi dan Prinsip Keperawatan Keluarga

Transisi dari tataran teoretis menuju implementasi klinis dalam keperawatan keluarga sangat bergantung pada internalisasi filosofi dan prinsip-prinsip yang mendasarinya. Filosofi bertindak sebagai kompas moral dan epistemologis yang mendikte bagaimana seorang perawat memandang eksistensi manusia, kesehatan, dan penderitaan dalam konteks unit domestik. Tanpa pijakan filosofis yang kokoh, asuhan keperawatan berisiko tereduksi menjadi sekadar serangkaian tindakan teknis-mekanistik yang mengabaikan dimensi kemanusiaan klien. Oleh karena itu, pemahaman mendalam terhadap filosofi ini merupakan

prasyarat mutlak untuk membangun aliansi terapeutik yang bermakna dan transformatif antara tenaga kesehatan dan sistem keluarga (Hayati et al., 2025).

Sebagai turunan operasional dari filosofi tersebut, prinsip-prinsip keperawatan keluarga berfungsi sebagai pedoman pragmatis yang mengarahkan setiap tahapan proses asuhan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Prinsip-prinsip ini memastikan bahwa intervensi yang dirancang tidak hanya berlandaskan pada bukti ilmiah (*evidence-based*), tetapi juga selaras dengan nilai-nilai etis dan realitas sosiokultural keluarga. Melalui penerapan prinsip yang konsisten, perawat mampu menavigasi kompleksitas dinamika keluarga, menghindari jebakan paternalisme medis, dan secara efektif memfasilitasi pencapaian kemandirian kesehatan yang berkelanjutan (Rachmawati et al., 2022).

3.2.1 Filosofi Perawatan Holistik pada Keluarga

Filosofi holisme merupakan antitesis dari paradigma reduksionisme biomedis yang selama berabad-abad mendominasi praktik kedokteran Barat. Dalam keperawatan keluarga, holisme menuntut perawat untuk memandang unit keluarga sebagai sebuah entitas makrokosmos yang utuh dan tidak dapat dipecah-pecah menjadi sekadar kumpulan diagnosis penyakit. Hayati et al. (2025) mengartikulasikan bahwa pendekatan holistik mengakui adanya interkoneksi yang absolut antara dimensi biologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual. Ketika salah satu anggota keluarga mengalami disfungsi fisik, dampaknya akan merambat secara sistemik, mendisrupsi keseimbangan emosional, menguras sumber daya finansial, dan bahkan mengguncang keyakinan spiritual seluruh anggota keluarga lainnya.

Penerapan filosofi holistik ini mengubah secara radikal fokus pengkajian dan intervensi keperawatan. Perawat tidak lagi hanya terpaku pada parameter klinis seperti tekanan darah atau kadar glukosa, melainkan juga mengeksplorasi bagaimana penyakit tersebut dimaknai oleh keluarga, bagaimana pola tidur pengasuh utama terpengaruh, dan sejauh mana dukungan komunitas tersedia. Rachmawati et al. (2022) menegaskan bahwa penyembuhan sejati (*true healing*) dalam konteks

holisme tidak selalu ekuivalen dengan kesembuhan fisik (*curing*). Pada kasus penyakit terminal, misalnya, asuhan holistik berfokus pada penciptaan kedamaian, resolusi konflik masa lalu, dan penerimaan spiritual, yang memungkinkan keluarga mencapai kesejahteraan paripurna di tengah penderitaan.

Lebih jauh, filosofi holistik menempatkan lingkungan sebagai variabel yang tak terpisahkan dari kesehatan keluarga. Keluarga dipandang sebagai sistem terbuka yang secara konstan berinteraksi dengan ekologi fisik dan sosial di sekitarnya. Oleh sebab itu, asuhan keperawatan yang holistik harus mencakup upaya modifikasi lingkungan baik itu perbaikan sanitasi hunian, advokasi kebijakan publik, maupun mobilisasi modal sosial di masyarakat. Dengan mengintegrasikan seluruh dimensi eksistensial dan lingkungan ini, perawat mampu merancang intervensi yang komprehensif, menyentuh akar permasalahan, dan memfasilitasi restorasi ekuilibrium sistem keluarga secara menyeluruh (Lukman, 2024).

3.2.2 Prinsip-Prinsip Keperawatan Keluarga

Prinsip fundamental pertama dalam keperawatan keluarga adalah kemitraan yang egaliter (*egalitarian partnership*). Prinsip ini mendekonstruksi hierarki tradisional antara tenaga kesehatan yang dianggap "maha tahu" dan pasien yang diposisikan sebagai penerima pasif. Lukman (2024) menjelaskan bahwa perawat harus memosisikan keluarga sebagai ko-kreator dalam setiap proses pengambilan keputusan klinis. Keluarga diakui sebagai pakar atas kehidupan mereka sendiri, yang memiliki kearifan lokal dan pemahaman paling intim mengenai dinamika internal mereka. Melalui kemitraan ini, rencana asuhan keperawatan dinegosiasikan secara kolaboratif, memastikan bahwa target yang ditetapkan bersifat realistis, relevan, dan sepenuhnya disetujui oleh keluarga.

Prinsip kedua berpusat pada orientasi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (*health promotion and disease prevention*). Berbeda dengan asuhan di rumah sakit yang sangat berorientasi pada kuratif, keperawatan keluarga menitikberatkan pada upaya proaktif untuk mempertahankan kesehatan sebelum patologi muncul. Rachmawati et al.

(2022) menyoroti bahwa prinsip ini diimplementasikan melalui pendekatan berbasis kekuatan (*strength-based approach*). Alih-alih hanya mencari defisit atau kelemahan keluarga, perawat secara aktif mengidentifikasi dan mengamplifikasi potensi positif yang sudah ada seperti ikatan afektif yang kuat atau tradisi gotong royong untuk dijadikan modal utama dalam membangun resiliensi dan mencegah terjadinya krisis kesehatan di masa depan.

Prinsip ketiga yang tidak kalah krusial adalah sensitivitas kultural dan kontekstualisasi asuhan. Setiap keluarga adalah produk dari matriks budaya yang unik, yang mendikte sistem kepercayaan, pantangan, dan perilaku pencarian kesehatan mereka. Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa intervensi keperawatan yang mengabaikan konteks kultural dipastikan akan menghadapi resistensi dan berujung pada ketidakpatuhan terapeutik. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk mempraktikkan asuhan yang peka budaya (*culturally congruent care*), di mana protokol medis standar dimodifikasi sedemikian rupa agar selaras dengan nilai-nilai intrinsik keluarga, selama modifikasi tersebut tidak membahayakan keselamatan jiwa klien.

3.2.3 Nilai-Nilai Profesional dalam Praktik Keperawatan Keluarga

Praktik keperawatan keluarga yang etis dan bermutu tinggi ditopang oleh internalisasi nilai-nilai profesional yang kuat. Nilai pertama dan paling esensial adalah penghormatan terhadap martabat manusia (*human dignity*) dan otonomi. Dalam konteks keluarga, nilai ini termanifestasi melalui pengakuan terhadap hak absolut keluarga untuk menentukan nasibnya sendiri (*self-determination*). Rachmawati et al. (2022) menggarisbawahi bahwa perawat wajib menghargai keputusan keluarga, termasuk keputusan untuk menolak tindakan medis tertentu, setelah mereka diberikan informasi yang komprehensif dan objektif. Nilai otonomi ini mencegah praktik koersi dan memastikan bahwa asuhan diberikan atas dasar persetujuan sadar (*informed consent*) dari figur otoritas di dalam keluarga.

Nilai profesional kedua adalah altruisme dan keadilan sosial (*social justice*). Keperawatan keluarga sering kali berhadapan dengan populasi

yang terpinggirkan, rentan secara ekonomi, dan tidak memiliki akses yang memadai terhadap fasilitas kesehatan. Dalam situasi ini, perawat bertindak sebagai agen advokasi yang memperjuangkan kesetaraan hak kesehatan bagi setiap keluarga tanpa memandang status sosial, etnis, atau agama. Hayati et al. (2025) mencatat bahwa nilai keadilan sosial menuntut perawat untuk tidak hanya bekerja di ranah klinis, tetapi juga berpartisipasi aktif dalam mengkritisi kebijakan publik yang diskriminatif dan memobilisasi sumber daya komunitas untuk membantu keluarga yang berada di bawah garis kemiskinan.

Nilai ketiga adalah integritas dan akuntabilitas profesional. Keperawatan keluarga, terutama dalam tatanan *home care*, sering kali dilakukan di lingkungan yang minim pengawasan langsung dari institusi formal. Kondisi ini menuntut tingkat integritas moral yang sangat tinggi dari perawat untuk tetap memberikan asuhan sesuai standar operasional prosedur (SOP) dan menjaga kerahasiaan data (*confidentiality*) keluarga secara ketat. Selain itu, Lukman (2024) menekankan bahwa akuntabilitas juga mencakup komitmen perawat terhadap pembelajaran sepanjang hayat (*continuous learning*). Mengingat dinamika ilmu kesehatan dan kompleksitas masalah keluarga yang terus berkembang, perawat wajib memutakhirkan kompetensi klinis dan teoretisnya agar senantiasa mampu memberikan intervensi yang berbasis pada bukti ilmiah paling mutakhir.

3.3 Ruang Lingkup Keperawatan Keluarga

Eksistensi keperawatan keluarga sebagai sebuah disiplin ilmu tidak dibatasi oleh sekat-sekat geografis atau tembok institusi medis, melainkan ditentukan oleh lokus intervensinya, yakni sistem keluarga itu sendiri. Ruang lingkup praktik keperawatan keluarga membentang dalam sebuah kontinum layanan yang sangat luas, mencakup fase promosi kesehatan di tingkat komunitas, intervensi kuratif di fasilitas layanan primer, perawatan akut di rumah sakit rujukan, hingga manajemen paliatif di lingkungan domestik. Fleksibilitas spasial ini menuntut perawat untuk memiliki kelincahan adaptasi yang tinggi, mengingat setiap tatanan layanan (*setting of care*) membawa karakteristik, tantangan etis, dan ketersediaan sumber daya yang berbeda-beda (Lukman, 2024).

Pemahaman yang komprehensif terhadap spektrum ruang lingkup ini sangat esensial bagi perawat untuk memastikan kesinambungan asuhan (*continuity of care*). Ketika seorang pasien bertransisi dari ruang perawatan intensif kembali ke rumahnya, asuhan keperawatan tidak boleh terputus; ia harus bertransformasi dan menyesuaikan diri dengan kapasitas keluarga sebagai pengasuh lanjutan. Oleh karena itu, perawat keluarga dituntut untuk mampu mengorkestrasi berbagai peran mulai dari sebagai edukator, advokat, manajer kasus, hingga pemberi asuhan langsung secara dinamis, bergantung pada di titik mana keluarga tersebut berada dalam kontinum sistem pelayanan kesehatan (Susanto et al., 2023).

3.3.1 Lingkup Praktik di Layanan Primer

Fasilitas layanan kesehatan primer, seperti Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan klinik pratama, merupakan gerbang utama (*gatekeeper*) yang menghubungkan keluarga dengan sistem kesehatan formal. Dalam tatanan ini, ruang lingkup keperawatan keluarga sangat dititikberatkan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengabaikan penanganan kuratif dasar. Perawat bertindak sebagai agen penapis awal yang melakukan skrining kesehatan komprehensif, mengidentifikasi faktor risiko penyakit menular maupun tidak menular, serta memetakan kerentanan psikososial yang mungkin dialami oleh keluarga di wilayah kerjanya. Lukman (2024) menegaskan bahwa intervensi di layanan primer dirancang untuk memberdayakan keluarga agar mampu mengambil keputusan kesehatan yang rasional sebelum patologi berkembang menjadi komplikasi yang mengancam jiwa.

Secara operasional, praktik di layanan primer di Indonesia sangat lekat dengan implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Melalui program ini, perawat tidak hanya menunggu kedatangan pasien di fasilitas kesehatan, melainkan secara proaktif melakukan pendataan dan intervensi berbasis keluarga. Ruang lingkungnya mencakup edukasi mengenai pentingnya imunisasi dasar, pemantauan pertumbuhan balita, promosi keluarga berencana, hingga pengawasan kepatuhan minum obat bagi penderita tuberkulosis dan hipertensi. Pendekatan proaktif ini memungkinkan perawat untuk menangkap realitas

kesehatan keluarga secara utuh, mengidentifikasi determinan sosial yang menghambat akses layanan, dan merumuskan intervensi yang sangat kontekstual.

Lebih jauh, praktik di layanan primer menuntut perawat untuk memiliki keterampilan kolaborasi interprofesional yang mumpuni. Mengingat kompleksitas masalah kesehatan keluarga sering kali bersinggungan dengan isu gizi, sanitasi lingkungan, dan kesejahteraan sosial, perawat harus mampu bekerja sama secara sinergis dengan ahli gizi, sanitarian, dokter umum, dan pekerja sosial. Melalui orkestrasi multidisiplin ini, layanan primer dapat berfungsi sebagai episentrum pemeliharaan kesehatan yang holistik, memastikan bahwa setiap keluarga menerima asuhan yang terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan sesuai dengan kebutuhan spesifik mereka pada setiap tahap siklus kehidupan.

3.3.2 Lingkup Praktik di Layanan Home Care

Layanan perawatan di rumah (*home care*) merepresentasikan bentuk intervensi keperawatan keluarga yang paling intim dan personal, di mana tenaga profesional membawa keahlian klinisnya langsung ke dalam ruang domestik klien. Ruang lingkup *home care* mencakup spektrum asuhan yang sangat luas, mulai dari perawatan pasca-hospitalisasi, manajemen penyakit kronis, rehabilitasi fisik, hingga perawatan paliatif bagi pasien terminal. Novera et al. (2021) dalam kajiannya mengenai optimalisasi Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) mengartikulasikan bahwa kunjungan rumah memungkinkan perawat untuk melakukan observasi ekologis secara langsung, menilai kelayakan sanitasi hunian, dan mengevaluasi dinamika interaksi antaranggota keluarga yang sering kali tersembunyi saat mereka berada di fasilitas klinis.

Dalam tatanan *home care*, perawat dihadapkan pada tantangan unik berupa ketiadaan infrastruktur medis yang terstandardisasi seperti di rumah sakit. Kondisi ini menuntut perawat untuk memiliki tingkat otonomi, kreativitas, dan kemampuan berpikir kritis yang sangat tinggi. Susanto et al. (2023) menyoroti bahwa perawat harus mampu memodifikasi lingkungan rumah agar aman bagi pasien misalnya

mencegah risiko jatuh pada lansia sekaligus mengajarkan keterampilan teknis medis dasar kepada anggota keluarga yang bertindak sebagai pengasuh utama (*primary caregiver*). Pendelegasian tugas perawatan ini harus dilakukan secara hati-hati, terukur, dan disertai dengan supervisi berkala untuk menjamin keselamatan pasien (*patient safety*).

Selain aspek teknis biomedis, ruang lingkup *home care* juga sangat sarat dengan intervensi psikososial. Kehadiran perawat di rumah sering kali berfungsi sebagai katup pelepas stres bagi keluarga yang mengalami kelelahan kronis akibat beban perawatan jangka panjang. Perawat memberikan dukungan emosional, memfasilitasi resolusi konflik internal, dan membantu keluarga menavigasi duka cita antisipatif (*anticipatory grief*) pada kasus penyakit terminal. Dengan demikian, *home care* tidak sekadar memindahkan ranjang rumah sakit ke dalam rumah, melainkan sebuah upaya holistik untuk merestorasi martabat pasien dan mempertahankan keutuhan fungsional sistem keluarga di tengah badai krisis kesehatan.

3.3.3 Lingkup Praktik di Komunitas dan Masyarakat

Ketika lensa observasi diperluas, ruang lingkup keperawatan keluarga akan bersinggungan langsung dengan keperawatan komunitas. Dalam tatanan ini, keluarga tidak lagi dipandang sebagai unit yang terisolasi, melainkan sebagai agregat atau subsistem yang membentuk ekosistem masyarakat yang lebih besar. Praktik keperawatan di tingkat komunitas berfokus pada identifikasi masalah kesehatan kolektif yang menimpa sekelompok keluarga di suatu wilayah geografis tertentu, serta merancang intervensi makro yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan populasi secara agregat. Lukman (2024) menjelaskan bahwa pendekatan ini membutuhkan kemampuan analisis epidemiologis untuk memetakan tren morbiditas dan mortalitas yang dipengaruhi oleh determinan lingkungan dan sosiokultural setempat.

Intervensi keperawatan dalam ruang lingkup komunitas sangat bertumpu pada strategi pengorganisasian dan pemberdayaan masyarakat (*community organization and empowerment*). Perawat bertindak sebagai fasilitator yang memobilisasi partisipasi aktif dari tokoh masyarakat, kader

kesehatan, dan kelompok swadaya. Novera et al. (2021) mencatat bahwa pembentukan dan pembinaan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) seperti Posyandu balita, Posbindu penyakit tidak menular, dan kelompok pendukung sebaya (*support groups*) merupakan manifestasi nyata dari praktik ini. Melalui wadah tersebut, keluarga-keluarga yang memiliki kerentanan serupa dapat saling bertukar informasi, berbagi sumber daya, dan membangun jaring pengaman sosial yang memperkuat resiliensi kolektif.

Lebih jauh, ruang lingkup di komunitas juga mencakup peran perawat sebagai advokat kebijakan publik. Banyak masalah kesehatan keluarga yang berakar pada ketimpangan struktural, seperti ketiadaan akses air bersih, regulasi tata ruang yang buruk, atau minimnya fasilitas rekreasi publik. Dalam kapasitasnya, perawat keluarga dituntut untuk menyuarakan kepentingan kesehatan masyarakat kepada para pemangku kebijakan (*stakeholders*). Melalui kampanye kesehatan lingkungan, advokasi regulasi kawasan tanpa rokok, dan inisiasi program ketahanan pangan lokal, perawat berkontribusi dalam menciptakan ekosistem makro yang kondusif bagi setiap keluarga untuk tumbuh, berkembang, dan mencapai tingkat kesejahteraan yang paripurna.

3.3.4 Lingkup Praktik di Rumah Sakit dan Layanan Rujukan

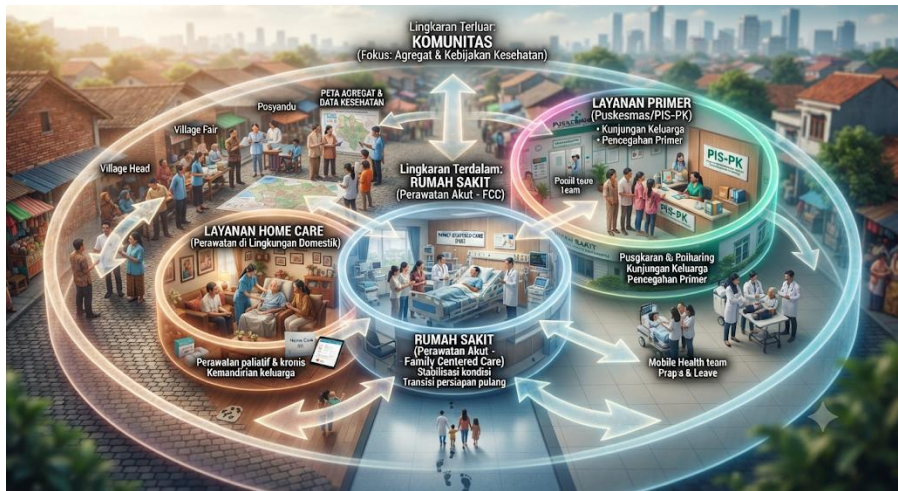
Meskipun rumah sakit identik dengan perawatan akut yang berpusat pada individu, paradigma keperawatan modern telah mengintegrasikan pendekatan berpusat pada keluarga (*family-centered care*) ke dalam tatanan layanan rujukan ini. Ruang lingkup keperawatan keluarga di rumah sakit mengakui bahwa hospitalisasi merupakan krisis situasional yang mendisrupsi ekuilibrium seluruh sistem keluarga. Im et al. (2024) dalam kajiannya mengenai perawatan anak dengan penyakit kronis menegaskan bahwa pemisahan paksa antara pasien dan keluarganya akibat regulasi rumah sakit yang kaku justru akan meningkatkan kecemasan, memperlambat proses pemulihan, dan memicu trauma psikologis yang berkepanjangan.

Dalam tatanan perawatan akut, seperti *Intensive Care Unit* (ICU) atau *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), perawat keluarga berperan krusial

dalam menjembatani kesenjangan komunikasi antara tim medis dan keluarga pasien. Perawat bertugas menerjemahkan terminologi medis yang kompleks menjadi bahasa yang dapat dipahami, memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan etis (seperti *end-of-life care*), dan memberikan ruang bagi keluarga untuk tetap menjalankan fungsi afektifnya melalui sentuhan atau kehadiran fisik di samping ranjang pasien. Keterlibatan ini terbukti secara empiris mampu menurunkan tingkat stres keluarga dan meningkatkan kepuasan terhadap layanan rumah sakit.

Selain itu, ruang lingkup praktik di rumah sakit juga mencakup perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) yang komprehensif. Proses ini tidak boleh dilakukan secara mendadak pada hari kepulangan, melainkan harus diinisiasi sejak pasien pertama kali dirawat. Perawat harus mengevaluasi kesiapan keluarga, baik secara finansial, psikologis, maupun keterampilan teknis, untuk mengambil alih tongkat estafet perawatan di rumah. Melalui edukasi yang terstruktur dan simulasi perawatan sebelum pasien dipulangkan, perawat memastikan transisi asuhan dari rumah sakit ke lingkungan domestik berjalan mulus, sehingga risiko komplikasi pasca-rawat dan tingkat penerimaan kembali (*readmission rate*) dapat ditekan seminimal mungkin (Lukman, 2024).

Gambar 3.2 Kontinum Ruang Lingkup Praktik Keperawatan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Lukman, 2024 & Susanto et al., 2023)

Keterangan: Ilustrasi ini memvisualisasikan kontinum ruang lingkup asuhan keperawatan keluarga yang saling beririsan. Dimulai dari lingkaran terluar yakni Komunitas (fokus pada agregat dan kebijakan), mengerucut ke Layanan Primer (Puskesmas/PIS-PK), kemudian Layanan Home Care (perawatan di lingkungan domestik), hingga lingkaran terdalam yakni Rumah Sakit (perawatan akut berbasis family-centered care). Panah dua arah yang menghubungkan setiap lingkaran menunjukkan bahwa transisi asuhan bersifat dinamis dan berkesinambungan.

3.4 Tren dan Isu Keperawatan Keluarga

Lanskap keperawatan keluarga di era kontemporer tengah mengalami turbulensi dan transformasi yang belum pernah terjadi sebelumnya. Arus globalisasi, transisi demografis yang masif, serta revolusi teknologi informasi telah mendisrupsi cara-cara ortodoks dalam memberikan asuhan kesehatan. Keluarga modern tidak lagi beroperasi dalam ruang kedap suara; mereka secara konstan terpapar oleh dinamika eksternal yang secara langsung memodifikasi struktur, fungsi, dan kerentanan kesehatan mereka. Bagi disiplin keperawatan keluarga, perubahan ini bukanlah sekadar fenomena sosiologis yang diamati dari kejauhan, melainkan sebuah realitas klinis yang menuntut adaptasi epistemologis dan pragmatis secara cepat (Lukman, 2024).

Menghadapi konstelasi perubahan tersebut, perawat keluarga dituntut untuk memiliki ketajaman analitis dalam memetakan tren global dan mengantisipasi isu-isu strategis yang muncul di permukaan. Kegagalan dalam merespons isu-isu mutakhir seperti ledakan populasi lansia, pergeseran beban epidemiologis, hingga dilema etik dalam penggunaan kecerdasan buatan di ruang domestik akan membuat praktik keperawatan menjadi usang dan kehilangan relevansinya. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif terhadap tren dan isu terkini merupakan instrumen navigasi yang esensial bagi perawat untuk merancang intervensi yang inovatif, etis, dan berdaya guna tinggi di tengah kompleksitas sistem kesehatan abad ke-21 (Im et al., 2024).

3.4.1 Tren Global dalam Keperawatan Keluarga

Dalam skala global, tren paling menonjol yang tengah merekonstruksi wajah keperawatan keluarga adalah pengarusutamaan pendekatan *family-centered care* (FCC) melintasi berbagai spektrum layanan kesehatan. Jika pada dekade sebelumnya FCC lebih banyak diadopsi secara eksklusif di bangsal pediatrik, kini filosofi tersebut telah berekspansi secara masif ke ranah perawatan gerontik, onkologi, hingga psikiatri. Im et al. (2024) dalam analisis tren riset globalnya mengartikulasikan bahwa institusi kesehatan di seluruh dunia mulai menyadari bahwa mengalienasi keluarga dari proses perawatan justru akan meningkatkan beban biaya rehospitalisasi. Oleh sebab itu, tren saat ini bergerak menuju integrasi keluarga sebagai mitra absolut, di mana mereka dilibatkan secara aktif dalam penyusunan *care plan*, ronde klinis (*ward rounds*), hingga transisi pemulangan pasien.

Tren global kedua yang patut dicermati adalah peningkatan mobilitas transnasional yang melahirkan fenomena keluarga migran dan keluarga lintas batas (*transnational families*). Arus migrasi tenaga kerja dan pengungsi global menciptakan tantangan asuhan yang sangat kompleks, di mana anggota keluarga sering kali terpisah oleh jarak geografis dan zona waktu yang ekstrem. Dalam konteks ini, keperawatan keluarga dituntut untuk mengembangkan kompetensi transkultural tingkat lanjut. Perawat harus mampu menavigasi hambatan bahasa, perbedaan sistem keyakinan medis, serta trauma psikologis akibat diskriminasi atau alienasi sosial yang

kerap dialami oleh keluarga migran di negara tujuan mereka (Hayati et al., 2025).

Selain itu, tren global juga menunjukkan adanya pergeseran fokus riset dan praktik menuju penguatan resiliensi keluarga (*family resilience building*). Paradigma asuhan tidak lagi didominasi oleh pendekatan berbasis defisit yang hanya mencari patologi atau disfungsi di dalam rumah tangga. Sebaliknya, literatur keperawatan internasional kini sangat menekankan pada intervensi psikologi positif yang bertujuan untuk mengamplifikasi kekuatan laten keluarga. Im et al. (2024) mencatat bahwa program-program pemberdayaan kini dirancang untuk membekali keluarga dengan keterampilan resolusi konflik, literasi kesehatan, dan manajemen stres tingkat lanjut, sehingga mereka memiliki bantalan pelindung (*protective buffer*) yang tangguh saat menghadapi krisis kesehatan di masa depan.

3.4.2 Isu Demografi dan Epidemiologi Terkini

Transisi demografis yang ditandai oleh peningkatan angka harapan hidup dan penurunan tingkat fertilitas telah melahirkan isu *aging population* (penuaan populasi) yang mengubah arsitektur keluarga secara radikal. Fenomena ini memunculkan generasi *sandwich*, yakni kelompok usia produktif yang terhimpit oleh beban ganda: membesarkan anak-anak mereka sendiri sekaligus merawat orang tua yang telah memasuki usia senja. Susanto et al. (2023) menggarisbawahi bahwa beban komposit ini menciptakan stresor psikososial dan finansial yang sangat masif. Perawat keluarga kini dihadapkan pada urgensi untuk merancang intervensi yang tidak hanya berfokus pada lansia yang sakit, tetapi juga pada mitigasi kelelahan ekstrem (*caregiver burnout*) yang dialami oleh anggota keluarga yang merawatnya.

Secara epidemiologis, dunia tengah menghadapi pergeseran beban penyakit dari penyakit menular menuju penyakit tidak menular (PTM) yang bersifat kronis dan degeneratif, seperti diabetes melitus, hipertensi, dan keganasan. Penyakit kronis menuntut manajemen perawatan jangka panjang yang hampir seluruhnya harus dieksekusi di lingkungan domestik. Lukman (2024) menjelaskan bahwa isu ini memaksa keluarga untuk

bertransformasi menjadi unit perawatan medis mini di rumah. Tantangan bagi perawat adalah bagaimana mentransfer keterampilan teknis yang kompleks seperti injeksi insulin, perawatan luka diabetik, atau manajemen nyeri paliatif kepada anggota keluarga awam dengan tetap menjamin standar keselamatan pasien (*patient safety*).

Lebih jauh, isu epidemiologi terkini juga tidak dapat dilepaskan dari realitas pasca-pandemi global yang telah mengekspos kerentanan sistem kesehatan masyarakat. Pandemi memaksa keluarga untuk melakukan isolasi mandiri dan membatasi akses ke fasilitas kesehatan formal. Susanto et al. (2023) dalam kajiannya mengenai *home health care* di masa pembatasan fisik mencatat bahwa situasi ini memicu lonjakan masalah kesehatan mental di dalam keluarga, seperti kecemasan, depresi, dan eskalasi kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Isu ini menuntut perawat komunitas untuk lebih proaktif dalam melakukan skrining kesehatan jiwa berbasis keluarga dan menyediakan layanan dukungan psikososial yang mudah diakses di tengah keterbatasan mobilitas fisik.

3.4.3 Isu Teknologi dan Inovasi dalam Keperawatan Keluarga

Revolusi digital telah mendisrupsi lanskap keperawatan keluarga melalui penetrasi teknologi *telehealth* dan *telenursing* yang semakin masif. Inovasi ini memungkinkan perawat untuk melakukan pemantauan jarak jauh (*remote monitoring*), konsultasi virtual, dan edukasi kesehatan tanpa harus hadir secara fisik di ruang tamu klien. Susanto et al. (2023) mengartikulasikan bahwa teknologi ini sangat revolusioner dalam menjembatani kesenjangan akses layanan kesehatan, terutama bagi keluarga yang bermukim di daerah terpencil atau mereka yang memiliki keterbatasan mobilitas. Melalui perangkat *wearable devices*, perawat dapat memantau tanda-tanda vital pasien secara *real-time* dan memberikan instruksi intervensi secara instan kepada keluarga yang merawat di rumah.

Namun, integrasi teknologi ini juga memunculkan isu baru terkait kesenjangan literasi digital (*digital divide*) di kalangan keluarga. Tidak semua keluarga memiliki akses terhadap infrastruktur internet yang stabil, perangkat keras yang memadai, atau kecakapan kognitif untuk

mengoperasikan aplikasi kesehatan yang kompleks. Lukman (2024) memperingatkan bahwa ketergantungan yang berlebihan pada inovasi digital berisiko meminggirkan keluarga dari kelompok sosial ekonomi rendah dan populasi lansia. Oleh karena itu, perawat keluarga mengemban tugas tambahan sebagai edukator literasi digital, memastikan bahwa teknologi berfungsi sebagai alat pemberdayaan yang inklusif, bukan sebagai instrumen eksklusif yang memperlebar jurang ketidaksetaraan kesehatan.

Selain itu, inovasi teknologi juga mengubah dinamika interaksi internal keluarga. Penggunaan gawai yang berlebihan sering kali menciptakan fenomena *phubbing* (mengabaikan lawan bicara demi gawai) yang merusak kualitas komunikasi afektif antaranggota keluarga. Di sisi lain, kemudahan akses informasi medis melalui mesin pencari sering kali memicu *cyberchondria* kecemasan berlebihan akibat swadiagnosis berdasarkan informasi internet yang tidak tervalidasi. Dalam konteks ini, Im et al. (2024) menyarankan agar intervensi keperawatan diarahkan pada bimbingan navigasi informasi kesehatan, membantu keluarga memilah sumber medis yang kredibel, dan mengembalikan fungsi teknologi sebagai penunjang, bukan pengganti, ikatan emosional di dalam rumah.

3.4.4 Tantangan Etik dan Kebijakan dalam Keperawatan Keluarga Modern

Kompleksitas asuhan keperawatan keluarga di era modern secara niscaya melahirkan serangkaian dilema etik yang pelik. Salah satu tantangan etik terbesar muncul dalam konteks perawatan akhir hayat (*end-of-life care*) di rumah. Perawat sering kali terjebak di tengah pusaran konflik antara otonomi pasien yang menolak resusitasi medis, berhadapan dengan tuntutan emosional keluarga yang bersikeras mempertahankan nyawa pasien dengan segala cara. Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa dalam situasi ini, perawat harus mempraktikkan navigasi moral yang sangat hati-hati. Mereka dituntut untuk bertindak sebagai mediator netral yang memfasilitasi dialog etis, memastikan bahwa keputusan yang diambil menghormati martabat pasien tanpa mengabaikan proses duka cita yang tengah dialami oleh keluarga.

Tantangan etik lainnya berkaitan erat dengan privasi dan kerahasiaan data (*confidentiality*) di era digital. Praktik *home care* dan penggunaan *telenursing* membuat batas antara ruang publik dan privat menjadi sangat kabur. Dokumentasi keperawatan yang mencakup dinamika sensitif keluarga seperti riwayat penyakit menular seksual, konflik finansial, atau insidensi kekerasan domestik sangat rentan terhadap kebocoran data. Im et al. (2024) menggarisbawahi urgensi bagi perawat untuk mematuhi protokol keamanan informasi secara ketat, serta memastikan bahwa keluarga memberikan *informed consent* yang jelas terkait bagaimana data kesehatan mereka direkam, disimpan, dan dibagikan melintasi platform digital.

Dari perspektif makro, keperawatan keluarga juga dihadapkan pada tantangan kebijakan publik yang belum sepenuhnya berpihak pada sistem perawatan domestik. Meskipun keluarga memikul beban terbesar dalam merawat pasien kronis, dukungan regulasi dari negara seperti kompensasi finansial bagi pengasuh informal (*informal caregiver allowance*), cuti perawatan keluarga yang memadai, atau penyediaan fasilitas *respite care* (perawatan pengganti sementara) masih sangat minim di banyak negara berkembang. Lukman (2024) mencatat bahwa kondisi ini menuntut perawat keluarga untuk melampaui peran klinisnya dan bertransformasi menjadi aktivis kebijakan. Melalui advokasi politik dan riset berbasis bukti, perawat harus mendesak pemerintah untuk merumuskan regulasi yang secara struktural melindungi dan menyokong kesejahteraan keluarga sebagai pilar utama sistem kesehatan nasional.

Tabel 3.1 Analisis Komparatif Ruang Lingkup, Tren, dan Isu Strategis dalam Keperawatan Keluarga

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Asuhan Keperawatan	Sumber Rujukan Utama
Filosofi & Prinsip	Holisme & Kemitraan Egaliter	Memandang keluarga sebagai makrokosmos yang utuh dan	Perawat melepaskan dominasi otoritas, memfasilitasi	Hayati et al. (2025); Rachmawati et al. (2022)

		memosisikan mereka sebagai mitra sejajar dalam pengambilan keputusan klinis.	<i>informed choice</i> , dan menerapkan asuhan yang sangat peka budaya.	
Ruang Lingkup	Kontinum Layanan Terintegrasi	Transisi asuhan yang dinamis melintasi tatanan komunitas, layanan primer (Puskesmas), rumah sakit, hingga <i>home care</i> .	Perawat bertindak sebagai manajer kasus dan advokat untuk memastikan kesinambungan asuhan (<i>continuity of care</i>) tanpa fragmentasi.	Lukman (2024); Novera et al. (2021)
Demografi & Epidemiologi	<i>Aging Population</i> & Penyakit Kronis	Peningkatan populasi lansia dan pergeseran beban ke penyakit degeneratif yang menuntut perawatan jangka panjang di rumah.	Intervensi difokuskan pada mitigasi <i>caregiver burnout</i> dan transfer keterampilan teknis medis yang aman kepada keluarga.	Susanto et al. (2023); Im et al. (2024)
Teknologi & Etik	<i>Telenursing</i> & Dilema Moral	Penetrasi teknologi digital dalam pemantauan jarak jauh yang memunculkan tantangan literasi digital dan	Edukasi literasi digital yang inklusif, kepatuhan ketat pada protokol privasi, dan mediasi etis dalam keputusan perawatan	Lukman (2024); Hayati et al. (2025)

		kerahasiaan data privasi.	terminal.	
--	--	------------------------------	-----------	--

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur keperawatan keluarga kontemporer, 2021–2025)

BAB 4

MODEL DAN PENDEKATAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Pendahuluan

Dalam arsitektur keilmuan keperawatan, model dan pendekatan asuhan berfungsi sebagai jembatan epistemologis yang menerjemahkan teori-teori abstrak ke dalam serangkaian tindakan klinis yang terstruktur dan terukur. Praktik keperawatan keluarga menuntut kerangka kerja yang jauh lebih kompleks dibandingkan dengan keperawatan individu, mengingat lokus intervensinya adalah sebuah sistem sosial yang dinamis, multi-dimensi, dan saling berinterdependensi. Penggunaan model yang presisi memungkinkan perawat untuk melakukan pemetaan diagnostik yang akurat, mengidentifikasi disfungsi struktural maupun fungsional, serta merancang strategi terapeutik yang selaras dengan kapasitas adaptasi keluarga. Tanpa landasan model yang mapan, asuhan keperawatan berisiko tereduksi menjadi tindakan pragmatis yang fragmentaris dan kehilangan arah filosofisnya (Hayati et al., 2025).

Meskipun berbagai literatur telah menawarkan beragam model pengkajian, masih terdapat celah penelitian (*research gap*) yang esensial terkait aplikasi lintas budaya dan relevansi model-model klasik tersebut di era kontemporer. Banyak praktisi di lapangan masih terjebak pada penggunaan pendekatan biomedis individual yang dipaksakan ke dalam konteks keluarga, sehingga gagal memotret realitas dinamika sistemik, konflik peran, dan pengaruh determinan kultural. Kesenjangan ini semakin nyata ketika perawat berhadapan dengan keluarga yang memiliki kompleksitas tinggi, seperti keluarga dengan kekerasan domestik atau keluarga yang merawat anak dengan penyakit kronis, di mana model pengkajian tradisional sering kali tidak cukup sensitif untuk menangkap kerentanan psikososial yang tersembunyi (Im et al., 2024).

Berpijak pada problematika tersebut, bab ini diformulasikan untuk mengurai dan menjawab beberapa pertanyaan penelitian fundamental. Pertama, bagaimana konstruksi teoretis dari pendekatan *Family Centered*

Nursing dan *Family Systems* mampu mentransformasi paradigma asuhan keperawatan? Kedua, apa saja keunggulan komparatif dari berbagai model pengkajian keluarga, seperti model Friedman, Maglaya, dan Calgary, ketika diaplikasikan dalam konteks klinis yang beragam? Ketiga, bagaimana komunikasi terapeutik diorkestrasikan sebagai instrumen utama dalam mengelola dinamika dan konflik keluarga? Melalui sintesis kritis terhadap literatur mutakhir, bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan ketajaman analitis dalam memilih dan mengimplementasikan model asuhan yang paling relevan (Wulandari, 2025).

4.1 Pendekatan Family Centered Nursing

Pendekatan *Family Centered Nursing* (FCN) atau keperawatan berpusat pada keluarga merepresentasikan sebuah pergeseran paradigma yang monumental dalam sejarah pelayanan kesehatan. Pendekatan ini mendekonstruksi model medis paternalistik yang secara tradisional menempatkan tenaga kesehatan sebagai pemegang otoritas tunggal dan meminggirkan keluarga sebagai entitas perifer. Dalam filosofi FCN, keluarga diakui sebagai konstanta utama dalam kehidupan pasien, sementara intervensi medis hanyalah episode transien. Oleh karena itu, asuhan keperawatan harus dirancang dengan menempatkan keluarga di episentrum pengambilan keputusan, menghormati otonomi mereka, dan mengakui kearifan lokal yang mereka miliki dalam mengelola kesehatan (Im et al., 2024).

Bagi praktisi keperawatan, implementasi FCN bukanlah sekadar serangkaian ceklis administratif, melainkan sebuah komitmen etis untuk membangun aliansi terapeutik yang egaliter. Pendekatan ini menuntut perawat untuk melepaskan bias profesionalnya, mendengarkan narasi keluarga secara empatik, dan memfasilitasi pemberdayaan (*empowerment*) agar keluarga mampu mengambil alih kendali atas lintasan kesehatan mereka. Keberhasilan pendekatan ini terbukti secara empiris mampu mereduksi kecemasan hospitalisasi, meningkatkan kepatuhan terhadap regimen pengobatan, dan mempercepat proses pemulihan, menjadikannya sebagai standar emas (*gold standard*) dalam praktik keperawatan modern (Hayati et al., 2025).

4.1.1 Konsep Family Centered Nursing

Secara konseptual, *Family Centered Nursing* berakar pada keyakinan ontologis bahwa kesejahteraan individu tidak dapat dipisahkan dari ekosistem keluarganya. Konsep ini memandang keluarga bukan sebagai objek pasif yang hanya menerima instruksi medis, melainkan sebagai subjek aktif dan mitra kolaboratif yang esensial. Im et al. (2024) mengartikulasikan bahwa dalam konteks perawatan penyakit kronis, konsep FCN mengakui bahwa keluargalah yang memiliki pemahaman paling intim mengenai respons fisik dan emosional pasien terhadap penyakitnya. Pengetahuan empiris yang dimiliki keluarga ini dianggap sama validnya dengan pengetahuan klinis yang dimiliki oleh perawat, sehingga keduanya harus disintesis untuk menghasilkan rencana asuhan yang komprehensif.

Lebih jauh, konsep FCN menuntut adanya redefinisi terhadap batasan profesional dalam interaksi terapeutik. Perawat tidak lagi bertindak sebagai figur superior yang mendiktekan intervensi, melainkan bertransformasi menjadi fasilitator, edukator, dan advokat. Hayati et al. (2025) menjelaskan bahwa perawat harus mampu menciptakan ruang dialogis yang aman, di mana keluarga merasa dihargai dan didorong untuk menyuarakan kekhawatiran, preferensi, serta nilai-nilai kultural mereka tanpa takut dihakimi. Konsep ini menekankan bahwa asuhan yang efektif hanya dapat terwujud apabila terdapat keselarasan antara tujuan medis yang ingin dicapai dengan ekspektasi dan kapasitas aktual yang dimiliki oleh sistem keluarga tersebut.

Dampak psikologis dari penerapan konsep FCN ini sangatlah masif. Ketika keluarga dilibatkan secara bermakna dalam proses perawatan, mereka akan mengalami peningkatan efikasi diri (*self-efficacy*) dan penurunan tingkat stresor secara signifikan. Wulandari (2025) mencatat bahwa konsep ini secara langsung mengeliminasi perasaan ketidakberdayaan (*powerlessness*) yang sering kali dialami oleh keluarga saat berhadapan dengan birokrasi rumah sakit yang kaku. Dengan mengembalikan kendali kepada keluarga, FCN tidak hanya memfasilitasi penyembuhan klinis pasien, tetapi juga merestorasi martabat dan keutuhan fungsional sistem keluarga secara keseluruhan.

4.1.2 Prinsip-Prinsip Pendekatan Berpusat pada Keluarga

Implementasi *Family Centered Nursing* ditopang oleh empat prinsip fundamental yang saling berinterseksi. Prinsip pertama adalah martabat dan kehormatan (*dignity and respect*). Prinsip ini mewajibkan perawat untuk mendengarkan dan menghormati perspektif, pilihan, serta latar belakang sosiokultural keluarga. Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa asuhan keperawatan harus dikontekstualisasikan dengan sistem kepercayaan dan nilai-nilai yang dianut oleh klien. Perawat dilarang keras memaksakan etnosentrisme medis yang merendahkan praktik budaya keluarga, melainkan harus mencari titik temu (*middle ground*) yang mengintegrasikan kearifan lokal dengan standar keselamatan klinis.

Prinsip kedua adalah berbagi informasi (*information sharing*). Komunikasi dalam FCN harus bersifat transparan, objektif, dan berkelanjutan. Perawat berkewajiban untuk menyampaikan informasi medis secara lengkap dan akurat, menggunakan terminologi yang mudah dipahami oleh keluarga awam. Im et al. (2024) menyoroti bahwa penyembunyian informasi (*withholding information*) dengan dalih melindungi perasaan keluarga adalah tindakan yang melanggar prinsip FCN. Informasi yang komprehensif merupakan prasyarat mutlak bagi keluarga untuk dapat berpartisipasi secara rasional dalam proses pengambilan keputusan klinis (*informed decision making*).

Prinsip ketiga dan keempat adalah partisipasi (*participation*) dan kolaborasi (*collaboration*). Keluarga didorong untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan pada tingkat yang mereka pilih sendiri. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa kolaborasi ini melampaui sekadar interaksi di ruang rawat; ia mencakup pelibatan keluarga dalam perumusan kebijakan institusi kesehatan, pengembangan program layanan, hingga evaluasi mutu asuhan. Melalui prinsip kolaborasi ini, perawat dan keluarga bekerja sebagai satu tim yang solid, berbagi tanggung jawab, dan saling melengkapi keahlian demi mencapai luaran kesehatan yang paling optimal bagi pasien.

4.1.3 Penerapan Pendekatan dalam Berbagai Konteks Layanan

Aplikasi *Family Centered Nursing* memiliki fleksibilitas yang tinggi dan dapat diadaptasi melintasi berbagai tatanan layanan kesehatan. Dalam konteks perawatan pediatrik dan penyakit kronis, penerapan FCN telah menjadi standar operasional yang tidak dapat ditawar. Im et al. (2024) mengobservasi bahwa di bangsal anak, orang tua tidak lagi diperlakukan sebagai "pengunjung" dengan jam Besuch yang dibatasi, melainkan diintegrasikan sebagai bagian dari tim perawatan (*care team*). Mereka dilibatkan dalam ronde medis (*ward rounds*), diajarkan keterampilan teknis perawatan dasar, dan diberikan fasilitas akomodasi yang layak agar dapat mendampingi anak mereka secara penuh selama masa hospitalisasi.

Dalam tatanan perawatan akut dan kritis, seperti *Intensive Care Unit* (ICU), penerapan FCN sering kali menghadapi resistensi akibat budaya institusional yang kaku. Namun, Hayati et al. (2025) mencatat bahwa literatur modern sangat merekomendasikan kehadiran keluarga (*family presence*) bahkan pada saat tindakan resusitasi jantung paru (RJP) atau prosedur invasif lainnya. Kehadiran ini terbukti membantu keluarga memahami realitas klinis pasien, memfasilitasi proses duka cita, dan mengurangi trauma psikologis. Perawat kritis berperan sebagai navigator yang mendampingi keluarga, menjelaskan setiap prosedur yang tengah berlangsung, dan memberikan dukungan emosional di tengah situasi yang mengancam nyawa.

Sementara itu, dalam konteks layanan primer dan *home care*, penerapan FCN berfokus pada transisi asuhan dan kemandirian keluarga. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa perawat komunitas bertugas memberdayakan keluarga untuk mengambil alih fungsi perawatan secara otonom di lingkungan domestik. Intervensi diarahkan pada modifikasi lingkungan rumah, pelatihan manajemen gejala, dan penguatan jaringan dukungan sosial. Melalui penerapan FCN yang konsisten di layanan primer, perawat memastikan bahwa keluarga tidak hanya mampu bertahan menghadapi krisis kesehatan, tetapi juga memiliki resiliensi untuk mencegah terjadinya komplikasi atau rehospitalisasi di masa depan.

Gambar 4.1 Model Konseptual Prinsip Family Centered Nursing



(Sumber: Diadaptasi dari Im et al., 2024 & Hayati et al., 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan empat pilar utama Family Centered Nursing (Martabat & Kehormatan, Berbagi Informasi, Partisipasi, dan Kolaborasi) yang mengelilingi sistem keluarga di pusatnya. Panah-panah yang menghubungkan pilar-pilar tersebut dengan tenaga kesehatan menunjukkan adanya interaksi yang resiprokal dan egaliter, menegaskan bahwa asuhan keperawatan adalah produk dari kemitraan terapeutik yang setara.

4.2 Pendekatan Keperawatan Keluarga Lainnya

Meskipun *Family Centered Nursing* (FCN) telah menjadi standar emas dalam praktik klinis, keperawatan keluarga kontemporer tidak dapat hanya bergantung pada satu paradigma tunggal. Kompleksitas dinamika sosial, keragaman kultural, dan variasi stresor yang dihadapi oleh keluarga modern menuntut perawat untuk memiliki perbendaharaan teoretis yang kaya dan multidimensional. Berbagai pendekatan alternatif telah dikembangkan oleh para pakar keperawatan untuk melengkapi celah analitis yang mungkin tidak sepenuhnya terjangkau oleh FCN. Pendekatan-pendekatan ini menawarkan lensa observasi yang berbeda, memungkinkan tenaga kesehatan untuk membedah struktur keluarga dari sudut pandang sistemik, ekologis, hingga antropologis (Hayati et al., 2025).

Penguasaan terhadap berbagai pendekatan keperawatan keluarga ini memberikan fleksibilitas taktis bagi perawat di lapangan. Ketika

berhadapan dengan keluarga yang mengalami disfungsi komunikasi internal, pendekatan sistem mungkin lebih relevan untuk diaplikasikan. Sebaliknya, ketika merawat keluarga dari kelompok minoritas etnis yang memiliki resistensi terhadap medis modern, pendekatan transkultural akan menjadi instrumen yang jauh lebih efektif. Oleh karena itu, Wulandari (2025) menegaskan bahwa kompetensi profesional seorang perawat keluarga tidak hanya diukur dari kemampuannya menjalankan prosedur klinis, tetapi juga dari ketajamannya dalam memilih, menyintesis, dan mengorkestrasikan berbagai pendekatan teoretis ini agar selaras dengan konteks spesifik yang tengah dihadapi oleh klien.

4.2.1 Family Systems Nursing

Pendekatan *Family Systems Nursing* (FSN) mengonseptualisasikan keluarga sebagai sebuah sistem terbuka yang sangat kompleks, di mana setiap anggota keluarga bertindak sebagai subsistem yang saling berinterdependensi. Berakar pada Teori Sistem Umum, pendekatan ini menolak pandangan linier sebab-akibat dan menggantinya dengan prinsip kausalitas sirkular. Artinya, perubahan status kesehatan atau perilaku pada satu anggota keluarga secara niscaya akan memicu reaksi berantai yang mendisrupsi ekuilibrium seluruh sistem tersebut. Hayati et al. (2025) menjelaskan bahwa dalam FSN, fokus asuhan keperawatan tidak lagi ditujukan pada individu yang sakit (*identified patient*), melainkan pada pola interaksi, batasan (*boundaries*), dan dinamika relasional yang terjadi di antara seluruh anggota keluarga.

Dalam aplikasi klinisnya, pendekatan FSN sering kali diintegrasikan dengan model-model keperawatan sistemik, seperti Model Sistem Betty Neuman. Feriadianto dan Nursanti (2024) dalam kajiannya mengartikulasikan bahwa keluarga dipandang sebagai sistem klien yang dikelilingi oleh garis pertahanan fleksibel, normal, dan resistensi. Ketika sebuah stresor seperti serangan stroke yang melumpuhkan figur pencari nafkah berhasil menembus garis pertahanan keluarga, sistem tersebut akan mengalami instabilitas akut. Perawat yang menggunakan pendekatan FSN akan menganalisis sejauh mana stresor tersebut merusak struktur peran keluarga dan bagaimana mekanisme koping kolektif dimobilisasi untuk meredam dampak destruktifnya.

Intervensi keperawatan dalam kerangka FSN dirancang untuk merestorasi keseimbangan sistemik dan memperkuat garis resistensi keluarga. Perawat bertindak sebagai katalisator yang memfasilitasi reorganisasi peran, memperbaiki saluran komunikasi yang tersumbat, dan membantu keluarga menegosiasikan ulang batasan-batasan internal mereka. Feriadianto dan Nursanti (2024) menekankan bahwa tujuan akhir dari FSN bukanlah sekadar mengembalikan keluarga pada kondisi sebelum sakit (morfofostasis), melainkan mendorong transformasi sistemik (morfogenesis) agar keluarga mampu beradaptasi dengan realitas baru dan mencapai tingkat fungsionalitas yang lebih tinggi pasca-krisis.

4.2.2 Pendekatan Keluarga Berpusat pada Komunitas

Pendekatan Keluarga Berpusat pada Komunitas (*Community-Based Family Nursing*) memperluas lensa observasi perawat dari batas-batas dinding rumah menuju ekosistem sosial yang lebih makro. Dalam paradigma ini, keluarga diposisikan sebagai subsistem integral dari komunitas, yang secara konstan melakukan pertukaran energi, sumber daya, dan nilai dengan suprasistem di sekitarnya. Pendekatan ini meyakini bahwa kesehatan keluarga tidak dapat diisolasi dari determinan sosial kesehatan (*social determinants of health*) yang ada di lingkungan mereka, seperti kualitas sanitasi wilayah, ketersediaan fasilitas publik, tingkat kriminalitas, dan kohesi sosial masyarakat setempat (Wulandari, 2025).

Secara operasional, pendekatan ini menuntut perawat untuk melakukan pengkajian ganda: mengevaluasi dinamika internal keluarga sekaligus memetakan aset dan kerentanan komunitas tempat keluarga tersebut bermukim. Wulandari (2025) mencatat bahwa masalah kesehatan yang dialami oleh sebuah keluarga sering kali merupakan manifestasi klinis dari patologi struktural di tingkat komunitas. Misalnya, tingginya insidensi diare pada balita di sebuah keluarga tidak cukup hanya diintervensi dengan edukasi cuci tangan, melainkan harus dianalisis kaitannya dengan ketiadaan akses air bersih di lingkungan rukun tetangga tersebut. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus bersifat komprehensif, menyasar perubahan perilaku di tingkat domestik sekaligus mendorong perbaikan lingkungan di tingkat agregat.

Peran perawat dalam pendekatan ini sangat sarat dengan fungsi advokasi dan pengorganisasian masyarakat (*community organizing*). Perawat memfasilitasi keluarga untuk terhubung dengan jaringan pengamanan sosial, kelompok pendukung sebaya, dan layanan lintas sektor yang tersedia di komunitas. Lebih jauh, keluarga diberdayakan untuk tidak hanya menjadi penerima pasif layanan kesehatan, tetapi juga menjadi agen perubahan (*agent of change*) yang berpartisipasi aktif dalam program-program kesehatan masyarakat, seperti Posyandu atau desa siaga. Melalui sinergi antara keluarga dan komunitas ini, resiliensi kolektif dapat dibangun, menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pemeliharaan kesehatan jangka panjang.

4.2.3 Pendekatan Keperawatan Transkultural pada Keluarga

Pendekatan Keperawatan Transkultural, yang dipelopori oleh Madeleine Leininger, memberikan kerangka antropologis yang sangat tajam dalam memahami bagaimana kebudayaan mendikte perilaku kesehatan keluarga. Pendekatan ini berpostulat bahwa setiap keluarga adalah entitas kultural yang unik, membawa warisan sistem kepercayaan, nilai, dan praktik etnomedisin yang ditransmisikan secara antargenerasi. Ro'isah dan Laili (2023) mengartikulasikan bahwa budaya berfungsi sebagai cetak biru kognitif yang menentukan bagaimana keluarga mendefinisikan konsep sehat-sakit, merespons gejala penyakit, dan memilih metode penyembuhan. Mengabaikan dimensi kultural ini dipastikan akan memicu konflik nilai (*cultural clash*) yang berujung pada ketidakpatuhan terapeutik.

Dalam praktiknya, pendekatan transkultural menuntut perawat untuk memiliki kompetensi budaya (*cultural competence*) yang mumpuni. Perawat harus melakukan pengkajian kultural secara mendalam, mengeksplorasi pantangan diet, ritual penyembuhan tradisional, dan struktur hierarki pengambilan keputusan yang berlaku dalam adat keluarga tersebut. Ro'isah dan Laili (2023) dalam studi kasusnya mengenai kenakalan remaja di pesisir Probolinggo menemukan bahwa intervensi keperawatan jiwa tidak akan efektif jika tidak mengakomodasi karakteristik sosiokultural masyarakat pesisir yang keras dan egaliter.

Asuhan harus dikalibrasi ulang agar selaras dengan bahasa, norma, dan ekspektasi sosial yang dianut oleh komunitas lokal.

Strategi intervensi dalam pendekatan transkultural diklasifikasikan ke dalam tiga tindakan utama: preservasi, akomodasi, dan repatterning (restrukturisasi) budaya. Jika praktik budaya keluarga terbukti mendukung kesehatan, perawat wajib mempreservasi dan mendukungnya. Jika praktik tersebut bersifat netral, perawat melakukan akomodasi dengan mengintegrasikannya ke dalam rencana medis. Namun, jika praktik budaya tersebut terbukti membahayakan keselamatan pasien, perawat harus melakukan negosiasi dan restrukturisasi budaya secara dialogis dan penuh empati, tanpa merendahkan martabat keluarga. Melalui pendekatan yang peka budaya ini, asuhan keperawatan (*culturally congruent care*) dapat diterima secara holistik, memperkuat aliansi terapeutik, dan mengoptimalkan luaran kesehatan keluarga (Hayati et al., 2025).

4.3 Model Pengkajian Keluarga

Pengkajian keluarga merupakan fase fundamental sekaligus titik kritis dalam seluruh rangkaian proses asuhan keperawatan. Berbeda dengan anamnesis klinis pada individu yang cenderung berfokus pada keluhan fisiologis, pengkajian keluarga menuntut eksplorasi yang jauh lebih komprehensif terhadap arsitektur sosial, dinamika relasional, dan kapasitas adaptasi dari sebuah sistem domestik. Untuk mencegah pengumpulan data yang fragmentaris dan tidak terarah, perawat membutuhkan sebuah model pengkajian yang terstruktur. Model ini berfungsi sebagai peta navigasi kognitif yang memandu perawat dalam mengidentifikasi variabel-variabel kunci, menyaring informasi yang relevan dari *noise* (gangguan) komunikasi, dan merumuskan diagnosis keperawatan yang presisi (Hayati et al., 2025).

Dalam literatur keperawatan global, terdapat berbagai model pengkajian yang telah dikembangkan oleh para teoretikus, di mana masing-masing model menawarkan lensa analitis dan penekanan filosofis yang berbeda. Pemilihan model yang tepat sangat bergantung pada konteks klinis, kompleksitas masalah yang dihadapi keluarga, serta ketersediaan waktu evaluasi. Penguasaan terhadap berbagai instrumen

diagnostik ini seperti model Friedman, Maglaya, maupun Calgary memberikan keleluasaan bagi perawat untuk melakukan kalibrasi pendekatan, memastikan bahwa data yang diekstraksi benar-benar mampu memotret realitas objektif dan subjektif dari sistem keluarga tersebut (Hayati et al., 2025).

4.3.1 Model Pengkajian Friedman

Model pengkajian yang dikembangkan oleh Marilyn Friedman merupakan salah satu kerangka kerja klasik yang paling komprehensif dan luas digunakan dalam keperawatan keluarga. Secara teoretis, model ini dibangun di atas fondasi pendekatan struktural-fungsional yang diintegrasikan dengan teori perkembangan keluarga. Hayati et al. (2025) menjelaskan bahwa model Friedman memandang keluarga sebagai sebuah sistem sosial terbuka yang secara konstan berinteraksi dengan institusi-institusi makro di masyarakat. Oleh karena itu, instrumen pengkajian ini dirancang untuk membedah secara mendalam bagaimana struktur internal keluarga (seperti hierarki peran dan pola komunikasi) beroperasi untuk memenuhi fungsi-fungsi esensialnya (seperti fungsi afektif, sosialisasi, dan perawatan kesehatan).

Secara operasional, instrumen pengkajian Friedman mengklasifikasikan data ke dalam enam kategori makro yang sangat terperinci. Kategori tersebut mencakup data identitas umum keluarga, riwayat dan tahap perkembangan saat ini, karakteristik lingkungan (baik ekologi mikro di dalam rumah maupun makro di komunitas), struktur keluarga, fungsi keluarga, serta mekanisme koping dan adaptasi terhadap stresor. Kedalaman eksplorasi pada setiap kategori ini memungkinkan perawat untuk menangkap akar permasalahan yang sering kali tersembunyi di balik gejala klinis permukaan. Misalnya, ketidakpatuhan pengobatan pada pasien tuberkulosis dapat ditelusuri hingga ke disfungsi struktur kekuasaan atau kegagalan fungsi ekonomi keluarga melalui lensa model ini.

Meskipun menawarkan ketajaman diagnostik yang luar biasa, model Friedman sering kali dikritik karena sifatnya yang sangat ekstensif dan menyita waktu (*time-consuming*). Pengumpulan data yang paripurna

menggunakan instrumen ini membutuhkan beberapa kali sesi kunjungan rumah dan wawancara mendalam, yang mungkin sulit direalisasikan dalam tatanan layanan primer dengan beban kerja perawat yang tinggi. Namun demikian, Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa bagi keluarga dengan kerentanan multisektoral atau mereka yang tengah menghadapi krisis kesehatan yang rumit, investasi waktu dalam menggunakan model Friedman akan terbayar lunas melalui perumusan rencana asuhan yang sangat holistik, presisi, dan menyentuh akar patologi sistemik.

4.3.2 Model Pengkajian Maglaya

Berbeda dengan model Friedman yang sangat kental dengan nuansa sosiologis, model pengkajian yang diformulasikan oleh Araceli Maglaya menawarkan pendekatan yang jauh lebih pragmatis dan berorientasi langsung pada proses keperawatan komunitas. Model ini sangat populer di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia, karena keselarasan konseptualnya dengan realitas pelayanan kesehatan primer. Hayati et al. (2025) mengartikulasikan bahwa model Maglaya berpusat pada evaluasi terhadap kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan dasar. Pengkajian difokuskan pada identifikasi defisit kapasitas keluarga dalam mengenali masalah, mengambil keputusan, merawat anggota yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Keunggulan utama dari model Maglaya terletak pada sistem klasifikasi masalahnya yang sangat terstruktur, yang dikenal dengan tipologi masalah keperawatan keluarga. Model ini membagi hasil pengkajian ke dalam tiga kategori diagnostik utama: ancaman kesehatan (*health threats*), defisit kesehatan (*health deficits*), dan krisis yang dapat diprediksi (*foreseeable crises*). Kategorisasi ini sangat memudahkan perawat dalam melakukan triase masalah dan menentukan prioritas intervensi. Ancaman kesehatan merujuk pada kondisi yang berpotensi memicu penyakit (seperti sanitasi buruk), defisit kesehatan adalah patologi klinis yang sudah terjadi, sementara krisis merujuk pada periode transisi perkembangan yang memicu stres akut.

Lebih jauh, proses pengkajian dalam model Maglaya dibagi menjadi dua tahapan hierarkis. Pengkajian tahap pertama bertujuan untuk

mengidentifikasi masalah kesehatan aktual atau potensial berdasarkan tipologi di atas. Setelah masalah teridentifikasi, perawat melanjutkan ke pengkajian tahap kedua, yang secara spesifik mengeksplorasi etiologi atau akar penyebab dari ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan tugas kesehatannya. Hayati et al. (2025) mencatat bahwa pendekatan analitis dua tahap ini sangat efisien dalam memandu perawat untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang akurat (Problem-Etiologi), sehingga intervensi yang dirancang benar-benar menargetkan hambatan kognitif, afektif, atau psikomotor yang dialami oleh keluarga.

4.3.3 Model Pengkajian Calgary

Calgary Family Assessment Model (CFAM) yang dikembangkan oleh Wright dan Leahey merepresentasikan kerangka pengkajian kontemporer yang sangat berfokus pada dinamika relasional dan interaksi sirkular di dalam sistem keluarga. Model ini dibangun di atas integrasi teori sistem, teori sibernetika, dan teori komunikasi. Rodrigues et al. (2024) menjelaskan bahwa CFAM membagi pengkajian ke dalam tiga kategori utama: struktural, perkembangan, dan fungsional. Berbeda dengan Friedman, kategori fungsional dalam CFAM lebih menitikberatkan pada aspek instrumental (aktivitas kehidupan sehari-hari) dan ekspresif (komunikasi emosional, pemecahan masalah, dan sirkulasi kekuasaan) dari interaksi antaranggota keluarga.

Salah satu karakteristik paling distingtif dari model Calgary adalah penggunaan instrumen visual secara ekstensif, khususnya genogram dan ekomap, sebagai bagian integral dari proses pengkajian struktural. Genogram digunakan untuk memetakan konstelasi genetik, riwayat penyakit lintas generasi, dan pola relasi emosional (seperti konflik atau kedekatan) minimal dalam tiga generasi. Sementara itu, ekomap memvisualisasikan aliran energi dan pertukaran sumber daya antara keluarga dengan suprasistem di komunitasnya. Rodrigues et al. (2024) dalam studinya mengenai perempuan korban kekerasan domestik menegaskan bahwa CFAM sangat sensitif dalam mendeteksi isolasi sosial, ketimpangan relasi kuasa, dan pola kekerasan yang diwariskan secara antargenerasi, yang sering kali luput dari model pengkajian konvensional.

Aplikasi CFAM dalam praktik klinis menuntut perawat untuk memiliki keterampilan wawancara sirkular (*circular questioning*) yang mumpuni. Teknik ini dirancang untuk mengeksplorasi perbedaan persepsi antaranggota keluarga terhadap suatu masalah kesehatan, sehingga perawat dapat memetakan pola interaksi yang disfungsi. Meskipun CFAM sangat kuat dalam membedah aspek psikososial dan relasional, model ini membutuhkan tingkat kompetensi komunikasi terapeutik yang tinggi dari perawat. Hayati et al. (2025) menyimpulkan bahwa CFAM adalah instrumen pilihan utama ketika perawat berhadapan dengan keluarga yang mengalami krisis psikiatrik, penyakit terminal, atau dinamika internal yang sangat kompleks dan penuh konflik.

4.3.4 Perbandingan Pemilihan Model Pengkajian

Menghadapi pluralitas model pengkajian tersebut, perawat dituntut untuk memiliki kebijaksanaan klinis (*clinical judgment*) dalam memilih kerangka kerja yang paling ekuivalen dengan kebutuhan klien dan realitas tatanan layanan. Tidak ada satu model pun yang bersifat superior secara absolut dalam segala situasi; masing-masing memiliki keunggulan komparatif dan limitasi inheren. Hayati et al. (2025) menggarisbawahi bahwa pemilihan model harus didasarkan pada tujuan spesifik dari intervensi keperawatan, ketersediaan waktu, serta tingkat kompleksitas patologi sosial maupun medis yang tengah dialami oleh sistem keluarga tersebut.

Secara komparatif, model Friedman merupakan instrumen makro yang sangat ideal digunakan untuk pengkajian awal pada keluarga dengan masalah kesehatan masyarakat yang multidimensional, di mana perawat membutuhkan data dasar (*baseline data*) yang sangat komprehensif mengenai struktur dan fungsi keluarga. Sebaliknya, model Maglaya menawarkan efisiensi dan pragmatisme yang sangat cocok untuk diterapkan di fasilitas layanan primer seperti Puskesmas. Dengan fokusnya pada lima tugas kesehatan keluarga, model Maglaya memungkinkan perawat komunitas untuk merumuskan intervensi edukatif secara cepat dan terukur, terutama dalam program kunjungan rumah rutin yang memiliki keterbatasan durasi.

Di sisi lain, model Calgary (CFAM) menempati posisi strategis ketika fokus asuhan bergeser pada resolusi konflik relasional, manajemen trauma, atau perawatan paliatif. Kekuatan CFAM dalam memvisualisasikan matriks emosional melalui genogram menjadikannya instrumen diagnostik yang tak tertandingi dalam keperawatan kesehatan jiwa keluarga. Rodrigues et al. (2024) menyarankan bahwa dalam praktik keperawatan tingkat lanjut (*advanced practice nursing*), perawat sering kali melakukan eklektisisme yakni menyintesis elemen-elemen terbaik dari ketiga model ini. Misalnya, menggunakan tipologi masalah Maglaya untuk triase klinis, namun meminjam teknik genogram dari Calgary untuk membedah dinamika psikososial yang melatarbelakangi masalah tersebut.

Gambar 4.2 Analisis Komparatif Kerangka Model Pengkajian Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Hayati et al., 2025 & Rodrigues et al., 2024)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan diagram Venn tiga irisan yang membandingkan fokus utama dari Model Friedman, Maglaya, dan Calgary. Lingkaran Friedman menonjolkan "Struktur & Fungsi Makro", lingkaran Maglaya berfokus pada "Tugas Kesehatan & Tipologi Masalah", sementara lingkaran Calgary menekankan "Dinamika Relasional & Visualisasi Genogram". Titik interseksi di tengah merepresentasikan tujuan universal dari ketiga model tersebut: perumusan diagnosis keperawatan keluarga yang holistik dan presisi.

4.4 Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Keluarga

Komunikasi terapeutik merupakan instrumen fundamental sekaligus urat nadi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga. Berbeda dengan komunikasi sosial biasa yang bersifat spontan dan tanpa struktur, komunikasi terapeutik adalah sebuah proses interaksi yang dirancang secara sadar, memiliki tujuan klinis yang spesifik, dan berorientasi pada penyembuhan serta adaptasi klien. Dalam konteks keperawatan keluarga, komunikasi ini tidak sekadar berfungsi sebagai medium untuk mentransmisikan informasi medis, melainkan sebagai intervensi psikososial itu sendiri. Melalui dialog yang empatik dan terarah, perawat mampu membongkar kecemasan yang terpendam, memvalidasi penderitaan, dan memfasilitasi keluarga untuk merekonstruksi makna di balik krisis kesehatan yang mereka hadapi (Wulandari, 2025).

Namun demikian, mengorkestrasikan komunikasi terapeutik dalam tatanan keluarga menghadirkan tingkat kompleksitas yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan intervensi pada pasien individu. Perawat tidak berhadapan dengan satu entitas tunggal, melainkan dengan sebuah sistem polifonik yang terdiri dari berbagai aktor dengan persepsi, tingkat literasi, dan kepentingan emosional yang sering kali saling berbenturan. Algrienies et al. (2024) mengartikulasikan bahwa perawat dituntut untuk memiliki kelincahan navigasi dalam mengelola dinamika komunikasi sirkular ini. Perawat harus mampu bertindak sebagai mediator yang netral, memastikan bahwa setiap suara di dalam keluarga didengar, dihormati, dan diintegrasikan ke dalam konsensus terapeutik yang akan menentukan arah keberhasilan asuhan.

4.4.1 Prinsip Komunikasi Terapeutik dengan Keluarga

Prinsip esensial pertama dalam membangun komunikasi terapeutik dengan keluarga adalah penerapan empati dan pendengaran aktif (*active listening*). Empati melampaui sekadar rasa kasihan; ia adalah kemampuan kognitif dan afektif perawat untuk menyelami kerangka acuan internal keluarga tanpa kehilangan objektivitas profesional. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa pendengaran aktif menuntut perawat untuk hadir secara utuh (*presence*), menangkap tidak hanya pesan verbal yang

diucapkan, tetapi juga metakomunikasi berupa bahasa tubuh, intonasi, dan kebisuan yang menyertai interaksi tersebut. Melalui validasi emosional yang tulus, perawat menciptakan ruang aman (*safe space*) yang memungkinkan keluarga untuk menurunkan mekanisme pertahanan diri mereka dan membuka diri terhadap intervensi klinis.

Prinsip kedua berpusat pada transparansi, kejujuran, dan keselarasan bahasa. Dalam menyampaikan diagnosis, prognosis, atau rencana tindakan, perawat wajib menggunakan terminologi yang telah dikalibrasi dengan tingkat literasi kesehatan keluarga. Penggunaan jargon medis yang elitis tidak hanya akan menciptakan kebingungan, tetapi juga memperlebar jurang hierarki antara tenaga kesehatan dan klien. Algrienes et al. (2024) menegaskan bahwa transparansi informasi merupakan fondasi dari kepercayaan (*trust*). Menyembunyikan realitas klinis yang pahit dengan dalih melindungi perasaan keluarga justru akan menghancurkan aliansi terapeutik ketika kebenaran tersebut pada akhirnya terungkap, sehingga perawat harus mampu menyampaikan berita buruk (*breaking bad news*) dengan teknik yang terstruktur dan penuh welas asih.

Prinsip ketiga yang sangat krusial dalam konteks sistemik adalah menjaga netralitas dan menghindari jebakan triangulasi. Dalam keluarga yang tengah mengalami turbulensi, sangat lazim terjadi polarisasi di mana satu pihak berusaha menarik perawat untuk memihak argumennya dan menyudutkan anggota keluarga lain. Wulandari (2025) memperingatkan bahwa perawat harus secara sadar mempertahankan posisi ekuidistan yakni menjaga jarak emosional yang sama dengan seluruh anggota keluarga. Dengan tidak memihak, perawat memosisikan dirinya sebagai fasilitator objektif yang membantu keluarga melihat pola interaksi disfungsional mereka sendiri, alih-alih menjadi hakim yang menentukan siapa yang benar atau salah dalam konflik domestik tersebut.

4.4.2 Teknik Wawancara Keluarga

Wawancara keluarga merupakan metode pengumpulan data sekaligus intervensi awal yang membutuhkan persiapan arsitektural dan psikologis yang matang. Tahap pra-interaksi menjadi sangat krusial; perawat harus

mengatur tata letak ruang sedemikian rupa agar memfasilitasi kontak mata yang setara antar anggota keluarga, menghindari formasi duduk yang mengisyaratkan dominasi atau interogasi. Wulandari (2025) mencatat bahwa pada fase pembukaan, perawat wajib mengidentifikasi dan menyapa setiap anggota keluarga yang hadir, menjelaskan tujuan wawancara secara transparan, serta menetapkan kontrak waktu dan kerahasiaan. Langkah inklusif ini memberikan pesan implisit bahwa setiap individu dalam ruangan tersebut diakui eksistensinya dan dianggap penting dalam proses asuhan.

Salah satu teknik paling mutakhir yang diadaptasi dari model sistemik adalah penggunaan pertanyaan sirkular (*circular questioning*). Berbeda dengan pertanyaan linier yang hanya mencari fakta faktual (misalnya, "Kapan gejala ini mulai muncul?"), pertanyaan sirkular dirancang untuk mengeksplorasi perbedaan persepsi dan memetakan pola relasi di dalam keluarga. Algrienes et al. (2024) mencontohkan penggunaan teknik ini dengan pertanyaan seperti, "Ketika ayah mulai marah karena sakitnya, siapa yang biasanya paling cemas, dan apa yang ibu lakukan untuk menenangkannya?" Teknik ini secara elegan memaksa keluarga untuk merefleksikan bagaimana perilaku satu anggota secara sirkular memengaruhi dan dipengaruhi oleh anggota lainnya, sehingga membuka wawasan baru terkait dinamika internal mereka.

Tantangan terbesar dalam wawancara keluarga adalah mengelola asimetri partisipasi, di mana terdapat anggota yang sangat dominan memonopoli percakapan, sementara anggota lain memilih bungkam atau terpinggirkan. Perawat harus memiliki keterampilan asertif untuk menginterupsi secara sopan figur yang dominan dan secara proaktif mengundang partisipasi dari anggota yang diam. Wulandari (2025) menyarankan teknik *redirecting*, di mana perawat memvalidasi pernyataan anggota yang dominan lalu mengalihkan fokus, misalnya, "Saya memahami kekhawatiran Bapak. Sekarang, saya ingin mendengar bagaimana pandangan Adik mengenai situasi ini." Melalui orkestrasi yang presisi ini, perawat memastikan bahwa data pengkajian yang diperoleh bersifat komprehensif dan merepresentasikan realitas kolektif, bukan sekadar narasi tunggal dari pemegang kekuasaan di keluarga.

4.4.3 Pendekatan Edukatif dan Konseling Keluarga

Pendekatan edukatif atau psikoedukasi merupakan pilar intervensi yang bertujuan untuk menjembatani defisit pengetahuan keluarga terkait manajemen penyakit dan promosi kesehatan. Namun, dalam paradigma keperawatan modern, edukasi tidak lagi dimaknai sebagai transfer informasi satu arah yang bersifat didaktik. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa psikoedukasi harus bersifat dialogis dan dikontekstualisasikan dengan realitas keseharian klien. Perawat tidak sekadar memberikan pamflet berisi instruksi diet, melainkan mengajak keluarga berdiskusi mengenai hambatan finansial atau kultural yang mungkin menghalangi kepatuhan diet tersebut, lalu bersama-sama merumuskan modifikasi gaya hidup yang realistis dan dapat dieksekusi secara mandiri oleh keluarga.

Ketika keluarga dihadapkan pada krisis situasional yang memicu distress emosional akut, pendekatan edukatif harus diintegrasikan dengan konseling keperawatan. Konseling keluarga berfokus pada fasilitasi ventilasi perasaan, resolusi duka cita, dan restrukturisasi kognitif. Algrienes et al. (2024) menjelaskan bahwa diagnosis penyakit terminal atau kecacatan permanen sering kali menghancurkan ekspektasi masa depan keluarga, memicu fase penolakan (*denial*) dan kemarahan. Melalui sesi konseling yang terstruktur, perawat mendampingi keluarga untuk memproses turbulensi emosional tersebut, membantu mereka mengartikulasikan ketakutan yang tidak terucap, dan secara bertahap membimbing mereka menuju fase penerimaan (*acceptance*) yang konstruktif.

Tujuan paripurna dari integrasi edukasi dan konseling ini adalah pemberdayaan (*empowerment*) dan peningkatan efikasi diri keluarga. Perawat bertindak sebagai katalisator yang menstimulasi keluarga untuk menemukan solusi dari dalam diri mereka sendiri, bukan memberikan instruksi instan yang menciptakan ketergantungan. Wulandari (2025) menegaskan bahwa dengan membekali keluarga melalui keterampilan pemecahan masalah (*problem-solving skills*) dan manajemen stres, perawat secara efektif tengah membangun kapasitas resiliensi sistemik. Keluarga yang berdaya akan mampu mentransformasi krisis kesehatan

yang mereka alami menjadi momentum untuk memperkuat kohesi internal dan meningkatkan kemandirian fungsional di masa depan.

4.4.4 Mengelola Konflik dan Dinamika Komunikasi dalam Keluarga

Konflik merupakan fenomena yang inheren dan tidak terhindarkan dalam dinamika sistem keluarga, terutama ketika mereka berada di bawah tekanan stresor kesehatan yang masif. Penyakit kronis sering kali mendisrupsi ekuilibrium peran, memicu kelelahan fisik pada pengasuh, dan menguras sumber daya finansial, yang kesemuanya bertindak sebagai katalisator eskalasi konflik. Algrienes et al. (2024) mengobservasi bahwa konflik ini kerap bermanifestasi dalam pola komunikasi yang maladaptif, seperti saling menyalahkan (*scapegoating*), kritik destruktif, atau kebisuan yang menghukum (*silent treatment*). Jika dibiarkan tanpa intervensi, komunikasi toksik ini akan merusak aliansi terapeutik dan secara langsung memperburuk prognosis klinis pasien akibat lingkungan domestik yang patogenik secara psikologis.

Dalam mengelola dinamika yang konfliktual ini, perawat harus menguasai teknik de-eskalasi dan *reframing* (pembingkai ulang). Ketika anggota keluarga melontarkan pernyataan yang agresif atau menuduh, perawat bertugas untuk menerjemahkan pesan negatif tersebut menjadi ekspresi dari kebutuhan atau ketakutan yang tidak terpenuhi. Misalnya, keluhan seorang istri yang mengatakan "Suami saya tidak pernah peduli dengan dietnya dan ingin mati saja," dapat dibingkai ulang oleh perawat menjadi, "Saya mendengar bahwa Ibu sangat cemas dan kelelahan karena sangat peduli pada kesehatan Bapak." Wulandari (2025) mencatat bahwa teknik *reframing* ini secara efektif menurunkan tensi emosional, mengubah atmosfer permusuhan menjadi ruang empati, dan membantu keluarga melihat intensi positif di balik perilaku yang tampak destruktif.

Lebih jauh, intervensi keperawatan harus diarahkan pada pelatihan komunikasi asertif bagi seluruh anggota keluarga. Perawat membimbing klien untuk meninggalkan pola komunikasi pasif-agresif dan beralih pada penggunaan pesan "Saya" (*I-messages*), di mana individu diajarkan untuk mengartikulasikan perasaan dan kebutuhannya secara jelas tanpa menyerang karakter pihak lain. Algrienes et al. (2024) menegaskan bahwa

dengan membekali keluarga instrumen resolusi konflik yang konstruktif, perawat tidak hanya menyelesaikan perselisihan yang terjadi saat ini, tetapi juga merekonstruksi arsitektur komunikasi keluarga secara permanen. Transformasi ini memastikan bahwa sistem keluarga memiliki mekanisme internal yang tangguh untuk menavigasi perbedaan pendapat dan mempertahankan harmoni di tengah tantangan kesehatan di masa mendatang.

Tabel 4.1 Analisis Komparatif Model Pengkajian dan Pendekatan Asuhan Keperawatan Keluarga

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Asuhan Keperawatan	Sumber Rujukan Utama
Pendekatan Asuhan	<i>Family Centered Nursing (FCN)</i>	Menempatkan keluarga sebagai episentrum pengambilan keputusan melalui kemitraan egaliter, transparansi informasi, dan kolaborasi.	Perawat bertransformasi dari figur otoritatif menjadi fasilitator yang memberdayakan otonomi dan efikasi diri keluarga.	Im et al. (2024); Hayati et al. (2025)
Perspektif Alternatif	Sistemik & Transkultural	Memandang keluarga sebagai sistem terbuka yang saling berinterdependensi dan terikat oleh matriks nilai budaya yang unik.	Intervensi difokuskan pada restrukturisasi peran sistemik dan modifikasi asuhan yang peka terhadap kearifan lokal (<i>culturally congruent</i>).	Feriantoro & Nursanti (2024); Ro'isah & Laili (2023)
Model Pengkajian	Friedman, Maglaya, &	Friedman (makro-struktural), Maglaya	Pemilihan model dikalibrasi	Hayati et al. (2025); Rodrigues

	Calgary	(pragmatis-tugas kesehatan), Calgary (mikro-relasional & visualisasi genogram).	berdasarkan kompleksitas kasus; Maglaya untuk layanan primer, Calgary untuk krisis psikososial.	et al. (2024)
Komunikasi i Terapeutik	<i>Circular Questioning & Reframing</i>	Eksplorasi persepsi sirkular antaranggota keluarga dan pembedaan ulang pesan negatif menjadi positif.	Mencegah triangulasi konflik, menurunkan tensi emosional, dan merekonstruksi pola komunikasi keluarga menjadi lebih asertif.	Wulandari (2025); Algrienes et al. (2024)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur keperawatan keluarga kontemporer, 2023–2025)

BAB 5

MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA YANG LAZIM DI INDONESIA

Pendahuluan

Lanskap epidemiologi di Indonesia menghadirkan sebuah konstelasi permasalahan kesehatan yang sangat unik, kompleks, dan multidimensional. Sebagai negara berkembang yang tengah mengalami transisi demografis dan ekologis secara masif, Indonesia dihadapkan pada fenomena beban ganda penyakit (*double burden of disease*). Di satu sisi, penyakit infeksius klasik yang berakar pada masalah sanitasi dan kemiskinan masih menjadi ancaman endemik; di sisi lain, prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang dipicu oleh modernisasi gaya hidup terus mengalami eskalasi yang eksponensial. Dalam diskursus keperawatan komunitas, pemahaman terhadap profil epidemiologis ini menjadi sangat krusial karena keluargalah yang menjadi lokus utama di mana penderitaan akibat penyakit tersebut bermanifestasi, dikelola, dan dirasakan dampaknya secara sistemik (Irwansyah, 2026).

Meskipun data statistik mengenai morbiditas dan mortalitas nasional telah banyak dipublikasikan oleh berbagai institusi kesehatan, masih terdapat celah penelitian (*research gap*) yang esensial terkait bagaimana patologi klinis tersebut mendisrupsi ekuilibrium fungsional keluarga. Mayoritas literatur terdahulu cenderung mengadopsi perspektif reduksionis yang hanya memotret penyakit sebagai entitas biologis pada level individu, sehingga gagal menangkap realitas beban psikososial, kelelahan pengasuh (*caregiver burnout*), dan kerentanan ekonomi yang dialami oleh unit domestik. Kesenjangan ini memunculkan urgensi untuk merekonstruksi analisis epidemiologi melalui lensa keperawatan keluarga, di mana konteks sosiokultural dan dinamika internal keluarga diintegrasikan sebagai variabel determinan dalam memahami lintasan penyakit (Sagala et al., 2025).

Berangkat dari kesenjangan konseptual tersebut, bab ini dirancang untuk membedah dan menjawab serangkaian pertanyaan penelitian yang fundamental. Pertama, bagaimana profil dan pola masalah kesehatan keluarga di Indonesia bertransformasi melintasi berbagai tahap siklus hidup? Kedua, sejauh mana penyakit menular dan tidak menular mendikte reorganisasi peran dan mekanisme koping di dalam rumah tangga? Ketiga, bagaimana masalah kesehatan jiwa dan kerentanan sosial seperti kekerasan domestik memengaruhi resiliensi keluarga? Melalui sintesis kritis terhadap literatur keperawatan mutakhir, uraian dalam bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan wawasan diagnostik yang tajam untuk merancang intervensi yang sangat kontekstual dengan realitas masyarakat Indonesia.

5.1 Profil Masalah Kesehatan Keluarga di Indonesia

Memetakan profil masalah kesehatan keluarga di Indonesia ibarat mengurai sebuah permadani sosiologis yang ditunen dari benang-benang ketimpangan ekonomi, keragaman budaya, dan disparitas akses layanan kesehatan. Profil ini tidak bersifat homogen; ia berfluktuasi secara ekstrem bergantung pada letak geografis antara kawasan urban yang padat dan kawasan rural yang terisolasi serta stratifikasi kelas sosial. Bagi praktisi keperawatan, pemahaman yang presisi mengenai profil makro ini merupakan prasyarat mutlak sebelum melakukan pengkajian mikro di tingkat rumah tangga, karena patologi yang dialami oleh sebuah keluarga sering kali merupakan mikrokosmos dari kegagalan sistem kesehatan di tingkat komunitas (Irwansyah, 2026).

Oleh karena itu, analisis terhadap profil kesehatan keluarga menuntut perawat untuk melepaskan kacamata biomedis murni dan beralih pada pendekatan determinan sosial kesehatan (*social determinants of health*). Penyakit tidak lagi dipandang semata-mata sebagai invasi patogen atau degenerasi seluler, melainkan sebagai produk akhir dari interaksi yang rumit antara perilaku konsumsi, kualitas ekologi hunian, dan sistem kepercayaan lokal. Dengan membedah profil ini secara komprehensif, perawat dapat mengantisipasi kerentanan spesifik yang dihadapi klien dan merumuskan strategi asuhan yang tidak hanya bersifat kuratif-simtomatik, tetapi juga promotif dan preventif secara struktural.

5.1.1 Gambaran Umum Masalah Kesehatan Keluarga di Indonesia

Gambaran umum kesehatan keluarga di Indonesia saat ini sangat didominasi oleh fenomena transisi epidemiologi yang menciptakan beban ganda penyakit (*double burden of disease*). Irwansyah (2026) mengartikulasikan bahwa keluarga-keluarga di Indonesia, terutama yang berada pada desil ekonomi menengah ke bawah, sering kali harus bertarung menghadapi dua front kesehatan yang berbeda secara bersamaan. Di satu sisi, mereka masih dihantui oleh ancaman penyakit menular klasik seperti tuberkulosis (TB), infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), dan diare yang sangat berkorelasi dengan buruknya sanitasi lingkungan serta malnutrisi. Di sisi lain, penetrasi gaya hidup sedenter dan pola makan tinggi karbohidrat terolah telah memicu ledakan prevalensi penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes melitus, dan stroke, bahkan pada kelompok usia yang semakin muda.

Kompleksitas beban ganda ini menciptakan tekanan sistemik yang luar biasa terhadap kapasitas fungsional keluarga. Sagala et al. (2025) dalam eksplorasinya mengenai pengalaman perawat komunitas mencatat bahwa keluarga yang merawat anggota dengan komorbiditas misalnya seorang ayah dengan tuberkulosis aktif yang juga menderita diabetes melitus mengalami tingkat kelelahan pengasuhan (*caregiver strain*) yang sangat akut. Keluarga dituntut untuk mengorkestrasikan regimen pengobatan yang rumit, mengatur diet yang sangat restriktif, sekaligus menerapkan protokol isolasi infeksi di dalam rumah yang sering kali memiliki keterbatasan ruang. Kondisi ini secara langsung menguras sumber daya finansial keluarga, memicu absensi dari pekerjaan, dan pada akhirnya dapat menjerumuskan keluarga ke dalam jurang kemiskinan medis (*medical impoverishment*).

Lebih jauh, gambaran masalah kesehatan ini juga diperumit oleh disparitas literasi kesehatan di kalangan masyarakat. Meskipun pemerintah telah menggulirkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) untuk meningkatkan jangkauan layanan primer, banyak keluarga yang masih memiliki kesadaran preventif yang rendah. Keterlambatan dalam mencari pertolongan medis (*delay in seeking care*) masih menjadi fenomena yang lazim, di mana keluarga baru

mengakses fasilitas kesehatan formal ketika penyakit telah mencapai stadium komplikasi yang ireversibel. Oleh sebab itu, tantangan terbesar bagi keperawatan keluarga di Indonesia bukanlah sekadar menyediakan intervensi klinis, melainkan bagaimana merekonstruksi paradigma kesehatan keluarga agar lebih proaktif, mandiri, dan memiliki resiliensi tinggi dalam menavigasi sistem jaminan kesehatan nasional.

5.1.2 Pola Masalah Kesehatan Berdasarkan Siklus Hidup Keluarga

Masalah kesehatan yang menimpa keluarga di Indonesia tidaklah statis, melainkan bermanifestasi dalam pola yang sangat spesifik dan dapat diprediksi seiring dengan pergerakan mereka melintasi siklus hidup (*family life cycle*). Pada tahap awal perkembangan, yakni keluarga dengan pasangan baru menikah hingga keluarga dengan anak balita, fokus permasalahan sangat terkonsentrasi pada domain kesehatan maternal dan neonatal. Irwansyah (2026) menyoroti bahwa isu stunting, gizi buruk, dan ketidaklengkapan imunisasi dasar masih menjadi ancaman endemik yang menghantui keluarga muda di berbagai pelosok nusantara. Kegagalan keluarga dalam menyediakan stimulasi nutrisi dan lingkungan yang higienis pada fase seribu hari pertama kehidupan ini akan menciptakan defisit kognitif dan fisik yang bersifat permanen pada generasi penerus.

Ketika keluarga bertransisi memasuki tahap usia pertengahan di mana anak-anak mulai beranjak remaja hingga dewasa pola masalah kesehatan mengalami pergeseran yang radikal menuju isu-isu psikososial dan perilaku berisiko. Pada fase ini, keluarga sering kali berhadapan dengan turbulensi emosional akibat kenakalan remaja, paparan penyalahgunaan zat, hingga masalah kesehatan reproduksi. Di saat yang bersamaan, figur orang tua pada tahap ini mulai mengalami penurunan fungsi fisiologis dan rentan terhadap serangan awal penyakit metabolik. Sagala et al. (2025) menegaskan bahwa keluarga pada tahap ini membutuhkan intervensi keperawatan yang berfokus pada negosiasi ulang batasan peran, peningkatan komunikasi asertif antargenerasi, serta modifikasi gaya hidup untuk mencegah progresivitas penyakit degeneratif.

Pada ujung spektrum siklus hidup, keluarga dengan lansia (*aging families*) menghadirkan konstelasi masalah kesehatan yang paling

kompleks dan menyita sumber daya. Peningkatan angka harapan hidup di Indonesia melahirkan fenomena *sandwich generation*, di mana keluarga inti harus memikul beban ganda merawat anak-anak mereka sekaligus memberikan asuhan gerontik bagi orang tua yang menderita multimorbiditas. Masalah seperti demensia, inkontinensia, dan risiko jatuh menuntut modifikasi lingkungan rumah secara masif dan pengawasan selama dua puluh empat jam. Dalam konteks ini, perawat keluarga dituntut untuk merancang program perawatan di rumah (*home care*) yang tidak hanya berorientasi pada paliasi gejala fisik lansia, tetapi juga secara proaktif memitigasi depresi dan kelelahan kronis yang dialami oleh anggota keluarga yang bertindak sebagai pengasuh utama.

5.1.3 Konteks Sosial-Budaya Permasalahan Kesehatan Keluarga Indonesia

Arsitektur permasalahan kesehatan keluarga di Indonesia tidak dapat dipahami secara utuh tanpa membedah matriks sosial-budaya yang melingkupinya. Sebagai negara kepulauan dengan ratusan kelompok etnis, Indonesia memiliki kekayaan sistem kepercayaan dan praktik etnomedisin yang secara langsung mendikte perilaku pencarian kesehatan (*health-seeking behavior*) di tingkat domestik. Irwansyah (2026) mengartikulasikan bahwa dalam banyak kebudayaan lokal, penyakit tidak selalu diinterpretasikan melalui lensa biomedis sebagai disfungsi organ, melainkan sering kali dimaknai sebagai manifestasi dari ketidakseimbangan spiritual, pelanggaran norma adat, atau bahkan intervensi entitas metafisik. Konstruksi kultural ini sering kali membuat keluarga lebih memprioritaskan pengobatan alternatif atau ritual penyembuhan tradisional sebelum akhirnya bersedia mengakses layanan medis formal.

Selain sistem kepercayaan, struktur kekerabatan dan nilai kolektivisme yang sering direpresentasikan melalui konsep *gotong royong* berfungsi sebagai pedang bermata dua dalam dinamika kesehatan keluarga. Di satu sisi, ikatan keluarga besar (*extended family*) menyediakan reservoir dukungan emosional dan finansial yang sangat kuat ketika salah satu anggota jatuh sakit. Namun di sisi lain, Firdausiah et al. (2024) mencatat bahwa struktur hierarkis yang kaku dalam keluarga besar sering kali

merumitkan proses pengambilan keputusan medis. Otonomi pasien atau keluarga inti kerap kali tereduksi karena keputusan krusial seperti persetujuan tindakan operasi atau rujukan ke rumah sakit harus menunggu konsensus dari figur tetua adat atau anggota keluarga yang dituakan, yang berpotensi menunda intervensi kedaruratan.

Konteks sosial-budaya juga sangat kental dengan isu stigma yang melekat pada penyakit-penyakit tertentu, yang pada gilirannya memperburuk isolasi sosial keluarga. Penyakit menular seperti tuberkulosis atau HIV/AIDS, serta gangguan kesehatan jiwa seperti skizofrenia, sering kali dianggap sebagai aib keluarga atau kutukan. Amanah et al. (2021) dalam kajiannya mengenai skizofrenia menemukan bahwa ketakutan terhadap stigma sosial memaksa banyak keluarga untuk menyembunyikan anggota yang sakit, menolak diagnosis psikiatrik, atau bahkan melakukan praktik pemasungan. Menghadapi realitas sosiokultural yang kompleks ini, perawat keluarga dituntut untuk memiliki kompetensi transkultural yang tinggi, mampu melakukan negosiasi budaya secara empatik, dan mendekonstruksi stigma melalui edukasi komunitas yang inklusif tanpa merendahkan martabat kearifan lokal.

Gambar 5.1 Ilustrasi Konseptual Profil Masalah Kesehatan Keluarga di Indonesia



(Sumber: Diadaptasi dari Irwansyah, 2026 & Sagala et al., 2025)

Keterangan: Gambar ini memvisualisasikan interseksi dari tiga dimensi utama yang membentuk profil kesehatan keluarga di Indonesia. Lingkaran pertama merepresentasikan "Beban Ganda Penyakit" (Transisi Epidemiologi), lingkaran kedua menunjukkan "Siklus Hidup Keluarga" (Transisi Demografi), dan lingkaran ketiga menggambarkan "Konteks Sosial-Budaya" (Sistem Kepercayaan & Stigma). Titik temu dari ketiga lingkaran ini merupakan lokus di mana asuhan keperawatan keluarga harus diimplementasikan secara holistik dan peka budaya.

5.2 Penyakit Menular dalam Konteks Keluarga

Meskipun arus modernisasi dan transisi epidemiologi telah menggeser sebagian besar beban morbiditas ke arah penyakit degeneratif, ancaman penyakit menular di Indonesia sama sekali belum mereda. Dalam lanskap kesehatan masyarakat, penyakit infeksius tetap menjadi salah satu kontributor utama terhadap angka kesakitan dan kematian, terutama pada kelompok populasi rentan seperti balita dan lansia. Keluarga menempati posisi yang sangat paradoks dalam konteks penyakit menular; di satu sisi, lingkungan domestik dengan kepadatan hunian yang tinggi dan ventilasi yang buruk sering kali bertindak sebagai inkubator utama bagi transmisi patogen antaranggota. Namun di sisi lain, keluarga juga merupakan garis pertahanan pertama dan paling krusial dalam

memutus mata rantai penularan melalui penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) serta modifikasi sanitasi lingkungan (Srianingsih et al., 2022).

Bagi praktik keperawatan komunitas, manajemen penyakit menular di tingkat keluarga menuntut pendekatan yang jauh lebih komprehensif daripada sekadar pemberian terapi antimikroba. Intervensi keperawatan harus diarahkan pada investigasi epidemiologis skala mikro di dalam rumah tangga, mengidentifikasi *index case* (kasus pertama), melacak kontak erat, dan mengevaluasi determinan lingkungan yang memfasilitasi penyebaran agen infeksius. Irwansyah (2026) menegaskan bahwa perawat bertugas untuk memberdayakan keluarga agar mampu menjalankan fungsi perlindungan secara otonom, mulai dari pengenalan gejala awal, penerapan protokol isolasi mandiri yang tepat, hingga kepatuhan terhadap regimen pengobatan jangka panjang guna mencegah resistensi obat yang dapat membahayakan komunitas yang lebih luas.

5.2.1 Tuberkulosis dalam Keluarga

Tuberkulosis (TB) paru tetap menjadi salah satu masalah kesehatan endemik paling persisten di Indonesia, yang membawa implikasi destruktif tidak hanya pada dimensi fisiologis penderita, tetapi juga pada stabilitas ekonomi dan psikososial keluarga. Karakteristik penularan TB yang menyebar melalui *droplet nuclei* di udara menjadikan anggota keluarga yang tinggal satu atap (*household contacts*) sebagai kelompok dengan risiko paparan tertinggi. Nurrahmawati et al. (2023) mengartikulasikan bahwa ketika satu anggota keluarga terdiagnosis TB aktif, seluruh arsitektur rumah tangga harus segera direorganisasi. Keluarga dituntut untuk menerapkan protokol pencegahan infeksi yang ketat, seperti pemisahan alat makan, perbaikan sirkulasi udara dan pencahayaan alami di ruang tidur, serta penggunaan masker, yang sering kali terhambat oleh keterbatasan ruang fisik dan sumber daya finansial pada keluarga prasejahtera.

Tantangan terbesar dalam asuhan keperawatan keluarga dengan TB terletak pada durasi pengobatan yang sangat panjang, umumnya memakan waktu enam hingga delapan bulan tanpa putus. Dalam fase ini,

keluarga memegang peran absolut sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO). Kegagalan keluarga dalam menjalankan fungsi pengawasan ini baik akibat kelelahan, kurangnya literasi kesehatan, maupun efek samping obat yang membuat pasien enggan melanjutkan terapi akan berujung pada ancaman *Multi-Drug Resistant Tuberculosis* (MDR-TB) yang jauh lebih mematikan. Oleh karena itu, Nurrahmawati et al. (2023) menekankan bahwa edukasi keperawatan tidak boleh hanya berfokus pada pasien, melainkan harus secara intensif membina PMO agar memiliki resiliensi dan komitmen yang tak tergoyahkan dalam mendampingi pasien hingga tuntas.

Kompleksitas penanganan TB di dalam keluarga akan meningkat secara eksponensial ketika penyakit ini hadir bersamaan dengan komorbiditas penyakit tidak menular, seperti Diabetes Melitus (DM). Firdausiah et al. (2024) dalam kajiannya mengenai keluarga dengan TB-DM menemukan bahwa beban ganda ini menciptakan stresor kognitif dan emosional yang masif. Keluarga harus mengelola regimen obat anti-tuberkulosis yang berpotensi memengaruhi metabolisme glukosa, sekaligus mengawasi diet ketat diabetik agar imunitas pasien tetap optimal untuk melawan infeksi. Dalam situasi klinis yang rumit ini, perawat keluarga dituntut untuk merancang intervensi yang sangat terintegrasi, memfasilitasi mekanisme koping adaptif, dan memastikan bahwa keluarga tidak mengalami *burnout* saat menavigasi dua lintasan penyakit yang saling memperberat tersebut.

5.2.2 Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut

Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), khususnya pneumonia, merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak usia di bawah lima tahun (balita) di Indonesia. Tingginya insidensi ISPA sangat berkorelasi dengan determinan lingkungan mikro di dalam rumah tangga dan perilaku anggota keluarga dewasa. Srianingsih et al. (2022) menggarisbawahi bahwa paparan polusi udara dalam ruang (*indoor air pollution*) yang bersumber dari asap rokok anggota keluarga, penggunaan bahan bakar biomassa (kayu bakar) untuk memasak di dapur yang tidak berventilasi, serta kepadatan hunian yang ekstrem merupakan faktor risiko utama yang merusak mekanisme

pertahanan silia pada saluran pernapasan anak, menjadikan mereka sangat rentan terhadap invasi patogen.

Dalam konteks asuhan keperawatan, kemampuan keluarga dalam menjalankan tugas kesehatan pertama yakni mengenali tanda dan gejala awal penyakit menjadi titik kritis yang menentukan prognosis balita dengan ISPA. Sayangnya, banyak keluarga yang masih kesulitan membedakan antara selesma biasa (*common cold*) dengan tanda bahaya pneumonia, seperti napas cepat (*fast breathing*) atau tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*). Irwansyah (2026) mencatat bahwa defisit pengetahuan ini sering kali berujung pada keterlambatan pencarian pertolongan medis (*delay in seeking care*). Keluarga cenderung mengandalkan pengobatan tradisional atau membeli obat bebas di warung tanpa resep, yang justru menunda pemberian intervensi antibiotik esensial dan meningkatkan risiko kematian pada balita.

Oleh sebab itu, intervensi keperawatan keluarga dalam penanganan ISPA harus bertumpu pada dua pilar utama: modifikasi lingkungan dan peningkatan literasi deteksi dini. Perawat bertugas memberikan edukasi yang asertif namun empatik mengenai bahaya asap rokok pasif (*second-hand smoke*), mendorong keluarga untuk mendeklarasikan rumah sebagai kawasan tanpa rokok, dan memfasilitasi perbaikan sirkulasi udara domestik. Di saat yang bersamaan, Srianingsih et al. (2022) menyarankan agar perawat melatih ibu atau pengasuh utama dengan keterampilan observasi klinis sederhana, seperti cara menghitung frekuensi napas anak dalam satu menit, sehingga keluarga memiliki otonomi dan ketajaman triase untuk segera mengakses fasilitas layanan primer ketika kondisi anak memburuk.

5.2.3 Diare dan Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan

Penyakit infeksi saluran pencernaan, dengan diare sebagai manifestasi klinis utamanya, merupakan indikator klasik dari kegagalan sanitasi lingkungan dan rendahnya praktik higiene di tingkat rumah tangga. Di berbagai wilayah di Indonesia, terutama di kawasan rural dan permukiman kumuh urban, siklus penularan diare terus berputar akibat ketiadaan akses terhadap sumber air bersih yang aman dan fasilitas jamban keluarga yang

memenuhi standar kesehatan. Srianingsih et al. (2022) menjelaskan bahwa patogen penyebab diare umumnya ditransmisikan melalui jalur fekal-oral, yang sangat difasilitasi oleh kebiasaan anggota keluarga yang tidak mencuci tangan dengan sabun pada momen-momen kritis, seperti sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyuapi anak, atau setelah buang air besar.

Ketika episode diare menyerang, terutama pada kelompok balita, keluarga dituntut untuk segera melakukan intervensi kedaruratan guna mencegah dehidrasi akut yang dapat berakibat fatal. Peran keluarga sebagai unit perawatan primer diuji melalui kemampuannya dalam memberikan terapi rehidrasi oral (oralit), suplementasi zinc, dan meneruskan pemberian ASI atau nutrisi yang adekuat. Namun, Irwansyah (2026) mengobservasi bahwa masih banyak miskonsepsi kultural yang beredar di masyarakat terkait penanganan diare, seperti anggapan bahwa pemberian minum justru akan memperparah frekuensi buang air besar, atau praktik memuaskan anak agar ususnya "beristirahat". Keyakinan keliru ini secara langsung mengontradiksi protokol medis dan mempercepat terjadinya syok hipovolemik.

Menghadapi realitas tersebut, perawat keluarga harus mengorkestrasikan asuhan yang memadukan edukasi klinis dengan advokasi kesehatan lingkungan. Secara klinis, perawat wajib mendemonstrasikan cara pembuatan dan pemberian larutan rehidrasi yang benar, serta melatih keluarga untuk mengenali tanda-tanda dehidrasi berat (seperti mata cekung, turgor kulit lambat, dan letargi). Secara ekologis, Srianingsih et al. (2022) menegaskan bahwa perawat harus memotivasi keluarga untuk mengadopsi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) secara permanen, mengadvokasi pembuatan jamban sehat, dan memastikan pengelolaan air minum serta makanan yang higienis. Melalui pendekatan komprehensif ini, rantai penularan penyakit infeksi saluran pencernaan dapat diputus secara struktural dari dalam rumah tangga.

5.3 Penyakit Tidak Menular dalam Konteks Keluarga

Transisi epidemiologi yang melanda Indonesia dalam dua dekade terakhir telah memicu pergeseran tektonik pada beban morbiditas

nasional, di mana Penyakit Tidak Menular (PTM) kini mendominasi lanskap kesehatan masyarakat. Berbeda secara diametral dengan penyakit infeksius yang umumnya bersifat akut dan dapat disembuhkan secara tuntas melalui intervensi antimikroba dalam jangka waktu tertentu, PTM dikarakteristikan oleh sifatnya yang kronis, progresif, dan menuntut manajemen terapeutik seumur hidup. Dalam realitas klinis ini, institusi rumah sakit hanyalah tempat persinggahan sementara untuk stabilisasi fase akut, sementara arena pertempuran sesungguhnya dalam mengelola PTM berada di dalam ruang domestik. Keluarga secara *de facto* dipaksa bertransformasi menjadi unit perawatan jangka panjang yang harus mengorkestrasikan modifikasi gaya hidup, kepatuhan farmakologis, dan pemantauan gejala secara mandiri (Irwansyah, 2026).

Bagi disiplin keperawatan keluarga, eskalasi prevalensi PTM menghadirkan tantangan asuhan yang sangat kompleks. Patologi PTM seperti diabetes, hipertensi, hingga keganasan sangat jarang berdiri sendiri sebagai entitas biologis murni; ia hampir selalu berakar pada kebiasaan kolektif, tradisi kuliner, dan pola coping stres yang telah terinstitusionalisasi di dalam keluarga selama bertahun-tahun. Sagala et al. (2025) mengartikulasikan bahwa mengobati pasien PTM tanpa merekonstruksi lingkungan keluarganya adalah sebuah kesia-siaan terapeutik. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus membidik keluarga sebagai satu kesatuan sistem, mendekonstruksi perilaku berisiko yang diwariskan secara antargenerasi, dan membangun resiliensi kolektif agar keluarga mampu menavigasi beban perawatan kronis tanpa mengorbankan kesejahteraan fisik maupun psikologis anggota keluarga lainnya.

5.3.1 Diabetes Melitus Tipe 2 dalam Keluarga

Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 telah menjelma menjadi salah satu ancaman metabolik paling masif bagi keluarga di Indonesia. Penyakit ini merupakan manifestasi klasik dari penyakit gaya hidup (*lifestyle disease*) yang sangat erat kaitannya dengan lingkungan domestik yang obesogenik. Kebiasaan konsumsi makanan tinggi karbohidrat terolah, minuman berpemanis buatan, serta minimnya aktivitas fisik sering kali bukanlah pilihan individual, melainkan rutinitas kolektif yang dibentuk dan

dinormalisasi di dalam rumah tangga. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa ketika satu anggota keluarga terdiagnosis DM Tipe 2, hal tersebut sering kali merupakan indikator bahwa seluruh anggota keluarga lainnya memiliki kerentanan yang sama akibat paparan determinan perilaku dan lingkungan nutrisi yang identik.

Manajemen DM Tipe 2 di rumah menuntut tingkat disiplin dan literasi kesehatan yang sangat tinggi dari seluruh anggota keluarga. Pasien tidak hanya diwajibkan mengonsumsi obat hipoglikemik oral atau injeksi insulin secara presisi, tetapi juga harus melakukan pemantauan glukosa darah mandiri, merawat integritas kulit untuk mencegah ulkus diabetik, dan mematuhi restriksi diet yang sangat ketat. Firdausiah et al. (2024) menyoroti bahwa beban perawatan ini akan berlipat ganda ketika DM hadir sebagai komorbiditas dari penyakit infeksius seperti Tuberkulosis (TB-DM). Dalam situasi komorbiditas tersebut, keluarga sering kali mengalami disorientasi kognitif dan kelelahan ekstrem (*caregiver burnout*) karena harus menyeimbangkan dua regimen terapeutik yang kompleks dan terkadang saling berbenturan secara klinis.

Dalam kerangka asuhan keperawatan, perawat harus memfasilitasi transformasi keluarga dari lingkungan yang memicu penyakit menjadi ekosistem yang mendukung penyembuhan. Edukasi diet tidak boleh hanya ditujukan kepada pasien, melainkan harus menyasar figur pengambil keputusan nutrisi di rumah (biasanya ibu atau istri) agar modifikasi menu makanan diberlakukan secara kolektif untuk seluruh anggota keluarga. Sagala et al. (2025) menegaskan bahwa dukungan emosional dari keluarga juga sangat krusial untuk mencegah *diabetic distress* yakni frustrasi psikologis akibat tuntutan perawatan DM yang tiada henti. Melalui keterlibatan keluarga yang suportif dan tidak menghakimi, kepatuhan pasien terhadap regimen pengobatan dapat dipertahankan, sehingga komplikasi mikrovaskular maupun makrovaskular yang fatal dapat dicegah.

5.3.2 Hipertensi dan Penyakit Kardiovaskular

Hipertensi sering kali dijuluki sebagai *the silent killer* (pembunuh senyap) karena sifatnya yang asimtomatik pada fase awal, namun secara

diam-diam merusak arsitektur vaskular dan menjadi prekursor utama bagi kejadian kardiovaskular katastrofik seperti stroke dan infark miokard. Di Indonesia, tingginya prevalensi hipertensi sangat dipengaruhi oleh tradisi kuliner lokal yang cenderung menggunakan natrium dalam jumlah tinggi, baik melalui garam dapur, penyedap rasa, maupun makanan awetan. Asih et al. (2023) dalam tinjauan literturnya mengartikulasikan bahwa kebiasaan diet ini ditransmisikan secara kultural di dalam keluarga, sehingga upaya untuk menurunkan asupan garam sering kali berbenturan dengan preferensi rasa kolektif yang sudah mengakar kuat.

Tantangan terbesar dalam manajemen hipertensi berbasis keluarga adalah mempertahankan tingkat kepatuhan minum obat (*medication adherence*) dalam jangka panjang. Karena pasien sering kali tidak merasakan keluhan fisik apa pun saat tekanan darahnya melonjak, motivasi untuk mengonsumsi obat antihipertensi secara rutin cenderung menurun drastis. Di sinilah peran keluarga menjadi sangat determinan. Keluarga bertindak sebagai pengawas internal yang memastikan kontinuitas pengobatan, memfasilitasi pengukuran tekanan darah secara berkala di rumah atau di Posbindu, serta mengelola stresor psikososial di lingkungan domestik yang dapat memicu lonjakan tekanan darah secara fluktuatif (Irwansyah, 2026).

Intervensi keperawatan untuk keluarga dengan hipertensi harus dirancang menggunakan pendekatan modifikasi perilaku yang komprehensif. Perawat komunitas bertugas melatih keluarga untuk membaca label nutrisi, memilih alternatif bumbu masakan yang rendah natrium, dan menginisiasi rutinitas aktivitas fisik bersama. Asih et al. (2023) menekankan bahwa asuhan keperawatan yang berpusat pada keluarga (*family-based care*) terbukti secara empiris jauh lebih superior dalam mengontrol tekanan darah dibandingkan dengan pendekatan individual. Dengan menjadikan seluruh anggota keluarga sebagai agen perubahan, modifikasi gaya hidup tidak lagi dirasakan sebagai hukuman atau restriksi bagi pasien, melainkan sebagai budaya baru yang meningkatkan kualitas kesehatan kardiovaskular seluruh penghuni rumah.

5.3.3 Keganasan dan Perawatan Paliatif di Rumah

Diagnosis keganasan atau kanker merupakan salah satu krisis situasional paling destruktif yang dapat menghantam sebuah sistem keluarga. Berita buruk ini secara instan mendisrupsi ekuilibrium psikologis, memicu gelombang duka cita antisipatif (*anticipatory grief*), dan memaksa keluarga untuk merealokasi seluruh sumber daya finansial maupun emosional mereka demi membiayai serangkaian terapi onkologi yang agresif. Ketika intervensi kuratif tidak lagi memungkinkan dan penyakit memasuki stadium terminal, fokus asuhan akan bergeser secara radikal menuju perawatan paliatif. Sagala et al. (2025) mencatat bahwa di Indonesia, mayoritas perawatan paliatif pada fase akhir hayat (*end-of-life*) dieksekusi di lingkungan rumah, menempatkan keluarga awam pada posisi sebagai pemberi asuhan utama bagi pasien dengan kondisi klinis yang sangat kompleks.

Perawatan paliatif di rumah menuntut keluarga untuk mengelola berbagai simptom yang sangat menekan, seperti nyeri kronis yang persisten (*intractable pain*), sesak napas, mual muntah akibat kemoterapi, hingga kaheksia (penurunan berat badan ekstrem). Beban teknis ini sering kali melampaui kapasitas literasi medis keluarga, memicu perasaan tidak berdaya dan panik ketika pasien mengalami perburukan gejala di tengah malam. Selain beban fisik, keluarga juga harus menavigasi turbulensi spiritual dan emosional, mendampingi pasien yang tengah menghadapi keniscayaan kematian, sembari berusaha mempertahankan ketegaran mereka sendiri agar tidak runtuh di hadapan pasien (Irwansyah, 2026).

Dalam tatanan *home care* paliatif, perawat keluarga hadir sebagai jangkar klinis dan emosional. Intervensi keperawatan difokuskan pada transfer keterampilan manajemen nyeri non-farmakologis, perawatan luka kanker yang higienis, dan pemenuhan kenyamanan dasar pasien. Lebih dari itu, perawat harus menyediakan ruang konseling yang aman bagi keluarga untuk memvalidasi kelelahan empati (*compassion fatigue*) yang mereka alami. Sagala et al. (2025) menegaskan bahwa asuhan paliatif yang holistik tidak hanya bertujuan untuk memastikan pasien meninggal dengan bermartabat dan bebas dari penderitaan, tetapi juga untuk

mendampingi keluarga melewati masa *bereavement* (berkabung), mencegah trauma psikologis berkepanjangan pasca-kematian pasien.

5.3.4 Obesitas dan Sindrom Metabolik

Obesitas kini tidak lagi dipandang sekadar sebagai masalah kosmetik atau variasi bentuk tubuh, melainkan telah diakui secara global sebagai penyakit kronis yang menjadi hulu dari berbagai patologi mematikan yang terangkum dalam sindrom metabolik. Di Indonesia, prevalensi obesitas, baik pada populasi dewasa maupun anak-anak, terus meroket seiring dengan penetrasi makanan cepat saji dan gaya hidup urban yang minim gerak. Ironisnya, Irwansyah (2026) mengobservasi bahwa dalam banyak konstruksi budaya lokal, anak yang gemuk masih sering disalahartikan sebagai simbol kemakmuran, kesehatan, dan keberhasilan pengasuhan, sehingga keluarga cenderung menormalisasi atau bahkan mendorong pola makan yang berlebihan (*overfeeding*).

Sindrom metabolik yang merupakan konstelasi dari obesitas sentral, resistensi insulin, dislipidemia, dan hipertensi berkembang secara senyap di dalam ekosistem keluarga yang memiliki literasi nutrisi rendah. Keluarga yang terbiasa mengonsumsi makanan tinggi lemak jenuh dan rendah serat secara kolektif menciptakan lingkungan yang patogenik bagi metabolisme tubuh. Selain faktor lingkungan, terdapat pula predisposisi genetik yang membuat anggota keluarga tertentu lebih rentan mengalami penumpukan jaringan adiposa. Namun, Sagala et al. (2025) menekankan bahwa ekspresi genetik tersebut sangat bergantung pada pemicu lingkungan (*environmental triggers*) yang dikendalikan sepenuhnya oleh rutinitas harian di dalam rumah tangga.

Menghadapi epidemi obesitas ini, perawat keluarga harus mengambil peran proaktif sebagai edukator dan agen restrukturisasi perilaku. Intervensi tidak dapat dilakukan secara parsial dengan hanya menyuruh pasien untuk berolahraga; perawat harus mendekonstruksi mitos kultural terkait berat badan ideal dan memberikan pemahaman saintifik mengenai bahaya sindrom metabolik. Asuhan keperawatan diarahkan pada perancangan target penurunan berat badan yang realistis, modifikasi teknik memasak keluarga, dan pengintegrasian aktivitas fisik ke dalam

rekreasi keluarga. Dengan memutus rantai obesitas di tingkat domestik, perawat secara efektif tengah melakukan prevensi primer yang akan menyelamatkan generasi mendatang dari ancaman penyakit kardiovaskular dan diabetes.

Gambar 5.2 Peran Keluarga dalam Manajemen Penyakit Tidak Menular (PTM)



(Sumber: Diadaptasi dari Sagala et al., 2025 & Irwansyah, 2026)

Keterangan: Ilustrasi ini memetakan tiga pilar utama peran keluarga dalam mengelola PTM di rumah. Pilar pertama adalah "Modifikasi Gaya Hidup" (diet kolektif dan aktivitas fisik untuk Obesitas/DM). Pilar kedua adalah "Kepatuhan Farmakologis" (pengawasan minum obat jangka panjang untuk Hipertensi/DM). Pilar ketiga adalah "Dukungan Paliatif & Emosional" (manajemen gejala dan pendampingan psikologis untuk Keganasan). Ketiga pilar ini ditopang oleh fondasi literasi kesehatan dan resiliensi keluarga.

5.4 Masalah Kesehatan Jiwa, Reproduksi, dan Sosial dalam Keluarga

Eksistensi keluarga tidak hanya diuji oleh ancaman patologi fisik yang kasatmata, melainkan juga oleh turbulensi yang menyerang dimensi psikologis, reproduksi, dan harmoni sosial di dalam rumah tangga. Masalah kesehatan jiwa, disfungsi reproduksi, hingga patologi sosial seperti kekerasan domestik merupakan spektrum permasalahan yang sering kali tersembunyi di balik dinding privasi keluarga. Berbeda dengan

penyakit fisik yang umumnya memicu simpati dari lingkungan sekitar, masalah-masalah dalam domain ini kerap kali diselimuti oleh stigma, rasa malu, dan tabu kultural. Akibatnya, keluarga cenderung menarik diri dari interaksi sosial, menyembunyikan krisis yang tengah terjadi, dan menunda pencarian bantuan profesional hingga situasi mencapai titik destruksi yang ireversibel (Irwansyah, 2026).

Bagi perawat komunitas, menavigasi konstelasi masalah psikososial dan reproduksi ini menuntut tingkat kepekaan klinis dan kompetensi etis yang sangat tinggi. Perawat tidak lagi sekadar berhadapan dengan agen infeksius atau degenerasi seluler, melainkan harus membedah struktur relasi kuasa, trauma antargenerasi, dan sistem kepercayaan yang mengakar kuat. Intervensi keperawatan dalam ranah ini berfungsi sebagai katalisator yang membongkar kebisuan, menyediakan ruang aman (*safe space*) untuk validasi emosional, dan merekonstruksi dinamika keluarga agar kembali menjadi ekosistem yang suportif dan protektif bagi seluruh anggotanya.

5.4.1 Masalah Kesehatan Jiwa dalam Keluarga

Gangguan kesehatan jiwa, seperti skizofrenia, depresi mayor, dan gangguan bipolar, menghadirkan guncangan sistemik yang luar biasa terhadap ekuilibrium keluarga. Di Indonesia, penanganan masalah psikiatrik di tingkat domestik masih sangat diwarnai oleh miskonsepsi kultural. Banyak masyarakat yang mengatribusikan gejala psikotik seperti halusinasi atau delusi sebagai akibat dari intervensi supranatural, kutukan, atau kurangnya keimanan. Amanah et al. (2021) mengartikulasikan bahwa konstruksi keyakinan yang keliru ini memicu lahirnya stigma sosial yang sangat kejam. Demi menghindari aib dan pengucilan dari komunitas, tidak sedikit keluarga yang memilih untuk menyembunyikan anggota keluarga yang sakit, menolak intervensi medis, atau bahkan menempuh jalur ekstrem seperti praktik pemasungan yang melanggar hak asasi manusia.

Beban yang dipikul oleh keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa kronis bersifat multidimensional. Secara finansial, keluarga harus menanggung biaya pengobatan jangka panjang dan hilangnya produktivitas ekonomi. Secara psikologis, anggota keluarga yang bertindak

sebagai pengasuh utama (*primary caregiver*) sangat rentan mengalami kelelahan emosional yang akut (*compassion fatigue*), kecemasan, dan depresi sekunder. Amanah et al. (2021) dalam tinjauan literaturnya menegaskan bahwa tingkat kemandirian dan pencegahan kekambuhan (*relapse*) pada pasien skizofrenia sangat bergantung pada kualitas dukungan keluarga. Keluarga yang memiliki literasi kesehatan jiwa yang baik akan mampu memastikan kepatuhan konsumsi psikofarmaka, mengenali tanda-tanda awal kekambuhan, dan menciptakan lingkungan rumah yang minim stimulus stres (Low Expressed Emotion).

Dalam merespons kompleksitas ini, asuhan keperawatan jiwa berbasis keluarga harus difokuskan pada psikoedukasi dan dekriminialisasi stigma. Perawat bertugas memberikan pemahaman saintifik mengenai neurobiologi gangguan jiwa kepada keluarga, mengubah paradigma mereka dari menyalahkan pasien menjadi memahami penyakit tersebut sebagai kondisi medis yang dapat dikelola. Selain itu, intervensi juga harus menyasar kesejahteraan pengasuh melalui pembentukan kelompok dukungan sebaya (*support groups*) di komunitas. Dengan memberdayakan keluarga dan memulihkan resiliensi mereka, perawat secara tidak langsung tengah membangun fondasi rehabilitasi psikiatrik yang paling kokoh bagi pasien untuk dapat kembali berfungsi di tengah masyarakat.

5.4.2 Masalah Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga (Keluarga Berencana/KB) merupakan pilar fundamental yang menentukan kualitas hidup, stabilitas ekonomi, dan lintasan masa depan sebuah keluarga. Di Indonesia, isu ini masih diwarnai oleh berbagai tantangan struktural dan kultural, mulai dari tingginya angka kehamilan remaja, jarak kelahiran yang terlalu dekat, hingga morbiditas maternal akibat komplikasi kehamilan yang tidak direncanakan. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa keputusan terkait reproduksi sering kali tidak diambil secara otonom oleh perempuan, melainkan didikte oleh struktur patriarki yang dominan di dalam keluarga besar. Tekanan untuk segera memiliki keturunan, preferensi terhadap jenis kelamin tertentu, serta mitos seputar efek samping alat kontrasepsi kerap kali menghalangi pasangan usia subur untuk mengakses layanan KB secara rasional.

Disfungsi dalam manajemen kesehatan reproduksi membawa implikasi berantai terhadap kesejahteraan sistem keluarga. Kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) atau kehamilan pada usia yang terlalu dini tidak hanya mengancam keselamatan biologis ibu dan janin, tetapi juga memicu krisis psikososial, seperti putus sekolah, instabilitas finansial, dan eskalasi konflik perkawinan. Lebih jauh, ketidakmampuan keluarga dalam mengatur jarak kelahiran akan menyebabkan kompetisi sumber daya di dalam rumah tangga, di mana perhatian, nutrisi, dan alokasi dana pendidikan harus dibagi secara tidak proporsional, yang pada akhirnya meningkatkan risiko stunting dan penelantaran pada anak.

Peran perawat keluarga dalam domain ini adalah sebagai edukator, konselor, dan advokat hak-hak reproduksi. Intervensi keperawatan harus dirancang untuk memfasilitasi komunikasi yang asertif dan egaliter antara suami dan istri terkait perencanaan kehamilan. Perawat wajib memberikan informasi yang komprehensif, objektif, dan berbasis bukti mengenai berbagai metode kontrasepsi, menepis hoaks yang beredar di masyarakat, dan membantu pasangan memilih metode yang paling selaras dengan kondisi fisiologis serta nilai-nilai yang mereka anut. Melalui asuhan yang peka budaya dan menghormati otonomi klien, perawat memberdayakan keluarga untuk mengambil kendali penuh atas fungsi reproduksi mereka, yang merupakan prasyarat esensial bagi terciptanya keluarga yang sejahtera dan berkualitas.

5.4.3 Masalah Kekerasan dan Neglect dalam Keluarga

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) dan penelantaran anak (*child neglect*) merupakan bentuk patologi sosial paling destruktif yang dapat menghancurkan fondasi keamanan sebuah keluarga. Kekerasan ini dapat bermanifestasi dalam bentuk agresi fisik, pelecehan seksual, eksploitasi finansial, hingga teror psikologis yang sistematis. Rodrigues et al. (2024) mengartikulasikan bahwa keluarga yang seharusnya menjadi tempat perlindungan (*sanctuary*) justru berubah menjadi arena penyiksaan yang mematikan. Ironisnya, budaya diam (*culture of silence*) dan ketakutan akan stigma sosial sering kali membuat korban yang mayoritas adalah perempuan dan anak-anak terperangkap dalam siklus kekerasan tanpa berani mencari pertolongan dari pihak luar.

Dampak dari kekerasan domestik bersifat ireversibel dan sering kali ditransmisikan secara antargenerasi. Anak-anak yang tumbuh sebagai saksi atau korban kekerasan memiliki kerentanan yang sangat tinggi untuk mengalami trauma psikologis kronis, gangguan stres pascatrauma (PTSD), dan defisit perkembangan kognitif. Irfani et al. (2024) dalam studinya mengenai resiliensi orang tua menghadapi kekerasan pada anak menyoroti bahwa krisis ini mendisrupsi seluruh fungsi afektif dan perlindungan keluarga. Ketika figur otoritas di dalam rumah justru menjadi pelaku kekerasan, sistem kepercayaan anak terhadap dunia luar akan hancur, memicu perilaku maladaptif di masa depan, dan melanggengkan siklus kekerasan ketika mereka kelak membangun keluarga sendiri.

Menghadapi realitas kelam ini, perawat keluarga dituntut untuk memiliki ketajaman diagnostik dalam mendeteksi tanda-tanda kekerasan yang tersembunyi. Penggunaan instrumen seperti *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) sangat direkomendasikan oleh Rodrigues et al. (2024) karena kemampuannya memetakan ketimpangan relasi kuasa dan isolasi sosial melalui ekomap. Intervensi keperawatan dalam kasus KDRT bersifat kedaruratan; perawat harus memprioritaskan keselamatan fisik korban, merancang rencana penyelamatan (*safety planning*), dan memfasilitasi rujukan lintas sektor yang melibatkan pekerja sosial, aparat penegak hukum, serta lembaga perlindungan perempuan dan anak. Asuhan keperawatan di sini bertindak sebagai intervensi krisis yang bertujuan untuk memutus rantai kekerasan dan merestorasi hak asasi korban.

5.4.4 Masalah Kesehatan Akibat Kecanduan dan Penyalahgunaan Zat

Penyalahgunaan zat adiktif mencakup narkoba, psikotropika, alkohol, hingga kecanduan perilaku seperti judi *online* merupakan epidemi modern yang merusak arsitektur keluarga dari dalam. Kecanduan bukanlah sekadar masalah moral atau kelemahan individu, melainkan sebuah penyakit neurobiologis kronis yang membajak sistem *reward* di otak. Ketika salah satu anggota keluarga terjatuh dalam siklus adiksi, dampaknya akan merambat secara sistemik. Kepercayaan antaranggota keluarga hancur akibat kebohongan yang terus-menerus, sumber daya finansial

terkurus habis untuk membiayai kecanduan, dan atmosfer rumah tangga dipenuhi oleh ketegangan, manipulasi, serta ancaman kekerasan fisik maupun verbal (Irwansyah, 2026).

Dalam dinamika keluarga dengan masalah adiksi, sering kali muncul fenomena patologis yang dikenal sebagai kodependensi (*codependency*) dan perilaku pemampun (*enabling behavior*). Anggota keluarga yang lain, biasanya pasangan atau orang tua, tanpa sadar justru memfasilitasi kelangsungan kecanduan tersebut demi menghindari konflik terbuka atau menutupi aib keluarga dari masyarakat. Mereka mungkin mengambil alih tanggung jawab finansial pelaku, menutupi kesalahannya di tempat kerja, atau terus-menerus memberikan dana talangan. Mekanisme koping maladaptif ini menciptakan sebuah ekuilibrium yang toksik, di mana sistem keluarga beradaptasi dengan penyakit tersebut alih-alih berusaha menyembuhkannya, sehingga pelaku tidak pernah merasakan konsekuensi logis dari perbuatannya.

Intervensi keperawatan pada keluarga dengan masalah penyalahgunaan zat membutuhkan pendekatan sistemik yang sangat tegas dan terstruktur. Perawat tidak hanya berfokus pada rehabilitasi individu yang mengalami kecanduan, tetapi juga harus mengintervensi anggota keluarga lainnya untuk memutus rantai kodependensi. Asuhan keperawatan diarahkan pada psikoedukasi mengenai sifat adiksi sebagai penyakit otak, melatih keluarga untuk menetapkan batasan yang sehat (*setting healthy boundaries*), dan menghentikan segala bentuk perilaku *enabling*. Melalui konseling keluarga dan rujukan ke fasilitas rehabilitasi terpadu, perawat membantu keluarga untuk merekonstruksi pola interaksi mereka, memulihkan fungsi afektif yang rusak, dan membangun resiliensi kolektif untuk mencegah terjadinya *relapse* di masa pemulihan.

Tabel 5.1 Analisis Komparatif Profil dan Masalah Keperawatan Keluarga di Indonesia

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Asuhan Keperawatan	Sumber Rujukan Utama
Profil	Beban Ganda	Koeksistensi penyakit	Pendekatan determinan	Irwansyah (2026); Amanah

Epidemiologi	Penyakit & Stigma	infeksius dan degeneratif yang diperumit oleh sistem kepercayaan lokal serta stigma sosial.	sosial kesehatan dan asuhan transkultural untuk mendekonstruksi stigma tanpa merendahkan kearifan lokal.	et al. (2021)
Penyakit Menular	TB, ISPA, & Diare	Sangat berkorelasi dengan kepadatan hunian, polusi udara dalam ruang, dan defisit sanitasi lingkungan.	Modifikasi ekologi domestik, edukasi deteksi dini tanda bahaya, dan pemberdayaan keluarga sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO).	Nurrahmawati et al. (2023); Srianingsih et al. (2022)
Penyakit Tidak Menular	DM, Hipertensi, & Keganasan	Penyakit kronis yang menuntut modifikasi gaya hidup kolektif, kepatuhan farmakologis seumur hidup, dan perawatan paliatif.	Transformasi keluarga menjadi unit perawatan jangka panjang, mitigasi <i>caregiver burnout</i> , dan manajemen gejala di rumah.	Sagala et al. (2025); Firdausiah et al. (2024); Asih et al. (2023)
Psikososial & Kekerasan	Skizofrenia , KDRT, & Adiksi	Patologi sosial dan neurobiologis yang menghancurkan ekuilibrium	Intervensi krisis kedaruratan (<i>safety planning</i>), psikoedukasi pemutusan	Rodrigues et al. (2024); Irfani et al. (2024)

		keluarga, memicu trauma antargenerasi, dan kodependensi.	kodependensi, dan fasilitasi rujukan lintas sektor.	
--	--	---	--	--

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur epidemiologi dan keperawatan keluarga kontemporer, 2021–2026)

BAB 6

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: PENGKAJIAN

Pendahuluan

Dalam arsitektur proses keperawatan, fase pengkajian menempati posisi sebagai fondasi epistemologis yang paling krusial. Pengkajian bukanlah sekadar rutinitas administratif pengumpulan data, melainkan sebuah proses investigasi klinis dan sosiologis yang mendalam untuk memotret realitas kesehatan sebuah sistem keluarga. Keberhasilan seluruh tahapan asuhan keperawatan mulai dari perumusan diagnosis, perencanaan intervensi, hingga evaluasi sangat bergantung pada validitas, akurasi, dan komprehensivitas data yang diekstraksi pada fase awal ini. Tanpa pengkajian yang tajam, intervensi keperawatan berisiko menjadi tindakan pragmatis yang salah sasaran, tidak relevan dengan kebutuhan aktual klien, dan berpotensi memicu resistensi dari pihak keluarga (Wulandari, 2025).

Meskipun literatur mengenai metodologi pengkajian telah berkembang pesat, praktik di lapangan sering kali masih diwarnai oleh celah penelitian (*research gap*) yang signifikan. Banyak tenaga kesehatan yang masih terjebak pada paradigma reduksionis, di mana pengkajian keluarga hanya dimaknai sebagai anamnesis medis terhadap satu individu yang sakit, sementara dinamika sistemik, struktur peran, dan determinan lingkungan keluarga diabaikan. Kesenjangan ini menyebabkan banyak masalah kesehatan laten seperti kelelahan pengasuh (*caregiver strain*), disfungsi komunikasi, atau isolasi sosial gagal terdeteksi secara dini. Oleh karena itu, terdapat urgensi untuk merekonstruksi pendekatan pengkajian agar lebih sensitif terhadap kompleksitas interaksi dan ekologi keluarga (Lukman, 2024).

Berangkat dari problematika tersebut, bab ini dirancang untuk membedah dan menjawab serangkaian pertanyaan metodologis yang fundamental. Pertama, bagaimana konsep, prinsip holistik, dan landasan etiko-legal mengarahkan proses pengkajian keluarga? Kedua, apa saja instrumen dan komponen data yang wajib dieksplorasi untuk

menghasilkan profil keluarga yang utuh? Ketiga, bagaimana teknik pengumpulan data mutakhir seperti genogram dan ekomap serta proses analisis data diorkestrasikan untuk merumuskan kesimpulan klinis yang presisi? Melalui sintesis literatur terkini, uraian dalam bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan ketajaman analitis dan keterampilan teknis dalam melaksanakan pengkajian keluarga secara paripurna.

6.1 Konsep dan Prinsip Pengkajian Keluarga

Pengkajian keluarga merupakan sebuah proses dinamis, sistematis, dan berkesinambungan yang bertujuan untuk mengevaluasi status kesehatan, dinamika internal, serta kapasitas adaptasi dari sebuah unit domestik. Secara konseptual, proses ini menuntut perawat untuk melakukan pergeseran fokus observasi (*focal shift*) dari level individu menuju level sistem. Keluarga diposisikan sebagai klien utama (*family as client*), di mana setiap data yang dikumpulkan baik itu keluhan fisik, kondisi finansial, maupun pola asuh dianalisis dalam kerangka bagaimana hal tersebut memengaruhi ekuilibrium dan fungsionalitas keluarga secara kolektif (Wulandari, 2025).

Dalam pelaksanaannya, pengkajian keluarga tidak dapat dilakukan secara mekanistik. Proses ini membutuhkan integrasi antara ketajaman intuisi klinis, keterampilan komunikasi terapeutik, dan kepatuhan terhadap prinsip-prinsip etika profesional. Perawat harus mampu menavigasi ruang privasi keluarga dengan penuh respek, membangun aliansi terapeutik yang berbasis pada kepercayaan (*trust*), dan memastikan bahwa setiap informasi yang digali benar-benar relevan dengan tujuan pemeliharaan kesehatan. Pemahaman yang mendalam terhadap konsep dan prinsip dasar ini akan mencegah perawat dari tindakan intrusif yang melanggar batas-batas kultural klien (Lukman, 2024).

6.1.1 Tujuan dan Manfaat Pengkajian Keluarga

Tujuan primer dari pelaksanaan pengkajian keluarga adalah untuk mengidentifikasi secara presisi status kesehatan aktual dan potensial yang tengah dialami oleh sistem tersebut. Melalui investigasi yang terstruktur, perawat berupaya memetakan berbagai ancaman kesehatan (*health threats*), defisit fisiologis maupun psikologis, serta krisis perkembangan

yang mungkin mendisrupsi keseimbangan keluarga. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa identifikasi masalah ini tidak hanya berhenti pada penemuan patologi klinis, tetapi juga mencakup evaluasi terhadap ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan dasar, mulai dari pengenalan masalah hingga pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan di komunitas.

Selain berorientasi pada identifikasi masalah, tujuan sekunder yang tidak kalah esensial dari pengkajian keluarga adalah pemetaan sumber daya dan kekuatan internal (*family strengths*). Paradigma keperawatan modern menolak pendekatan yang murni berbasis defisit. Oleh karena itu, pengkajian dirancang untuk menggali potensi laten yang dimiliki keluarga, seperti ikatan afektif yang solid, ketersediaan dukungan finansial, atau mekanisme koping yang adaptif. Lukman (2024) menegaskan bahwa identifikasi aset keluarga ini sangat krusial, karena sumber daya inilah yang nantinya akan dimobilisasi dan diberdayakan oleh perawat sebagai modal utama dalam merancang intervensi penyelesaian masalah yang mandiri dan berkelanjutan.

Manfaat dari pengkajian yang komprehensif ini akan terefleksi secara langsung pada kualitas asuhan keperawatan secara keseluruhan. Data dasar (*baseline data*) yang valid dan reliabel memungkinkan perawat untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang sangat spesifik dan kontekstual. Lebih jauh, hasil pengkajian ini berfungsi sebagai tolok ukur (*benchmark*) objektif untuk mengevaluasi efektivitas intervensi di masa depan. Dengan memiliki potret awal yang akurat mengenai kondisi keluarga, perawat dapat menilai sejauh mana kemajuan yang telah dicapai, apakah intervensi perlu dimodifikasi, atau apakah keluarga telah mencapai tingkat kemandirian yang memenuhi kriteria pelepasan asuhan (*discharge*).

6.1.2 Prinsip Holistik dalam Pengkajian

Prinsip holistik merupakan roh yang menghidupkan proses pengkajian keperawatan keluarga, yang menolak segala bentuk reduksionisme biomedis. Dalam kerangka holisme, keluarga dipandang sebagai sebuah makrokosmos yang utuh, di mana dimensi biologis, psikologis,

sosiokultural, dan spiritual saling berjalin kelindan secara absolut. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa perawat yang menerapkan prinsip ini tidak akan puas hanya dengan mengukur tekanan darah atau kadar gula darah pasien. Mereka akan memperluas spektrum observasinya untuk mengeksplorasi bagaimana penyakit tersebut memicu kecemasan eksistensial, menguras tabungan keluarga, atau bahkan mengguncang sistem kepercayaan spiritual yang selama ini dianut oleh anggota keluarga.

Penerapan prinsip holistik juga menuntut perawat untuk mengevaluasi keluarga dalam konteks ekologi yang lebih luas. Keluarga tidak beroperasi dalam ruang hampa; mereka secara konstan berinteraksi dengan lingkungan fisik dan sosial di sekitarnya. Oleh sebab itu, pengkajian holistik wajib mencakup observasi terhadap kelayakan sanitasi hunian, tingkat kepadatan penduduk, aksesibilitas terhadap sumber air bersih, hingga kualitas kohesi sosial di lingkungan rukun tetangga. Lukman (2024) mencatat bahwa banyak patologi klinis yang dialami keluarga seperti infeksi saluran pernapasan berulang pada balita sebenarnya merupakan manifestasi langsung dari lingkungan mikro yang toksik, sehingga pengabaian terhadap dimensi ekologis ini akan menghasilkan diagnosis yang cacat.

Lebih jauh, holisme dalam pengkajian mengharuskan perawat untuk mengakomodasi pluralitas perspektif di dalam keluarga itu sendiri. Setiap anggota keluarga mungkin memiliki interpretasi, tingkat kecemasan, dan harapan yang berbeda terhadap krisis kesehatan yang tengah terjadi. Prinsip holistik mendorong perawat untuk menggunakan teknik wawancara sirkular guna menangkap seluruh narasi yang ada, memastikan bahwa suara dari anggota keluarga yang terpinggirkan (misalnya anak-anak atau lansia) tetap terakomodasi. Melalui sintesis dari berbagai dimensi dan perspektif ini, perawat mampu menghasilkan profil pengkajian yang benar-benar merepresentasikan realitas keluarga secara paripurna dan multidimensional.

6.1.3 Etika dan Aspek Hukum dalam Pengumpulan Data Keluarga

Pengumpulan data keluarga merupakan proses yang sangat sensitif karena melibatkan penetrasi ke dalam ruang privasi dan rahasia domestik

klien. Oleh karena itu, kepatuhan terhadap prinsip etika dan aspek hukum menjadi fondasi yang tidak dapat ditawar. Prinsip etis pertama yang wajib ditegakkan adalah otonomi dan *informed consent* (persetujuan tindakan). Sebelum memulai pengkajian, perawat harus menjelaskan secara transparan mengenai tujuan wawancara, jenis data yang akan dikumpulkan, serta bagaimana data tersebut akan digunakan. Wulandari (2025) menegaskan bahwa keluarga memiliki hak absolut untuk menolak menjawab pertanyaan tertentu yang dianggap terlalu intrusif, dan perawat dilarang keras melakukan koersi atau manipulasi untuk mendapatkan informasi tersebut.

Prinsip etis kedua yang sangat krusial adalah kerahasiaan (*confidentiality*) dan perlindungan privasi. Dalam proses pengkajian, perawat sering kali terpapar pada informasi yang sangat konfidensial, seperti riwayat penyakit menular seksual, konflik finansial yang parah, atau bahkan insidensi kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Sulidah dan Hananti (2024) dalam kajiannya mengenai dokumentasi keperawatan mengartikulasikan bahwa perawat memiliki kewajiban hukum dan moral untuk menjaga kerahasiaan data ini dari pihak-pihak yang tidak berkepentingan. Kebocoran informasi medis atau sosial keluarga tidak hanya melanggar kode etik profesi, tetapi juga dapat menghancurkan reputasi keluarga di masyarakat dan memicu tuntutan hukum (malapraktik) terhadap institusi kesehatan.

Selain itu, aspek hukum dalam pengkajian juga sangat berkaitan dengan objektivitas dan akurasi dokumentasi. Data yang dicatat dalam rekam medis keperawatan harus berupa fakta objektif yang dapat diverifikasi, bukan opini, asumsi, atau bias personal dari perawat. Penggunaan bahasa yang menghakimi (*judgmental*) dalam mendeskripsikan kondisi keluarga harus dihindari secara mutlak. Sulidah dan Hananti (2024) mengingatkan bahwa dokumentasi pengkajian merupakan dokumen legal yang sah di mata hukum. Jika suatu saat terjadi sengketa medis, catatan pengkajian inilah yang akan menjadi bukti utama mengenai kondisi awal keluarga dan dasar rasionalisasi dari intervensi yang diberikan oleh perawat.

Gambar 6.1 Kerangka Konseptual dan Prinsip Pengkajian Keperawatan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Wulandari, 2025 & Lukman, 2024)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan skema melingkar yang menunjukkan proses pengkajian keluarga. Di pusat lingkaran terdapat "Keluarga sebagai Sistem". Tiga pilar yang mengelilinginya merepresentasikan fondasi pengkajian: "Tujuan & Manfaat" (identifikasi masalah dan potensi), "Prinsip Holistik" (bio-psiko-sosio-kultural-spiritual), dan "Etika & Hukum" (otonomi, kerahasiaan, objektivitas). Panah yang mengarah ke luar menunjukkan bahwa pengkajian ini bermuara pada perumusan diagnosis keperawatan yang presisi.

6.2 Instrumen dan Format Pengkajian Keluarga

Transformasi konsep teoretis ke dalam praktik klinis yang terukur membutuhkan keberadaan instrumen dan format pengkajian yang terstandarisasi. Dalam keperawatan keluarga, instrumen pengkajian berfungsi sebagai lensa pembesar yang membantu perawat membedah kompleksitas sistem domestik menjadi variabel-variabel yang dapat diobservasi, dianalisis, dan dievaluasi. Tanpa format yang sistematis, proses pengumpulan data berisiko menjadi wawancara acak yang menghasilkan informasi fragmentaris, sehingga perawat mungkin akan kehilangan detail-detail krusial terkait kerentanan struktural atau disfungsi relasional yang tersembunyi di balik keluhan fisik pasien. Oleh karena itu, penggunaan instrumen yang valid dan reliabel merupakan jaminan mutu

(*quality assurance*) bahwa asuhan yang diberikan berpijak pada landasan data yang objektif dan komprehensif (Wulandari, 2025).

Format pengkajian keluarga umumnya dikonstruksi secara hierarkis, bergerak dari pengumpulan data demografis yang bersifat superfisial menuju eksplorasi dinamika psikososial yang sangat mendalam. Struktur ini sengaja dirancang untuk membangun *rapport* (hubungan saling percaya) secara bertahap; perawat memulai dengan pertanyaan-pertanyaan umum yang tidak mengancam privasi, sebelum perlahan-lahan menavigasi isu-isu sensitif seperti konflik peran atau riwayat penyakit genetik. Pradina dan Lubis (2024) mengartikulasikan bahwa format pengkajian yang komprehensif harus mampu mengakomodasi berbagai dimensi kehidupan keluarga, yang secara garis besar diklasifikasikan ke dalam komponen data umum, riwayat perkembangan, serta evaluasi terhadap lingkungan, struktur, dan fungsi keluarga.

6.2.1 Komponen Data Umum Keluarga

Komponen data umum merupakan gerbang pembuka dalam proses pengkajian yang bertujuan untuk memetakan identitas dasar dan komposisi demografis dari sistem keluarga. Pengumpulan data pada fase ini mencakup identifikasi nama kepala keluarga, alamat domisili, komposisi anggota keluarga yang tinggal dalam satu atap, serta karakteristik demografis seperti usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan masing-masing individu. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa data komposisi ini tidak sekadar dicatat sebagai formalitas administratif, melainkan dianalisis untuk melihat rasio ketergantungan (*dependency ratio*) di dalam rumah tangga. Misalnya, keluarga dengan banyak balita atau lansia namun hanya memiliki satu figur pencari nafkah akan memiliki tingkat kerentanan ekonomi dan kelelahan pengasuhan yang jauh lebih tinggi.

Selain demografi dasar, komponen ini juga mengeksplorasi latar belakang sosiokultural dan spiritual keluarga. Perawat wajib mengidentifikasi afiliasi etnis, bahasa ibu yang digunakan sehari-hari, serta sistem kepercayaan agama yang dianut. Dimensi kultural ini sangat determinan karena ia berfungsi sebagai cetak biru yang mengarahkan

persepsi keluarga terhadap konsep sehat-sakit, pantangan nutrisi, dan preferensi terhadap metode penyembuhan tradisional. Mengabaikan data kultural pada tahap awal ini dipastikan akan memicu resistensi terapeutik di kemudian hari, karena intervensi yang dirancang mungkin berbenturan secara diametral dengan nilai-nilai adat atau dogma agama yang dipegang teguh oleh keluarga (Wulandari, 2025).

Elemen terakhir yang tidak kalah krusial dalam data umum adalah pemetaan status sosial ekonomi dan aktivitas rekreasi keluarga. Perawat mengevaluasi sumber pendapatan utama, estimasi akumulasi penghasilan per bulan, serta alokasi pengeluaran untuk kebutuhan dasar dan kesehatan. Data ekonomi ini memberikan proyeksi objektif mengenai daya beli keluarga terhadap nutrisi yang layak dan kemampuan mereka mengakses fasilitas medis berbayar. Di sisi lain, pengkajian terhadap aktivitas rekreasi bagaimana keluarga menghabiskan waktu luang bersama memberikan wawasan berharga mengenai kualitas ikatan afektif dan mekanisme koping kolektif mereka dalam mereduksi stresor rutinitas harian.

6.2.2 Komponen Riwayat dan Tahap Perkembangan

Setelah identitas dasar terpetakan, pengkajian bergerak menuju dimensi temporal melalui eksplorasi komponen riwayat dan tahap perkembangan keluarga. Setiap keluarga beroperasi dalam sebuah kontinum waktu, di mana posisi mereka pada siklus hidup akan mendikte jenis stresor dan kebutuhan kesehatan yang harus dipenuhi. Perawat bertugas mengidentifikasi pada tahap perkembangan manakah keluarga tersebut saat ini berada apakah pada fase *childbearing* (menanti kelahiran), fase keluarga dengan remaja, atau fase purnabakti (lansia). Wulandari (2025) menegaskan bahwa identifikasi ini memungkinkan perawat untuk mengevaluasi sejauh mana keluarga telah berhasil menuntaskan tugas-tugas perkembangan normatifnya, serta mendeteksi adanya stagnasi atau krisis transisi yang memicu disfungsi sistemik.

Selain tahap perkembangan saat ini, perawat juga harus menggali riwayat kesehatan keluarga inti (*nuclear family history*). Eksplorasi ini mencakup narasi mengenai bagaimana keluarga tersebut terbentuk,

riwayat penyakit masa lalu yang pernah dialami oleh masing-masing anggota, insidensi hospitalisasi, hingga pengalaman mereka dalam menghadapi dan menyelesaikan krisis kesehatan sebelumnya. Pradina dan Lubis (2024) mencatat bahwa riwayat koping masa lalu merupakan prediktor yang sangat kuat untuk menilai kapasitas resiliensi keluarga di masa kini. Keluarga yang memiliki rekam jejak keberhasilan dalam menavigasi krisis sebelumnya cenderung memiliki efikasi diri yang lebih tinggi saat dihadapkan pada diagnosis penyakit baru.

Komponen ini juga mewajibkan penelusuran terhadap riwayat kesehatan keluarga asal (*family of origin*) dari pihak suami maupun istri. Pengkajian riwayat lintas generasi ini sangat esensial untuk mendeteksi predisposisi genetik terhadap penyakit keturunan, seperti diabetes melitus, hipertensi, asma, atau gangguan psikiatrik seperti skizofrenia. Lebih dari sekadar pewarisan biologis, riwayat keluarga besar juga sering kali menyingkap pola pewarisan perilaku maladaptif atau trauma antargenerasi, seperti riwayat kekerasan domestik atau penyalahgunaan zat. Dengan memetakan riwayat komprehensif ini, perawat dapat merancang intervensi preventif yang sangat presisi untuk memutus mata rantai patologi sebelum ia bermanifestasi pada generasi berikutnya.

6.2.3 Komponen Lingkungan, Struktur, dan Fungsi Keluarga

Komponen ketiga merupakan inti dari analisis ekologis dan sistemik dalam pengkajian keperawatan keluarga. Evaluasi lingkungan mencakup observasi mendalam terhadap karakteristik fisik hunian dan ekologi komunitas sekitarnya. Perawat menilai kelayakan ventilasi, pencahayaan alami, sistem pengelolaan limbah, sumber air bersih, hingga tingkat kepadatan ruang tidur (*overcrowding*). Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa lingkungan fisik yang patogenik merupakan determinan langsung dari berbagai penyakit infeksius. Selain lingkungan mikro, perawat juga memetakan mobilitas geografis keluarga, ketersediaan fasilitas publik di lingkungan rukun tetangga, serta tingkat kohesi sosial yang menentukan seberapa besar dukungan instrumental yang bisa didapatkan keluarga dari komunitasnya.

Beralih pada dimensi struktur, pengkajian difokuskan pada arsitektur tak kasatmata yang mengatur interaksi internal keluarga. Perawat mengevaluasi pola komunikasi, distribusi kekuasaan (*power structure*), struktur peran (baik peran formal maupun informal), serta sistem nilai yang mendasari pengambilan keputusan. Untuk mendapatkan data yang presisi, perawat dapat menggunakan instrumen tervalidasi seperti *Family Assessment Device* (FAD). Pradina dan Lubis (2024) dalam studinya mengenai adaptasi FAD versi Indonesia menegaskan bahwa instrumen ini sangat sensitif dalam mendeteksi disfungsi struktural, seperti batasan peran yang terlalu kaku, komunikasi yang dipenuhi pesan ganda (*double bind*), atau ketidakmampuan keluarga dalam merespons perubahan secara fleksibel.

Terakhir, pengkajian diarahkan pada evaluasi fungsi keluarga, yang merupakan *output* operasional dari struktur yang ada. Perawat menilai sejauh mana keluarga mampu menjalankan fungsi afektif (pemenuhan kebutuhan emosional), fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan. Untuk mengukur fungsionalitas ini secara kuantitatif, perawat sering kali mengadopsi instrumen *Family APGAR*. Ridwan et al. (2023) menjelaskan bahwa APGAR mengevaluasi lima parameter kunci: *Adaptation* (adaptasi), *Partnership* (kemitraan), *Growth* (pertumbuhan), *Affection* (kasih sayang), dan *Resolve* (kebersamaan). Skor APGAR yang rendah mengindikasikan adanya disfungsi sistemik yang parah, yang menuntut intervensi keperawatan segera untuk mencegah disintegrasi keluarga secara permanen.

6.3 Teknik Pengumpulan Data Keluarga

Validitas dan reliabilitas hasil pengkajian keperawatan keluarga sangat ditentukan oleh ketepatan metodologi yang digunakan dalam mengekstraksi informasi dari lapangan. Mengingat keluarga adalah sebuah sistem yang kompleks dengan berbagai lapisan realitas baik yang tampak secara kasatmata maupun yang tersembunyi di balik norma-norma domestik perawat tidak dapat hanya mengandalkan satu metode tunggal. Pendekatan monodisiplin atau penggunaan instrumen tunggal berisiko menghasilkan bias informasi, di mana data yang diperoleh mungkin hanya merepresentasikan narasi subjektif dari satu anggota keluarga yang

dominan, sementara realitas objektif dari anggota lainnya terabaikan. Oleh karena itu, proses pengumpulan data menuntut penerapan prinsip triangulasi, yakni penggabungan berbagai teknik investigasi untuk melakukan verifikasi silang (*cross-validation*) terhadap fenomena kesehatan yang diamati (Lukman, 2024).

Dalam praktiknya, triangulasi metodologis ini diorkestrasikan melalui perpaduan antara wawancara mendalam, observasi partisipatoris, pemeriksaan fisik objektif, penelusuran dokumen sekunder, hingga penggunaan instrumen visual pemetaan keluarga. Setiap teknik memiliki keunggulan komparatifnya masing-masing; wawancara menyingkap persepsi dan pengalaman subjektif, observasi memvalidasi perilaku aktual dan kondisi ekologis, sementara pemetaan visual membongkar arsitektur relasional yang rumit. Penguasaan komprehensif terhadap seluruh spektrum teknik pengumpulan data ini membekali perawat dengan instrumen analitis yang tajam, memungkinkan mereka untuk merajut kepingan-kepingan informasi yang berserakan menjadi sebuah potret diagnostik yang utuh, presisi, dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah (Lukman, 2024).

6.3.1 Wawancara dan Anamnesis Keluarga

Wawancara atau anamnesis merupakan tulang punggung dari proses pengumpulan data subjektif dalam keperawatan keluarga. Berbeda dengan interogasi medis yang bersifat kaku dan linier, anamnesis keluarga adalah sebuah dialog terapeutik yang dirancang untuk mengeksplorasi riwayat kesehatan, dinamika internal, dan persepsi kolektif klien terhadap krisis yang mereka hadapi. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa keberhasilan wawancara sangat bergantung pada kemampuan perawat dalam membangun *rapport* (hubungan saling percaya) pada fase pra-interaksi. Perawat harus menciptakan atmosfer yang egaliter dan tidak menghakimi, sehingga keluarga merasa aman untuk membuka tabir privasi mereka, termasuk membagikan informasi sensitif terkait konflik finansial atau disfungsi peran di dalam rumah tangga.

Dalam pelaksanaannya, perawat komunitas sering kali menggunakan teknik wawancara semi-terstruktur. Teknik ini memberikan fleksibilitas

bagi perawat untuk mengikuti alur narasi keluarga, sembari tetap memastikan bahwa seluruh komponen pengkajian (seperti data demografi, riwayat penyakit, dan fungsi keluarga) tidak ada yang terlewatkan. Selain itu, penggunaan pertanyaan sirkular (*circular questioning*) menjadi instrumen yang sangat esensial. Alih-alih hanya bertanya kepada satu individu, perawat mengarahkan pertanyaan untuk mengeksplorasi bagaimana suatu masalah direspons secara berbeda oleh masing-masing anggota keluarga. Pendekatan sirkular ini secara efektif membongkar pola interaksi resiprokal dan mencegah dominasi informasi dari figur otoritas tunggal di dalam keluarga.

Tantangan terbesar dalam anamnesis keluarga adalah mengelola bias memori (*recall bias*) dan kecenderungan keluarga untuk memberikan jawaban yang dianggap ideal secara sosial (*social desirability bias*). Keluarga mungkin menutupi kebiasaan buruk atau melebih-lebihkan kepatuhan mereka terhadap anjuran medis demi mendapatkan validasi dari perawat. Untuk memitigasi hal ini, Lukman (2024) menyarankan agar perawat mempraktikkan pendengaran aktif (*active listening*) dan observasi metakomunikasi. Ketidakselarasan antara pernyataan verbal dengan bahasa tubuh seperti menghindari kontak mata saat ditanya mengenai keharmonisan rumah tangga merupakan sinyal diagnostik yang mengindikasikan perlunya eksplorasi lebih lanjut dengan teknik yang lebih empatik dan berhati-hati.

6.3.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga

Jika wawancara berfungsi untuk menangkap realitas subjektif, maka observasi dan pemeriksaan fisik bertindak sebagai instrumen untuk mengekstraksi data objektif yang tidak dapat dimanipulasi. Observasi dalam keperawatan keluarga mencakup dua dimensi utama: observasi ekologis dan observasi interaksional. Observasi ekologis berfokus pada evaluasi kritis terhadap lingkungan fisik hunian, seperti mengukur tingkat pencahayaan, memeriksa kelayakan ventilasi, menilai kebersihan sumber air, dan mendeteksi potensi bahaya lingkungan (*environmental hazards*) yang dapat memicu cedera pada balita atau lansia. Data ekologis ini memberikan konteks material yang sangat valid mengenai determinan lingkungan yang memengaruhi morbiditas keluarga (Lukman, 2024).

Di sisi lain, observasi interaksional dilakukan secara simultan selama proses wawancara berlangsung. Perawat secara diam-diam memetakan dinamika non-verbal yang terjadi di antara anggota keluarga. Siapa yang mengambil inisiatif untuk menjawab pertanyaan? Apakah terdapat anggota keluarga yang terus-menerus diinterupsi atau diabaikan? Bagaimana postur tubuh dan ekspresi wajah mereka saat mendiskusikan topik yang sensitif? Lukman (2024) menegaskan bahwa observasi terhadap pola komunikasi non-verbal ini sering kali menyingkap struktur kekuasaan aktual dan tingkat kohesi emosional keluarga yang jauh lebih akurat dibandingkan dengan apa yang mereka nyatakan secara verbal.

Melengkapi observasi tersebut, pemeriksaan fisik (*head-to-toe assessment*) dilakukan pada setiap anggota keluarga, terutama mereka yang teridentifikasi memiliki kerentanan atau keluhan klinis. Pemeriksaan ini tidak hanya bertujuan untuk menegaskan diagnosis biomedis, tetapi juga untuk memvalidasi informasi yang diperoleh dari anamnesis. Misalnya, klaim keluarga bahwa mereka rutin mengonsumsi obat antihipertensi dapat diverifikasi secara langsung melalui pengukuran tekanan darah yang objektif. Pemeriksaan fisik di lingkungan domestik menuntut perawat untuk memiliki keterampilan klinis yang adaptif, mengingat ketiadaan fasilitas medis standar, sembari tetap menjunjung tinggi prinsip privasi dan kenyamanan klien selama prosedur berlangsung.

6.3.3 Studi Dokumentasi dan Data Sekunder

Studi dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data retrospektif yang sangat krusial untuk merekonstruksi lintasan kesehatan keluarga di masa lampau. Data sekunder ini berfungsi sebagai jangkar informasi yang memvalidasi atau melengkapi narasi subjektif yang diperoleh dari wawancara. Sulidah dan Hananti (2024) menjelaskan bahwa sumber data sekunder dalam keperawatan keluarga sangat beragam, mencakup rekam medis dari fasilitas layanan primer (Puskesmas), Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk pemantauan tumbuh kembang balita, buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), hingga hasil pemeriksaan laboratorium terdahulu. Penelusuran dokumen ini memungkinkan perawat untuk melihat tren kesehatan secara longitudinal, seperti kurva fluktuasi berat badan anak atau riwayat kepatuhan imunisasi dasar.

Dalam konteks sistem kesehatan di Indonesia, integrasi data dari Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) menjadi salah satu sumber dokumentasi sekunder yang paling komprehensif. Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga) yang tersimpan dalam pangkalan data Puskesmas memberikan gambaran awal mengenai status kesejahteraan keluarga berdasarkan dua belas indikator utama. Sulidah dan Hananti (2024) mengartikulasikan bahwa dengan menelaah data PIS-PK sebelum melakukan kunjungan rumah, perawat dapat melakukan triase masalah secara lebih efisien, mengidentifikasi area defisit yang memerlukan eksplorasi lebih dalam, dan merancang strategi wawancara yang lebih terarah dan efisien.

Meskipun sangat bermanfaat, penggunaan data sekunder menuntut perawat untuk menerapkan prinsip kehati-hatian dan sikap skeptisisme ilmiah. Data dokumentasi tidak selalu bersifat mutakhir (*up-to-date*) dan mungkin mengandung kesalahan pencatatan administratif dari tenaga kesehatan sebelumnya. Oleh karena itu, informasi yang diekstraksi dari rekam medis tidak boleh ditelan mentah-mentah sebagai kebenaran absolut. Perawat wajib melakukan klarifikasi dan konfirmasi ulang kepada keluarga saat kunjungan rumah berlangsung, memastikan bahwa data sekunder tersebut disintesis secara harmonis dengan temuan observasi dan anamnesis terkini guna menghasilkan kesimpulan pengkajian yang benar-benar akurat.

6.3.4 Teknik Genogram dan Ekomap

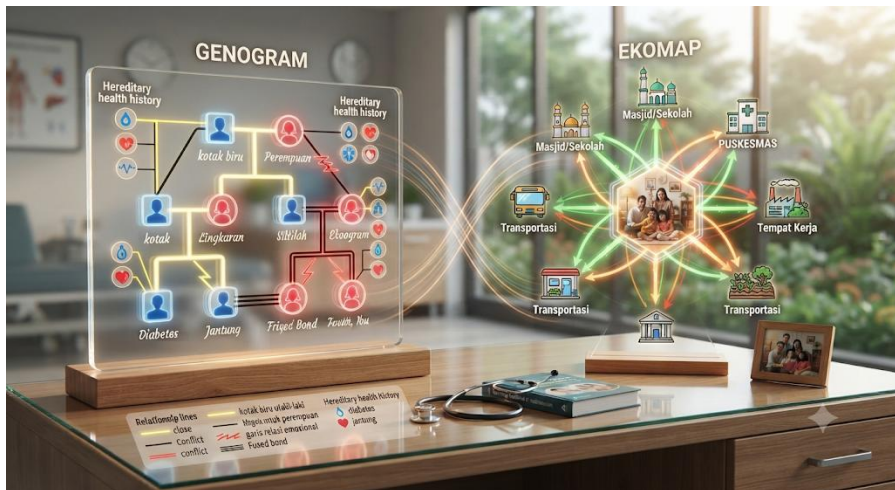
Dalam menghadapi kompleksitas struktur dan dinamika relasional keluarga, instrumen naratif sering kali tidak cukup memadai untuk memberikan gambaran yang komprehensif. Untuk mengatasi limitasi tersebut, keperawatan keluarga mengadopsi teknik pemetaan visual berupa genogram dan ekomap. Genogram adalah representasi grafis dari konstelasi silsilah keluarga yang mencakup minimal tiga generasi. Gomes et al. (2022) menjelaskan bahwa genogram menggunakan simbol-simbol standar internasional untuk memetakan tidak hanya garis keturunan biologis dan legal (seperti pernikahan, perceraian, atau adopsi), tetapi juga melacak riwayat penyakit hereditas, insidensi mortalitas, dan pola

pewarisan patologi lintas generasi, seperti riwayat diabetes melitus atau gangguan psikiatrik.

Lebih dari sekadar pohon keluarga medis, genogram modern juga diintegrasikan dengan pemetaan relasi emosional. Melalui penggunaan garis-garis spesifik, perawat dapat memvisualisasikan kualitas ikatan antaranggota keluarga apakah hubungan tersebut bersifat sangat dekat (*enmeshed*), penuh konflik (*hostile*), atau terputus sama sekali (*cut-off*). Rodrigues et al. (2023) menegaskan bahwa visualisasi ini sangat esensial dalam mengidentifikasi sumber dukungan internal sekaligus mendeteksi aliansi toksik yang mungkin menghambat proses penyembuhan. Dengan melihat genogram, perawat dan keluarga dapat bersama-sama menyadari pola perilaku maladaptif yang terus berulang dari generasi ke generasi, sehingga memicu kesadaran untuk memutus rantai patologi tersebut.

Sementara genogram membedah struktur internal, ekomap berfungsi untuk memetakan interaksi eksternal keluarga dengan suprasistem di komunitasnya. Ekomap memvisualisasikan keluarga sebagai sebuah lingkaran sentral yang dikelilingi oleh berbagai institusi sosial, seperti sekolah, tempat kerja, fasilitas kesehatan, kelompok keagamaan, dan jaringan pertemanan. Rodrigues et al. (2023) mengartikulasikan bahwa garis yang menghubungkan keluarga dengan entitas eksternal tersebut menunjukkan arah aliran energi dan sifat hubungan apakah hubungan tersebut memberikan dukungan sumber daya yang kuat, atau justru menjadi sumber stresor yang menguras energi keluarga. Melalui ekomap, perawat dapat dengan cepat mendiagnosis tingkat isolasi sosial keluarga dan merumuskan intervensi untuk memobilisasi dukungan komunitas yang belum dimanfaatkan secara optimal.

Gambar 6.2 Visualisasi Instrumen Genogram dan Ekomap dalam Pengkajian Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Gomes et al., 2022 & Rodrigues et al., 2023)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan dua instrumen pemetaan visual. Di sebelah kiri adalah **Genogram**, yang memetakan silsilah tiga generasi menggunakan simbol standar (kotak untuk laki-laki, lingkaran untuk perempuan) beserta garis relasi emosional dan riwayat penyakit hereditas. Di sebelah kanan adalah **Ekomap**, yang menempatkan keluarga inti di tengah, dihubungkan dengan garis-garis aliran energi menuju institusi eksternal (sekolah, puskesmas, tempat kerja), yang secara efektif memvisualisasikan tingkat integrasi sosial dan ketersediaan sumber daya komunitas bagi keluarga tersebut.

6.4 Analisis Data Hasil Pengkajian

Fase pengumpulan data yang ekstensif melalui wawancara, observasi, dan pemetaan visual pada dasarnya baru menghasilkan tumpukan informasi mentah yang belum memiliki makna klinis. Agar data tersebut dapat bertransformasi menjadi landasan intervensi yang presisi, perawat harus melakukan proses kognitif tingkat tinggi yang dikenal sebagai analisis data. Dalam arsitektur asuhan keperawatan keluarga, analisis data berfungsi sebagai jembatan epistemologis yang menghubungkan realitas empiris di lapangan dengan perumusan diagnosis keperawatan yang terstandarisasi. Proses ini menuntut perawat untuk melepaskan diri dari sekadar peran sebagai pengumpul informasi (*data gatherer*) dan bertransformasi menjadi seorang analis klinis yang tajam, mampu melihat

benang merah di antara berbagai variabel yang tampak tidak saling berkaitan (Wulandari, 2025).

Kompleksitas analisis data dalam konteks keluarga jauh melampaui analisis pada pasien individu. Perawat tidak hanya mengevaluasi deviasi parameter fisiologis, tetapi juga harus menyintesis dinamika relasional, kapasitas finansial, dan matriks kultural yang melingkupi sistem domestik tersebut. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa analisis data keluarga adalah sebuah proses dekonstruksi dan rekonstruksi; perawat memecah informasi kompleks menjadi unit-unit yang lebih kecil untuk dievaluasi, lalu merakitnya kembali menjadi sebuah potret diagnostik yang utuh. Melalui penalaran kritis (*critical reasoning*) dan komparasi dengan standar keilmuan, analisis data akan menyingkap akar patologi yang sesungguhnya, memisahkan antara gejala permukaan dengan disfungsi sistemik yang menjadi etiologi utamanya.

6.4.1 Interpretasi Data Objektif dan Subjektif

Langkah fundamental pertama dalam analisis data adalah melakukan kategorisasi dan interpretasi secara ketat terhadap data objektif dan subjektif yang telah terkumpul. Data subjektif merepresentasikan narasi fenomenologis keluarga yakni bagaimana mereka mempersepsikan, merasakan, dan memaknai krisis kesehatan yang tengah terjadi. Di sisi lain, data objektif merupakan temuan empiris yang diekstraksi oleh perawat melalui pemeriksaan fisik, observasi ekologis, dan telaah dokumen sekunder. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa interpretasi menuntut perawat untuk mengomparasikan kedua jenis data ini dengan nilai rujukan normal (*normal baselines*), standar perkembangan keluarga, serta literatur keperawatan mutakhir guna menentukan apakah suatu temuan diklasifikasikan sebagai kondisi adaptif atau maladaptif.

Tantangan analitis yang paling sering dihadapi oleh perawat pada fase ini adalah mengelola diskrepansi atau kontradiksi antara klaim subjektif keluarga dengan bukti objektif di lapangan. Sebagai contoh, sebuah keluarga mungkin secara subjektif menyatakan bahwa mereka telah menerapkan pola makan sehat dan rendah gula untuk mengelola diabetes sang ayah. Namun, observasi objektif perawat di dapur menemukan

tumpukan makanan olahan tinggi karbohidrat, dan hasil pemeriksaan glukosa darah pasien menunjukkan angka yang fluktuatif. Lukman (2024) menegaskan bahwa perawat tidak boleh serta-merta menghakimi keluarga sebagai pembohong; sebaliknya, diskrepansi ini harus diinterpretasikan sebagai indikator adanya defisit literasi nutrisi atau mekanisme koping berupa penyangkalan (*denial*) yang memerlukan intervensi edukatif lebih lanjut.

Proses interpretasi ini juga harus dikalibrasi dengan lensa transkultural. Apa yang dianggap sebagai deviasi atau patologi dalam standar biomedis Barat mungkin merupakan praktik adaptif dalam konteks kebudayaan lokal keluarga tersebut. Oleh karena itu, perawat harus sangat berhati-hati dalam memberikan label disfungsional pada perilaku keluarga. Wulandari (2025) mencatat bahwa interpretasi yang presisi adalah interpretasi yang mampu menyeimbangkan antara objektivitas keilmuan medis dengan sensitivitas terhadap kearifan lokal, sehingga kesimpulan yang ditarik tidak bersifat etnosentris dan benar-benar merefleksikan realitas ontologis dari sistem keluarga yang bersangkutan.

6.4.2 Identifikasi Pola Masalah Keluarga

Setelah data diinterpretasikan, langkah kognitif selanjutnya adalah mengidentifikasi pola atau klaster masalah. Masalah kesehatan dalam sebuah keluarga sangat jarang berdiri sebagai entitas tunggal yang terisolasi; ia hampir selalu bermanifestasi sebagai sebuah sindrom atau konstelasi patologi yang saling memperberat. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa perawat harus menggunakan penalaran induktif untuk melihat korelasi antar-variabel. Misalnya, temuan mengenai sanitasi lingkungan yang buruk, riwayat diare berulang pada balita, dan rendahnya alokasi dana untuk kesehatan tidak boleh dianalisis secara terpisah. Ketiga data tersebut harus ditarik menjadi satu benang merah yang membentuk pola defisit perawatan kesehatan lingkungan akibat keterbatasan sumber daya ekonomi.

Dalam memetakan pola masalah ini, perawat sering kali merujuk pada kerangka tipologi masalah keperawatan keluarga, seperti yang diformulasikan dalam model Maglaya. Pola data diklasifikasikan ke dalam

tiga kategori utama: ancaman kesehatan (kondisi yang berpotensi memicu penyakit), defisit kesehatan (kegagalan fungsional atau penyakit klinis yang sudah terjadi), dan krisis yang dapat diprediksi (turbulensi akibat transisi tahap perkembangan). Wulandari (2025) menjelaskan bahwa kategorisasi pola ini sangat krusial karena ia akan menentukan tingkat urgensi dan arah prioritas intervensi. Pola yang mengindikasikan defisit kesehatan akut tentu akan menuntut respons klinis yang jauh lebih cepat dibandingkan dengan pola yang bersifat ancaman potensial.

Lebih jauh, identifikasi pola juga harus mencakup penelusuran terhadap etiologi atau akar penyebab dari ketidakmampuan keluarga dalam menyelesaikan masalah tersebut. Perawat menganalisis apakah pola disfungsi yang muncul berakar pada defisit kognitif (ketidaktahuan mengenai penyakit), defisit afektif (sikap apatis atau penolakan emosional), atau defisit psikomotor (ketidakmampuan teknis dalam merawat anggota yang sakit). Lukman (2024) menekankan bahwa ketajaman dalam mengidentifikasi pola etiologi ini merupakan prasyarat mutlak untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang akurat, karena intervensi yang dirancang nantinya harus secara spesifik menargetkan hambatan utama yang melumpuhkan kapasitas adaptasi keluarga tersebut.

6.4.3 Sintesis dan Penarikan Kesimpulan Data

Sintesis data merupakan puncak dari proses analitis, di mana perawat merajut seluruh pola masalah yang telah diidentifikasi menjadi sebuah kesimpulan klinis yang kohesif dan komprehensif. Jika interpretasi dan identifikasi pola adalah proses membedah (analisis), maka sintesis adalah proses menyatukan kembali (*putting the pieces together*). Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa pada tahap ini, perawat merumuskan sebuah pernyataan konseptual yang merangkum esensi dari penderitaan, kerentanan, sekaligus kekuatan yang dimiliki oleh keluarga. Kesimpulan ini harus mampu menjawab pertanyaan fundamental: Apa masalah utama yang tengah dihadapi keluarga ini, mengapa mereka tidak mampu menyelesaikannya sendiri, dan sumber daya apa yang bisa dimobilisasi untuk membantu mereka?

Penarikan kesimpulan menuntut perawat untuk membedakan secara tegas antara masalah utama (*core problem*) dengan masalah penyerta (*secondary problems*). Dalam keluarga dengan kompleksitas tinggi, perawat mungkin menemukan belasan data yang mengindikasikan disfungsi. Namun, melalui sintesis yang tajam, perawat harus mampu menentukan satu atau dua patologi sistemik yang menjadi lokus utama dari seluruh kekacauan tersebut. Lukman (2024) mencontohkan, pada keluarga dengan anak penderita asma yang sering kambuh, kesimpulan sintesisnya mungkin bukan sekadar "gangguan pertukaran gas pada anak", melainkan "ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah yang memicu alergen akibat defisit pengetahuan dan keterbatasan finansial".

Kesimpulan yang ditarik dari proses sintesis ini pada dasarnya adalah embrio dari diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, formulasinya harus terstruktur, logis, dan didukung oleh bukti empiris yang kuat (*evidence-based*). Wulandari (2025) mengingatkan bahwa kesimpulan analitis yang baik tidak hanya berfokus pada narasi patologis, tetapi juga harus secara eksplisit mencantumkan aset atau kekuatan keluarga (*family strengths*). Pengakuan terhadap kapasitas resiliensi keluarga dalam kesimpulan akhir ini akan memastikan bahwa rencana asuhan yang disusun nantinya bersifat memberdayakan (*empowering*), bukan menciptakan ketergantungan klien terhadap sistem pelayanan kesehatan.

6.4.4 Validasi Hasil Pengkajian dengan Keluarga

Langkah pamungkas yang sering kali terabaikan namun memiliki implikasi etis dan klinis yang sangat masif dalam analisis data adalah proses validasi hasil pengkajian bersama keluarga. Secara epistemologis, kesimpulan yang ditarik oleh perawat di ruang kerjanya pada dasarnya masih berstatus sebagai hipotesis klinis. Hipotesis ini tidak dapat dijustifikasi sebagai kebenaran absolut sebelum dikonfirmasi dan disetujui oleh keluarga sebagai subjek yang mengalami realitas tersebut. Lukman (2024) menegaskan bahwa validasi merupakan manifestasi nyata dari prinsip kemitraan egaliter dalam keperawatan keluarga; perawat tidak memaksakan otoritas medisnya, melainkan mengundang keluarga untuk

berpartisipasi aktif dalam memverifikasi akurasi dari potret diagnostik yang telah disusun.

Proses validasi dilakukan melalui sesi dialog terapeutik, di mana perawat mempresentasikan sintesis masalah dan etiologi yang telah dirumuskan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh keluarga awam. Perawat secara terbuka menanyakan, "Berdasarkan diskusi dan pemeriksaan kita, saya menyimpulkan bahwa tantangan terbesar keluarga saat ini adalah kesulitan mengatur diet Bapak karena kurangnya informasi mengenai menu pengganti. Apakah Bapak dan Ibu setuju dengan pandangan ini, atau ada hal lain yang dirasa lebih mendesak?" Wulandari (2025) mencatat bahwa melalui pertanyaan konfirmasi ini, keluarga diberikan ruang untuk mengoreksi misinterpretasi perawat, menambahkan data yang mungkin terlewat, atau menegosiasikan ulang prioritas masalah sesuai dengan persepsi mereka.

Nilai terapeutik dari proses validasi ini sangatlah luar biasa. Ketika keluarga merasa didengar dan dilibatkan dalam perumusan masalah, tingkat efikasi diri dan rasa kepemilikan (*sense of ownership*) mereka terhadap rencana perawatan akan meningkat secara drastis. Validasi mengeliminasi resistensi yang sering muncul ketika intervensi dipaksakan secara sepihak oleh tenaga kesehatan. Lukman (2024) menyimpulkan bahwa hasil pengkajian yang telah divalidasi secara kolaboratif ini akan menjadi fondasi beton yang sangat kokoh untuk melangkah ke fase selanjutnya, yakni penentuan prioritas masalah dan perancangan intervensi keperawatan yang benar-benar kontekstual, realistis, dan berpusat pada kebutuhan aktual keluarga.

Tabel 6.1 Analisis Komparatif Komponen, Instrumen, dan Teknik Pengkajian Keperawatan Keluarga

Dimensi Pengkajian	Konsep & Instrumen Kunci	Karakteristik & Fokus Analisis	Implikasi Klinis dalam Asuhan	Sumber Rujukan Utama
Struktur & Fungsi Internal	<i>Family Assessment Device (FAD)</i>	Mengevaluasi arsitektur peran, pola	Mendeteksi disfungsi sistemik secara kuantitatif	Pradina & Lubis (2024);

	<i>& Family APGAR</i>	komunikasi, dan efektivitas pemenuhan fungsi afektif serta sosialisasi keluarga.	untuk merancang intervensi restrukturisasi peran dan mediasi konflik.	Ridwan et al. (2023)
Pemetaan Visual & Ekologis	Genogram & Ekomap	Visualisasi silsilah tiga generasi, riwayat penyakit hereditas, ikatan emosional, dan aliran sumber daya dengan suprasistem.	Membongkar trauma antargenerasi, mengidentifikasi isolasi sosial, dan memobilisasi dukungan dari komunitas eksternal.	Gomes et al. (2022); Rodrigues et al. (2023)
Teknik Pengumpulan Data	Triangulasi Metodologis	Integrasi wawancara sirkular, observasi partisipatoris, pemeriksaan fisik, dan telaah dokumen sekunder (PIS-PK).	Meminimalisasi bias informasi subjektif, memvalidasi klaim keluarga, dan menghasilkan potret diagnostik yang komprehensif.	Lukman (2024); Sulidah & Hananti (2024)
Analisis & Validasi Data	Sintesis & Kemitraan Egaliter	Dekonstruksi data mentah menjadi pola masalah, dilanjutkan dengan konfirmasi hipotesis klinis	Mencegah etnosentrisme medis, meningkatkan efikasi diri klien, dan memastikan intervensi berpusat pada	Wulandari (2025); Lukman (2024)

		bersama keluarga.	kebutuhan aktual.	
--	--	----------------------	----------------------	--

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur metodologi keperawatan keluarga kontemporer, 2022–2025)

BAB 7

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: DIAGNOSIS DAN PRIORITAS MASALAH

Pendahuluan

Dalam arsitektur proses keperawatan, fase diagnosis menempati posisi sebagai titik tumpu (*pivot point*) yang sangat kritis, menjembatani lautan data empiris dari hasil pengkajian dengan perumusan strategi intervensi yang presisi. Diagnosis keperawatan bukanlah sekadar pemberian label patologis, melainkan sebuah sintesis kognitif tingkat tinggi yang merepresentasikan penilaian klinis (*clinical judgment*) perawat terhadap respons aktual maupun potensial dari sebuah sistem keluarga. Dalam konstelasi keilmuan keperawatan komunitas, diagnosis keluarga melampaui batas-batas biomedis individual; ia memotret disfungsi struktural, kegagalan adaptasi, dan kerentanan ekologis yang melumpuhkan kapasitas unit domestik tersebut dalam memelihara kesehatannya secara mandiri (Janah et al., 2025).

Meskipun nomenklatur dan sistem klasifikasi diagnosis telah mengalami standardisasi yang masif, praktik di lapangan masih diwarnai oleh celah penelitian (*research gap*) yang cukup fundamental. Banyak praktisi keperawatan yang masih mengalami disorientasi epistemologis saat harus mentranslasikan masalah kesehatan individu menjadi masalah sistemik keluarga. Sering kali, diagnosis yang dirumuskan hanyalah diagnosis individu yang dipaksakan ke dalam format keluarga, sehingga mengabaikan dinamika relasional, konflik peran, dan defisit pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang sebenarnya menjadi akar etiologi. Kesenjangan ini diperparah oleh inkonsistensi dalam menentukan prioritas masalah ketika perawat dihadapkan pada keluarga dengan komorbiditas ganda dan sumber daya yang sangat terbatas (Awaliyani et al., 2021).

Berpijak pada problematika konseptual dan teknis tersebut, bab ini diformulasikan untuk mengurai serta menjawab serangkaian pertanyaan metodologis yang esensial. Pertama, bagaimana konstruksi ontologis dari diagnosis keperawatan keluarga membedakannya secara diametral dari

diagnosis keperawatan individu? Kedua, bagaimana tipologi lima tugas kesehatan keluarga diintegrasikan sebagai poros etiologi dalam merumuskan masalah? Ketiga, instrumen skoring apa yang paling objektif untuk menentukan prioritas masalah di tengah keterbatasan sumber daya? Dan keempat, bagaimana standar klasifikasi mutakhir khususnya integrasi Standar Diagnosis, Luaran, dan Intervensi Keperawatan Indonesia (3S) diaplikasikan untuk menjamin mutu dokumentasi asuhan? Melalui telaah literatur terkini, bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan ketajaman analitis dalam menegakkan diagnosis yang holistik dan terstandarisasi (Wisuda et al., 2025).

7.1 Konsep Diagnosis Keperawatan Keluarga

Penegakan diagnosis keperawatan keluarga merupakan sebuah proses intelektual yang menuntut perawat untuk bertransformasi dari seorang pengumpul data menjadi seorang analis sistem sosial. Secara konseptual, diagnosis ini adalah sebuah pernyataan definitif yang mendeskripsikan status kesehatan keluarga, mengidentifikasi hambatan fungsional yang mereka alami, sekaligus mengakui aset dan kekuatan yang mereka miliki. Proses ini tidak dilakukan dalam ruang hampa, melainkan bersandar pada kerangka teoretis keperawatan yang memandang keluarga sebagai satu kesatuan klien (*family as a unit of care*), di mana penderitaan satu anggota secara niscaya akan mendisrupsi ekuilibrium seluruh sistem (Janah et al., 2025).

Lebih dari sekadar rumusan akademis, konsep diagnosis dalam keperawatan keluarga sangat kental dengan nuansa kemitraan dan negosiasi. Diagnosis yang valid bukanlah vonis sepihak yang dijatuhkan oleh perawat berdasarkan otoritas medisnya, melainkan sebuah kesimpulan yang harus divalidasi dan disepakati bersama oleh keluarga. Jika keluarga tidak mengakui rumusan masalah tersebut sebagai sebuah ancaman atau defisit yang perlu diselesaikan, maka seluruh rencana intervensi yang dibangun di atasnya akan berujung pada kegagalan dan ketidakpatuhan terapeutik. Oleh karena itu, perumusan diagnosis adalah titik awal dari pemberdayaan keluarga itu sendiri (Hayati et al., 2025).

7.1.1 Definisi dan Karakteristik Diagnosis Keperawatan Keluarga

Secara terminologis, diagnosis keperawatan keluarga didefinisikan sebagai sebuah keputusan klinis mengenai respons keluarga terhadap masalah kesehatan aktual, risiko, maupun potensial (promosi kesehatan), yang mana perawat memiliki lisensi, kompetensi, dan otoritas legal untuk menanganinya. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa definisi ini secara eksplisit membedakan ranah keperawatan dari ranah medis. Jika diagnosis medis berfokus pada identifikasi patologi organ (misalnya, *Tuberkulosis Paru*), maka diagnosis keperawatan keluarga berfokus pada bagaimana penyakit tersebut merusak struktur keluarga (misalnya, *Ketidakmampuan keluarga merawat anggota dengan penyakit menular akibat defisit pengetahuan*). Fokus utamanya adalah pada respons perilaku, kognitif, dan afektif keluarga dalam menghadapi stresor kesehatan.

Karakteristik utama dari diagnosis keperawatan keluarga adalah sifatnya yang sangat dinamis dan multidimensional. Diagnosis ini tidak bersifat statis; ia akan terus bermutasi seiring dengan perubahan kapasitas adaptasi keluarga dan transisi tahap perkembangan mereka. Selain itu, karakteristik distingtif lainnya adalah orientasinya yang tidak selalu berbasis pada defisit atau patologi (*problem-focused*). Dalam paradigma keperawatan modern, diagnosis juga mencakup kategori *wellness* atau promosi kesehatan, di mana perawat mengidentifikasi kesiapan keluarga untuk meningkatkan fungsionalitas mereka ke tingkat yang lebih optimal, meskipun saat ini tidak ada penyakit klinis yang bermanifestasi di dalam rumah tangga tersebut (Hayati et al., 2025).

Karakteristik selanjutnya yang sangat esensial adalah inklusivitas diagnosis terhadap konteks ekologis dan kultural. Sebuah diagnosis keluarga yang komprehensif harus mampu merefleksikan determinan lingkungan yang melingkupi klien. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa diagnosis tidak boleh dirumuskan denganacamata etnosentris yang menyalahkan keluarga atas kondisi mereka. Sebaliknya, rumusan tersebut harus secara objektif memotret hambatan struktural seperti kemiskinan, isolasi sosial, atau keterbatasan akses layanan yang menjadi katalisator dari ketidakmampuan keluarga tersebut. Dengan karakteristik yang

holistik ini, diagnosis keperawatan keluarga benar-benar berfungsi sebagai kompas yang mengarahkan asuhan pada akar permasalahan yang sesungguhnya.

7.1.2 Komponen Diagnosis (Problem, Etiologi, Sign/Symptom)

Struktur sintaksis dari sebuah diagnosis keperawatan aktual umumnya dibangun di atas tiga pilar fundamental yang dikenal dengan format PES: *Problem* (Masalah), *Etiology* (Penyebab), dan *Sign/Symptom* (Tanda dan Gejala). Komponen *Problem* merupakan label diagnostik yang mendeskripsikan secara ringkas status kesehatan atau respons maladaptif yang tengah dialami oleh keluarga. Wisuda et al. (2025) menjelaskan bahwa penentuan label masalah ini harus merujuk pada taksonomi standar yang telah diakui secara nasional maupun internasional, seperti Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Penggunaan nomenklatur yang baku ini sangat krusial untuk memastikan keseragaman bahasa antarprofesi kesehatan dan memfasilitasi proses audit dokumentasi klinis.

Komponen *Etiology* merepresentasikan akar penyebab atau faktor yang berkontribusi terhadap munculnya masalah tersebut. Dalam konteks keperawatan keluarga, etiologi memiliki karakteristik yang sangat spesifik dan unik. Hayati et al. (2025) mengartikulasikan bahwa etiologi dalam diagnosis keluarga hampir selalu dikaitkan dengan kegagalan atau ketidakmampuan sistem domestik dalam melaksanakan satu atau lebih dari lima tugas kesehatan keluarga. Sebagai contoh, jika masalahnya adalah "Ketidakpatuhan pengobatan", maka etiologinya bukanlah sekadar "lupa", melainkan harus dirumuskan secara sistemik, misalnya "Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat akibat konflik nilai budaya dan keterbatasan finansial".

Komponen *Sign/Symptom* berfungsi sebagai justifikasi empiris yang memvalidasi keberadaan masalah dan etiologi tersebut. Komponen ini berisi konstelasi data objektif dan subjektif yang diekstraksi selama fase pengkajian. Maksum et al. (2026) mencatat bahwa tanda dan gejala ini harus bersifat spesifik, terukur, dan relevan dengan label diagnosis yang diangkat. Misalnya, data subjektif berupa "Keluarga menyatakan tidak

tahu cara menyusun menu rendah garam" dan data objektif berupa "Tekanan darah pasien 160/100 mmHg, keluarga menyajikan ikan asin saat kunjungan" merupakan bukti klinis yang mengikat diagnosis tersebut menjadi sebuah kesimpulan ilmiah yang tidak dapat terbantahkan.

7.1.3 Perbedaan Diagnosis Keperawatan Individu dan Keluarga

Meskipun sama-sama berakar pada proses keperawatan, diagnosis individu dan diagnosis keluarga memiliki perbedaan ontologis dan operasional yang sangat tajam. Perbedaan pertama terletak pada lokus analisis (*locus of analysis*). Diagnosis individu memusatkan observasinya pada disfungsi biopsikososial dari satu entitas manusia tunggal, mengisolasi pasien dari konteks sosialnya. Sebaliknya, Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa diagnosis keluarga memosisikan unit domestik sebagai satu organisme yang utuh. Fokus analisisnya bergeser pada matriks interaksi, sirkulasi kekuasaan, dan resiprositas emosional antaranggota. Dalam diagnosis keluarga, penyakit individu hanyalah simptom dari disfungsi sistemik yang lebih besar.

Perbedaan kedua bermanifestasi pada perumusan etiologi atau akar masalah. Pada diagnosis individu, etiologi sering kali bersifat fisiologis atau patofisiologis, seperti "penurunan curah jantung akibat perubahan kontraktilitas miokard". Namun, dalam diagnosis keluarga, etiologi selalu ditarik ke ranah perilaku, kognitif, dan struktural. Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa perawat keluarga tidak mendiagnosis kegagalan organ, melainkan mendiagnosis kegagalan sistem pendukung. Etiologi keluarga berfokus pada defisit literasi kesehatan kolektif, kelelahan pengasuh (*caregiver role strain*), atau ketidakmampuan memodifikasi lingkungan rumah yang patogenik. Perbedaan etiologis ini secara langsung akan mendikte arah intervensi yang sama sekali berbeda.

Perbedaan ketiga bermuara pada target akhir dari intervensi yang dirancang berdasarkan diagnosis tersebut. Diagnosis individu akan menghasilkan rencana asuhan yang bersifat *direct care* (perawatan langsung) kepada pasien, di mana perawat bertindak sebagai eksekutor utama tindakan medis. Di sisi lain, Muhsinah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa diagnosis keluarga menghasilkan intervensi yang

bersifat fasilitatif, edukatif, dan memberdayakan (*empowering*). Target akhirnya bukanlah perawat yang menyembuhkan pasien, melainkan perawat yang memampukan keluarga untuk merawat anggota mereka sendiri secara otonom. Oleh karena itu, diagnosis keluarga selalu berorientasi pada peningkatan efikasi diri dan kemandirian sistem domestik tersebut dalam jangka panjang.

Gambar 7.1 Struktur Konseptual Diagnosis Keperawatan Keluarga (Format PES)



(Sumber: Diadaptasi dari Wisuda et al., 2025 & Hayati et al., 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan skema blok yang menjelaskan format PES dalam diagnosis keluarga. Blok pertama "Problem (P)" berisi label masalah standar (misal: Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif). Blok kedua "Etiology (E)" dihubungkan dengan panah yang menunjukkan akar penyebab berbasis 5 Tugas Kesehatan Keluarga (misal: Ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit). Blok ketiga "Sign/Symptom (S)" menopang kedua blok di atasnya, berisi data subjektif dan objektif hasil pengkajian yang memvalidasi diagnosis tersebut.

7.2 Tipologi Lima Tugas Kesehatan Keluarga

Dalam diskursus keperawatan komunitas, kerangka analitis yang paling komprehensif untuk membedah etiologi disfungsi keluarga adalah tipologi lima tugas kesehatan keluarga yang pada awalnya diformulasikan oleh Bailon dan Maglaya. Tipologi ini mendekonstruksi konsep abstrak mengenai "kemandirian keluarga" menjadi serangkaian indikator perilaku

yang sangat terukur dan hierarkis. Hayati et al. (2025) mengartikulasikan bahwa kelima tugas ini beroperasi sebagai sebuah kontinum fungsional; kegagalan pada satu tahap awal secara niscaya akan memicu efek domino yang melumpuhkan kapasitas keluarga pada tahap-tahap berikutnya. Oleh karena itu, tipologi ini tidak hanya berfungsi sebagai instrumen diagnostik untuk mengidentifikasi akar masalah, tetapi juga sebagai peta jalan (*roadmap*) yang memandu perawat dalam merancang intervensi yang sistematis dan bertahap.

Penggunaan tipologi ini secara radikal menggeser paradigma asuhan dari pendekatan yang berpusat pada penyakit (*disease-centered*) menjadi pendekatan yang berpusat pada kapasitas sistem (*system-capacity-centered*). Ketika seorang pasien mengalami komplikasi akibat ketidakpatuhan pengobatan, perawat yang menggunakan kerangka ini tidak akan berhenti pada kesimpulan bahwa pasien tersebut "bandel" atau "tidak kooperatif". Sebaliknya, Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa perawat akan melakukan investigasi mendalam untuk menelusuri di titik mana rantai tugas kesehatan keluarga tersebut terputus. Apakah keluarga gagal mengenali keparahan gejalanya? Apakah mereka tidak mampu mengambil keputusan karena kendala finansial? Ataukah mereka tidak memiliki keterampilan teknis untuk merawat pasien di rumah? Pemetaan etiologis yang presisi inilah yang menjadi fondasi utama dalam perumusan diagnosis keperawatan keluarga yang holistik.

7.2.1 Kemampuan Keluarga Mengenal Masalah Kesehatan

Tugas kesehatan pertama, yakni kemampuan mengenal masalah, merupakan fondasi kognitif yang menjadi prasyarat mutlak bagi seluruh tindakan pemeliharaan kesehatan selanjutnya. Secara konseptual, tugas ini menuntut keluarga untuk memiliki sensitivitas dan literasi dasar dalam mendeteksi adanya deviasi dari kondisi sehat yang normal pada salah satu anggotanya. Hayati et al. (2025) menjelaskan bahwa pengenalan masalah bukanlah sekadar kemampuan menyebutkan nama penyakit, melainkan pemahaman komprehensif mengenai sifat penyakit, tanda dan gejala awal, serta potensi ancaman yang ditimbulkannya terhadap ekuilibrium keluarga. Jika keluarga gagal mempersepsikan suatu gejala sebagai sebuah ancaman klinis, maka secara logis mereka tidak akan pernah memobilisasi

sumber daya apa pun untuk mencari pertolongan atau melakukan intervensi.

Kegagalan dalam melaksanakan tugas pertama ini sering kali berakar pada defisit pengetahuan, miskonsepsi kultural, atau mekanisme koping berupa penyangkalan (*denial*). Dalam banyak realitas sosiokultural di Indonesia, gejala-gejala awal penyakit kronis sering kali dinormalisasi sebagai bagian dari proses penuaan yang wajar atau sekadar kelelahan akibat bekerja. Janah et al. (2025) mencontohkan bahwa batuk kronis pada seorang perokok berat sering kali diabaikan oleh keluarganya dan tidak dianggap sebagai indikasi awal tuberkulosis atau keganasan paru. Normalisasi patologi ini menciptakan sebuah titik buta (*blind spot*) diagnostik di dalam rumah tangga, yang pada akhirnya menunda intervensi medis hingga penyakit tersebut mencapai stadium yang ireversibel dan mengancam nyawa.

Dalam merespons defisit pada tugas pertama ini, intervensi keperawatan harus difokuskan pada psikoedukasi yang asertif namun tetap peka budaya. Perawat bertugas menjembatani kesenjangan literasi dengan mentranslasikan informasi medis yang kompleks menjadi bahasa awam yang mudah dicerna oleh keluarga. Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa edukasi tidak boleh bersifat menggurui; perawat harus mengeksplorasi terlebih dahulu sistem kepercayaan keluarga terkait gejala tersebut, lalu secara perlahan mendekonstruksi mitos yang keliru dengan memberikan penjelasan saintifik yang rasional. Melalui peningkatan kapasitas kognitif ini, keluarga diberdayakan untuk menjadi agen deteksi dini (*early warning system*) yang tangguh di lingkungan domestik mereka sendiri.

7.2.2 Kemampuan Keluarga Mengambil Keputusan

Setelah sebuah masalah kesehatan berhasil diidentifikasi dan diakui eksistensinya, keluarga dihadapkan pada tugas kesehatan kedua yang jauh lebih kompleks, yakni mengambil keputusan mengenai tindakan terapeutik yang akan ditempuh. Proses pengambilan keputusan dalam konteks keluarga bukanlah sebuah kalkulasi matematis yang sederhana; ia adalah sebuah arena negosiasi yang sarat dengan pertimbangan nilai,

struktur kekuasaan, dan kalkulasi risiko finansial. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa keluarga harus menimbang berbagai alternatif solusi, memprediksi konsekuensi dari setiap pilihan, dan pada akhirnya mencapai sebuah konsensus kolektif. Ketidakmampuan dalam mengambil keputusan yang tepat waktu dan rasional sering kali menjadi titik kritis yang memperburuk prognosis pasien.

Hambatan dalam pelaksanaan tugas kedua ini umumnya bersumber dari konflik internal, ketakutan yang irasional, atau dominasi struktur patriarki yang kaku. Dalam keluarga besar (*extended family*), keputusan medis yang krusial seperti persetujuan tindakan operasi atau rujukan ke rumah sakit sering kali tidak dapat diputuskan secara otonom oleh pasien atau pasangan intinya, melainkan harus menunggu persetujuan dari figur tetua adat atau pemegang otoritas finansial. Hayati et al. (2025) mencatat bahwa selain birokrasi domestik tersebut, ketakutan terhadap stigma sosial, trauma masa lalu terhadap fasilitas kesehatan, serta keputusan (*fatalisme*) juga kerap melumpuhkan rasionalitas keluarga, mendorong mereka untuk memilih jalur pengobatan alternatif yang tidak berbasis bukti ilmiah.

Peran perawat keluarga dalam memfasilitasi tugas kedua ini adalah sebagai konselor, mediator, dan advokat. Perawat dilarang keras mengambil alih hak otonomi keluarga dengan mendiktekan keputusan yang harus mereka ambil. Sebaliknya, Janah et al. (2025) menekankan bahwa perawat harus menerapkan prinsip *informed decision making* yakni menyajikan informasi yang objektif mengenai prognosis penyakit, memaparkan risiko dan manfaat dari setiap opsi tindakan, serta membantu keluarga mengkalkulasi sumber daya yang mereka miliki. Melalui pendampingan yang empatik, perawat membantu menurunkan tingkat kecemasan keluarga, mengurai konflik perbedaan pendapat antaranggota, dan memandu mereka menuju konsensus terapeutik yang paling realistis dan aman bagi keselamatan pasien.

7.2.3 Kemampuan Keluarga Merawat Anggota yang Sakit

Tugas kesehatan ketiga merepresentasikan transisi dari ranah kognitif dan afektif menuju ranah psikomotor dan operasional. Kemampuan

merawat anggota keluarga yang sakit menuntut keluarga untuk bertransformasi menjadi unit pelayanan kesehatan primer di dalam rumah mereka sendiri. Tugas ini mencakup spektrum aktivitas yang sangat luas, mulai dari pemberian dukungan emosional, modifikasi diet khusus, pengawasan kepatuhan minum obat (*medication adherence*), hingga pelaksanaan prosedur teknis medis dasar seperti perawatan luka atau injeksi insulin. Hayati et al. (2025) menjelaskan bahwa keberhasilan tugas ini sangat bergantung pada ketersediaan waktu, energi fisik, dan keterampilan teknis dari anggota keluarga yang ditunjuk sebagai pengasuh utama (*primary caregiver*).

Kegagalan dalam melaksanakan tugas perawatan ini sering kali memicu komplikasi klinis yang fatal dan siklus rehospitalisasi yang berulang. Defisit pada tahap ini umumnya disebabkan oleh kurangnya keterampilan teknis, kelelahan fisik dan emosional pengasuh (*caregiver burnout*), atau konflik peran di mana pengasuh harus menyeimbangkan tuntutan merawat pasien dengan kewajiban mencari nafkah. Janah et al. (2025) mengobservasi bahwa merawat pasien dengan penyakit kronis atau degeneratif seperti stroke atau demensia membutuhkan tingkat resiliensi yang luar biasa. Tanpa adanya rotasi tugas antaranggota keluarga dan dukungan instrumental yang memadai, pengasuh utama akan dengan cepat mengalami kelelahan ekstrem yang justru membahayakan kesehatannya sendiri maupun kualitas asuhan yang diberikan kepada pasien.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi defisit pada tugas ketiga ini harus bersifat sangat praktis, demonstratif, dan memberdayakan. Perawat tidak boleh sekadar memberikan instruksi verbal; mereka wajib melakukan demonstrasi langsung terkait teknik perawatan di rumah, lalu meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi ulang (*return demonstration*) guna memvalidasi penguasaan keterampilan tersebut. Selain transfer keterampilan teknis, Hayati et al. (2025) menegaskan bahwa perawat juga harus mengintervensi dinamika sistemik keluarga dengan memfasilitasi pembagian peran perawatan yang lebih adil antaranggota keluarga. Dengan mendistribusikan beban pengasuhan dan mengajarkan teknik manajemen stres, perawat memastikan bahwa keluarga memiliki

kapasitas yang berkelanjutan (*sustainable capacity*) untuk merawat anggota yang sakit tanpa mengorbankan kesejahteraan kolektif mereka.

7.3 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Dalam realitas praktik keperawatan komunitas, sangat jarang ditemukan sebuah keluarga yang hanya menghadapi satu masalah kesehatan tunggal. Transisi epidemiologi dan kompleksitas determinan sosial sering kali memicu munculnya konstelasi masalah yang saling tumpang tindih, mulai dari defisit nutrisi, lingkungan hunian yang patogenik, hingga ketidakpatuhan terhadap regimen pengobatan kronis. Menghadapi pluralitas diagnosis ini, perawat dan keluarga dihadapkan pada keterbatasan sumber daya yang absolut baik dalam bentuk waktu kunjungan, ketersediaan dana, maupun energi fisik dan emosional. Oleh karena itu, penentuan prioritas masalah menjadi sebuah tahapan triase klinis yang sangat esensial untuk memastikan bahwa intervensi yang dirancang benar-benar terarah, efisien, dan memberikan dampak terapeutik yang paling maksimal (Janah et al., 2025).

Penentuan prioritas bukanlah sebuah proses eliminasi yang mengabaikan masalah-masalah sekunder, melainkan sebuah strategi pengurutan (*sequencing*) berbasis urgensi dan kelayakan. Proses ini menuntut perawat untuk mengintegrasikan objektivitas keilmuan medis dengan subjektivitas persepsi keluarga. Sebuah masalah yang secara klinis dianggap sangat mematikan oleh perawat mungkin tidak akan berhasil diintervensi jika keluarga tersebut merasa bahwa masalah ekonomi atau konflik internal mereka jauh lebih mendesak untuk diselesaikan. Melalui teknik skoring yang terstandardisasi, perawat dapat menjembatani kesenjangan persepsi ini, mereduksi bias personal, dan menghasilkan sebuah daftar prioritas yang disepakati secara kolaboratif sebagai cetak biru (*blueprint*) untuk fase perencanaan asuhan selanjutnya (Hayati et al., 2025).

7.3.1 Kriteria Skoring Prioritas

Untuk menghindari pengambilan keputusan yang bersifat intuitif dan spekulatif, penentuan prioritas masalah dalam keperawatan keluarga bersandar pada empat kriteria analitis yang diformulasikan oleh Bailon

dan Maglaya. Kriteria pertama adalah sifat masalah (*nature of the problem*), yang mengklasifikasikan diagnosis ke dalam tiga hierarki urgensi: ancaman kesehatan, defisit kesehatan, atau krisis yang dapat diprediksi. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa defisit kesehatan seperti penyakit klinis yang sudah bermanifestasi atau kecacatan umumnya diberikan skor tertinggi karena menuntut intervensi kuratif dan rehabilitatif yang segera untuk mencegah perburukan atau mortalitas, dibandingkan dengan ancaman kesehatan yang masih bersifat potensial.

Kriteria kedua adalah kemungkinan masalah dapat diubah (*modifiability of the problem*). Kriteria ini mengevaluasi probabilitas keberhasilan intervensi keperawatan dalam mereduksi atau mengeliminasi masalah tersebut. Penilaian ini sangat bergantung pada ketersediaan sumber daya yang ada, baik dari sisi keluarga (seperti literasi, dana, dan waktu), dari sisi perawat (kompetensi teknis dan alokasi waktu kunjungan), maupun dari sisi komunitas (ketersediaan fasilitas rujukan). Hayati et al. (2025) menjelaskan bahwa masalah dengan tingkat *modifiability* yang tinggi akan diprioritaskan karena menjanjikan *return on investment* (hasil terapeutik) yang cepat dan nyata, yang pada gilirannya akan meningkatkan efikasi diri dan motivasi keluarga untuk melanjutkan program perawatan.

Kriteria ketiga adalah potensi masalah untuk dicegah (*preventive potential*), yang merujuk pada sejauh mana komplikasi atau keparahan masalah dapat dihambat di masa depan jika intervensi dilakukan saat ini. Kriteria ini mempertimbangkan durasi masalah yang telah berlangsung, tingkat keparahan patologi, serta kelompok risiko tinggi yang terlibat (misalnya balita atau lansia). Sementara itu, kriteria keempat adalah menonjolnya masalah (*salience*), yang secara eksklusif memotret persepsi subjektif keluarga terhadap urgensi masalah tersebut. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa keempat kriteria ini beroperasi sebagai sebuah matriks komprehensif yang menyeimbangkan antara rasionalitas klinis perawat dengan realitas sosiologis dan psikologis yang dialami oleh sistem keluarga.

7.3.2 Teknik Pembobotan dan Perhitungan Skor

Transformasi kriteria kualitatif menjadi sebuah hierarki prioritas yang objektif dilakukan melalui teknik pembobotan dan perhitungan skor matematis. Setiap kriteria dalam matriks Bailon dan Maglaya telah ditetapkan bobot (*weight*) standarnya masing-masing, yang merefleksikan tingkat signifikansi kriteria tersebut dalam menentukan urgensi intervensi. Sifat masalah diberikan bobot 1, kemungkinan masalah dapat diubah diberikan bobot tertinggi yakni 2, potensi masalah untuk dicegah diberi bobot 1, dan menonjolnya masalah diberi bobot 1. Hayati et al. (2025) mengartikulasikan bahwa pemberian bobot tertinggi pada kriteria *modifiability* menegaskan filosofi keperawatan komunitas yang sangat pragmatis; asuhan harus difokuskan pada area di mana perawat dan keluarga memiliki kendali dan kapasitas terbesar untuk menciptakan perubahan nyata.

Mekanisme perhitungan skor dilakukan melalui formula yang sangat terstruktur: skor yang diberikan oleh perawat dibagi dengan angka skor tertinggi untuk kriteria tersebut, kemudian dikalikan dengan bobot kriteria. Proses kalkulasi ini dilakukan secara terpisah untuk setiap diagnosis keperawatan yang telah dirumuskan. Janah et al. (2025) mencatat bahwa penggunaan formula matematis ini berfungsi sebagai instrumen kalibrasi yang sangat efektif untuk mereduksi bias subjektivitas perawat. Tanpa sistem skoring ini, perawat mungkin akan secara tidak sadar memprioritaskan masalah yang paling mudah dikerjakan atau masalah yang paling sesuai dengan minat klinis personalnya, alih-alih masalah yang secara objektif paling mendesak bagi kelangsungan hidup keluarga.

Meskipun melibatkan kalkulasi angka, teknik pembobotan ini tidak boleh dieksekusi secara mekanistik di belakang meja kerja perawat. Proses pemberian skor, terutama pada kriteria kemungkinan untuk diubah dan menonjolnya masalah, harus melibatkan diskusi dialogis dengan keluarga. Perawat memaparkan rasionalisasi di balik setiap angka yang diberikan dan meminta persetujuan klien. Hayati et al. (2025) menekankan bahwa transparansi dalam proses perhitungan ini merupakan bentuk edukasi tidak langsung yang melatih keluarga untuk berpikir secara analitis dan

strategis dalam mengalokasikan sumber daya mereka sendiri ketika menghadapi krisis kesehatan di masa mendatang.

7.3.3 Pertimbangan Menonjolnya Masalah dalam Prioritas

Di antara keempat kriteria skoring, kriteria menonjolnya masalah (*salience*) menempati posisi yang paling unik dan sering kali menjadi penentu keberhasilan seluruh rangkaian asuhan keperawatan. Kriteria ini murni merepresentasikan lensa fenomenologis keluarga bagaimana mereka memandang, merasakan, dan memaknai ancaman dari masalah tersebut. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa sebuah masalah akan mendapatkan skor *salience* tertinggi jika keluarga menyadari keberadaan masalah tersebut dan merasa bahwa masalah itu harus segera diatasi. Sebaliknya, skor terendah diberikan jika keluarga sama sekali tidak mempersepsikan kondisi tersebut sebagai sebuah masalah yang mengganggu ekuilibrium domestik mereka.

Pertimbangan terhadap *salience* ini sangat krusial karena ia menjembatani jurang epistemologis antara prioritas medis dan prioritas sosial. Sering kali terjadi diskrepansi di mana perawat menganggap hipertensi asimtomatik pada kepala keluarga sebagai bom waktu yang harus segera diintervensi (prioritas medis tinggi), sementara keluarga justru lebih mencemaskan masalah gatal-gatal pada kulit anak yang mengganggu kualitas tidur mereka setiap malam (prioritas sosial tinggi). Hayati et al. (2025) memperingatkan bahwa jika perawat memaksakan intervensi hipertensi dan mengabaikan keluhan gatal pada anak, keluarga akan merasa tidak didengarkan, yang berujung pada resistensi, ketidakpatuhan, dan rusaknya aliansi terapeutik.

Oleh karena itu, perawat harus memiliki kebijaksanaan klinis (*clinical wisdom*) dalam mengakomodasi *salience*. Mengakomodasi bukan berarti perawat mengabaikan masalah medis yang fatal, melainkan menggunakan masalah yang dirasakan keluarga sebagai pintu masuk (*entry point*) untuk membangun kepercayaan. Janah et al. (2025) menyarankan strategi negosiasi: perawat dapat membantu menyelesaikan masalah gatal pada anak terlebih dahulu untuk membuktikan kompetensi dan kepeduliannya. Setelah *rapport* terbentuk kuat dan kecemasan utama keluarga teratasi,

perawat kemudian dapat secara bertahap mengarahkan fokus keluarga pada masalah hipertensi yang lebih laten. Pendekatan taktis ini memastikan bahwa intervensi berjalan selaras dengan tingkat kesiapan psikologis keluarga.

7.3.4 Penyusunan Daftar Prioritas Masalah Keluarga

Tahap final dari proses analitis ini adalah penyusunan daftar prioritas masalah keluarga secara hierarkis. Setelah seluruh diagnosis keperawatan dikalkulasi menggunakan matriks skoring, perawat mengurutkan masalah tersebut mulai dari total skor tertinggi hingga terendah. Daftar ini bukan sekadar dokumen administratif, melainkan sebuah instrumen navigasi strategis yang akan mendikte alokasi waktu, tenaga, dan sumber daya selama fase implementasi asuhan. Hayati et al. (2025) mengartikulasikan bahwa masalah yang menempati peringkat teratas (skor tertinggi) akan menjadi fokus utama intervensi pada kunjungan-kunjungan awal, sementara masalah di urutan bawah akan ditangani secara bertahap pada fase pemeliharaan atau didelegasikan kepada keluarga setelah kapasitas mereka meningkat.

Penyusunan daftar prioritas ini juga memfasilitasi perawat dalam melakukan manajemen kasus (*case management*) yang efisien, terutama ketika berhadapan dengan beban kerja yang tinggi di layanan primer. Dengan adanya hierarki yang jelas, perawat dapat merancang *timeline* kunjungan rumah yang terstruktur, menentukan kapan harus melibatkan kolaborasi lintas profesi (seperti ahli gizi atau pekerja sosial), dan kapan harus melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Janah et al. (2025) mencatat bahwa daftar prioritas ini memberikan batasan yang realistis bagi perawat, mencegah mereka dari kelelahan akibat mencoba menyelesaikan seluruh masalah keluarga secara serentak dalam satu waktu yang bersamaan.

Langkah terakhir yang tidak boleh dilewatkan adalah mempresentasikan dan memvalidasi daftar prioritas final ini kepada keluarga. Perawat menjelaskan secara transparan mengapa masalah A ditempatkan di atas masalah B, dan mendiskusikan implikasi dari urutan tersebut terhadap rencana tindakan yang akan dilakukan bersama.

Validasi akhir ini memastikan bahwa keluarga memiliki pemahaman yang utuh mengenai peta jalan (*roadmap*) asuhan mereka. Melalui konsensus terhadap daftar prioritas ini, perawat dan keluarga secara resmi telah menyepakati sebuah kontrak terapeutik, menyatukan visi dan komitmen untuk melangkah bersama menuju fase perencanaan dan eksekusi intervensi keperawatan (Hayati et al., 2025).

Gambar 7.2 Matriks Skoring dan Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Janah et al., 2025 & Hayati et al., 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan tabel matriks skoring Bailon dan Maglaya. Terdapat empat kolom kriteria utama: Sifat Masalah (Bobot 1), Kemungkinan Diubah (Bobot 2), Potensi Dicegah (Bobot 1), dan Menonjolnya Masalah (Bobot 1). Panah alur di bagian bawah menunjukkan proses transformasi dari "Daftar Diagnosis Mental" melewati "Kalkulasi Skor Matematis" dan bermuara pada "Hierarki Prioritas Masalah" yang tervalidasi, merepresentasikan perpaduan antara objektivitas klinis dan persepsi subjektif keluarga.

7.4 Sistem Klasifikasi dan Standar Diagnosis Keperawatan

Evolusi keperawatan sebagai sebuah disiplin ilmu yang mandiri dan otonom sangat bergantung pada kemampuannya untuk merumuskan bahasa profesional yang terstandardisasi. Dalam lanskap asuhan keperawatan keluarga, ketiadaan nomenklatur yang seragam sering kali memicu fragmentasi informasi, ambiguitas komunikasi antarprofesi, dan

kesulitan dalam mengukur luaran klinis secara objektif. Sistem klasifikasi diagnosis hadir sebagai sebuah kerangka taksonomi yang menstrukturkan fenomena keperawatan ke dalam terminologi yang baku, universal, dan diakui secara legal. Standardisasi ini tidak hanya memfasilitasi kesinambungan asuhan (*continuity of care*) lintas fasilitas kesehatan, tetapi juga menjadi fondasi bagi pengembangan riset keperawatan dan sistem pembiayaan kesehatan yang berbasis pada bukti (Wisuda et al., 2025).

Di Indonesia, diskursus mengenai standardisasi bahasa keperawatan telah mencapai puncaknya dengan integrasi sistem 3S, yakni Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang diinisiasi oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Transisi dari penggunaan berbagai literatur asing menuju adopsi standar nasional ini merepresentasikan sebuah lompatan epistemologis yang monumental. Maksum et al. (2026) mengartikulasikan bahwa penerapan sistem klasifikasi ini memaksa perawat komunitas untuk mendisiplinkan alur pikir klinis mereka, memastikan bahwa setiap masalah keluarga yang diidentifikasi memiliki tautan logis yang presisi dengan target luaran yang ingin dicapai dan intervensi yang akan dieksekusi.

7.4.1 NANDA International sebagai Sistem Klasifikasi Diagnosis

Sebelum era standardisasi nasional masif di berbagai negara, *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) telah lama menjadi kiblat utama dan pionir dalam pengembangan taksonomi diagnosis keperawatan global. NANDA-I menyediakan kerangka kerja konseptual yang mengklasifikasikan respons manusia terhadap masalah kesehatan ke dalam berbagai domain dan kelas yang sangat terstruktur. Awaliyani et al. (2021) menjelaskan bahwa keunggulan utama dari NANDA-I terletak pada kekakuan metodologisnya; setiap label diagnosis yang dimasukkan ke dalam taksonomi ini harus melewati proses validasi empiris dan tinjauan pakar yang sangat ketat, sehingga menjamin tingkat reliabilitas klinis yang tinggi ketika diaplikasikan di berbagai tatanan layanan, termasuk dalam konteks keperawatan keluarga.

Dalam ranah asuhan keluarga, NANDA-I menyediakan klaster diagnosis spesifik yang memotret disfungsi sistemik, seperti *Penurunan Koping Keluarga*, *Ketegangan Peran Pemberi Asuhan*, hingga *Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga*. Label-label diagnostik ini memungkinkan perawat untuk melampaui paradigma biomedis dan secara sah mendokumentasikan patologi psikososial serta relasional sebagai sebuah masalah klinis yang membutuhkan intervensi profesional. Wisuda et al. (2025) mencatat bahwa penggunaan terminologi NANDA-I secara historis telah melatih perawat di seluruh dunia untuk mengartikulasikan penderitaan keluarga ke dalam bahasa ilmiah yang dapat dipahami dan diakui oleh disiplin ilmu kesehatan lainnya, mengukuhkan posisi perawat sebagai manajer asuhan yang komprehensif.

Meskipun NANDA-I memiliki reputasi global yang tak terbantahkan, aplikasinya di negara-negara berkembang sering kali berbenturan dengan kendala translasi kultural dan perbedaan karakteristik sistem pelayanan kesehatan. Merespons tantangan tersebut, profesi keperawatan di Indonesia melakukan adaptasi dan kontekstualisasi konsep-konsep NANDA-I ke dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Maksum et al. (2026) menegaskan bahwa SDKI tidak sekadar menerjemahkan NANDA-I, melainkan menyintesisnya dengan realitas epidemiologi dan budaya lokal. Dengan demikian, perawat keluarga di Indonesia kini memiliki perbendaharaan diagnosis yang berstandar internasional namun tetap memiliki sensitivitas yang tinggi terhadap karakteristik unik dari masalah kesehatan keluarga di Nusantara.

7.4.2 Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) merupakan komponen krusial kedua dalam triase standardisasi asuhan yang berfungsi sebagai parameter objektif untuk mengukur keberhasilan intervensi. Jika diagnosis (SDKI) memetakan titik awal berupa masalah atau defisit, maka SLKI memproyeksikan titik akhir atau destinasi terapeutik yang ingin dicapai oleh perawat dan keluarga. Wisuda et al. (2025) mengartikulasikan bahwa SLKI mendekonstruksi konsep abstrak mengenai "kesembuhan" atau "kemandirian" menjadi serangkaian indikator perilaku, kognitif, dan fisiologis yang sangat spesifik, terukur, dan memiliki rentang waktu

pencapaian yang jelas. Tanpa adanya standar luaran yang baku, evaluasi asuhan keperawatan akan terjebak pada penilaian subjektif yang bias dan tidak dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

Dalam konteks keperawatan keluarga, perumusan luaran menuntut pendekatan yang berpusat pada sistem (*system-centered outcomes*). Luaran yang ditetapkan tidak hanya berfokus pada perbaikan parameter klinis pasien individu, tetapi juga harus mencakup peningkatan kapasitas fungsional keluarga secara kolektif. Awaliyani et al. (2021) menjelaskan bahwa SLKI menyediakan label luaran spesifik untuk keluarga, seperti *Ketahanan Keluarga*, *Pemeliharaan Kesehatan Keluarga*, dan *Tingkat Pengetahuan*. Setiap label luaran ini dilengkapi dengan kriteria hasil yang dinilai menggunakan skala Likert (misalnya dari skala 1 yang berarti menurun, hingga skala 5 yang berarti meningkat). Sistem skoring ini memberikan instrumen kuantitatif bagi perawat untuk melacak progresivitas adaptasi keluarga dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya.

Penetapan SLKI dalam asuhan keluarga tidak boleh dilakukan secara sepihak oleh perawat, melainkan harus melalui proses negosiasi ekspektasi dengan klien. Target luaran harus bersifat realistis dan dikalibrasi dengan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga tersebut. Muhsinah et al. (2025) dalam kajiannya di layanan primer menekankan bahwa penetapan kriteria hasil yang terlalu ambisius justru akan memicu frustrasi dan demotivasi pada keluarga jika target tersebut gagal dicapai. Oleh karena itu, SLKI berfungsi sebagai kontrak terapeutik yang transparan; ia menyelaraskan visi antara perawat dan keluarga mengenai apa yang didefinisikan sebagai "keberhasilan asuhan", sehingga kedua belah pihak dapat bekerja secara sinergis menuju tujuan yang sama.

7.4.3 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) melengkapi trilogi sistem klasifikasi dengan menyediakan perbendaharaan tindakan terapeutik yang komprehensif dan berbasis bukti (*evidence-based*). SIKI mengklasifikasikan intervensi keperawatan ke dalam sebuah taksonomi yang logis, mencakup tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan

kolaborasi. Wisuda et al. (2025) menjelaskan bahwa keberadaan SIKI mengeliminasi variasi tindakan yang tidak terstandar antarperawat, memastikan bahwa setiap keluarga dengan diagnosis yang sama akan menerima kualitas asuhan yang ekuivalen, terlepas dari siapa perawat yang menanganinya. Standardisasi ini merupakan pilar utama dalam penjaminan mutu (*quality assurance*) pelayanan keperawatan komunitas di seluruh wilayah Indonesia.

Aplikasi SIKI dalam keperawatan keluarga sangat menonjolkan intervensi pada domain edukasi dan modifikasi perilaku. Berbeda dengan tatanan rumah sakit di mana tindakan terapeutik dan kolaboratif (seperti pemberian obat intravena) mendominasi, asuhan keluarga di rumah lebih menitikberatkan pada transfer pengetahuan dan pemberdayaan. Maksam et al. (2026) mencatat bahwa SIKI menyediakan panduan langkah demi langkah untuk intervensi kompleks seperti *Dukungan Koping Keluarga*, *Edukasi Proses Penyakit*, dan *Pelibatan Keluarga*. Rincian tindakan dalam SIKI memandu perawat untuk tidak sekadar memberikan nasihat verbal, tetapi juga memfasilitasi *role-play*, mendemonstrasikan keterampilan teknis, dan membantu keluarga merestrukturisasi lingkungan domestik mereka agar lebih kondusif bagi pemulihan.

Integrasi antara SDKI, SLKI, dan SIKI menciptakan sebuah tautan logis (*logical linkage*) yang sangat kokoh dalam arsitektur asuhan. Ketika perawat menegakkan diagnosis *Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif* (SDKI), sistem ini secara otomatis mengarahkan perawat untuk menetapkan luaran *Manajemen Kesehatan Keluarga Meningkat* (SLKI), dan memilih intervensi utama seperti *Dukungan Keluarga Merencanakan Perawatan* (SIKI). Sudaryati et al. (2022) menegaskan bahwa tautan terstandarisasi ini secara drastis mengurangi beban kognitif perawat dalam merancang asuhan, mencegah terjadinya *omission of care* (tindakan esensial yang terlewatkan), dan memastikan bahwa setiap intervensi yang dieksekusi memiliki rasionalisasi ilmiah yang kuat untuk menyelesaikan akar etiologi masalah.

7.4.4 Penerapan Standar dalam Dokumentasi Keperawatan Keluarga

Dokumentasi keperawatan merupakan manifestasi tertulis dari seluruh proses asuhan dan berfungsi sebagai instrumen legal, administratif, serta komunikasi antarprofesi. Penerapan sistem klasifikasi 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam dokumentasi keperawatan keluarga mentransformasi catatan naratif yang sering kali ambigu menjadi sebuah rekam medis yang presisi, terstruktur, dan dapat diaudit. Sudaryati et al. (2022) mengartikulasikan bahwa dokumentasi berbasis 3S memberikan bukti otentik mengenai akuntabilitas profesional perawat. Dalam situasi di mana terjadi sengketa hukum atau audit mutu layanan, rekam medis yang menggunakan nomenklatur standar ini akan menjadi perisai legal yang membuktikan bahwa perawat telah melaksanakan asuhan sesuai dengan standar profesi yang diakui secara nasional.

Meskipun urgensi penerapan 3S sangat tinggi, transisi menuju dokumentasi terstandardisasi di tatanan layanan primer seperti Puskesmas sering kali menghadapi berbagai hambatan operasional. Resistensi terhadap perubahan, tingginya beban kerja administratif, serta defisit pemahaman konseptual mengenai tautan 3S menjadi tantangan utama di lapangan. Muhsinah et al. (2025) dalam evaluasinya terhadap pelatihan penggunaan 3S di Puskesmas menemukan bahwa banyak perawat komunitas yang masih mengalami kesulitan dalam merumuskan kriteria hasil (SLKI) yang spesifik dan memilih intervensi (SIKI) yang paling relevan dengan etiologi masalah keluarga. Kondisi ini menuntut adanya program pendampingan klinis (*clinical preceptorship*) yang berkelanjutan, bukan sekadar sosialisasi teoretis satu arah.

Untuk mengoptimalkan penerapan standar ini, institusi pelayanan kesehatan harus mengintegrasikan sistem 3S ke dalam format rekam medis elektronik (*Electronic Health Records*). Maksum et al. (2026) menegaskan bahwa digitalisasi dokumentasi yang telah dilengkapi dengan *drop-down menu* berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI akan secara signifikan memangkas waktu administratif perawat. Efisiensi ini memungkinkan perawat untuk mengalokasikan lebih banyak waktu pada interaksi terapeutik langsung dengan keluarga. Pada akhirnya, kepatuhan yang

ketat terhadap standar dokumentasi 3S tidak hanya mengangkat muruah profesi keperawatan, tetapi juga menjamin bahwa keluarga sebagai klien menerima asuhan yang sistematis, terukur, dan berorientasi pada luaran kesehatan yang paripurna.

Tabel 7.1 Analisis Komparatif Komponen Diagnosis, Tipologi Tugas, dan Sistem Klasifikasi Keperawatan Keluarga

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Klinis dalam Asuhan	Sumber Rujukan Utama
Konstruksi Diagnosis	Format PES & Fokus Sistemik	Menitikberatkan pada respons kolektif keluarga (Problem) yang divalidasi oleh data objektif/subjektif (Sign/Symptom).	Menggeser target asuhan dari penyembuhan patologi individu menjadi pemulihan ekuilibrium dan fungsionalitas sistem domestik.	Janah et al. (2025); Hayati et al. (2025)
Akar Etiologi	Lima Tugas Kesehatan Keluarga	Mengidentifikasi defisit kognitif, afektif, atau psikomotor dalam mengenal masalah hingga memanfaatkan fasilitas kesehatan.	Memandu perawat merancang intervensi edukatif dan fasilitatif yang secara spesifik menargetkan titik kelemahan adaptasi keluarga.	Hayati et al. (2025); Janah et al. (2025)
Triase Klinis	Matriks Skoring Bailon & Maglaya	Evaluasi berbasis empat kriteria: sifat masalah, kemungkinan diubah, potensi dicegah, dan	Menyelaraskan urgensi medis dengan persepsi subjektif keluarga untuk memastikan	Janah et al. (2025); Hayati et al. (2025)

		menonjolnya masalah (<i>salience</i>).	alokasi sumber daya yang efisien dan tepat sasaran.	
Standardisasi Nomenklatur	Integrasi 3S (SDKI, SLKI, SIKI)	Taksonomi baku nasional yang menciptakan tautan logis antara label masalah, kriteria hasil yang terukur, dan tindakan berbasis bukti.	Menjamin mutu dokumentasi legal, mencegah <i>omission of care</i> , dan memfasilitasi kesinambungan asuhan lintas fasilitas layanan primer.	Wisuda et al. (2025); Maksum et al. (2026)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur metodologi dan standar keperawatan keluarga kontemporer, 2021–2026)

BAB 8

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: PERENCANAAN DAN INTERVENSI

Pendahuluan

Dalam konstelasi proses keperawatan, fase perencanaan dan perumusan intervensi merepresentasikan titik transisi yang sangat krusial dari tahapan analitis-diagnostik menuju tahapan aksi terapeutik. Jika pengkajian dan diagnosis berfungsi untuk membedah anatomi permasalahan keluarga, maka perencanaan bertindak sebagai cetak biru (*blueprint*) strategis yang mendikte bagaimana permasalahan tersebut akan diselesaikan. Fase ini menuntut perawat untuk mengorkestrasikan pengetahuan teoretis, bukti klinis mutakhir (*evidence-based practice*), dan kearifan praktis ke dalam sebuah dokumen asuhan yang terstruktur. Tanpa perencanaan yang presisi, intervensi keperawatan berisiko tereduksi menjadi serangkaian tindakan pragmatis yang fragmentaris, kehilangan arah filosofisnya, dan gagal menyentuh akar etiologi dari disfungsi sistemik yang dialami oleh keluarga (Wulandari, 2025).

Meskipun literatur mengenai manajemen asuhan telah memberikan panduan yang komprehensif, realitas klinis di lapangan sering kali menyingkap celah penelitian (*research gap*) yang signifikan terkait tingkat partisipasi klien. Banyak praktisi keperawatan yang masih mengadopsi paradigma paternalistik, di mana rencana intervensi diformulasikan secara sepihak di belakang meja kerja tanpa mempertimbangkan realitas ekologis dan kapasitas aktual keluarga. Kesenjangan ini memicu lahirnya rencana asuhan yang sangat ideal secara akademis namun utopis untuk dieksekusi di lingkungan domestik. Akibatnya, keluarga sering kali dicap sebagai pihak yang "tidak patuh" (*non-compliant*), padahal akar kegagalan tersebut bersumber dari desain intervensi yang tidak selaras dengan sumber daya finansial, literasi, maupun nilai kultural yang mereka anut (Janah et al., 2025).

Berangkat dari problematika konseptual dan operasional tersebut, bab ini dirancang untuk mengurai serta menjawab serangkaian pertanyaan

fundamental dalam manajemen asuhan keperawatan keluarga. Pertama, bagaimana konsep dan tahapan perencanaan dikonstruksi agar benar-benar merefleksikan kemitraan yang egaliter antara perawat dan keluarga? Kedua, bagaimana tujuan dan kriteria hasil dirumuskan secara terukur menggunakan standar luaran yang baku? Ketiga, apa saja spektrum intervensi yang paling efektif untuk merestorasi fungsionalitas keluarga di rumah? Dan keempat, bagaimana pendidikan kesehatan diposisikan sebagai instrumen utama dalam memberdayakan kapasitas keluarga? Melalui sintesis literatur terkini, uraian dalam bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan kompetensi arsitektural dalam merancang asuhan yang realistis, terukur, dan transformatif.

8.1 Konsep Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan keperawatan keluarga merupakan sebuah proses deliberatif dan sistematis yang bertujuan untuk memproyeksikan lintasan terapeutik guna menyelesaikan masalah kesehatan yang telah teridentifikasi pada fase diagnosis. Secara ontologis, perencanaan ini bukanlah sekadar daftar instruksi medis, melainkan sebuah kontrak sosial dan klinis yang mengikat perawat serta keluarga dalam satu komitmen penyembuhan. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa esensi dari perencanaan terletak pada kemampuannya untuk mentransformasi niat baik menjadi serangkaian langkah operasional yang logis, di mana setiap tindakan yang dipilih memiliki justifikasi ilmiah yang kuat untuk mengeliminasi etiologi masalah atau mereduksi keparahan gejala.

Dalam paradigma keperawatan komunitas kontemporer, konsep perencanaan sangat menekankan prinsip ko-kreasi (*co-creation*). Perawat tidak lagi bertindak sebagai arsitek tunggal yang mendiktekan rancangan asuhan, melainkan berperan sebagai fasilitator yang memandu keluarga untuk merumuskan solusi mereka sendiri. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa perencanaan yang efektif harus mengakomodasi otonomi klien, menghormati preferensi kultural mereka, dan mengintegrasikan kearifan lokal ke dalam protokol medis. Melalui pendekatan partisipatoris ini, rencana asuhan tidak hanya menjadi dokumen administratif yang memenuhi standar akreditasi, tetapi benar-benar menjelma menjadi

instrumen pemberdayaan yang meningkatkan efikasi diri keluarga dalam mengelola kesehatan mereka secara mandiri.

8.1.1 Tahapan Proses Perencanaan

Proses perencanaan keperawatan keluarga dikonstruksi melalui serangkaian tahapan hierarkis yang saling berinterdependensi, dimulai dari validasi prioritas masalah hingga seleksi strategi intervensi. Tahap inisiasi bermula dari peninjauan kembali daftar prioritas diagnosis yang telah disepakati pada fase sebelumnya. Perawat dan keluarga melakukan re-evaluasi singkat untuk memastikan bahwa masalah yang menempati urutan teratas masih relevan dengan kondisi aktual saat ini. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa validasi ulang ini sangat esensial karena dinamika keluarga bersifat fluktuatif; sebuah krisis situasional baru yang muncul secara tiba-tiba dapat dengan mudah menggeser hierarki prioritas yang telah disusun beberapa hari sebelumnya.

Setelah prioritas dipastikan, tahapan selanjutnya adalah formulasi tujuan dan kriteria hasil. Pada fase ini, perawat memandu keluarga untuk memproyeksikan kondisi ideal yang ingin dicapai setelah intervensi diberikan. Proses ini menuntut penjabaran dari tujuan makro (jangka panjang) menjadi serangkaian tujuan mikro (jangka pendek) yang lebih mudah dicerna dan dieksekusi. Janah et al. (2025) mencatat bahwa perumusan tujuan ini harus dilakukan secara dialogis. Jika perawat menetapkan target penurunan berat badan yang drastis bagi pasien obesitas, namun keluarga merasa target tersebut terlalu menyiksa, maka perawat harus melakukan kalibrasi ulang agar tujuan tersebut dapat diterima secara psikologis oleh seluruh anggota keluarga yang akan mendukung proses diet tersebut.

Tahapan pamungkas dalam proses ini adalah seleksi dan perancangan intervensi keperawatan. Perawat melakukan penelusuran literatur dan merujuk pada standar intervensi (seperti SIKI) untuk mengidentifikasi berbagai alternatif tindakan yang tersedia. Dari sekian banyak opsi tersebut, perawat dan keluarga menyaring strategi mana yang paling rasional, aman, dan memiliki tingkat keberhasilan tertinggi jika diaplikasikan di lingkungan rumah mereka. Wulandari (2025) menegaskan

bahwa seleksi intervensi harus selalu mempertimbangkan prinsip efisiensi; tindakan yang dipilih haruslah tindakan yang memberikan dampak terapeutik maksimal dengan meminimalkan gangguan terhadap rutinitas harian dan stabilitas ekonomi keluarga.

8.1.2 Pertimbangan Sumber Daya Keluarga, Perawat, dan Masyarakat

Rencana asuhan yang brilian di atas kertas akan hancur berantakan di lapangan apabila tidak dikalibrasi dengan realitas ketersediaan sumber daya. Pertimbangan pertama dan paling utama adalah pemetaan sumber daya internal keluarga. Hal ini mencakup evaluasi terhadap kapasitas finansial, tingkat literasi kesehatan, ketersediaan waktu luang, serta energi emosional dari anggota keluarga yang bertindak sebagai pengasuh utama (*primary caregiver*). Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa merancang intervensi yang menuntut keluarga prasejahtera untuk membeli bahan makanan organik yang mahal atau alat medis khusus adalah sebuah kesalahan fatal yang hanya akan memicu rasa frustrasi dan memperlebar ketimpangan kesehatan.

Selain sumber daya klien, perawat juga harus melakukan refleksi kritis terhadap kapasitas dan batasan profesionalnya sendiri. Sumber daya perawat mencakup tingkat kompetensi klinis, otoritas legal dalam melakukan tindakan tertentu di luar fasilitas kesehatan, serta alokasi waktu kunjungan yang tersedia. Wulandari (2025) menyoroti bahwa di tatanan layanan primer seperti Puskesmas, seorang perawat komunitas sering kali memegang tanggung jawab atas puluhan keluarga binaan. Oleh karena itu, rencana intervensi harus dirancang seefisien mungkin, memprioritaskan tindakan edukatif yang dapat mendelegasikan kemandirian kepada keluarga, alih-alih tindakan kuratif langsung yang menciptakan ketergantungan klien terhadap kehadiran fisik perawat secara terus-menerus.

Pertimbangan ketiga berfokus pada mobilisasi sumber daya eksternal yang tersedia di masyarakat. Keluarga tidak hidup dalam isolasi; mereka dikelilingi oleh berbagai institusi sosial yang dapat difungsikan sebagai jaring pengaman (*safety net*). Perawat harus memetakan keberadaan

fasilitas layanan kesehatan terdekat, kelompok pendukung sebaya (*support groups*), program jaminan kesehatan nasional, hingga tokoh masyarakat yang memiliki pengaruh kultural. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa perencanaan yang komprehensif harus mencakup strategi rujukan dan kolaborasi lintas sektor. Dengan mengintegrasikan sumber daya komunitas ke dalam rencana asuhan, perawat secara efektif memperluas kapasitas dukungan bagi keluarga, memastikan bahwa mereka tidak berjuang sendirian dalam menghadapi krisis kesehatan yang berkepanjangan.

8.1.3 Penyusunan Sasaran dalam Perencanaan

Penyusunan sasaran (*goal setting*) merupakan elemen arsitektural yang memberikan arah dan fokus pada seluruh rangkaian intervensi keperawatan. Sasaran didefinisikan sebagai pernyataan spesifik mengenai perubahan perilaku, status klinis, atau tingkat pengetahuan yang diharapkan terjadi pada keluarga setelah menerima asuhan. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa sasaran berfungsi sebagai indikator keberhasilan; tanpa adanya sasaran yang jelas, perawat tidak akan memiliki parameter objektif untuk mengevaluasi apakah intervensi yang telah dilakukan membuahkan hasil yang positif atau justru stagnan. Oleh karena itu, perumusan sasaran harus dilakukan dengan tingkat presisi linguistik dan klinis yang sangat tinggi.

Dalam praktik keperawatan modern, penyusunan sasaran wajib mematuhi prinsip SMART, yakni *Specific* (spesifik), *Measurable* (dapat diukur), *Achievable* (dapat dicapai), *Realistic* (realistis), dan *Time-bound* (memiliki batas waktu). Janah et al. (2025) mencontohkan bahwa sasaran yang berbunyi "Keluarga memahami cara merawat luka" adalah sasaran yang cacat karena terlalu ambigu. Sasaran tersebut harus direkonstruksi menjadi "Setelah diberikan demonstrasi selama 30 menit, keluarga mampu mempraktikkan teknik perawatan luka diabetik secara mandiri dengan prinsip steril pada kunjungan berikutnya." Formulasi yang tajam ini memberikan kejelasan absolut mengenai siapa yang melakukan apa, dalam kondisi seperti apa, dan kapan target tersebut harus terpenuhi.

Lebih jauh, penyusunan sasaran dalam konteks keluarga harus selalu dikaitkan dengan resolusi terhadap lima tugas kesehatan keluarga. Jika etiologi masalah berakar pada ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, maka sasaran yang disusun harus secara eksplisit menargetkan perubahan pada domain afektif dan kognitif tersebut. Wulandari (2025) mencatat bahwa sasaran yang baik adalah sasaran yang dinegosiasikan. Perawat harus memastikan bahwa keluarga benar-benar memahami dan menyetujui target waktu yang ditetapkan. Kesepakatan terhadap sasaran ini akan menumbuhkan rasa tanggung jawab kolektif, memotivasi keluarga untuk berpartisipasi aktif, dan mengubah posisi mereka dari sekadar objek asuhan menjadi subjek utama dalam proses pemulihan.

Gambar 8.1 Model Konseptual Perencanaan Asuhan Keperawatan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Wulandari, 2025 & Janah et al., 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan diagram alir (flowchart) yang menggambarkan siklus perencanaan asuhan. Di bagian atas terdapat "Validasi Prioritas Masalah", yang mengalir ke bawah menuju "Formulasi Tujuan & Sasaran (SMART)". Di sisi kiri dan kanan diagram terdapat blok input berupa "Pertimbangan Sumber Daya Keluarga" dan "Sumber Daya Perawat/Komunitas". Alur ini bermuara pada kotak "Seleksi Intervensi Berbasis Bukti", yang merepresentasikan hasil akhir dari proses perencanaan yang kolaboratif dan realistis.

8.2 Penyusunan Tujuan dan Kriteria Hasil

Merumuskan tujuan dan kriteria hasil merupakan fase transisional yang sangat esensial dalam arsitektur perencanaan asuhan keperawatan keluarga. Setelah prioritas masalah disepakati, perawat tidak dapat langsung melompat pada eksekusi tindakan tanpa menetapkan destinasi terapeutik yang jelas. Tujuan berfungsi sebagai kompas navigasi yang mengarahkan seluruh energi, waktu, dan sumber daya klinis menuju satu titik pencapaian yang spesifik. Tanpa adanya formulasi tujuan yang presisi, intervensi keperawatan akan kehilangan fokusnya, berpotensi melenceng dari akar etiologi, dan menyulitkan proses evaluasi di masa mendatang karena ketiadaan parameter keberhasilan yang objektif (Janah et al., 2025).

Lebih dari sekadar pernyataan administratif, penyusunan kriteria hasil menuntut perawat untuk mendekonstruksi konsep abstrak mengenai "kesembuhan" atau "kemandirian" menjadi indikator-indikator perilaku yang dapat diobservasi dan diukur secara kuantitatif. Dalam diskursus keperawatan kontemporer, proses ini telah mengalami standardisasi melalui adopsi taksonomi luaran nasional. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa penetapan kriteria hasil yang terstandardisasi tidak hanya memfasilitasi kesinambungan asuhan antarprofesi, tetapi juga memberikan jaminan mutu bahwa setiap keluarga menerima target pemulihan yang ekuivalen dan berbasis pada bukti ilmiah yang solid.

8.2.1 Tujuan Jangka Pendek dan Jangka Panjang

Dalam manajemen asuhan keperawatan keluarga, formulasi tujuan diklasifikasikan ke dalam dua dimensi temporal yang saling menopang: tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang (*long-term goals*) merepresentasikan resolusi paripurna dari diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan. Tujuan ini memproyeksikan kondisi ekuilibrium ideal yang diharapkan dapat dicapai oleh keluarga pada akhir masa asuhan, yang sering kali berfokus pada pemulihan fungsi sistemik, peningkatan kemandirian, atau eliminasi total terhadap ancaman kesehatan. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa tujuan jangka panjang umumnya membutuhkan waktu berminggu-minggu hingga berbulan-bulan

untuk terealisasi, mengingat perubahan perilaku kolektif dan restrukturisasi lingkungan domestik tidak dapat terjadi secara instan.

Di sisi lain, tujuan jangka pendek (*short-term goals*) berfungsi sebagai batu loncatan (*stepping stones*) operasional yang dirancang untuk memfasilitasi pencapaian tujuan jangka panjang. Tujuan ini memecah target makro menjadi serangkaian pencapaian mikro yang lebih spesifik, realistis, dan dapat dievaluasi pada setiap akhir sesi kunjungan rumah. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa dalam konteks keperawatan keluarga, tujuan jangka pendek hampir selalu dikonstruksi berdasarkan hierarki lima tugas kesehatan keluarga. Misalnya, sebelum keluarga mampu merawat anggota yang sakit (tujuan jangka panjang), mereka harus terlebih dahulu mencapai tujuan jangka pendek berupa kemampuan menyebutkan pengertian penyakit dan memutuskan untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Sinergi antara kedua dimensi tujuan ini menciptakan sebuah lintasan terapeutik yang sangat terstruktur. Tujuan jangka pendek memberikan umpan balik positif (*positive reinforcement*) yang instan bagi keluarga; setiap kali satu target mikro tercapai, efikasi diri dan motivasi keluarga akan meningkat. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa perawat harus merajut tujuan-tujuan jangka pendek ini secara logis dan sekuensial. Kegagalan dalam menyusun hierarki tujuan yang tepat akan menyebabkan keluarga merasa kewalahan (*overwhelmed*) oleh ekspektasi klinis yang terlalu tinggi, yang pada akhirnya memicu resistensi dan penghentian partisipasi mereka dalam program perawatan.

8.2.2 Karakteristik Tujuan yang Efektif

Agar dapat berfungsi sebagai instrumen navigasi yang andal, sebuah tujuan keperawatan harus memenuhi karakteristik metodologis yang ketat. Karakteristik pertama dan paling fundamental adalah spesifisitas dan keterukuran (*specific and measurable*). Tujuan yang efektif tidak boleh menggunakan terminologi yang ambigu atau multi-tafsir seperti "keluarga mengerti" atau "kondisi pasien membaik". Wulandari (2025) menjelaskan bahwa kata kerja operasional harus digunakan untuk mendeskripsikan luaran kognitif, afektif, maupun psikomotor. Misalnya, menggunakan frasa

"keluarga mampu mendemonstrasikan teknik kompres hangat" atau "keluarga mampu menyebutkan tiga tanda bahaya demam berdarah". Keterukuran ini memastikan bahwa evaluasi nantinya didasarkan pada bukti empiris, bukan asumsi subjektif perawat.

Karakteristik kedua berpusat pada prinsip realisme dan kelayakan (*achievable and realistic*). Tujuan yang dirumuskan harus dikalibrasi secara presisi dengan kapasitas aktual keluarga, mencakup tingkat literasi, ketersediaan finansial, dan cadangan energi emosional mereka. Menetapkan target yang melampaui batas sumber daya klien adalah sebuah malapraktik konseptual yang hanya akan membuahkan kegagalan. Janah et al. (2025) mencontohkan bahwa menargetkan keluarga prasejahtera untuk merenovasi total sistem ventilasi rumah mereka dalam waktu satu minggu adalah tujuan yang tidak realistis. Perawat harus menyesuaikan ekspektasi tersebut menjadi tindakan modifikasi lingkungan yang lebih terjangkau, seperti membuka jendela setiap pagi dan memisahkan area tidur pasien.

Karakteristik ketiga yang tidak kalah esensial adalah adanya batasan waktu yang definitif (*time-bound*) dan sifatnya yang kolaboratif (*mutually agreed*). Setiap tujuan harus dilengkapi dengan tenggat waktu pencapaian yang jelas, apakah itu dalam hitungan jam, hari, atau minggu. Batasan waktu ini menciptakan urgensi dan ritme kerja yang terstruktur bagi perawat maupun keluarga. Lebih dari itu, Wulandari (2025) menekankan bahwa tujuan yang efektif adalah tujuan yang dinegosiasikan. Perawat wajib mempresentasikan draf tujuan tersebut kepada keluarga dan meminta persetujuan mereka. Keterlibatan keluarga dalam menetapkan target asuhan akan menumbuhkan rasa kepemilikan (*sense of ownership*), yang merupakan prediktor terkuat bagi kepatuhan terapeutik jangka panjang.

8.2.3 Kriteria Hasil Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan

Transformasi paradigma dokumentasi keperawatan di Indonesia telah membawa Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) sebagai tolok ukur absolut dalam mengevaluasi efektivitas asuhan. SLKI menyediakan kerangka taksonomi yang mendekonstruksi tujuan keperawatan menjadi

serangkaian kriteria hasil yang sangat terstandarisasi. Wisuda et al. (2025) mengartikulasikan bahwa penggunaan SLKI mengeliminasi variasi bahasa evaluasi antarperawat, memastikan bahwa parameter keberhasilan untuk diagnosis yang sama akan dinilai menggunakan indikator yang identik di seluruh fasilitas layanan kesehatan. Standardisasi ini sangat krusial untuk memfasilitasi audit klinis, riset keperawatan, dan pelaporan mutu layanan kepada pemangku kebijakan.

Dalam aplikasi klinisnya pada keperawatan keluarga, SLKI menawarkan label luaran yang secara spesifik memotret fungsionalitas sistem domestik. Luaran seperti *Status Koping Keluarga*, *Tingkat Pengetahuan*, dan *Manajemen Kesehatan Keluarga* dilengkapi dengan indikator-indikator perilaku yang komprehensif. Wisuda et al. (2025) menjelaskan bahwa setiap indikator dalam SLKI diukur menggunakan skala Likert lima poin, yang bergerak dari kondisi paling memburuk (skor 1) hingga kondisi paling membaik (skor 5). Sistem skoring kuantitatif ini memberikan instrumen analitis yang sangat tajam bagi perawat untuk melacak progresi atau regresi kondisi keluarga secara presisi pada setiap fase evaluasi.

Integrasi SLKI dalam perencanaan asuhan menuntut perawat untuk memiliki ketajaman klinis dalam memilih indikator yang paling relevan dengan etiologi masalah. Perawat tidak diwajibkan untuk menggunakan seluruh indikator yang tertera di bawah satu label luaran; mereka harus menyeleksi kriteria hasil yang benar-benar merefleksikan target intervensi yang telah disepakati bersama keluarga. Janah et al. (2025) mencatat bahwa dengan menetapkan skor awal (*baseline*) dan skor target (*expected outcome*) pada SLKI, perawat dan keluarga memiliki representasi visual yang jelas mengenai seberapa jauh jarak yang harus mereka tempuh untuk mencapai tingkat kemandirian kesehatan yang optimal.

8.3 Jenis Intervensi Keperawatan Keluarga

Implementasi asuhan keperawatan keluarga menuntut perawat untuk menguasai spektrum intervensi yang sangat luas dan multidimensional. Berbeda dengan tatanan klinis di rumah sakit yang sangat didominasi oleh tindakan biomedis dan farmakologis, intervensi di lingkungan domestik beroperasi pada persimpangan antara perawatan klinis, modifikasi

perilaku, dan dukungan psikososial. Pemilihan jenis intervensi tidak dapat dilakukan secara acak; ia harus dikalibrasi secara presisi dengan akar etiologi masalah yang telah diidentifikasi melalui tipologi lima tugas kesehatan keluarga. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa arsitektur intervensi keluarga harus dirancang sebagai sebuah kontinum yang bergerak dari tindakan substitutif (di mana perawat mengambil alih peran) menuju tindakan fasilitatif (di mana keluarga diberdayakan untuk mandiri).

Dalam praktiknya, perawat komunitas sering kali harus mengorkestrasikan berbagai jenis intervensi secara simultan untuk mengatasi kompleksitas patologi keluarga. Ketika sebuah keluarga menghadapi krisis kesehatan akut, perawat mungkin harus memberikan perawatan langsung (*direct care*) untuk menstabilkan kondisi fisik pasien. Namun, tindakan kuratif tersebut tidak akan memberikan dampak jangka panjang jika tidak diiringi dengan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan literasi, konseling untuk mereduksi turbulensi emosional, serta integrasi terapi komplementer yang selaras dengan kearifan lokal. Sinergi dari keempat modalitas intervensi inilah yang akan merestorasi ekuilibrium sistem keluarga dan membangun resiliensi mereka dalam menghadapi stresor di masa depan (Wulandari, 2025).

8.3.1 Direct Care pada Anggota Keluarga

Intervensi perawatan langsung (*direct care*) merupakan bentuk tindakan klinis substitutif di mana perawat secara aktif mengambil alih pelaksanaan tugas perawatan fisik yang belum mampu dilakukan oleh keluarga. Tindakan ini umumnya diimplementasikan pada fase akut dari sebuah penyakit, pada kondisi kegawatdaruratan di rumah, atau ketika keluarga mengalami defisit psikomotor yang absolut akibat ketiadaan keterampilan teknis. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa spektrum *direct care* dalam keperawatan keluarga mencakup berbagai prosedur invasif maupun non-invasif, seperti perawatan luka ulkus diabetik yang terinfeksi, penggantian kateter urine, pemasangan selang nasogastrik (NGT), hingga manajemen nyeri farmakologis pada pasien paliatif stadium terminal. Dalam situasi-situasi kritis ini, kehadiran perawat sebagai

eksekutor klinis sangat esensial untuk mencegah komplikasi yang mengancam nyawa dan meminimalkan penderitaan fisik pasien.

Meskipun perawat bertindak sebagai aktor utama dalam *direct care*, filosofi keperawatan keluarga menuntut agar tindakan ini tidak menciptakan ketergantungan yang permanen. Pelaksanaan perawatan langsung harus selalu dibingkai sebagai sebuah momentum demonstrasi klinis (*role modeling*) bagi anggota keluarga. Ketika perawat sedang membersihkan luka atau mengatur posisi tidur pasien pasca-stroke, ia wajib menjelaskan setiap langkah prosedural tersebut secara transparan kepada pengasuh utama (*primary caregiver*) di keluarga. Wulandari (2025) menegaskan bahwa perawat harus mengartikulasikan rasionalisasi di balik setiap tindakan, misalnya mengapa teknik aseptik sangat krusial atau bagaimana cara memonitor tanda-tanda infeksi, sehingga keluarga tidak hanya melihat proses mekanisnya, tetapi juga memahami landasan keilmuannya.

Tujuan paripurna dari *direct care* dalam konteks komunitas adalah transisi peran (*role transition*) yang mulus dari perawat kepada keluarga. Setelah fase demonstrasi dianggap memadai, perawat harus secara bertahap mengurangi intervensi langsungnya dan meminta keluarga untuk melakukan demonstrasi ulang (*return demonstration*) di bawah supervisi ketat. Janah et al. (2025) mencatat bahwa proses pelepasan tanggung jawab ini harus dilakukan dengan sangat hati-hati, mengukur tingkat kepercayaan diri dan kompetensi aktual keluarga. Melalui transisi yang terstruktur ini, *direct care* tidak lagi menjadi sekadar layanan medis kunjungan rumah, melainkan bertransformasi menjadi inkubator pembelajaran yang mencetak pengasuh keluarga yang tangguh, kompeten, dan otonom.

8.3.2 Pendidikan Kesehatan sebagai Intervensi Keluarga

Pendidikan kesehatan menempati posisi sebagai pilar intervensi yang paling fundamental dan transformatif dalam asuhan keperawatan keluarga. Berbeda dengan tindakan kuratif yang hanya merespons gejala permukaan, pendidikan kesehatan membidik langsung pada akar etiologi masalah, yakni defisit kognitif dan afektif keluarga dalam mengenal

masalah serta mengambil keputusan. Sugiharto et al. (2024) mengartikulasikan bahwa edukasi dalam keperawatan keluarga bukanlah sebuah proses transfer informasi satu arah yang bersifat didaktik dan menggurui. Sebaliknya, ia adalah sebuah dialog pedagogis yang dirancang untuk mendekonstruksi miskonsepsi kultural, meningkatkan literasi kesehatan (*health literacy*), dan membekali keluarga dengan kerangka berpikir rasional untuk menavigasi sistem pelayanan kesehatan yang kompleks.

Efektivitas pendidikan kesehatan sangat bergantung pada kemampuan perawat dalam melakukan kustomisasi materi dan metode penyampaian agar selaras dengan karakteristik sosiodemografis klien. Perawat harus melakukan asesmen awal terhadap tingkat pendidikan, gaya belajar, dan hambatan bahasa yang mungkin dimiliki oleh keluarga. Sugiharto et al. (2024) menekankan bahwa penggunaan jargon medis yang elitis harus dihindari secara mutlak. Materi edukasi harus ditranslasikan ke dalam analogi keseharian yang mudah dicerna, didukung oleh media visual yang menarik seperti *flipchart*, video interaktif, atau buklet bergambar. Selain itu, edukasi harus dikontekstualisasikan dengan realitas ekonomi keluarga; misalnya, mengajarkan diet hipertensi dengan merekomendasikan bahan pangan lokal yang murah dan mudah didapat di pasar tradisional, bukan bahan impor yang tidak terjangkau.

Luaran yang diharapkan dari intervensi pendidikan kesehatan melampaui sekadar peningkatan skor pengetahuan pada kuesioner evaluasi. Tujuan esensialnya adalah modifikasi perilaku (*behavioral modification*) yang permanen dan terinternalisasi menjadi budaya baru di dalam rumah tangga. Wulandari (2025) mencatat bahwa ketika keluarga telah memahami rasionalisasi saintifik di balik suatu anjuran medis misalnya mengapa asap rokok pihak ketiga (*third-hand smoke*) berbahaya bagi balita mereka akan memiliki motivasi intrinsik untuk mengubah lingkungan domestik mereka secara sukarela. Melalui pendidikan kesehatan yang memberdayakan ini, perawat secara efektif tengah membangun fondasi resiliensi preventif, memastikan bahwa keluarga memiliki kapasitas intelektual untuk mencegah terjadinya kekambuhan atau komplikasi di masa depan.

8.3.3 Konseling Keperawatan Keluarga

Konseling keperawatan keluarga merupakan modalitas intervensi psikososial yang dirancang untuk merespons turbulensi emosional, disfungsi komunikasi, dan krisis relasional yang sering kali menyertai diagnosis penyakit kronis atau terminal. Ketika sebuah keluarga dihantam oleh stresor kesehatan yang masif, ekuilibrium peran di dalam rumah tangga akan hancur, memicu munculnya perasaan bersalah, kemarahan yang terpendam, hingga duka cita antisipatif (*anticipatory grief*). Ahmadi et al. (2021) menjelaskan bahwa dalam situasi krisis ini, intervensi klinis murni tidak akan membuahkan hasil karena keluarga tengah mengalami blokade afektif. Konseling hadir sebagai ruang aman (*safe space*) yang memfasilitasi ventilasi emosional, memungkinkan anggota keluarga untuk mengartikulasikan ketakutan dan frustrasi mereka tanpa takut dihakimi atau disalahkan.

Dalam pelaksanaan konseling keluarga, perawat dituntut untuk melepaskan otoritas medisnya dan bertransformasi menjadi seorang mediator yang netral dan empatik. Perawat menggunakan teknik komunikasi terapeutik tingkat lanjut, seperti pendengaran aktif (*active listening*), refleksi, dan pembingkai ulang (*reframing*), untuk membongkar pola interaksi yang toksik. Ahmadi et al. (2021) mencontohkan bahwa ketika seorang ibu merasa sangat cemas dan *overprotective* terhadap anaknya yang sakit kronis, perawat melalui konseling akan membantu sang ibu menyadari bahwa kecemasan tersebut justru menghambat kemandirian anak. Perawat memandu keluarga untuk mengidentifikasi mekanisme koping maladaptif yang selama ini mereka gunakan, lalu bersama-sama mengeksplorasi alternatif strategi penyelesaian masalah yang lebih konstruktif dan adaptif.

Tujuan akhir dari intervensi konseling ini adalah restrukturisasi kognitif dan penguatan kohesi internal keluarga. Melalui sesi dialog yang terarah, keluarga dibimbing untuk menegosiasikan ulang batasan peran mereka, mendistribusikan beban pengasuhan secara lebih adil, dan membangun kembali saluran komunikasi yang sempat terputus. Wulandari (2025) menegaskan bahwa konseling yang berhasil akan menghasilkan sebuah sistem keluarga yang memiliki resiliensi emosional tinggi. Keluarga tidak

hanya mampu menerima realitas penyakit dengan lapang dada (*acceptance*), tetapi juga mampu mentransformasi krisis tersebut menjadi momentum untuk mempererat ikatan afektif, sehingga mereka dapat berfungsi sebagai sistem pendukung (*support system*) yang paling solid bagi proses pemulihan pasien.

8.3.4 Terapi Modalitas dan Terapi Komplementer di Rumah

Integrasi terapi modalitas dan terapi komplementer di lingkungan rumah merepresentasikan sebuah pergeseran paradigma menuju asuhan keperawatan yang benar-benar holistik dan peka budaya. Di Indonesia, penggunaan metode penyembuhan tradisional dan non-farmakologis memiliki akar historis yang sangat kuat dan sering kali menjadi pilihan pertama keluarga sebelum mengakses layanan medis konvensional. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa alih-alih menolak atau meminggirkan praktik kultural tersebut, perawat komunitas modern justru harus mengakomodasi dan mengintegrasikannya ke dalam rencana asuhan, selama terapi tersebut terbukti aman (*evidence-based*) dan tidak mengontradiksi regimen pengobatan medis utama. Pendekatan integratif ini secara signifikan akan meningkatkan penerimaan keluarga terhadap intervensi keperawatan secara keseluruhan.

Spektrum terapi komplementer yang dapat diaplikasikan di rumah sangatlah beragam, mencakup intervensi fisik, psikologis, hingga spiritual. Perawat dapat melatih keluarga untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif, terapi pijat akupresur sederhana untuk manajemen nyeri, kompres hangat/dingin, hingga pemanfaatan herbal medik terstandar untuk meredakan gejala ringan. Wulandari (2025) mencatat bahwa terapi modalitas seperti terapi musik, terapi reminiscence (kenangan) untuk lansia dengan demensia, atau terapi bermain untuk anak yang sakit kronis juga merupakan instrumen yang sangat efektif untuk mereduksi tingkat stres dan kecemasan di lingkungan domestik. Keunggulan utama dari terapi-terapi ini adalah sifatnya yang non-invasif, minim efek samping, dan sangat ekonomis bagi keluarga prasejahtera.

Implementasi terapi komplementer oleh perawat tidak bertujuan untuk menggantikan pengobatan medis, melainkan sebagai terapi adjuvan

(tambahan) yang memberdayakan keluarga. Dengan mengajarkan teknik-teknik ini, perawat memberikan instrumen praktis bagi keluarga untuk melakukan manajemen gejala secara mandiri di rumah. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa ketika seorang istri mampu meredakan nyeri punggung suaminya melalui teknik masase yang diajarkan oleh perawat, tingkat efikasi diri dan kepuasan perannya sebagai pengasuh akan meningkat drastis. Pada akhirnya, penguasaan terhadap terapi modalitas dan komplementer ini akan memperkaya perbendaharaan koping keluarga, memandirikan mereka dalam mengatasi keluhan fisik sehari-hari, dan mereduksi ketergantungan yang berlebihan terhadap intervensi farmakologis.

Gambar 8.2 Spektrum Jenis Intervensi Keperawatan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Janah et al., 2025 & Sugiharto et al., 2024)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan sebuah piramida terbalik yang menggambarkan spektrum intervensi keperawatan keluarga. Di bagian paling bawah (ujung piramida) terdapat Direct Care yang bersifat substitutif dan berfokus pada fase akut. Bergerak ke atas, spektrum meluas mencakup Konseling (dukungan psikososial) dan Terapi Komplementer (manajemen gejala mandiri). Di bagian paling atas (dasar piramida yang luas) adalah Pendidikan Kesehatan, yang merepresentasikan fondasi utama intervensi yang bersifat fasilitatif, preventif, dan berorientasi pada pemberdayaan keluarga jangka panjang.

8.4 Pendidikan Kesehatan sebagai Pilar Intervensi Keluarga

Pendidikan kesehatan menempati posisi sentral sebagai instrumen paling transformatif dalam arsitektur asuhan keperawatan keluarga. Dalam lanskap keperawatan komunitas kontemporer, intervensi kuratif yang bersifat instan tidak akan pernah mampu menyelesaikan akar permasalahan kesehatan jika tidak diiringi dengan upaya rekonstruksi kognitif dan modifikasi perilaku klien. Pendidikan kesehatan hadir bukan sekadar sebagai pelengkap administratif, melainkan sebagai katalisator utama yang menjembatani kesenjangan antara defisit literasi medis dengan tuntutan kemandirian perawatan di rumah. Melalui proses pedagogis yang terstruktur, perawat membongkar miskonsepsi kultural, menanamkan kesadaran preventif, dan membekali keluarga dengan kerangka berpikir rasional untuk menavigasi berbagai ancaman patologi yang mengintai ekosistem domestik mereka (Wulandari, 2025).

Lebih jauh, pendidikan kesehatan dalam konteks keluarga menuntut pergeseran paradigma dari pendekatan didaktik yang mengkurui menuju pendekatan andragogi yang partisipatoris. Perawat tidak lagi memosisikan diri sebagai penuang informasi ke dalam wadah yang kosong, melainkan bertindak sebagai fasilitator yang merangsang daya kritis keluarga. Dadhich et al. (2025) mengartikulasikan bahwa edukasi yang efektif harus dikontekstualisasikan dengan realitas sosiologis dan kapasitas ekonomi klien. Ketika pendidikan kesehatan dirancang secara dialogis dan peka budaya, ia akan bertransformasi menjadi sebuah proses pemberdayaan yang memungkinkan keluarga untuk mengambil alih kendali atas lintasan kesehatan mereka sendiri, menciptakan resiliensi kolektif yang berkelanjutan melintasi berbagai transisi siklus hidup.

8.4.1 Teori dan Tahapan Promosi Kesehatan Keluarga

Implementasi pendidikan kesehatan yang presisi harus senantiasa berpijak pada fondasi teoretis yang mapan, salah satunya adalah Model Promosi Kesehatan (*Health Promotion Model*) yang dikembangkan oleh Nola J. Pender. Teori ini mempostulatkan bahwa perilaku sehat sebuah keluarga tidak muncul secara spontan, melainkan didikte oleh interaksi

kompleks antara karakteristik individu, pengalaman masa lalu, dan kognisi spesifik terkait perilaku tersebut. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa perawat harus mengevaluasi bagaimana keluarga mempersepsikan kerentanan mereka terhadap suatu penyakit (*perceived susceptibility*) dan sejauh mana mereka meyakini manfaat dari tindakan pencegahan (*perceived benefits*). Jika keluarga merasa bahwa modifikasi diet tidak akan membawa perubahan signifikan terhadap kondisi diabetes sang ayah, maka intervensi edukatif apa pun akan membentur tembok resistensi psikologis yang tebal.

Secara operasional, tahapan promosi kesehatan keluarga dieksekusi melalui siklus yang sistematis, diawali dengan fase asesmen kesiapan belajar (*readiness to learn*). Pada tahap krusial ini, perawat mendiagnosis tingkat literasi kesehatan dasar, mengidentifikasi hambatan kognitif atau sensorik, serta memetakan motivasi intrinsik keluarga. Dadhich et al. (2025) mencatat bahwa memaksakan materi edukasi ketika keluarga masih berada dalam fase penolakan (*denial*) atau tengah mengalami distress emosional akut adalah sebuah kesalahan terapeutik. Oleh karena itu, perawat harus memiliki kepekaan untuk menentukan momentum yang paling kondusif (*teachable moment*), di mana keluarga telah mencapai tingkat ekuilibrium psikologis yang memungkinkan mereka untuk menyerap dan memproses informasi baru secara optimal.

Setelah asesmen kesiapan tuntas, tahapan selanjutnya adalah perencanaan kolaboratif dan eksekusi materi promosi kesehatan. Perawat dan keluarga bersama-sama merumuskan tujuan pembelajaran yang spesifik, menyepakati topik prioritas, dan menentukan alokasi waktu yang tidak mendisrupsi rutinitas domestik. Wulandari (2025) menegaskan bahwa materi yang disampaikan harus bersifat aplikatif dan berorientasi pada pemecahan masalah (*problem-solving oriented*). Alih-alih memberikan kuliah teoretis mengenai patofisiologi hipertensi, perawat harus memfokuskan edukasi pada keterampilan praktis, seperti cara membaca label natrium pada kemasan makanan atau teknik mengelola stres harian. Melalui tahapan yang terstruktur ini, promosi kesehatan benar-benar berfungsi sebagai instrumen navigasi yang memandu keluarga dari kondisi ketidaktahuan menuju kemandirian fungsional.

8.4.2 Metode dan Media Pendidikan Kesehatan

Keberhasilan transfer pengetahuan dalam pendidikan kesehatan sangat ditentukan oleh ketepatan perawat dalam menyeleksi metode instruksional yang selaras dengan karakteristik gaya belajar keluarga. Mengingat sasaran edukasi mayoritas adalah orang dewasa, penerapan prinsip andragogi menjadi sebuah keharusan absolut. Sugiharto et al. (2024) mengartikulasikan bahwa metode diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*) dan curah pendapat (*brainstorming*) jauh lebih superior dibandingkan metode ceramah konvensional. Melalui diskusi interaktif, perawat menstimulasi anggota keluarga untuk berbagi pengalaman empiris mereka, memvalidasi kecemasan yang dirasakan, dan secara kolektif merumuskan strategi coping yang paling realistis. Metode ini secara efektif meruntuhkan hierarki antara tenaga kesehatan dan klien, menciptakan ruang belajar yang egaliter dan memberdayakan.

Untuk keterampilan yang bersifat psikomotorik, metode demonstrasi dan demonstrasi ulang (*return demonstration*) merupakan standar emas yang tidak dapat ditawar. Ketika perawat mengajarkan teknik perawatan luka diabetik atau cara menyuntikkan insulin, penjelasan verbal semata akan memicu kebingungan dan risiko malapraktik di rumah. Sugiharto et al. (2024) menekankan bahwa perawat harus memperagakan prosedur tersebut secara perlahan menggunakan alat peraga, kemudian meminta pengasuh utama di keluarga untuk mempraktikkannya kembali di bawah supervisi langsung. Proses *teach-back* ini memberikan kesempatan bagi perawat untuk segera mengoreksi kesalahan teknis, sekaligus membangun efikasi diri keluarga bahwa mereka benar-benar memiliki kompetensi untuk mengeksekusi tindakan medis dasar tersebut secara aman dan mandiri.

Pemilihan media edukasi juga memegang peranan krusial dalam memperkuat retensi memori klien. Media berfungsi sebagai jembatan visual yang menyederhanakan konsep medis yang abstrak menjadi representasi yang konkret dan mudah dicerna. Wulandari (2025) mencatat bahwa perawat harus sangat selektif dalam menggunakan media; *flipchart*, buklet bergambar, atau brosur dengan tipografi yang jelas sangat direkomendasikan untuk keluarga dengan tingkat literasi rendah atau

lansia yang mengalami penurunan visus. Di era kontemporer, integrasi media digital seperti video animasi pendek atau aplikasi pemantauan kesehatan di ponsel pintar juga dapat dimobilisasi untuk keluarga urban yang melek teknologi. Kunci utamanya adalah kustomisasi; media yang digunakan harus bebas dari jargon medis yang elitis dan merefleksikan konteks sosiokultural keseharian keluarga tersebut.

8.4.3 Strategi Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga (*family empowerment*) merupakan filosofi puncak yang menjiwai seluruh rangkaian intervensi keperawatan komunitas. Secara konseptual, pemberdayaan bukanlah sebuah tindakan yang diberikan oleh perawat kepada klien, melainkan sebuah proses fasilitatif di mana keluarga dibimbing untuk menemukan, memobilisasi, dan mengoptimalkan potensi laten yang telah mereka miliki. Rachmawati et al. (2022) mengartikulasikan bahwa strategi pemberdayaan menuntut perawat untuk secara sadar melepaskan dominasi otoritas klinisnya dan mentransfer kendali pengambilan keputusan kembali ke tangan keluarga. Proses ini bertujuan untuk mengeliminasi perasaan ketidakberdayaan (*powerlessness*) yang sering kali melumpuhkan keluarga ketika mereka dihadapkan pada birokrasi sistem kesehatan yang kaku atau diagnosis penyakit kronis yang mematikan.

Strategi fundamental dalam membangun pemberdayaan adalah peningkatan efikasi diri (*self-efficacy*) melalui penciptaan pengalaman keberhasilan (*mastery experiences*). Perawat merancang target-target asuhan dalam skala mikro yang sangat mudah dicapai oleh keluarga pada fase awal intervensi. Ketika keluarga berhasil mencapai target kecil tersebut misalnya sukses menurunkan tekanan darah pasien melalui modifikasi diet selama satu minggu perawat wajib memberikan afirmasi dan penguatan positif (*positive reinforcement*). Rachmawati et al. (2022) menjelaskan bahwa akumulasi dari keberhasilan-keberhasilan kecil ini akan merekonstruksi keyakinan psikologis keluarga. Mereka akan mulai memandang diri mereka bukan sebagai korban dari suatu penyakit, melainkan sebagai agen perubahan yang memiliki kapasitas absolut untuk mengendalikan status kesehatan mereka.

Lebih jauh, strategi pemberdayaan juga mencakup advokasi dan penguatan kapasitas keluarga dalam memobilisasi sumber daya eksternal. Perawat melatih keluarga untuk memiliki keterampilan komunikasi asertif saat berinteraksi dengan dokter atau tenaga kesehatan lain, memastikan bahwa hak-hak mereka sebagai pasien terpenuhi secara paripurna. Wulandari (2025) menegaskan bahwa keluarga yang berdaya adalah keluarga yang mampu menavigasi sistem rujukan secara mandiri, mengetahui kapan harus mengakses fasilitas gawat darurat, dan mampu memanfaatkan jaring pengaman sosial di komunitasnya. Melalui strategi pemberdayaan yang komprehensif ini, asuhan keperawatan meninggalkan warisan (*legacy*) berupa kemandirian fungsional yang akan terus bertahan jauh setelah masa kunjungan perawat berakhir.

8.4.4 Evaluasi Efektivitas Pendidikan Kesehatan Keluarga

Fase pamungkas dari implementasi pendidikan kesehatan adalah evaluasi efektivitas, yang berfungsi sebagai instrumen audit klinis untuk mengukur sejauh mana transfer pengetahuan telah bertransformasi menjadi perubahan perilaku yang nyata. Evaluasi ini tidak boleh direduksi menjadi sekadar formalitas administratif di akhir sesi kunjungan. Sugiharto et al. (2024) mengartikulasikan bahwa evaluasi harus mencakup tiga domain pembelajaran secara komprehensif: kognitif, afektif, dan psikomotor. Pada domain kognitif, perawat menggunakan metode *teach-back*, di mana keluarga diminta untuk menjelaskan kembali materi yang telah disampaikan menggunakan bahasa mereka sendiri. Teknik ini sangat ampuh untuk mendeteksi misinterpretasi informasi yang mungkin terjadi selama proses edukasi berlangsung.

Untuk mengevaluasi domain psikomotor, observasi langsung terhadap demonstrasi ulang (*return demonstration*) tetap menjadi metode yang paling valid. Perawat menilai ketepatan, kelancaran, dan kepatuhan keluarga terhadap prinsip-prinsip keselamatan saat mengeksekusi keterampilan teknis, seperti cara menyajikan porsi makan yang tepat atau teknik memandikan pasien di tempat tidur. Sementara itu, evaluasi pada domain afektif menuntut ketajaman observasi perawat terhadap perubahan sikap dan komitmen keluarga. Wulandari (2025) mencatat bahwa perawat harus mengeksplorasi apakah keluarga telah menunjukkan

penerimaan emosional terhadap regimen perawatan, atau apakah masih terdapat resistensi laten yang termanifestasi melalui bahasa tubuh yang defensif saat mendiskusikan rencana tindak lanjut.

Data yang diekstraksi dari proses evaluasi ini kemudian digunakan sebagai landasan untuk melakukan perbaikan mutu berkelanjutan (*continuous quality improvement*). Jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa keluarga gagal mencapai kriteria hasil yang ditetapkan, perawat tidak boleh menyalahkan klien atas ketidakpatuhan tersebut. Sebaliknya, Sugiharto et al. (2024) menegaskan bahwa perawat harus melakukan refleksi kritis terhadap metode instruksional yang digunakannya. Apakah bahasa yang digunakan terlalu rumit? Apakah media visualnya kurang representatif? Ataupun waktu edukasi terlalu singkat? Berdasarkan umpan balik evaluatif ini, perawat melakukan modifikasi strategis pada rencana pendidikan kesehatan selanjutnya, memastikan bahwa intervensi keperawatan selalu bersifat dinamis, adaptif, dan responsif terhadap kurva pembelajaran keluarga.

Tabel 8.1 Analisis Komparatif Dimensi Perencanaan, Intervensi, dan Pemberdayaan Keperawatan Keluarga

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Klinis dalam Asuhan	Sumber Rujukan Utama
Perencanaan & Tujuan	Prinsip SMART & Integrasi SLKI	Formulasi target yang spesifik, terukur, dan realistis berdasarkan kapasitas aktual serta sumber daya keluarga.	Mencegah ekspektasi klinis yang utopis, memfasilitasi evaluasi objektif, dan membangun kontrak terapeutik yang transparan.	Janah et al. (2025); Wisuda et al. (2025)
Intervensi Klinis & Psikososial	<i>Direct Care</i> , Konseling, & Komplementer	Spektrum tindakan yang bergerak dari substitutif (fase akut) menuju fasilitatif	Merestorasi ekuilibrium fisik, mereduksi turbulensi emosional, dan mengakomodasi	Ahmadi et al. (2021); Wulandari (2025)

		(manajemen gejala mandiri).	kearifan lokal dalam penyembuhan.	
Pendidikan Kesehatan	Andragogi & Metode <i>Teach-Back</i>	Dialog pedagogis yang interaktif, menggunakan demonstrasi ulang untuk memvalidasi pemahaman dan keterampilan psikomotor.	Mendekonstruksi miskonsepsi kultural, meningkatkan literasi kesehatan, dan memodifikasi perilaku patogenik secara permanen.	Sugiharto et al. (2024); Dadhich et al. (2025)
Pemberdayaan Keluarga	Efikasi Diri & Kemitraan Egaliter	Transfer kendali asuhan dari perawat kepada keluarga melalui penciptaan pengalaman keberhasilan (<i>mastery experiences</i>).	Mengeliminasi ketidakberdayaan, memandirikan keluarga dalam menavigasi sistem kesehatan, dan menciptakan resiliensi jangka panjang.	Rachmawati et al. (2022); Wulandari (2025)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur manajemen asuhan dan promosi kesehatan keluarga kontemporer, 2021–2025)

BAB 9

PROSES KEPERAWATAN KELUARGA: IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Pendahuluan

Dalam arsitektur proses keperawatan, fase implementasi dan evaluasi merepresentasikan titik kulminasi di mana seluruh konstruksi teoretis dan perencanaan strategis diuji validitasnya di dunia nyata. Implementasi adalah manifestasi operasional dari cetak biru asuhan, sebuah arena di mana perawat mentranslasikan niat terapeutik menjadi serangkaian tindakan klinis, edukatif, dan fasilitatif yang menyentuh langsung denyut nadi kehidupan keluarga. Sementara itu, evaluasi bertindak sebagai instrumen kalibrasi epistemologis yang menimbang sejauh mana tindakan tersebut berhasil merestorasi ekuilibrium sistem domestik. Tanpa eksekusi yang presisi dan evaluasi yang ketat, rencana asuhan yang paling brilian sekalipun hanya akan berakhir sebagai dokumen administratif yang usang di laci fasilitas layanan kesehatan (Lukman, 2024).

Meskipun literatur keperawatan telah menyediakan pedoman standar operasional prosedur yang rigid, realitas di lapangan sering kali menyingkap celah penelitian (*research gap*) yang cukup fundamental terkait kegagalan implementasi. Banyak praktisi yang mengalami disorientasi ketika berhadapan dengan dinamika keluarga yang fluktuatif, resistensi kultural, atau keterbatasan sumber daya ekologis di lingkungan rumah klien. Implementasi sering kali dieksekusi secara mekanistik tanpa kepekaan terhadap momentum psikologis keluarga, sementara evaluasi kerap direduksi menjadi sekadar formalitas pengisian format SOAP yang tidak benar-benar memotret peningkatan kapasitas kemandirian klien. Kesenjangan antara idealisme teoretis dan pragmatisme klinis ini memicu tingginya angka rehospitalisasi dan kegagalan program pembinaan kesehatan masyarakat (Kadrianti & Hasifah, 2024).

Berpijak pada problematika operasional tersebut, bab ini diformulasikan untuk mengurai dan menjawab serangkaian pertanyaan metodologis yang esensial dalam manajemen asuhan keperawatan

keluarga. Pertama, bagaimana prinsip dan keterampilan teknis dikonstruksi agar implementasi berjalan adaptif dan memberdayakan? Kedua, teknik pelaksanaan seperti apa yang paling efektif untuk menstimulasi pengambilan keputusan dan kemandirian perawat di rumah? Ketiga, bagaimana metodologi evaluasi khususnya penggunaan kerangka SOAP diaplikasikan untuk mengukur luaran secara objektif? Dan keempat, bagaimana perawat menentukan tingkat kemandirian keluarga sebagai justifikasi untuk melakukan terminasi asuhan atau rujukan? Melalui sintesis literatur mutakhir, bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan ketajaman eksekutorial dan analitis di lapangan.

9.1 Konsep Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi keperawatan keluarga merupakan sebuah proses dinamis dan interaktif yang menuntut perawat untuk beroperasi di luar zona nyaman fasilitas medis konvensional. Secara ontologis, implementasi dalam konteks komunitas bukanlah sekadar intervensi yang dilakukan *kepada* keluarga, melainkan sebuah kolaborasi terapeutik yang dilakukan *bersama* keluarga. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa esensi dari fase ini adalah aktualisasi dari rencana asuhan yang telah disepakati, di mana perawat bertindak sebagai katalisator yang memobilisasi sumber daya internal keluarga untuk mengatasi defisit kesehatan mereka sendiri.

Kompleksitas implementasi di lingkungan domestik jauh melampaui tindakan di ruang rawat inap. Perawat tidak memiliki kendali absolut atas lingkungan fisik, jadwal harian, maupun struktur otoritas di dalam rumah klien. Oleh karena itu, Wulandari (2025) menegaskan bahwa implementasi keperawatan keluarga menuntut tingkat fleksibilitas dan improvisasi yang sangat tinggi. Perawat harus mampu mengorkestrasikan keterampilan teknis klinis dengan kepekaan sosiologis, memastikan bahwa setiap tindakan yang dieksekusi tidak hanya aman secara medis, tetapi juga dapat diterima secara kultural dan tidak mendisrupsi harmoni sistem keluarga tersebut.

9.1.1 Prinsip Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan di lingkungan keluarga harus senantiasa dipandu oleh serangkaian prinsip filosofis dan operasional agar

tidak melenceng dari tujuan pemberdayaan. Prinsip pertama dan paling fundamental adalah kemitraan egaliter dan partisipasi aktif. Lukman (2024) menjelaskan bahwa perawat dilarang keras mengambil alih tanggung jawab yang sebenarnya mampu dipikul oleh keluarga. Setiap intervensi harus dirancang sedemikian rupa untuk melibatkan anggota keluarga sebagai aktor utama, mulai dari persiapan alat, pelaksanaan tindakan sederhana, hingga pemantauan respons pasien. Prinsip ini memastikan bahwa implementasi berfungsi sebagai arena pembelajaran langsung (*experiential learning*) yang secara bertahap mentransfer kompetensi dari perawat kepada klien.

Prinsip kedua adalah adaptabilitas dan sensitivitas kultural. Lingkungan rumah adalah teritori privat yang sarat dengan nilai, norma, dan kebiasaan yang telah mengakar kuat. Kadrianti dan Hasifah (2024) mengartikulasikan bahwa perawat harus memiliki kelenturan untuk memodifikasi standar operasional prosedur medis agar selaras dengan realitas ekologis klien, tanpa mengorbankan prinsip sterilitas atau keselamatan. Misalnya, jika keluarga tidak memiliki akses terhadap peralatan medis yang canggih, perawat harus mampu berimprovisasi menggunakan barang-barang rumah tangga yang bersih dan aman sebagai substitusi. Pemaksaan standar rumah sakit yang kaku di lingkungan prasejahtera hanya akan memicu alienasi dan penolakan dari keluarga.

Prinsip ketiga berpusat pada keselamatan klien (*patient safety*) dan praktik berbasis bukti (*evidence-based practice*). Meskipun dilakukan di luar fasilitas medis, setiap tindakan keperawatan keluarga harus memiliki justifikasi ilmiah yang solid dan mematuhi protokol keselamatan yang ketat. Wulandari (2025) mencatat bahwa perawat komunitas sering kali bekerja secara otonom tanpa supervisi langsung dari dokter. Oleh karena itu, mereka harus memiliki ketajaman klinis untuk mengidentifikasi kontraindikasi, memprediksi potensi komplikasi dari suatu tindakan di rumah, dan mengetahui batasan legal otoritas mereka. Prinsip keselamatan ini menjadi garis demarkasi yang tegas antara asuhan keperawatan profesional dengan praktik pengobatan alternatif yang tidak terstandarisasi.

9.1.2 Keterampilan Teknis dalam Implementasi

Eksekusi rencana asuhan yang paripurna menuntut perawat untuk menguasai trilogi keterampilan fundamental: kognitif, interpersonal, dan psikomotor. Keterampilan kognitif merepresentasikan kapasitas intelektual perawat dalam melakukan penalaran klinis (*clinical reasoning*) secara *real-time*. Lukman (2024) menjelaskan bahwa kondisi pasien di rumah dapat berubah secara drastis dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya. Perawat harus mampu memproses data baru secara cepat, mengevaluasi ulang relevansi rencana tindakan, dan membuat keputusan taktis di lapangan. Keterampilan kognitif ini juga mencakup kemampuan perawat dalam menyintesis berbagai teori keperawatan untuk memecahkan masalah yang kompleks dan multidimensional yang sering kali tidak tertulis di dalam buku teks.

Keterampilan interpersonal merupakan urat nadi dari seluruh intervensi keperawatan keluarga. Tanpa kemampuan komunikasi yang mumpuni, keterampilan klinis yang paling canggih sekalipun tidak akan dapat diaplikasikan karena ketiadaan *rapport* atau hubungan saling percaya. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa perawat harus mahir dalam teknik komunikasi terapeutik, negosiasi, dan resolusi konflik. Saat mengimplementasikan asuhan, perawat sering kali harus memediasi perbedaan pendapat antaranggota keluarga terkait keputusan medis, meredakan kecemasan pengasuh utama, atau memotivasi pasien yang mengalami depresi. Keterampilan interpersonal inilah yang memungkinkan perawat untuk menembus benteng pertahanan psikologis keluarga dan menanamkan pengaruh terapeutik yang positif.

Keterampilan psikomotor merujuk pada kecakapan teknis perawat dalam mengeksekusi prosedur klinis secara aman, efisien, dan ergonomis. Dalam konteks *home care* atau kunjungan rumah, keterampilan ini diuji pada tingkat yang lebih ekstrem karena keterbatasan fasilitas. Kadrianti dan Hasifah (2024) mencatat bahwa perawat harus mampu melakukan perawatan luka ulkus yang kompleks, manajemen kateter, atau pemberian terapi intravena dengan presisi tinggi di atas tempat tidur pasien yang mungkin tidak memenuhi standar ergonomis. Lebih jauh, keterampilan psikomotor ini juga mencakup kemampuan perawat dalam

mendemonstrasikan prosedur tersebut secara perlahan dan sistematis agar dapat direplikasi oleh keluarga dengan tingkat akurasi yang sama.

9.1.3 Koordinasi dan Kolaborasi saat Implementasi

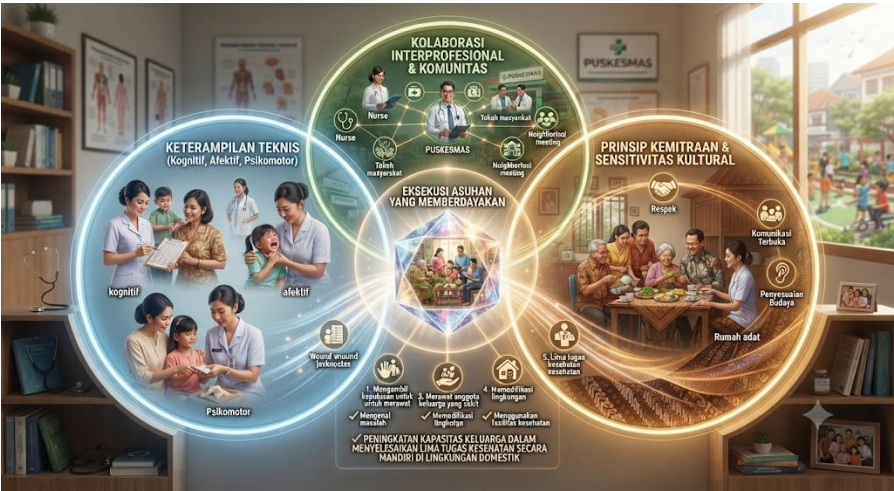
Keluarga dengan masalah kesehatan yang kompleks tidak dapat ditangani secara eksklusif oleh satu disiplin ilmu tunggal. Implementasi asuhan keperawatan keluarga yang komprehensif secara inheren menuntut adanya koordinasi dan kolaborasi lintas profesi. Dalam konstelasi ini, perawat komunitas sering kali mengemban peran ganda sebagai penyedia layanan langsung sekaligus sebagai manajer kasus (*case manager*). Lukman (2024) menjelaskan bahwa sebagai manajer kasus, perawat bertugas mengorkestrasikan berbagai layanan kesehatan dan sosial agar terintegrasi secara harmonis, mencegah terjadinya fragmentasi asuhan, duplikasi tindakan, atau pemberian instruksi yang saling bertentangan dari berbagai tenaga kesehatan yang menangani keluarga tersebut.

Kolaborasi interprofesional melibatkan komunikasi yang intensif dengan dokter keluarga, ahli gizi, fisioterapis, hingga pekerja sosial medis. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa perawat harus memiliki asertivitas profesional untuk mempresentasikan temuan klinisnya di lapangan kepada tim medis lainnya. Misalnya, jika perawat menemukan bahwa pasien stroke di rumah mengalami malnutrisi akibat kesulitan menelan, perawat harus segera berkolaborasi dengan ahli gizi untuk memodifikasi tekstur makanan dan dengan dokter untuk mengevaluasi ulang regimen farmakologisnya. Sinergi interprofesional ini memastikan bahwa keluarga menerima intervensi yang holistik, di mana setiap aspek patologi ditangani oleh pakar yang memiliki kompetensi spesifik di bidang tersebut.

Selain kolaborasi medis, implementasi di tingkat komunitas juga sangat bergantung pada koordinasi dengan sumber daya sosial di lingkungan sekitar klien. Kadrianti dan Hasifah (2024) menekankan pentingnya perawat membangun jejaring kemitraan dengan kader kesehatan desa, tokoh masyarakat (RT/RW), dan fasilitas layanan primer (Puskesmas). Kader kesehatan dapat diberdayakan sebagai perpanjangan

tangan perawat untuk melakukan pemantauan harian terhadap kepatuhan minum obat pasien tuberkulosis (sebagai PMO) atau memonitor status gizi balita. Melalui koordinasi yang solid dengan ekosistem sosial ini, perawat menciptakan sebuah jaring pengaman (*safety net*) komunal yang akan terus menopang keluarga bahkan setelah intervensi keperawatan formal dinyatakan selesai.

Gambar 9.1 Model Konseptual Implementasi Keperawatan Keluarga



(Sumber: Diadaptasi dari Lukman, 2024 & Wulandari, 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan diagram Venn tiga irisan yang merepresentasikan fondasi implementasi keperawatan keluarga. Irisan pertama adalah "Keterampilan Teknis (Kognitif, Afektif, Psikomotor)", irisan kedua adalah "Prinsip Kemitraan & Sensitivitas Kultural", dan irisan ketiga adalah "Kolaborasi Interprofesional & Komunitas". Titik temu di tengah ketiga irisan tersebut membentuk "Eksekusi Asuhan yang Memberdayakan", yang bermuara pada peningkatan kapasitas keluarga dalam menyelesaikan lima tugas kesehatan secara mandiri di lingkungan domestik.

9.2 Teknik Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga

Transisi dari ranah konseptual menuju eksekusi klinis di lapangan menuntut perawat untuk menguasai serangkaian teknik pelaksanaan tindakan yang sangat spesifik dan terkalibrasi dengan dinamika sistem domestik. Berbeda dengan intervensi pada pasien individu yang sering kali bersifat pasif dan reseptif, tindakan keperawatan keluarga beroperasi

dalam sebuah arena interaktif yang sarat dengan negosiasi, resistensi, dan kompleksitas relasional. Oleh karena itu, teknik pelaksanaan tidak boleh direduksi menjadi sekadar prosedur mekanis; ia harus dirancang sebagai sebuah instrumen pedagogis dan terapeutik yang secara simultan mengatasi patologi fisik sekaligus merestorasi fungsionalitas psikososial keluarga (Wulandari, 2025).

Keberhasilan implementasi asuhan sangat bergantung pada kemampuan perawat dalam memilih dan mengorkestrasikan teknik yang paling relevan dengan akar etiologi masalah. Jika defisit keluarga terletak pada domain kognitif dan afektif, maka teknik stimulasi kesadaran dan fasilitasi keputusan menjadi prioritas utama. Sebaliknya, jika hambatannya bersifat psikomotorik, maka teknik demonstrasi klinis yang presisi menjadi keharusan absolut. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa penguasaan terhadap spektrum teknik pelaksanaan ini memungkinkan perawat untuk bertransformasi dari sekadar penyedia layanan medis menjadi seorang agen perubahan (*agent of change*) yang memandirikan keluarga secara komprehensif.

9.2.1 Stimulasi Pengambilan Keputusan Keluarga

Pengambilan keputusan terkait krisis kesehatan merupakan salah satu titik paling krusial sekaligus paling rentan dalam siklus adaptasi keluarga. Sering kali, keluarga terjebak dalam ambivalensi atau kelumpuhan analitis (*analysis paralysis*) akibat ketakutan terhadap prognosis penyakit, keterbatasan finansial, atau konflik nilai antaranggota keluarga. Dalam situasi ini, teknik stimulasi pengambilan keputusan hadir sebagai intervensi fasilitatif yang dirancang untuk mengurai kebuntuan tersebut. Lukman (2024) menjelaskan bahwa perawat tidak diperkenankan untuk mengambil alih otonomi keluarga dengan mendiktekan pilihan yang harus diambil. Sebaliknya, perawat bertindak sebagai katalisator yang menstrukturkan proses berpikir keluarga, membantu mereka memetakan opsi-opsi yang tersedia secara objektif dan rasional.

Teknik stimulasi ini dieksekusi melalui pendekatan *non-directive counseling* dan eksplorasi nilai. Perawat memandu keluarga untuk melakukan kalkulasi risiko dan manfaat (*risk-benefit analysis*) dari setiap

alternatif tindakan medis maupun non-medis yang sedang mereka pertimbangkan. Wulandari (2025) mencatat bahwa perawat harus menyajikan informasi klinis yang berbasis bukti secara transparan, namun tetap menggunakan bahasa yang netral dan tidak menghakimi. Misalnya, ketika keluarga ragu untuk menyetujui tindakan amputasi pada pasien ulkus diabetik, perawat memfasilitasi diskusi dengan memaparkan konsekuensi logis dari penundaan tindakan tersebut terhadap kelangsungan hidup pasien, sembari secara empatik memvalidasi ketakutan keluarga terhadap kecacatan fisik.

Tujuan paripurna dari teknik stimulasi ini adalah tercapainya sebuah konsensus terapeutik yang diyakini dan didukung oleh seluruh elemen keluarga. Keputusan yang lahir dari proses deliberasi internal ini memiliki tingkat legitimasi psikologis yang jauh lebih tinggi dibandingkan keputusan yang dipaksakan oleh otoritas medis. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa ketika keluarga merasa memiliki kendali penuh atas pilihan mereka (*sense of agency*), tingkat kepatuhan terhadap regimen perawatan lanjutan akan meningkat secara drastis. Melalui stimulasi yang tepat, perawat tidak hanya menyelesaikan dilema klinis saat itu, tetapi juga melatih otot-otot resolusi konflik keluarga agar lebih tangguh dalam menghadapi krisis kesehatan di masa depan.

9.2.2 Peningkatan Kesadaran dan Penerimaan Masalah Kesehatan

Sebelum sebuah keluarga dapat dimobilisasi untuk melakukan tindakan perawatan, mereka harus terlebih dahulu melewati fase pengakuan ontologis terhadap eksistensi masalah kesehatan itu sendiri. Sering kali, perawat berhadapan dengan fenomena penolakan (*denial*) atau normalisasi gejala, di mana keluarga menganggap batuk kronis atau penurunan berat badan drastis sebagai hal yang lumrah dan tidak memerlukan intervensi medis. Teknik peningkatan kesadaran dirancang secara spesifik untuk membongkar blokade kognitif ini. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa perawat harus menggunakan data empiris hasil pengkajian seperti hasil laboratorium atau observasi lingkungan sebagai cermin objektif yang merefleksikan realitas patologis kepada keluarga, memaksa mereka untuk mengonfrontasi ancaman yang selama ini diabaikan.

Namun, peningkatan kesadaran kognitif semata tidaklah cukup jika tidak diiringi dengan penerimaan afektif. Mengetahui bahwa seorang anggota keluarga menderita skizofrenia adalah satu hal, tetapi menerima realitas tersebut tanpa stigma dan rasa malu adalah hal yang sama sekali berbeda. Lukman (2024) menjelaskan bahwa teknik penerimaan masalah menuntut perawat untuk mengeksplorasi dimensi emosional klien. Perawat memfasilitasi ventilasi perasaan, mengizinkan keluarga untuk mengekspresikan kemarahan, kesedihan, atau rasa bersalah mereka. Melalui komunikasi terapeutik yang sarat dengan empati, perawat secara perlahan mendekonstruksi mitos kultural yang menyalahkan keluarga atas penyakit tersebut, dan menggantinya dengan perspektif medis yang rasional dan membebaskan.

Transformasi dari fase penolakan menuju fase penerimaan (*acceptance*) merupakan titik balik yang sangat monumental dalam lintasan asuhan keperawatan keluarga. Ketika keluarga telah secara utuh menerima masalah kesehatan tersebut sebagai bagian dari realitas baru mereka, resistensi akan memudar dan digantikan oleh motivasi intrinsik untuk mencari solusi. Janah et al. (2025) mencatat bahwa penerimaan ini memicu reorganisasi struktural di dalam rumah tangga; anggota keluarga mulai menegosiasikan ulang peran mereka, mengalokasikan sumber daya finansial untuk pengobatan, dan secara proaktif mencari dukungan dari sistem layanan kesehatan. Pada titik inilah, keluarga benar-benar siap untuk menerima transfer keterampilan teknis dari perawat.

9.2.3 Demonstrasi Perawatan di Rumah

Ketika keluarga telah mencapai kesadaran penuh dan membuat keputusan untuk merawat anggota yang sakit di rumah, intervensi keperawatan harus segera bertransisi ke ranah psikomotorik melalui teknik demonstrasi. Demonstrasi perawatan di rumah bukanlah sekadar pertunjukan klinis, melainkan sebuah metodologi transfer keterampilan yang sangat terstruktur dan berbasis pada prinsip andragogi. Kadrianti dan Hasifah (2024) dalam eksplorasinya menegaskan bahwa prosedur medis yang tampak sederhana bagi perawat seperti teknik menyuntik insulin, merawat selang kateter, atau memandikan pasien bedrest dapat menjadi sumber kecemasan yang luar biasa bagi keluarga awam. Oleh karena itu,

demonstrasi harus dilakukan secara bertahap, perlahan, dan dipecah menjadi unit-unit tindakan yang mudah dicerna.

Pelaksanaan teknik ini menuntut perawat untuk memiliki kemampuan improvisasi ekologis yang tinggi. Demonstrasi tidak boleh dilakukan menggunakan peralatan canggih yang tidak dimiliki oleh keluarga, karena hal tersebut akan menciptakan ilusi bahwa perawatan yang baik hanya bisa dilakukan di rumah sakit. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa perawat harus memodifikasi teknik asuhan dengan memanfaatkan sumber daya domestik yang tersedia, selama prinsip dasar keselamatan dan sterilitas tetap terjaga. Misalnya, mengajarkan cara membuat larutan kompres dari bahan yang ada di dapur, atau memodifikasi kursi plastik menjadi alat bantu jalan darurat. Kontekstualisasi ini sangat krusial untuk membangun keyakinan keluarga bahwa mereka mampu mereplikasi tindakan tersebut secara mandiri.

Fase paling esensial dari teknik ini adalah pelaksanaan demonstrasi ulang (*return demonstration*) oleh pengasuh utama di keluarga. Perawat mundur selangkah dan memposisikan diri sebagai supervisor, sementara anggota keluarga mengeksekusi prosedur yang baru saja diajarkan. Kadrianti dan Hasifah (2024) mencatat bahwa proses *teach-back* psikomotorik ini berfungsi sebagai instrumen validasi kompetensi yang absolut. Perawat memberikan umpan balik korektif secara langsung (*real-time feedback*) jika terjadi kesalahan teknis, sekaligus memberikan afirmasi positif atas setiap langkah yang dilakukan dengan benar. Melalui siklus demonstrasi dan validasi ini, perawat secara efektif mencetak *caregiver* informal yang tangguh, memastikan bahwa pasien menerima asuhan yang aman dan berkesinambungan meskipun perawat tidak lagi berada di lokasi.

9.3 Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Evaluasi merupakan tahapan pamungkas sekaligus fase paling reflektif dalam seluruh konstelasi proses keperawatan keluarga. Secara epistemologis, evaluasi bukanlah sekadar aktivitas administratif untuk menutup sebuah rekam medis, melainkan sebuah proses kalibrasi klinis yang mengukur sejauh mana intervensi yang telah dieksekusi berhasil

merestorasi ekuilibrium sistem domestik. Tahapan ini menuntut perawat untuk melakukan komparasi objektif antara kondisi aktual keluarga pasca-intervensi dengan kriteria hasil (SLKI) yang telah ditetapkan pada fase perencanaan. Melalui evaluasi yang ketat, perawat dapat memvalidasi efektivitas asuhan, mengidentifikasi anomali respons klien, dan mempertanggungjawabkan seluruh tindakan profesionalnya secara ilmiah maupun legal (Wulandari, 2025).

Dalam paradigma keperawatan komunitas kontemporer, evaluasi tidak diposisikan sebagai titik akhir yang statis, melainkan sebagai sebuah siklus umpan balik (*feedback loop*) yang dinamis dan berkesinambungan. Evaluasi yang komprehensif harus mampu memotret transformasi keluarga secara holistik, melampaui sekadar perbaikan parameter biomedis individu. Perawat dituntut untuk menganalisis peningkatan kapasitas kognitif, resolusi konflik afektif, serta penguasaan keterampilan psikomotorik keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan. Keterlibatan aktif keluarga dalam proses penilaian ini sangat krusial, karena persepsi subjektif mereka terhadap keberhasilan asuhan akan menentukan tingkat kemandirian dan resiliensi mereka di masa depan (Lukman, 2024).

9.3.1 Evaluasi Struktur, Proses, dan Hasil

Untuk menjamin objektivitas dan kedalaman analisis, evaluasi asuhan keperawatan keluarga umumnya dikonstruksi menggunakan kerangka kerja Donabedian yang membagi penilaian ke dalam tiga dimensi fundamental: struktur, proses, dan hasil. Evaluasi struktur berfokus pada fondasi prasyarat yang memungkinkan asuhan tersebut terselenggara. Dimensi ini mengaudit ketersediaan dan kelayakan sumber daya, baik dari sisi perawat (kompetensi, waktu kunjungan, ketersediaan alat medis) maupun dari sisi keluarga (kesiapan lingkungan fisik rumah, alokasi dana, dan kehadiran anggota keluarga). Pratidina dan Rokayah (2023) mengartikulasikan bahwa kegagalan pada dimensi struktur misalnya ketiadaan alat peraga yang memadai saat edukasi secara niscaya akan menyabotase seluruh tahapan asuhan berikutnya, terlepas dari seberapa brilian rencana intervensi yang telah disusun.

Dimensi kedua, yakni evaluasi proses, menyoroti dinamika interaksional dan operasional selama intervensi berlangsung. Penilaian ini memotret bagaimana tindakan keperawatan dieksekusi di lapangan, sejauh mana keluarga berpartisipasi aktif, dan apakah terdapat deviasi dari standar operasional prosedur yang telah ditetapkan. Perawat mengevaluasi tingkat antusiasme klien, kelancaran komunikasi terapeutik, serta hambatan situasional yang muncul secara tiba-tiba, seperti penolakan dari tokoh dominan di dalam rumah tangga. Pratidina dan Rokayah (2023) mencatat bahwa evaluasi proses sangat esensial untuk mendeteksi *blind spot* atau titik buta dalam metode instruksional perawat. Jika keluarga tampak kebingungan saat demonstrasi perawatan luka, evaluasi proses akan segera menginstruksikan perawat untuk memperlambat tempo penjelasan atau mengganti analogi yang digunakan.

Dimensi ketiga adalah evaluasi hasil (*outcome evaluation*), yang merupakan parameter ultimat dari keberhasilan asuhan. Evaluasi ini mengukur transformasi aktual pada status kesehatan, perilaku, dan tingkat kemandirian keluarga setelah seluruh rangkaian intervensi diselesaikan. Penilaian hasil dikalibrasi secara langsung dengan indikator-indikator spesifik yang tercantum dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Wulandari (2025) menjelaskan bahwa evaluasi hasil tidak hanya memotret perbaikan gejala klinis (seperti penurunan tekanan darah), tetapi juga harus memvalidasi peningkatan kapasitas sistemik, seperti kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan medis secara otonom. Sinergi dari ketiga dimensi evaluasi ini menghasilkan sebuah potret diagnostik yang utuh mengenai efektivitas program pembinaan kesehatan di tingkat domestik.

9.3.2 Penggunaan SOAP dalam Evaluasi

Transformasi data evaluatif menjadi sebuah dokumen legal dan ilmiah membutuhkan format pencatatan yang terstandarisasi, di mana metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, *Planning*) telah menjadi konvensi universal dalam praktik keperawatan klinis maupun komunitas. Komponen Subjektif (S) merepresentasikan narasi fenomenologis keluarga pasca-intervensi. Bagian ini mendokumentasikan keluhan yang masih dirasakan,

persepsi klien terhadap perubahan kondisinya, serta klaim verbal mengenai tindakan mandiri yang telah mereka lakukan. Sulidah dan Hananti (2024) menegaskan bahwa data subjektif ini sangat krusial karena ia memvalidasi tingkat penerimaan dan efikasi diri keluarga; pernyataan seperti "Kami sudah rutin mengganti balutan setiap pagi" merupakan indikator awal dari keberhasilan transfer keterampilan.

Komponen Objektif (O) berfungsi sebagai instrumen verifikasi empiris yang mengonfirmasi atau membantah klaim subjektif keluarga. Data ini diekstraksi melalui observasi langsung, pemeriksaan fisik, dan pengukuran parameter klinis oleh perawat. Dalam konteks keperawatan keluarga, observasi objektif juga mencakup inspeksi terhadap modifikasi lingkungan domestik, seperti mengecek apakah ventilasi rumah benar-benar telah dibuka atau apakah obat-obatan telah disimpan di tempat yang aman. Sulidah dan Hananti (2024) mengartikulasikan bahwa perpaduan antara data subjektif dan objektif ini menciptakan sebuah triangulasi informasi yang sangat solid, mencegah perawat dari penarikan kesimpulan yang bias atau hanya didasarkan pada asumsi sepihak.

Komponen Analisis (A) dan *Planning* (P) merupakan manifestasi dari penalaran klinis tingkat tinggi. Pada bagian Analisis, perawat menyintesis data S dan O untuk menyimpulkan status diagnosis keperawatan: apakah masalah telah teratasi secara paripurna, teratasi sebagian, atau justru muncul masalah baru. Kesimpulan ini kemudian mendikte rumusan pada komponen *Planning*, yang berisi proyeksi tindakan selanjutnya. Jika masalah teratasi, rencana dapat berupa terminasi asuhan atau pemeliharaan. Namun, jika masalah hanya teratasi sebagian, rencana harus memuat strategi modifikasi intervensi. Sulidah dan Hananti (2024) mencatat bahwa kedisiplinan dalam menggunakan format SOAP ini tidak hanya menjamin kesinambungan asuhan antarkunjungan, tetapi juga melindungi perawat secara medikolegal dengan menyediakan rekam jejak yang transparan mengenai seluruh keputusan klinis yang diambil di lapangan.

9.3.3 Penilaian Respon Keluarga terhadap Tindakan

Evaluasi yang komprehensif menuntut perawat untuk melakukan pembedaan analitis terhadap respons keluarga di tiga domain fundamental: kognitif, afektif, dan psikomotor. Penilaian pada domain kognitif bertujuan untuk mengukur tingkat retensi informasi dan peningkatan literasi kesehatan pasca-edukasi. Perawat tidak boleh sekadar bertanya "Apakah Bapak/Ibu sudah mengerti?", karena pertanyaan tertutup ini hampir selalu dijawab dengan afirmasi palsu demi kesopanan. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa perawat harus menggunakan teknik *teach-back* atau pertanyaan sirkular, meminta keluarga untuk menjelaskan kembali rasionalisasi medis dari suatu tindakan menggunakan bahasa awam mereka sendiri. Kemampuan keluarga dalam mengartikulasikan ulang konsep tersebut merupakan bukti sah dari keberhasilan restrukturisasi kognitif.

Pada domain afektif, penilaian difokuskan pada transformasi sikap, komitmen, dan ekuilibrium emosional keluarga. Intervensi keperawatan sering kali memicu turbulensi psikologis, terutama ketika keluarga dihadapkan pada diagnosis penyakit terminal atau keharusan untuk mengubah gaya hidup yang telah mengakar puluhan tahun. Perawat harus mengobservasi bahasa tubuh, nada suara, dan dinamika interaksi antaranggota keluarga untuk mendeteksi adanya resistensi laten atau kelelahan pengasuh (*caregiver burnout*). Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa respons afektif yang positif termanifestasi melalui penerimaan yang ikhlas terhadap kondisi pasien, penurunan tingkat kecemasan, serta tumbuhnya kohesi dan dukungan emosional yang solid di antara anggota keluarga dalam memikul beban perawatan.

Penilaian pada domain psikomotor merupakan uji validitas tertinggi terhadap kapasitas kemandirian keluarga. Domain ini mengevaluasi kecakapan teknis keluarga dalam mengeksekusi prosedur perawatan di rumah tanpa supervisi langsung dari perawat. Evaluasi dilakukan melalui observasi terhadap demonstrasi ulang (*return demonstration*) yang dilakukan oleh pengasuh utama. Wulandari (2025) menekankan bahwa perawat harus menilai ketepatan langkah, kepatuhan terhadap prinsip sterilitas, serta efisiensi gerakan keluarga. Jika keluarga mampu melakukan

injeksi insulin atau perawatan luka dengan tingkat presisi yang memenuhi standar keselamatan, maka perawat dapat menyimpulkan bahwa transfer keterampilan telah berhasil, dan keluarga tersebut telah memiliki kapasitas operasional untuk berfungsi sebagai unit pelayanan kesehatan primer yang otonom.

9.3.4 Modifikasi Rencana Berdasarkan Hasil Evaluasi

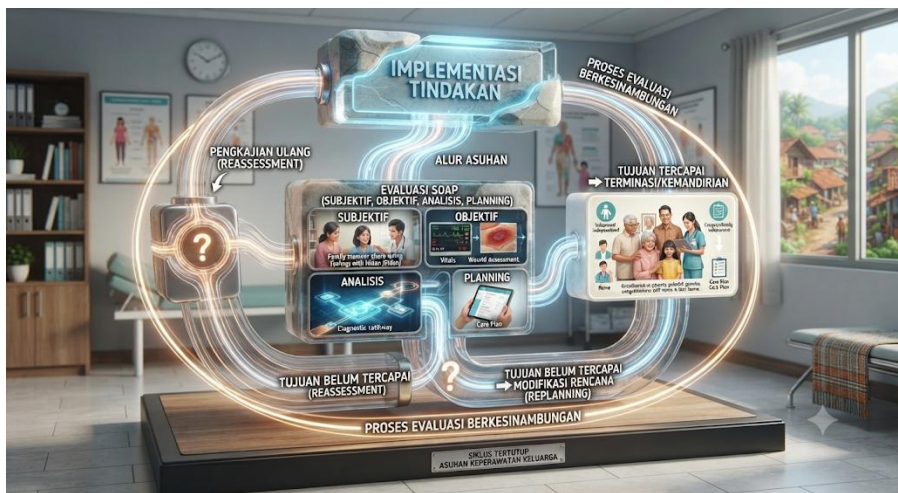
Realitas asuhan keperawatan di komunitas jarang sekali berjalan linier sesuai dengan skenario ideal di atas kertas. Sering kali, hasil evaluasi menunjukkan bahwa kriteria luaran gagal dicapai, atau masalah kesehatan keluarga justru mengalami stagnasi dan perburukan. Dalam situasi ini, perawat dilarang keras untuk merespons dengan sikap menghakimi atau melabeli keluarga sebagai klien yang "tidak patuh" (*non-compliant*). Wulandari (2025) menegaskan bahwa kegagalan pencapaian target harus diinterpretasikan sebagai indikasi adanya kelemahan struktural dalam desain asuhan itu sendiri. Oleh karena itu, hasil evaluasi yang suboptimal wajib memicu proses modifikasi rencana asuhan (*replanning*) yang sistematis dan berbasis pada analisis akar masalah (*root cause analysis*).

Proses modifikasi dimulai dengan re-evaluasi komprehensif terhadap seluruh tahapan proses keperawatan sebelumnya. Perawat harus menelusuri kembali apakah diagnosis yang ditegakkan sudah akurat, atau apakah ada etiologi tersembunyi seperti konflik finansial yang dirahasiakan keluarga yang luput dari pengkajian awal. Lukman (2024) menjelaskan bahwa modifikasi sering kali melibatkan penyesuaian target waktu pencapaian (memperpanjang tenggat waktu), penyederhanaan kriteria hasil agar lebih realistis, atau penggantian metode intervensi secara radikal. Misalnya, jika edukasi verbal terbukti gagal meningkatkan pemahaman keluarga lansia, perawat harus memodifikasi rencananya dengan menggunakan media visual yang lebih besar atau melibatkan anggota keluarga yang lebih muda sebagai penerjemah informasi.

Modifikasi rencana asuhan ini merupakan manifestasi nyata dari sifat dinamis dan adaptif proses keperawatan. Ia memastikan bahwa intervensi selalu relevan dengan kurva pembelajaran dan fluktuasi kapasitas keluarga. Wulandari (2025) mencatat bahwa setiap perubahan rencana

harus dinegosiasikan dan disepakati kembali bersama klien. Transparansi dalam mengakui bahwa suatu pendekatan tidak berhasil, lalu secara kolaboratif merancang strategi baru, justru akan memperkuat aliansi terapeutik antara perawat dan keluarga. Melalui siklus evaluasi dan modifikasi yang berkesinambungan ini, asuhan keperawatan keluarga bertransformasi menjadi sebuah proses iteratif yang terus menyempurnakan dirinya hingga ekuilibrium kesehatan yang paripurna benar-benar terwujud.

Gambar 9.2 Siklus Evaluasi dan Modifikasi Asuhan Keperawatan Keluarga Berbasis SOAP



(Sumber: Diadaptasi dari Sulidah & Hananti, 2024 & Wulandari, 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan diagram siklus tertutup (closed-loop diagram) yang merepresentasikan proses evaluasi berkesinambungan. Di bagian atas terdapat blok "Implementasi Tindakan", yang mengalir ke blok "Evaluasi SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Planning)". Dari blok analisis, terdapat dua cabang panah: panah pertama mengarah ke "Tujuan Tercapai → Terminasi/Kemandirian", sedangkan panah kedua mengarah ke "Tujuan Belum Tercapai → Modifikasi Rencana (Replanning)", yang kemudian berputar kembali ke fase pengkajian ulang dan implementasi lanjutan.

9.4 Tingkat Kemandirian Keluarga dan Tindak Lanjut

Tujuan paripurna dari seluruh konstelasi asuhan keperawatan komunitas bukanlah sekadar penyembuhan patologi klinis yang bersifat episodik, melainkan penciptaan sebuah entitas keluarga yang otonom, berdaya, dan memiliki resiliensi jangka panjang. Konsep kemandirian keluarga merepresentasikan transformasi status klien dari objek pasif penerima layanan medis menjadi subjek aktif yang memegang kendali penuh atas manajemen kesehatan di lingkungan domestik mereka. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa kemandirian ini merupakan indikator makro yang memvalidasi efektivitas seluruh intervensi edukatif dan fasilitatif yang telah dieksekusi oleh perawat. Tanpa adanya peningkatan level kemandirian, asuhan keperawatan hanya akan menciptakan siklus ketergantungan yang patologis antara keluarga dan sistem pelayanan kesehatan.

Pengukuran tingkat kemandirian tidak dapat dilakukan secara intuitif; ia membutuhkan instrumen evaluasi yang terstandarisasi dan berjenjang. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan dan profesi keperawatan telah menyepakati sebuah taksonomi kemandirian yang diklasifikasikan ke dalam empat tingkatan hierarkis (Kemandirian I hingga IV). Klasifikasi ini berfungsi sebagai kompas navigasi bagi perawat untuk menentukan posisi aktual keluarga dalam kurva pembelajaran mereka. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa pemetaan tingkat kemandirian ini secara langsung akan mendikte keputusan strategis perawat pada fase terminasi: apakah keluarga tersebut sudah layak untuk dilepas dari program pembinaan, apakah mereka masih membutuhkan kunjungan rumah intensif, atau apakah mereka memerlukan rujukan ke fasilitas tingkat lanjut akibat stagnasi fungsional.

9.4.1 Konsep Tingkat Kemandirian Keluarga (I hingga IV)

Konstruksi teoretis mengenai tingkat kemandirian keluarga dibangun di atas fondasi lima tugas kesehatan keluarga, di mana setiap tingkatan merepresentasikan akumulasi kompetensi kognitif, afektif, dan psikomotorik yang semakin kompleks. Tingkat Kemandirian I (Keluarga Mandiri Tingkat I) merupakan fase paling dasar, di mana keluarga baru

menunjukkan penerimaan pasif terhadap kehadiran perawat dan bersedia menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana. Pada tahap ini, keluarga mampu menyebutkan masalah kesehatan yang mereka hadapi secara garis besar, namun belum memiliki inisiatif atau keterampilan teknis untuk melakukan tindakan penyelesaian secara mandiri. Lukman (2024) mencatat bahwa keluarga pada level ini masih sangat bergantung pada intervensi *direct care* dan instruksi langsung dari tenaga kesehatan.

Bergerak menuju Tingkat Kemandirian II, keluarga mulai menunjukkan transisi dari kesadaran pasif menuju partisipasi aktif. Pada level ini, keluarga tidak hanya menerima masalah, tetapi juga telah mampu mengambil keputusan terapeutik yang rasional dan mulai mengeksekusi tindakan keperawatan sederhana di bawah supervisi perawat. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa keluarga di Tingkat II sudah menunjukkan komitmen untuk melakukan perawatan, namun tindakan mereka sering kali masih bersifat reaktif terhadap gejala yang muncul, belum menyentuh aspek modifikasi lingkungan atau pencegahan komplikasi jangka panjang. Perawat masih harus memberikan pendampingan yang cukup intensif, terutama dalam memvalidasi ketepatan prosedur psikomotorik yang dilakukan oleh pengasuh utama.

Puncak dari hierarki ini berada pada Tingkat Kemandirian III dan IV. Pada Tingkat III, keluarga telah mampu melaksanakan perawatan secara otonom, memodifikasi lingkungan domestik agar kondusif bagi pemulihan, dan secara proaktif memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan tanpa harus didorong oleh perawat. Sementara itu, Tingkat Kemandirian IV merepresentasikan ekuilibrium yang paripurna; keluarga tidak hanya mampu menyelesaikan masalah kuratif, tetapi juga telah mengintegrasikan perilaku promosi kesehatan dan prevensi ke dalam gaya hidup sehari-hari. Lukman (2024) menegaskan bahwa keluarga di Tingkat IV berfungsi sebagai unit pelayanan kesehatan primer yang seutuhnya, memiliki resiliensi tinggi terhadap stresor baru, dan bahkan mampu bertindak sebagai agen perubahan (*role model*) bagi keluarga lain di komunitas sekitarnya.

9.4.2 Indikator Capai Kemandirian Keluarga

Untuk menghindari bias subjektivitas dalam menentukan posisi keluarga pada hierarki kemandirian, perawat harus merujuk pada serangkaian indikator capaian yang sangat spesifik dan terukur. Indikator ini beroperasi sebagai instrumen audit klinis yang mengevaluasi manifestasi perilaku keluarga terhadap tujuh kriteria utama. Kriteria tersebut mencakup: penerimaan terhadap petugas kesehatan, kemampuan menyatakan masalah secara verbal, kemampuan mengambil keputusan, pelaksanaan perawatan di rumah, pemanfaatan fasilitas kesehatan, pelaksanaan promosi kesehatan, dan modifikasi lingkungan. Amanah et al. (2021) menjelaskan bahwa sebuah keluarga hanya dapat diklasifikasikan ke dalam tingkat kemandirian tertentu jika mereka telah memenuhi seluruh indikator prasyarat pada tingkat tersebut secara konsisten dalam beberapa kali observasi.

Sebagai contoh, dalam kasus keluarga dengan pasien skizofrenia, indikator capaian kemandirian tidak hanya diukur dari kepatuhan pasien meminum obat antipsikotik. Indikator yang lebih esensial adalah bagaimana keluarga memodifikasi pola komunikasi mereka untuk mereduksi *expressed emotion* (emosi yang diekspresikan secara negatif) yang sering memicu kekambuhan. Amanah et al. (2021) mencatat bahwa keluarga mencapai Kemandirian Tingkat III jika mereka secara mandiri mampu mengenali tanda-tanda awal halusinasi, segera memodifikasi lingkungan agar tenang, dan membawa pasien ke Puskesmas sebelum krisis psikotik terjadi. Jika keluarga masih mengurung pasien atau menyembunyikan kondisinya dari tetangga, maka secara objektif mereka masih terperangkap di Tingkat Kemandirian I atau II, terlepas dari seberapa sering perawat melakukan kunjungan.

Penilaian terhadap indikator capaian ini menuntut perawat untuk melakukan triangulasi data melalui wawancara mendalam, observasi partisipatoris, dan telaah dokumen rekam medis. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa perawat harus sangat berhati-hati terhadap fenomena *pseudo-independence* (kemandirian semu), di mana keluarga tampak mampu melakukan perawatan saat perawat hadir, namun kembali pada perilaku maladaptif segera setelah perawat meninggalkan rumah.

Oleh karena itu, validasi indikator kemandirian harus dilakukan secara longitudinal, memastikan bahwa perubahan perilaku yang ditunjukkan oleh keluarga telah terinternalisasi menjadi kebiasaan permanen, bukan sekadar kepatuhan situasional untuk menyenangkan hati petugas kesehatan.

9.4.3 Pelepasan Asuhan dan Penentuan Kebutuhan Tindak Lanjut

Fase pelepasan asuhan (*terminasi*) merupakan titik transisi psikologis dan operasional yang sangat kritis dalam manajemen keperawatan keluarga. Terminasi dilakukan ketika hasil evaluasi komprehensif membuktikan bahwa keluarga telah mencapai Tingkat Kemandirian III atau IV, di mana intervensi profesional lebih lanjut dianggap tidak lagi memberikan nilai tambah yang signifikan. Novera et al. (2021) menjelaskan bahwa pelepasan asuhan tidak boleh dieksekusi secara mendadak atau sepihak. Pemutusan hubungan terapeutik yang tiba-tiba dapat memicu kecemasan perpisahan (*separation anxiety*) pada keluarga, yang berpotensi meruntuhkan efikasi diri yang telah dibangun dengan susah payah, dan memicu regresi kembali ke perilaku ketergantungan.

Untuk memitigasi risiko tersebut, proses terminasi harus direncanakan sejak awal fase asuhan dan dieksekusi secara gradual (*tapering off*). Perawat secara bertahap mengurangi frekuensi kunjungan rumah misalnya dari seminggu sekali menjadi dua minggu sekali, lalu sebulan sekali sembari terus mendelegasikan tanggung jawab pengambilan keputusan kepada keluarga. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa pada fase transisi ini, perawat mengubah perannya dari seorang eksekutor klinis menjadi seorang konsultan jarak jauh. Perawat memberikan afirmasi positif atas keberhasilan keluarga dalam mempertahankan kemandirian mereka selama interval kunjungan yang diperpanjang tersebut, sehingga keluarga merasa yakin bahwa mereka benar-benar siap untuk dilepas secara penuh.

Meskipun asuhan formal telah dihentikan, perawat tetap memiliki kewajiban etis untuk merumuskan rencana tindak lanjut (*follow-up plan*). Keluarga yang telah mandiri tetap merupakan entitas yang rentan terhadap fluktuasi determinan sosial dan krisis situasional di masa depan.

Novera et al. (2021) mencatat bahwa rencana tindak lanjut dapat berupa penjadwalan kontrol rutin ke Posbindu atau Puskesmas, pemberian nomor kontak darurat yang dapat dihubungi, atau pengintegrasian keluarga ke dalam kelompok dukungan sebaya (*support group*) di komunitas. Melalui penentuan tindak lanjut yang presisi, perawat memastikan bahwa keluarga tidak dilepaskan ke dalam ruang hampa, melainkan ditransisikan ke dalam sebuah ekosistem sosial yang akan terus memelihara resiliensi mereka.

9.4.4 Rujukan dan Kolaborasi Lintas Sektor

Dalam realitas epidemiologi yang kompleks, tidak semua keluarga mampu mencapai tingkat kemandirian yang ideal meskipun perawat telah mengimplementasikan asuhan secara maksimal. Sering kali, perawat berhadapan dengan keluarga yang mengalami stagnasi di Tingkat Kemandirian I atau II akibat hambatan struktural yang berada di luar yurisdiksi keilmuan keperawatan, seperti kemiskinan ekstrem, ketiadaan akses sanitasi dasar, atau patologi medis yang membutuhkan intervensi spesialis. Dalam situasi kebuntuan ini, mekanisme rujukan dan kolaborasi lintas sektor menjadi instrumen penyelamat yang mutlak diperlukan untuk mencegah penelantaran klien (*client neglect*) (Novera et al., 2021).

Rujukan dalam konteks keperawatan komunitas tidak hanya bersifat vertikal (merujuk pasien ke rumah sakit rujukan tingkat lanjutan untuk penanganan medis kompleks), tetapi juga bersifat horizontal dan sosial. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa jika akar ketidakmandirian keluarga adalah ketidakmampuan finansial untuk membeli kursi roda bagi pasien stroke, maka perawat harus melakukan rujukan sosial dengan berkolaborasi bersama Dinas Sosial, lembaga filantropi, atau perangkat desa setempat. Perawat bertindak sebagai advokat yang menjembatani keluarga dengan sumber daya eksternal, memastikan bahwa determinan sosial kesehatan (*social determinants of health*) yang melumpuhkan keluarga tersebut dapat diintervensi oleh otoritas yang memiliki kapasitas dan anggaran yang relevan.

Proses kolaborasi lintas sektor ini menuntut perawat untuk memiliki kecakapan diplomasi dan pemahaman yang komprehensif mengenai

birokrasi sistem pelayanan publik. Lukman (2024) menegaskan bahwa perawat tidak boleh sekadar memberikan surat rujukan lalu melepaskan tanggung jawab. Perawat harus mengawal proses transisi tersebut, memberikan *handover* (operan) informasi klinis dan psikososial yang komprehensif kepada institusi penerima rujukan, dan memastikan bahwa keluarga tidak tersesat dalam labirin administratif. Melalui orkestrasi rujukan dan kolaborasi yang sinergis ini, perawat memastikan bahwa setiap keluarga terlepas dari seberapa berat hambatan struktural yang mereka hadapi tetap mendapatkan hak konstitusional mereka atas asuhan yang paripurna, berkesinambungan, dan bermartabat.

Tabel 9.1 Analisis Komparatif Dimensi Implementasi, Evaluasi, dan Kemandirian Keperawatan Keluarga

Dimensi Analisis	Konsep Kunci	Karakteristik Utama	Implikasi Klinis dalam Asuhan	Sumber Rujukan Utama
Eksekusi Tindakan	Kemitraan & Demonstrasi Psikomotorik	Transformasi rencana menjadi tindakan melalui stimulasi keputusan dan <i>return demonstration</i> di lingkungan domestik.	Mencegah ketergantungan pada perawat dan memastikan keluarga menguasai keterampilan teknis secara aman.	Kadrianti & Hasifah (2024); Wulandari (2025)
Metodologi Evaluasi	Kerangka Donabedian & Format SOAP	Penilaian komprehensif terhadap struktur, proses, dan hasil yang didokumentasikan melalui triangulasi data subjektif-objektif.	Memvalidasi efektivitas asuhan, mendeteksi anomali respons, dan menjadi dasar legal untuk modifikasi rencana (<i>replanning</i>).	Sulidah & Hananti (2024); Pratidina & Rokayah (2023)
Kapasitas	Tingkat	Klasifikasi	Menjadi	Lukman

Sistemik	Kemandirian Keluarga (I–IV)	hierarkis berbasis pemenuhan lima tugas kesehatan, bergerak dari penerimaan pasif menuju otonomi preventif.	parameter makro keberhasilan program pembinaan dan justifikasi objektif untuk melakukan terminasi asuhan.	(2024); Amanah et al. (2021)
Transisi Asuhan	Terminasi Gradual & Rujukan Lintas Sektor	Pelepasan tanggung jawab secara bertahap (<i>tapering off</i>) atau mobilisasi sumber daya eksternal untuk mengatasi stagnasi.	Mencegah <i>separation anxiety</i> , mempertahankan resiliensi jangka panjang, dan mengintervensi determinan sosial kesehatan.	Novera et al. (2021); Janah et al. (2025)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur metodologi asuhan dan evaluasi keperawatan komunitas kontemporer, 2021–2025)

BAB 10

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TAHAP I-IV

Pendahuluan

Dalam konstelasi keilmuan keperawatan keluarga, pemahaman terhadap siklus hidup keluarga (*family life cycle*) merupakan fondasi epistemologis yang mutlak diperlukan untuk merancang intervensi yang bersifat antisipatif dan preventif. Keluarga bukanlah sebuah entitas yang statis; ia adalah sebuah organisme sosial yang terus berevolusi melintasi ruang dan waktu, di mana setiap tahapan transisi membawa konstelasi stresor, tuntutan adaptasi, dan kerentanan patologis yang sangat spesifik. Bab ini memusatkan fokus analisis pada empat tahapan awal dari siklus kehidupan keluarga, yang membentang dari fase pembentukan sistem diadik pada pasangan baru menikah (Tahap I), masa penantian kelahiran (Tahap II), hingga fase pengasuhan anak prasekolah (Tahap III) dan anak usia sekolah (Tahap IV). Keempat tahapan awal ini merupakan periode kritis yang akan menentukan arsitektur resiliensi dan lintasan kesehatan keluarga di masa depan (Janah et al., 2025).

Meskipun literatur mengenai tahap perkembangan keluarga telah lama mapan, praktik keperawatan di tatanan layanan primer sering kali menyingkap sebuah celah penelitian (*research gap*) yang cukup memprihatinkan. Mayoritas intervensi keperawatan masih terjebak pada paradigma kuratif yang bersifat reaktif yakni baru merespons ketika penyakit klinis telah bermanifestasi sementara asuhan yang berorientasi pada bimbingan antisipatif (*anticipatory guidance*) untuk menghadapi krisis normatif di setiap transisi perkembangan sering kali terabaikan. Irwansyah (2026) mengartikulasikan bahwa kegagalan perawat dalam memfasilitasi penyelesaian tugas perkembangan pada fase awal pembentukan keluarga sering kali menjadi akar etiologi dari disfungsi sistemik yang lebih masif di kemudian hari, seperti tingginya angka perceraian dini, penelantaran anak, hingga malnutrisi kronis pada balita.

Berpijak pada problematika konseptual dan operasional tersebut, bab ini diformulasikan untuk mengurai serta menjawab serangkaian

pertanyaan klinis yang esensial. Pertama, bagaimana karakteristik ontologis dan tugas perkembangan spesifik pada keluarga Tahap I hingga IV dikonstruksi? Kedua, apa saja profil masalah kesehatan yang paling lazim mengancam ekuilibrium keluarga pada masing-masing tahapan tersebut? Ketiga, bagaimana perawat merancang asuhan keperawatan yang komprehensif, memadukan intervensi klinis dengan pendidikan kesehatan, untuk memastikan keluarga berhasil melampaui setiap krisis transisional? Melalui sintesis literatur terkini, uraian dalam bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan ketajaman analitis untuk memberikan asuhan yang benar-benar selaras dengan ritme evolusi keluarga (Janah et al., 2025).

10.1 Asuhan Keperawatan Keluarga Pasangan Baru Menikah

Fase pasangan baru menikah, atau yang secara terminologis dikenal sebagai keluarga Tahap I (*beginning family*), merepresentasikan titik nol dari seluruh siklus kehidupan sebuah unit domestik. Tahapan ini dimulai tepat pada saat dua individu yang berasal dari latar belakang kultural, nilai, dan kebiasaan yang berbeda secara resmi mengikatkan diri dalam sebuah komitmen legal dan spiritual untuk membentuk sebuah sistem diadik yang baru. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa fase ini bukanlah sekadar perayaan romantis, melainkan sebuah periode transisi psikososial yang sangat turbulen, di mana kedua belah pihak dituntut untuk melakukan negosiasi ulang terhadap identitas personal mereka demi mencapai sebuah ekuilibrium kolektif.

Dalam diskursus keperawatan keluarga, Tahap I diposisikan sebagai fondasi arsitektural yang akan menentukan kekokohan bangunan keluarga di masa depan. Kegagalan dalam meletakkan dasar komunikasi yang asertif, pembagian peran yang egaliter, dan perencanaan kesehatan reproduksi pada fase ini akan memicu efek domino berupa disfungsi relasional yang berkepanjangan. Oleh karena itu, asuhan keperawatan pada pasangan baru menikah sangat menitikberatkan pada intervensi promotif dan preventif, memastikan bahwa sistem diadik ini memiliki resiliensi yang memadai sebelum mereka melangkah ke tahapan perkembangan selanjutnya yang jauh lebih kompleks (Janah et al., 2025).

10.1.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap I

Karakteristik paling distingtif dari keluarga Tahap I adalah struktur diadiknya yang eksklusif, di mana sistem ini hanya terdiri dari suami dan istri tanpa kehadiran anak. Secara sosiologis, fase ini ditandai oleh proses peleburan (*merging*) dua ekosistem nilai yang berbeda menjadi satu kebudayaan domestik yang baru. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa pasangan baru menikah sering kali mengalami gegar budaya (*culture shock*) dalam skala mikro, di mana kebiasaan-kebiasaan kecil sehari-hari mulai dari manajemen keuangan, preferensi diet, hingga ritual tidur harus dikalibrasi ulang. Karakteristik lainnya adalah tingginya tingkat interdependensi emosional, di mana pasangan tengah membangun fondasi keintiman dan kepercayaan absolut sebagai prasyarat untuk menghadapi stresor eksternal.

Tugas perkembangan utama pada fase ini berpusat pada pencapaian kepuasan bersama dalam hubungan pernikahan. Tugas ini menuntut pasangan untuk merumuskan tujuan hidup kolektif, menyepakati pembagian peran domestik yang adil, dan membangun pola komunikasi yang terbuka untuk resolusi konflik. Irwansyah (2026) mencatat bahwa salah satu tugas yang paling krusial dan sering kali memicu friksi adalah penyesuaian hubungan dengan keluarga besar (*extended family*). Pasangan baru harus mampu menarik garis demarkasi yang tegas untuk melindungi otonomi sistem diadik mereka dari intervensi berlebihan pihak mertua atau kerabat, sembari tetap memelihara ikatan kekerabatan yang harmonis dan fungsional.

Selain adaptasi psikososial, tugas perkembangan yang memiliki implikasi klinis paling masif adalah perencanaan keluarga (*family planning*). Pasangan dituntut untuk mendiskusikan dan menyepakati visi reproduksi mereka: apakah mereka ingin segera memiliki keturunan, menunda kehamilan, serta berapa jumlah anak yang direncanakan. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa kesepakatan ini harus diikuti dengan pemilihan metode kontrasepsi yang rasional dan aman. Kegagalan dalam melaksanakan tugas perencanaan ini sering kali berujung pada kehamilan yang tidak diinginkan (*unintended pregnancy*), yang secara drastis akan memperpendek masa adaptasi diadik dan memaksa pasangan masuk ke

Tahap II sebelum mereka benar-benar siap secara emosional maupun finansial.

10.1.2 Masalah Kesehatan yang Lazim pada Keluarga Tahap I

Meskipun secara demografis pasangan baru menikah umumnya berada pada rentang usia dewasa muda dengan kondisi fisiologis yang prima, tahapan ini sama sekali tidak kebal terhadap ancaman patologi. Masalah kesehatan yang paling lazim bermanifestasi pada Tahap I umumnya berakar pada disfungsi adaptasi psikoseksual dan reproduksi. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa defisit literasi mengenai anatomi dan fisiologi seksual sering kali memicu kecemasan, dispareunia (nyeri saat berhubungan), hingga disfungsi ereksi psikogenik. Jika tidak segera diintervensi melalui konseling yang tepat, masalah seksual ini akan bermutasi menjadi konflik relasional yang destruktif, meruntuhkan keintiman, dan memicu depresi reaktif pada salah satu atau kedua belah pihak.

Selain masalah psikoseksual, ancaman penyakit menular seksual (PMS) dan infeksi saluran reproduksi (ISR) juga menempati posisi puncak dalam profil morbiditas keluarga Tahap I. Transisi menuju aktivitas seksual yang aktif dan rutin tanpa diiringi dengan pemahaman mengenai higiene reproduksi yang adekuat sering kali memicu insidensi infeksi, seperti kandidiasis, vaginosis bakterialis, hingga infeksi *Human Papillomavirus* (HPV). Janah et al. (2025) mencatat bahwa dalam konteks epidemiologi di Indonesia, perawat juga harus mewaspadai potensi transmisi penyakit sistemik yang mungkin disembunyikan oleh salah satu pasangan sebelum menikah, seperti Tuberkulosis, Hepatitis B, atau infeksi HIV, yang dapat mengancam keselamatan pasangan dan calon janin di masa depan.

Masalah kesehatan ketiga yang sering kali luput dari radar observasi klinis adalah distres psikologis akibat ketidakmampuan mengelola konflik finansial dan peran. Tuntutan ekonomi untuk membangun rumah tangga mandiri, ditambah dengan ekspektasi sosial yang tinggi, sering kali memicu sindrom kelelahan kronis dan stres adaptasi. Ahmadi et al. (2021) dalam kajiannya mengenai sistem perilaku mengartikulasikan bahwa akumulasi stresor yang tidak terkelola pada fase awal pernikahan ini

merupakan prediktor kuat bagi munculnya bibit-bibit kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Oleh karena itu, perawat harus memiliki ketajaman diagnostik untuk mendeteksi tanda-tanda awal kekerasan verbal atau isolasi sosial yang mungkin dialami oleh pihak yang lebih rentan dalam struktur diadik tersebut.

10.1.3 Asuhan Keperawatan untuk Keluarga Tahap I

Desain asuhan keperawatan untuk keluarga Tahap I sangat didominasi oleh intervensi pada domain edukasi, konseling, dan bimbingan antisipatif. Mengingat mayoritas masalah berakar pada defisit pengetahuan dan turbulensi adaptasi, perawat bertindak sebagai edukator dan mediator yang memfasilitasi transisi tersebut. Langkah pertama dalam asuhan adalah melakukan pengkajian komprehensif terhadap riwayat kesehatan reproduksi, pola komunikasi, dan tingkat stres pasangan. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa pengkajian pada fase ini menuntut perawat untuk menggunakan teknik wawancara yang sangat sensitif dan menjaga kerahasiaan absolut, mengingat isu-isu terkait seksualitas dan konflik mertua merupakan ranah privat yang sangat tabu untuk didiskusikan secara terbuka dalam budaya Timur.

Intervensi utama difokuskan pada pendidikan kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga. Perawat memberikan konseling mengenai berbagai metode kontrasepsi, memaparkan indikasi, kontraindikasi, serta efek samping dari masing-masing metode secara objektif. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa perawat harus memfasilitasi *informed decision making*, memastikan bahwa pemilihan kontrasepsi merupakan hasil konsensus bersama, bukan paksaan dari salah satu pihak. Selain itu, edukasi juga mencakup promosi gaya hidup sehat prakonsepsi, seperti pemenuhan nutrisi asam folat, penghentian kebiasaan merokok, dan skrining penyakit genetik (seperti talasemia) sebagai langkah mitigasi sebelum pasangan memutuskan untuk memasuki fase kehamilan.

Lebih jauh, asuhan keperawatan juga harus menyentuh dimensi psikososial melalui intervensi penguatan koping keluarga. Perawat melatih pasangan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi asertif, mengajarkan teknik resolusi konflik yang konstruktif, dan membantu

mereka merumuskan batasan (*boundaries*) yang sehat dengan keluarga besar. Ahmadi et al. (2021) mencatat bahwa melalui konseling adaptasi peran, perawat memampukan pasangan untuk menormalisasi perasaan frustrasi yang muncul selama fase penyesuaian ini. Dengan membekali pasangan baru menikah dengan literasi reproduksi yang komprehensif dan keterampilan manajemen stres yang solid, asuhan keperawatan secara efektif telah meletakkan fondasi resiliensi yang akan melindungi keluarga tersebut dari berbagai krisis normatif di masa depan.

Gambar 10.1 Model Adaptasi Diadik dan Fokus Asuhan Keperawatan pada Keluarga Tahap I



(Sumber: Diadaptasi dari Irwansyah, 2026 & Janah et al., 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan skema dua lingkaran yang saling tumpang tindih (diagram Venn) yang merepresentasikan penyatuan dua individu menjadi sistem diadik. Di area irisan tengah terdapat tulisan "Ekulibrium Keluarga Tahap I". Panah-panah yang mengarah ke irisan tersebut merepresentasikan fokus intervensi keperawatan: "Konseling Adaptasi Peran", "Edukasi Kesehatan Reproduksi", "Perencanaan Keluarga (KB)", dan "Bimbingan Antisipatif Prakonsepsi", yang berfungsi sebagai pilar penopang stabilitas rumah tangga baru.

10.2 Asuhan Keperawatan Keluarga Menunggu Kelahiran Anak Pertama

Transisi dari sistem diadik menuju sistem triadik melalui kehamilan anak pertama merepresentasikan salah satu titik balik paling monumental dalam arsitektur siklus hidup keluarga. Fase yang secara terminologis dikenal sebagai keluarga Tahap II (*childbearing family*) ini dimulai sejak momen konsepsi hingga kelahiran bayi pertama. Periode ini bukan sekadar proses biologis pematangan janin di dalam uterus, melainkan sebuah metamorfosis psikososial dan kultural yang sangat masif, di mana sepasang suami istri secara fundamental harus merekonstruksi identitas personal mereka untuk mengadopsi peran baru sebagai ayah dan ibu. Irwansyah (2026) mengartikulasikan bahwa kehamilan pertama sering kali memicu krisis maturasi; sebuah turbulensi normatif yang menguji batas resiliensi pasangan dalam mengelola kecemasan, ekspektasi, dan perubahan fisiologis yang terjadi secara simultan.

Dalam diskursus keperawatan keluarga, asuhan pada Tahap II diposisikan sebagai intervensi hulu yang sangat strategis untuk memutus rantai morbiditas maternal dan neonatal. Perawat komunitas tidak hanya berfokus pada pemantauan parameter obstetrik sang ibu, tetapi juga harus mengintervensi ekosistem domestik secara keseluruhan. Kesiapan finansial, dukungan emosional dari suami, serta modifikasi lingkungan rumah menjadi variabel-variabel penentu yang akan mendikte apakah proses kehamilan dan persalinan nantinya akan berjalan sebagai sebuah pengalaman yang memberdayakan atau justru berujung pada trauma klinis. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa asuhan keperawatan pada fase ini harus bersifat antisipatif, membekali keluarga dengan literasi dan keterampilan koping yang solid sebelum krisis persalinan benar-benar terjadi.

10.2.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap II

Karakteristik ontologis yang paling menonjol pada keluarga Tahap II adalah terjadinya pergeseran lokus perhatian dari pemenuhan kebutuhan eksklusif pasangan menjadi orientasi perlindungan terhadap janin yang tengah berkembang. Secara fisiologis, sang istri mengalami fluktuasi

hormonal yang ekstrem, perubahan anatomi tubuh, dan adaptasi metabolik yang sering kali memicu ketidaknyamanan fisik. Di sisi lain, secara psikologis, kedua belah pihak mulai membangun ikatan afektif imajiner dengan calon bayi (*maternal-fetal attachment*). Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa karakteristik fase ini sangat diwarnai oleh ambivalensi emosional; di satu sisi terdapat euforia dan antisipasi yang tinggi menyambut anggota keluarga baru, namun di sisi lain muncul ketakutan yang mendalam terkait keselamatan kehamilan dan hilangnya kebebasan personal yang selama ini dinikmati pada Tahap I.

Tugas perkembangan utama pada fase *childbearing* ini menuntut reorganisasi struktural dan fungsional yang sangat komprehensif di dalam rumah tangga. Pasangan harus mulai memodifikasi ruang fisik hunian mereka untuk mengakomodasi kebutuhan bayi, merencanakan alokasi anggaran yang signifikan untuk biaya persalinan dan perlengkapan anak, serta menegosiasikan ulang pembagian tugas domestik. Irwansyah (2026) mencatat bahwa suami dituntut untuk mengambil alih sebagian besar beban kerja fisik di rumah guna mencegah kelelahan pada istri yang tengah hamil. Selain itu, tugas perkembangan yang paling krusial adalah transisi identitas peran; pasangan harus secara mental mempersiapkan diri untuk melepaskan gaya hidup yang berpusat pada diri sendiri dan mengadopsi etos pengorbanan yang inheren dalam peran pengasuhan (*parenthood*).

Lebih jauh, tugas perkembangan pada Tahap II juga mencakup rekalisasi hubungan dengan suprasistem, khususnya keluarga besar (*extended family*). Kehadiran cucu pertama sering kali memicu rekonfigurasi dinamika kekuasaan antara pasangan muda dengan orang tua mereka. Ahmadi et al. (2021) mengartikulasikan bahwa pasangan harus mampu mengintegrasikan peran baru kakek dan nenek ke dalam ekosistem keluarga mereka, sembari tetap mempertahankan otonomi dalam mengambil keputusan terkait pola asuh dan intervensi medis. Kegagalan dalam menetapkan batasan (*boundaries*) yang sehat pada fase ini sering kali memicu intervensi mertua yang berlebihan, yang pada akhirnya akan mereduksi efikasi diri pasangan muda dan memicu konflik loyalitas yang merusak harmoni pernikahan menjelang proses persalinan.

10.2.2 Masalah Kesehatan yang Lazim pada Keluarga Tahap II

Profil morbiditas pada keluarga yang tengah menunggu kelahiran anak pertama sangat didominasi oleh komplikasi obstetrik dan turbulensi psikologis. Secara biomedis, kehamilan pertama (primigravida) membawa risiko inheren terhadap berbagai patologi kehamilan yang dapat mengancam nyawa ibu dan janin. Janah et al. (2025) mengidentifikasi bahwa masalah kesehatan fisik yang paling lazim bermanifestasi meliputi hiperemesis gravidarum pada trimester pertama, anemia defisiensi besi akibat peningkatan volume plasma, hingga ancaman preeklamsia dan diabetes gestasional pada trimester akhir. Ketidaktahuan keluarga dalam mendeteksi tanda-tanda bahaya (*danger signs*) dari patologi ini sering kali menyebabkan keterlambatan dalam mencari pertolongan medis, yang berkontribusi langsung terhadap tingginya angka kematian ibu (AKI) di negara berkembang.

Di luar dimensi fisiologis, masalah kesehatan mental menempati porsi yang sangat signifikan pada keluarga Tahap II. Fluktuasi hormonal yang berpadu dengan kecemasan antisipatif sering kali memicu distress psikologis yang masif pada sang istri, bermanifestasi dalam bentuk gangguan citra tubuh (*body image disturbance*), insomnia, hingga depresi prenatal. Ahmadi et al. (2021) dalam kajiannya menyoroti bahwa suami juga tidak kebal terhadap stresor ini; banyak calon ayah yang mengalami sindrom Couvade (merasakan gejala fisik kehamilan secara psikosomatis) atau mengalami tekanan mental yang ekstrem akibat beban finansial sebagai pencari nafkah tunggal. Jika kecemasan kolektif ini tidak difasilitasi melalui mekanisme koping yang adaptif, ia akan bermutasi menjadi krisis emosional yang melumpuhkan fungsionalitas keluarga.

Masalah ketiga yang sering kali menjadi sumber friksi laten adalah disfungsi psikoseksual dan miskomunikasi relasional. Perubahan anatomi tubuh istri dan ketakutan irasional akan mencederai janin sering kali menyebabkan penurunan drastis pada frekuensi dan kualitas keintiman seksual pasangan. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa tanpa adanya komunikasi yang asertif, suami dapat merasa diabaikan atau ditolak, sementara istri merasa tidak dipahami dan tidak didukung secara emosional. Akumulasi dari frustrasi seksual dan kelelahan fisik ini dapat

menciptakan jarak emosional (*emotional distancing*) yang sangat berbahaya, justru pada saat di mana kedua belah pihak paling membutuhkan dukungan satu sama lain untuk menghadapi krisis persalinan yang sudah di depan mata.

10.2.3 Asuhan Keperawatan untuk Keluarga Tahap II

Desain asuhan keperawatan pada keluarga Tahap II harus dikonstruksi secara holistik, memadukan pemantauan klinis yang ketat dengan intervensi edukatif yang memberdayakan. Langkah fundamental pertama adalah memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan akses dan kepatuhan terhadap pelayanan *Antenatal Care* (ANC) yang terstandarisasi. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa perawat komunitas bertugas melakukan skrining risiko tinggi melalui pemeriksaan fisik rutin, pemantauan status gizi (pengukuran LILA dan kadar hemoglobin), serta evaluasi pertumbuhan janin. Perawat harus memposisikan diri sebagai manajer kasus yang proaktif, memastikan bahwa setiap deviasi fisiologis sekecil apa pun segera diidentifikasi dan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebelum berkembang menjadi komplikasi obstetrik yang fatal.

Pilar kedua dari asuhan keperawatan pada fase ini adalah pendidikan kesehatan dan bimbingan antisipatif (*anticipatory guidance*). Edukasi tidak boleh hanya ditujukan kepada sang istri, melainkan harus secara aktif melibatkan suami sebagai mitra kolaboratif. Irwansyah (2026) mengartikulasikan bahwa perawat wajib memberikan literasi komprehensif mengenai nutrisi kehamilan, manajemen ketidaknyamanan fisik, pengenalan tanda bahaya kehamilan, hingga persiapan laktasi. Lebih jauh, perawat harus menginisiasi program "Suami Siaga" (Siap, Antar, Jaga), melatih calon ayah untuk menyusun rencana persalinan (*birth plan*), mempersiapkan donor darah, dan merencanakan transportasi darurat. Melalui edukasi yang terstruktur ini, keluarga ditransformasi menjadi unit deteksi dini yang tangguh dan siap menghadapi segala kemungkinan saat persalinan.

Pilar ketiga berfokus pada intervensi psikososial untuk mereduksi kecemasan dan memperkuat kohesi diadik. Perawat memfasilitasi sesi konseling pasangan untuk membuka saluran komunikasi yang mungkin

tersumbat akibat ketakutan yang tidak terucapkan. Ahmadi et al. (2021) mencatat bahwa perawat dapat mengajarkan teknik relaksasi, manajemen stres, dan memandu pasangan untuk mendiskusikan ekspektasi mereka terkait peran pengasuhan kelak. Perawat juga memberikan afirmasi positif terhadap perubahan citra tubuh istri, membantu suami untuk tetap memberikan dukungan afektif dan keintiman non-koital. Dengan merawat dimensi emosional dan relasional ini, asuhan keperawatan memastikan bahwa pasangan tidak hanya bertahan melewati masa kehamilan, tetapi juga melangkah ke ruang bersalin dengan tingkat efikasi diri dan solidaritas yang paripurna.

10.3 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Prasekolah

Transisi dari masa bayi menuju fase prasekolah menandai babak baru yang sangat dinamis dalam evolusi siklus hidup keluarga. Tahap III ini secara demografis dimulai ketika anak pertama menginjak usia dua setengah tahun dan berakhir saat ia berusia lima tahun. Berbeda secara diametral dengan fase sebelumnya yang sangat didominasi oleh pemenuhan kebutuhan kelangsungan hidup dasar (*basic survival*), fase prasekolah diwarnai oleh ledakan energi, mobilitas fisik yang masif, serta kebangkitan otonomi kognitif pada anak. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa keluarga pada tahapan ini tidak lagi beroperasi sebagai inkubator pelindung yang tertutup, melainkan harus bertransformasi menjadi fasilitator eksplorasi yang membuka pintu bagi anak untuk mulai berinteraksi dengan ekosistem sosial yang lebih luas.

Dalam lanskap keperawatan komunitas, asuhan pada keluarga Tahap III menuntut pergeseran paradigma intervensi dari perawatan fisik langsung menuju stimulasi tumbuh kembang dan bimbingan antisipatif (*anticipatory guidance*). Perawat dihadapkan pada tantangan untuk membantu orang tua menyeimbangkan dua kutub yang sering kali saling berbenturan: memberikan kebebasan bagi anak untuk mengeksplorasi lingkungannya demi mencapai kematangan psikososial, sembari tetap menerapkan batasan disiplin yang tegas untuk menjamin keselamatan fisiknya. Krisnana (2026) menegaskan bahwa kegagalan keluarga dalam menavigasi paradoks pengasuhan ini sering kali memicu krisis fungsional,

bermanifestasi dalam bentuk trauma fisik pada anak, gangguan perilaku oposisional, hingga kelelahan kronis pada orang tua yang berujung pada disfungsi relasional.

10.3.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap III

Karakteristik ontologis yang paling menonjol pada keluarga dengan anak prasekolah adalah tingginya tingkat kebisingan, mobilitas, dan tuntutan interaksi di dalam rumah tangga. Anak pada usia ini digerakkan oleh rasa ingin tahu yang insatiabel (*insatiable curiosity*), terus-menerus menguji batasan fisik lingkungan dan batasan kesabaran orang tua melalui rentetan pertanyaan tanpa henti serta perilaku asertif. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa karakteristik ini sering kali diperumit oleh kehadiran anak kedua atau ketiga, yang secara drastis melipatgandakan beban pengasuhan dan memicu dinamika persaingan antarsaudara (*sibling rivalry*). Keluarga harus beroperasi dengan tingkat kewaspadaan yang sangat tinggi, mengelola jadwal yang padat, dan mendistribusikan perhatian secara adil di tengah keterbatasan energi fisik dan emosional.

Tugas perkembangan utama pada fase ini berpusat pada sosialisasi anak dan penanaman fondasi moral dasar. Keluarga dituntut untuk mulai mengintegrasikan anak ke dalam norma-norma kultural, mengajarkan etika interaksi sosial, dan melatih kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activities of Daily Living*), seperti *toilet training*, berpakaian, dan makan secara mandiri. Krisnana (2026) mengartikulasikan bahwa orang tua harus bertransisi dari gaya pengasuhan yang sepenuhnya direktif menjadi gaya pengasuhan yang lebih otoritatif; memberikan ruang bagi anak untuk membuat pilihan-pilihan sederhana guna menumbuhkan inisiatif, namun tetap memberikan konsekuensi yang konsisten jika aturan keselamatan dilanggar. Kegagalan dalam tugas sosialisasi ini akan menghasilkan anak yang dipenuhi rasa bersalah (*guilt*) dan keraguan, menghambat kesiapan mereka untuk memasuki institusi pendidikan formal.

Selain tugas yang berorientasi pada anak, pasangan suami istri juga dihadapkan pada tugas perkembangan diadik yang tidak kalah krusial, yakni mempertahankan keintiman pernikahan di tengah kelelahan

pengasuhan. Janah et al. (2025) mencatat bahwa fokus yang terlalu eksklusif pada kebutuhan anak sering kali menyebabkan pasangan mengabaikan kebutuhan emosional dan seksual satu sama lain. Oleh karena itu, tugas keluarga pada tahap ini mencakup negosiasi ulang terkait pembagian waktu; mereka harus secara sadar mengalokasikan ruang privat untuk merawat relasi suami-istri, membagi beban kerja domestik secara lebih egaliter, dan tetap memelihara hubungan yang fungsional dengan keluarga besar maupun komunitas sosial di luar rumah.

10.3.2 Masalah Kesehatan yang Lazim pada Keluarga Tahap III

Profil morbiditas pada keluarga Tahap III sangat didominasi oleh penyakit infeksius dan risiko trauma fisik, yang merupakan konsekuensi logis dari perluasan radius interaksi sosial dan peningkatan mobilitas anak. Ketika anak mulai memasuki kelompok bermain (*playgroup*) atau taman kanak-kanak, mereka terpapar pada berbagai patogen baru sementara sistem imun mereka belum matang secara paripurna. Fauziyah et al. (2024) mengidentifikasi bahwa Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), diare, serta penyakit menular masa kanak-kanak seperti varisela (cacar air) dan morbili merupakan masalah kesehatan yang paling sering menginvasi keluarga pada fase ini. Siklus penularan yang berulang di dalam rumah tangga sering kali menyebabkan absensi orang tua dari tempat kerja, memicu kerugian finansial dan stres psikologis.

Ancaman kesehatan kedua yang menempati posisi puncak adalah kecelakaan dan cedera di lingkungan domestik (*home accidents*). Rasa ingin tahu anak prasekolah yang sangat tinggi tidak diimbangi dengan kapasitas kognitif untuk memprediksi bahaya. Mereka cenderung memanjat perabotan, mengeksplorasi sumber listrik, atau menelan zat-zat kimia rumah tangga yang berwarna menarik. Krisnana (2026) menjelaskan bahwa insidensi luka bakar, keracunan, aspirasi benda asing, hingga trauma kepala akibat jatuh merupakan manifestasi dari kegagalan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah menjadi zona yang aman (*childproof*). Kecelakaan ini bukan sekadar nasib buruk, melainkan indikator defisit literasi keselamatan pada orang tua yang membutuhkan intervensi edukatif segera.

Masalah kesehatan ketiga bermanifestasi pada domain nutrisi dan perilaku. Fase prasekolah sering kali diwarnai oleh fenomena *picky eating* (pilih-pilih makanan) dan penolakan terhadap rutinitas makan, yang jika tidak dikelola dengan tepat dapat berujung pada defisit makronutrien, stunting, atau sebaliknya, obesitas dini akibat kompensasi pemberian makanan olahan tinggi gula. Fauziyah et al. (2024) juga menyoroti bahwa masalah perilaku seperti tantrum yang destruktif, gangguan pola tidur, dan enuresis (mengompol) sekunder sering kali menjadi sumber frustrasi utama bagi orang tua. Patologi perilaku ini umumnya merupakan simptom dari dinamika keluarga yang disfungsi, seperti inkonsistensi dalam penerapan disiplin atau kurangnya stimulasi afektif yang positif dari lingkungan sekitar.

10.3.3 Asuhan Keperawatan Tumbuh Kembang Anak Prasekolah

Desain asuhan keperawatan pada keluarga Tahap III harus berpusat pada optimalisasi potensi genetik dan lingkungan untuk mendukung tumbuh kembang anak secara paripurna. Langkah fundamental pertama adalah pelaksanaan skrining dan deteksi dini menggunakan instrumen yang terstandarisasi, seperti Kuesioner Praskrining Perkembangan (KPSP) atau *Denver Developmental Screening Test* (DDST II). Krisnana (2026) mengartikulasikan bahwa perawat komunitas wajib melakukan asesmen berkala terhadap empat sektor utama: motorik kasar, motorik halus, bahasa, dan personal-sosial. Deteksi dini ini sangat krusial karena intervensi terhadap keterlambatan perkembangan (*developmental delay*) akan memberikan prognosis yang jauh lebih baik jika dieksekusi pada masa periode emas (*golden age*) plastisitas otak anak.

Setelah asesmen dilakukan, intervensi keperawatan difokuskan pada pemberdayaan orang tua sebagai stimulator utama. Perawat tidak mengambil alih peran stimulasi, melainkan melatih keluarga untuk mengintegrasikan aktivitas terapeutik ke dalam rutinitas harian. Fauziyah et al. (2024) menjelaskan bahwa perawat mengajarkan teknik terapi bermain (*play therapy*) yang sesuai dengan usia kronologis anak, mempromosikan pembacaan buku cerita interaktif untuk menstimulasi area bahasa, serta mendorong aktivitas fisik di luar ruangan untuk melatih koordinasi motorik kasar. Perawat juga memandu orang tua untuk

menyediakan alat permainan edukatif yang tidak harus mahal, melainkan dapat dimodifikasi dari barang-barang rumah tangga yang aman, guna merangsang imajinasi dan kreativitas kognitif anak.

Lebih jauh, asuhan keperawatan tumbuh kembang juga harus menyentuh dimensi psikososial melalui intervensi modifikasi perilaku. Perawat memberikan konseling kepada orang tua mengenai cara merespons tantrum tanpa menggunakan kekerasan fisik atau verbal. Krisnana (2026) mencatat bahwa perawat melatih keluarga untuk menerapkan teknik *time-out* yang konstruktif, memberikan penguatan positif (*positive reinforcement*) atas perilaku adaptif anak, dan membangun rutinitas harian yang terstruktur untuk memberikan rasa aman secara psikologis. Melalui asuhan yang komprehensif ini, perawat memastikan bahwa ekosistem keluarga benar-benar berfungsi sebagai rahim sosiologis yang mematangkan kapasitas intelektual dan emosional anak sebelum mereka melangkah ke dunia akademik.

10.3.4 Pendidikan Kesehatan Orang Tua pada Tahap III

Pendidikan kesehatan menempati posisi sebagai pilar intervensi yang paling strategis untuk mereduksi morbiditas dan meningkatkan resiliensi keluarga dengan anak prasekolah. Fokus edukasi pertama diarahkan pada manajemen nutrisi dan higiene personal. Fauziyah et al. (2024) mengartikulasikan bahwa perawat harus mendekonstruksi mitos-mitos pemberian makan yang keliru dan membekali orang tua dengan literasi mengenai penyusunan menu gizi seimbang. Edukasi mencakup strategi kreatif untuk mengatasi *picky eating*, seperti melibatkan anak dalam proses penyiapan makanan dan menciptakan suasana makan yang menyenangkan tanpa distraksi gawai. Selain itu, perawat juga melatih keluarga untuk menanamkan kebiasaan cuci tangan pakai sabun dan praktik kebersihan gigi pada anak sebagai benteng pertahanan utama melawan penyakit infeksius.

Fokus edukasi kedua adalah bimbingan antisipatif (*anticipatory guidance*) terkait pencegahan cedera dan modifikasi lingkungan. Perawat tidak boleh berasumsi bahwa orang tua secara instingtif mengetahui potensi bahaya di rumah mereka. Janah et al. (2025) menegaskan bahwa

perawat harus melakukan *home visit* untuk memetakan titik-titik rawan, lalu mengedukasi keluarga mengenai teknik *childproofing*. Materi edukasi mencakup pengamanan stopkontak, penyimpanan obat dan bahan kimia di lemari terkunci, pemasangan pagar di area tangga, hingga pengawasan ketat saat anak bermain di dekat sumber air. Perawat juga membekali orang tua dengan keterampilan Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) dasar, seperti penanganan tersedak (manuver Heimlich) dan manajemen awal luka bakar.

Fokus edukasi ketiga menysasar pada peningkatan kapasitas pengasuhan (*parenting skills*) dan manajemen stres keluarga. Mengasuh anak prasekolah yang hiperaktif sering kali menguras cadangan energi emosional orang tua, memicu kelelahan yang dapat berujung pada penelantaran atau kekerasan. Krisnana (2026) mencatat bahwa perawat harus memfasilitasi sesi psikoedukasi yang mengajarkan teknik regulasi emosi bagi orang tua, mempromosikan komunikasi asertif antara suami dan istri dalam berbagi beban pengasuhan, serta mengedukasi mereka mengenai pentingnya konsistensi dalam menerapkan aturan. Melalui pendidikan kesehatan yang holistik ini, perawat tidak hanya melindungi anak dari ancaman patologis, tetapi juga merawat kewarasan psikologis orang tua, memastikan ekuilibrium keluarga tetap terjaga di tengah badai transisi perkembangan.

Gambar 10.2 Fokus Asuhan dan Bimbingan Antisipatif pada Keluarga dengan Anak Prasekolah



(Sumber: Diadaptasi dari Krisnana, 2026 & Fauziyah et al., 2024)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan skema segitiga intervensi keperawatan keluarga Tahap III. Di sudut atas terdapat "Stimulasi Tumbuh Kembang (Kognitif & Motorik)", di sudut kiri bawah terdapat "Modifikasi Lingkungan & Pencegahan Cedera", dan di sudut kanan bawah terdapat "Manajemen Nutrisi & Modifikasi Perilaku". Di tengah segitiga tersebut terdapat ikon keluarga yang merepresentasikan ekuilibrium sistem domestik yang dicapai melalui sinergi ketiga pilar asuhan tersebut.

10.4 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Usia Sekolah

Memasuki Tahap IV dalam siklus kehidupan keluarga, yang secara demografis ditandai oleh masuknya anak pertama ke institusi pendidikan formal (usia 6 hingga 12 tahun), sistem domestik mengalami pergeseran ekuilibrium yang sangat radikal. Jika pada fase prasekolah keluarga beroperasi sebagai pusat gravitasi tunggal bagi kehidupan anak, maka pada fase usia sekolah, monopoli pengaruh tersebut mulai terpecah. Anak mulai melangkah keluar dari batas-batas teritorial rumah dan terpapar pada ekosistem sosial yang jauh lebih luas, di mana figur guru, teman sebaya (*peer group*), dan kurikulum akademik mulai mengambil alih sebagian peran sosialisasi. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa

transisi ini memaksa keluarga untuk merekonfigurasi batas-batas sistem mereka (*system boundaries*), mengubah pola pengasuhan dari yang bersifat protektif-direktif menjadi lebih fasilitatif-kolaboratif, guna mendukung pencapaian otonomi dan kompetensi sosial anak.

Dalam lanskap keperawatan komunitas, asuhan pada keluarga Tahap IV menuntut perawat untuk memperluas lensa observasinya melampaui dinding rumah klien. Perawat harus memetakan interaksi yang terjadi antara mikrosistem keluarga dengan mesosistem sekolah, karena patologi yang muncul pada anak usia sekolah baik secara fisik maupun psikososial hampir selalu merupakan produk dari friksi antara kedua lingkungan tersebut. Im et al. (2024) menegaskan bahwa intervensi keperawatan pada fase ini tidak lagi berfokus semata-mata pada kelangsungan hidup biologis, melainkan pada optimalisasi kapasitas fungsional anak untuk meraih prestasi akademik, membangun resiliensi terhadap tekanan teman sebaya, dan mengelola transisi menuju masa prapubertas dengan tingkat efikasi diri yang paripurna.

10.4.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap IV

Karakteristik ontologis yang paling mendasar pada keluarga dengan anak usia sekolah adalah terjadinya desentralisasi otoritas pengasuhan dan peningkatan kemandirian fisik anak. Pada fase ini, anak menghabiskan sebagian besar waktu produktifnya di luar rumah, berinteraksi dengan berbagai norma dan nilai yang mungkin berkontradiksi dengan kebudayaan domestik mereka. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa karakteristik ini sering kali memicu kecemasan pelepasan (*separation anxiety*) pada orang tua, yang harus belajar mempercayai institusi eksternal untuk menjaga keselamatan dan mendidik anak mereka. Di sisi lain, anak mulai mengembangkan kapasitas kognitif operasional konkret, memungkinkan mereka untuk berpikir logis, memahami aturan sosial yang kompleks, dan mulai membandingkan keluarga mereka dengan keluarga teman sebayanya.

Tugas perkembangan utama keluarga pada Tahap IV berpusat pada fasilitasi pencapaian akademik dan integrasi sosial anak. Keluarga dituntut untuk menciptakan lingkungan rumah yang kondusif bagi proses belajar,

menyediakan stimulasi intelektual yang memadai, dan secara aktif berkolaborasi dengan pihak sekolah untuk memonitor progresivitas anak. Krisnana (2026) mengartikulasikan bahwa orang tua harus mampu menyeimbangkan antara pemberian dukungan yang afirmatif dengan tuntutan tanggung jawab; mereka harus mendorong anak untuk menyelesaikan tugas-tugas sekolah secara mandiri guna menumbuhkan rasa kompetensi (*industry*), sekaligus mencegah munculnya perasaan inferioritas jika anak mengalami kegagalan akademik. Kegagalan keluarga dalam menyediakan dukungan ini sering kali bermanifestasi sebagai demotivasi belajar dan perilaku oposisional di sekolah.

Selain tugas yang berorientasi pada anak, pasangan suami istri juga dihadapkan pada tugas pemeliharaan sistem diadik yang semakin kompleks. Tuntutan finansial yang melonjak tajam untuk membiayai pendidikan, ditambah dengan jadwal antar-jemput dan kegiatan ekstrakurikuler anak, sering kali menguras waktu dan energi pasangan. Janah et al. (2025) mencatat bahwa tugas perkembangan keluarga pada fase ini mencakup negosiasi ulang terkait alokasi waktu luang dan pemeliharaan keintiman pernikahan. Pasangan harus secara sadar merawat komunikasi interpersonal mereka agar tidak tereduksi menjadi sekadar diskusi transaksional mengenai urusan sekolah anak, memastikan bahwa fondasi afektif rumah tangga tetap solid di tengah rutinitas yang sangat mekanistik.

10.4.2 Masalah Kesehatan yang Lazim pada Keluarga Tahap IV

Profil morbiditas pada keluarga Tahap IV merepresentasikan perpaduan antara penyakit infeksius komunal, defisit nutrisi, dan turbulensi psikososial. Secara biomedis, paparan harian terhadap populasi yang padat di ruang kelas menjadikan anak usia sekolah sangat rentan terhadap transmisi patogen. Im et al. (2024) mengidentifikasi bahwa infeksi saluran pernapasan, gastroenteritis, serta penyakit parasitik endemik seperti pedikulosis (kutu rambut) dan kecacingan masih menjadi ancaman laten, terutama di lingkungan sekolah dengan sanitasi yang suboptimal. Siklus infeksi yang berulang ini tidak hanya mengganggu kehadiran akademik anak, tetapi juga menciptakan beban perawatan sekunder bagi orang tua di rumah.

Ancaman kesehatan kedua yang semakin mendominasi lanskap epidemiologi anak usia sekolah adalah malnutrisi ganda (*double burden of malnutrition*) dan gangguan sensorik. Kemandirian anak dalam memilih jajanan di luar pengawasan orang tua sering kali berujung pada konsumsi makanan ultra-proses yang tinggi gula dan natrium. Krisnana (2026) menjelaskan bahwa fenomena ini memicu lonjakan insidensi obesitas anak dan karies dentis yang sangat masif. Di sisi lain, peningkatan beban akademik yang menuntut anak untuk membaca dalam durasi panjang, ditambah dengan paparan layar gawai (*screen time*) yang tidak terkendali, telah memicu epidemi miopia (rabun jauh) dini. Gangguan visus yang tidak terdeteksi ini sering kali disalahartikan sebagai ketidakmampuan belajar, yang secara destruktif menghancurkan kepercayaan diri anak.

Masalah kesehatan ketiga bermanifestasi pada domain psikososial dan perilaku, yang sering kali bersumber dari dinamika toksik di lingkungan sekolah. Anak usia sekolah sangat rentan terhadap fenomena perundungan (*bullying*), baik secara fisik, verbal, maupun siber (*cyberbullying*). Janah et al. (2025) mencatat bahwa tekanan teman sebaya (*peer pressure*) untuk melakukan perilaku menyimpang, kecemasan akademik (*school refusal*), hingga gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD) merupakan konstelasi masalah mental yang sering kali luput dari deteksi awal orang tua. Jika keluarga tidak memiliki saluran komunikasi yang terbuka, anak akan memendam trauma psikologis ini sendirian, yang pada akhirnya bermanifestasi sebagai gejala psikosomatis seperti nyeri perut atau sakit kepala kronis setiap kali menjelang jam sekolah.

10.4.3 Asuhan Keperawatan Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah

Desain asuhan keperawatan pada keluarga Tahap IV harus dikonstruksi dengan pendekatan yang berpusat pada keluarga (*Family-Centered Care*), di mana perawat bertindak sebagai jembatan yang menghubungkan kapasitas domestik dengan tuntutan eksternal. Langkah fundamental pertama adalah pelaksanaan skrining kesehatan komprehensif yang mencakup evaluasi parameter fisik, ketajaman sensorik (visus dan pendengaran), serta asesmen psikologis. Im et al. (2024) mengartikulasikan bahwa perawat komunitas harus secara proaktif

mendeteksi anomali pertumbuhan, seperti deviasi kurva indeks massa tubuh (IMT) atau tanda-tanda awal pubertas prekoks. Deteksi dini ini memungkinkan perawat untuk merancang intervensi korektif sebelum deviasi tersebut bermutasi menjadi patologi kronis yang mengganggu performa akademik anak.

Intervensi keperawatan selanjutnya difokuskan pada pemberdayaan anak sebagai agen perawatan dirinya sendiri (*self-care agent*). Berbeda dengan anak prasekolah yang sepenuhnya bergantung pada orang tua, anak usia sekolah telah memiliki kapasitas kognitif untuk memahami rasionalisasi medis dasar. Krisnana (2026) menjelaskan bahwa jika anak menderita penyakit kronis seperti asma atau diabetes tipe 1, perawat harus melatih anak tersebut secara langsung bukan hanya orang tuanya untuk mengenali pemicu serangan, menggunakan inhaler, atau membaca kadar glukosa darah. Melalui transfer kompetensi ini, perawat menumbuhkan efikasi diri anak, memastikan bahwa mereka tetap aman dan mandiri meskipun sedang berada di lingkungan sekolah yang jauh dari pengawasan orang tua.

Lebih jauh, asuhan keperawatan juga harus menyentuh dimensi psikososial melalui intervensi penguatan resiliensi keluarga. Perawat memberikan konseling kepada orang tua mengenai cara mendeteksi tanda-tanda perundungan atau distres akademik pada anak. Janah et al. (2025) mencatat bahwa perawat melatih keluarga untuk menerapkan teknik komunikasi empatik, menciptakan ruang aman di rumah di mana anak dapat memvalidasi ketakutan mereka tanpa takut dihakimi. Perawat juga memandu orang tua untuk berkolaborasi secara asertif dengan pihak sekolah, memastikan bahwa lingkungan akademik memberikan akomodasi yang inklusif bagi kebutuhan fisik maupun psikologis anak. Melalui asuhan yang holistik ini, perawat memastikan bahwa keluarga berfungsi sebagai benteng pertahanan psikologis yang kokoh bagi anak.

10.4.4 Pendidikan Kesehatan pada Tahap IV

Pendidikan kesehatan pada keluarga Tahap IV menempati posisi sebagai instrumen preventif yang paling krusial untuk membentengi anak dari berbagai ancaman gaya hidup modern. Fokus edukasi pertama

diarahkan pada literasi nutrisi dan higiene personal. Krisnana (2026) mengartikulasikan bahwa perawat harus mengedukasi orang tua dan anak secara bersamaan mengenai bahaya konsumsi makanan ultra-proses dan pentingnya membawa bekal sehat dari rumah. Edukasi ini harus dikemas secara interaktif, misalnya dengan mengajarkan anak cara membaca label informasi nilai gizi pada kemasan jajanan. Selain itu, perawat juga mereinforce praktik kebersihan diri, seperti teknik mencuci tangan yang benar sebelum makan dan manajemen kebersihan gigi, untuk memutus rantai transmisi penyakit infeksius di sekolah.

Fokus edukasi kedua menysasar pada manajemen gaya hidup digital dan aktivitas fisik. Ledakan teknologi informasi telah memicu epidemi gaya hidup sedenter (*sedentary lifestyle*) pada anak usia sekolah, yang berkontribusi langsung terhadap obesitas dan gangguan visus. Im et al. (2024) menegaskan bahwa perawat harus membimbing keluarga untuk menyusun kontrak penggunaan gawai (*screen time agreement*) yang realistis dan disepakati bersama. Edukasi mencakup pentingnya mengalokasikan waktu minimal 60 menit per hari untuk aktivitas fisik di luar ruangan, serta literasi digital dasar untuk melindungi anak dari ancaman predator daring dan *cyberbullying*. Perawat memungkinkan orang tua untuk bertindak sebagai pengawas digital (*digital chaperone*) yang bijaksana tanpa melanggar privasi anak secara berlebihan.

Fokus edukasi ketiga, yang sering kali dianggap tabu namun sangat esensial, adalah pendidikan kesehatan reproduksi dan persiapan pubertas. Menjelang akhir Tahap IV, anak mulai mengalami transisi hormonal yang memicu perubahan fisik sekunder. Janah et al. (2025) mencatat bahwa perawat harus membekali orang tua dengan keterampilan komunikasi untuk mendiskusikan isu-isu seksualitas, menstruasi, dan mimpi basah secara saintifik dan bermartabat. Edukasi ini juga mencakup pengenalan otoritas tubuh (*body autonomy*) dan pencegahan kekerasan seksual, mengajarkan anak untuk mengenali sentuhan yang tidak pantas dan berani melapor. Melalui pendidikan kesehatan yang komprehensif dan berani ini, perawat memastikan bahwa keluarga siap menyongsong badai transisi remaja dengan tingkat literasi dan kesiapan emosional yang paripurna.

Tabel 10.1 Analisis Komparatif Karakteristik, Morbiditas, dan Fokus Asuhan Keperawatan Keluarga Tahap I–IV

Tahap Perkembangan	Karakteristik & Tugas Utama	Profil Masalah Kesehatan Lazim	Strategi Asuhan & Edukasi Keperawatan	Sumber Rujukan Utama
Tahap I: Pasangan Baru Menikah	Penyatuan dua individu menjadi sistem diadik; negosiasi peran, resolusi konflik, dan perencanaan keluarga (KB).	Disfungsi psikoseksual, penyakit menular seksual (PMS), dan distres adaptasi peran/finansial.	Konseling adaptasi pernikahan, edukasi kesehatan reproduksi, dan bimbingan antisipatif prakonsepsi.	Irwansyah (2026); Janah et al. (2025)
Tahap II: Menunggu Kelahiran	Transisi menuju sistem triadik; modifikasi lingkungan fisik, adaptasi finansial, dan persiapan peran pengasuhan.	Komplikasi obstetrik (hiperemesis, preeklamsia), kecemasan antisipatif, dan disfungsi keintiman.	Pemantauan <i>Antenatal Care</i> (ANC), edukasi "Suami Siaga", dan konseling reduksi kecemasan prenatal.	Ahmadi et al. (2021); Irwansyah (2026)
Tahap III: Anak Prasekolah	Tingginya mobilitas anak; sosialisasi norma dasar, <i>toilet training</i> , dan pemeliharaan keintiman diadik orang	Infeksi komunal (ISPA, diare), trauma fisik/kecelakaan di rumah, dan gangguan perilaku (<i>tantrum</i>).	Skrining tumbuh kembang, edukasi <i>childproofing</i> (keamanan rumah), dan pelatihan modifikasi perilaku anak.	Fauziyah et al. (2024); Krisnana (2026)

	tua.			
Tahap IV: Anak Usia Sekolah	Desentralisasi otoritas ke institusi sekolah; fasilitasi prestasi akademik dan integrasi dengan teman sebaya.	Malnutrisi ganda, gangguan visus (miopia), dan trauma psikososial (<i>bullying</i> , kecemasan akademik).	Edukasi literasi nutrisi/digital, pemberdayaan anak sebagai <i>self-care agent</i> , dan edukasi persiapan pubertas.	Im et al. (2024); Janah et al. (2025)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur asuhan keperawatan keluarga dan tumbuh kembang anak kontemporer, 2021–2026)

BAB 11

ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TAHAP V–VIII

Pendahuluan

Dalam konstelasi keilmuan keperawatan keluarga, pemahaman terhadap lintasan temporal sebuah unit domestik tidak dapat direduksi hanya pada fase awal pembentukannya. Siklus hidup keluarga merupakan sebuah kontinum yang membentang dari fase inisiasi hingga fase senja, di mana paruh kedua dari siklus ini yang mencakup tahap keluarga dengan anak remaja, pelepasan anak dewasa, usia pertengahan, hingga lanjut usia menghadirkan lanskap patologi dan dinamika psikososial yang jauh lebih kompleks. Fase-fase lanjutan ini ditandai oleh proses dekonstruksi dan rekonstruksi peran yang terjadi secara simultan; ketika anak-anak berjuang mencari otonomi identitas, para orang tua secara bersamaan harus menghadapi penurunan kapasitas fisiologis dan krisis eksistensial paruh baya. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa asuhan keperawatan pada paruh kedua siklus kehidupan ini menuntut pergeseran paradigma dari intervensi yang berpusat pada pertumbuhan (*growth-oriented*) menuju intervensi yang berpusat pada pemeliharaan, adaptasi kehilangan, dan restorasi makna hidup.

Meskipun urgensi asuhan pada fase lanjut ini sangat krusial, realitas praktik keperawatan komunitas di Indonesia sering kali menyingkap sebuah celah penelitian (*research gap*) yang cukup memprihatinkan. Mayoritas program pembinaan kesehatan keluarga, seperti Posyandu, masih sangat bias terhadap kesehatan ibu dan anak (KIA) pada fase awal kehidupan, sementara turbulensi psikososial pada keluarga dengan remaja atau beban pengasuhan ganda (*sandwich generation*) pada keluarga usia pertengahan sering kali terpinggirkan dari radar intervensi sistematis. Irwansyah (2026) menyoroti bahwa absennya bimbingan antisipatif pada fase transisi pelepasan anak dan perawatan gerontik di rumah telah memicu lonjakan insidensi depresi pada lansia, kenakalan remaja, serta kelelahan kronis pada pengasuh informal. Kesenjangan struktural ini

menegaskan perlunya sebuah kerangka asuhan yang benar-benar holistik dan responsif terhadap krisis normatif di setiap titik siklus kehidupan.

Berpijak pada problematika konseptual dan epidemiologis tersebut, bab ini diformulasikan untuk mengurai serta menjawab serangkaian pertanyaan klinis yang esensial. Pertama, bagaimana perawat memediasi krisis identitas dan konflik otonomi pada keluarga dengan anak remaja (Tahap V)? Kedua, strategi asuhan seperti apa yang paling efektif untuk memfasilitasi transisi pelepasan anak dewasa dan mencegah sindrom sarang kosong (*empty nest syndrome*) pada Tahap VI? Ketiga, bagaimana perawat mengintervensi keluarga usia pertengahan (Tahap VII) yang terjebak dalam beban pengasuhan multigenerasi? Dan keempat, bagaimana asuhan gerontik komprehensif diaplikasikan untuk mempertahankan martabat dan kualitas hidup lansia di lingkungan domestik (Tahap VIII)? Melalui sintesis literatur mutakhir, bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan kompetensi analitis untuk menavigasi kompleksitas asuhan pada fase senja keluarga (Algrienies et al., 2024).

11.1 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Anak Remaja

Fase keluarga dengan anak remaja, atau yang diklasifikasikan sebagai Tahap V dalam siklus kehidupan keluarga, dimulai ketika anak pertama menginjak usia 13 tahun dan berakhir saat ia berusia 20 tahun. Tahapan ini merepresentasikan salah satu periode transisi yang paling turbulen dan sarat konflik dalam sejarah perkembangan sebuah unit domestik. Secara ontologis, ekuilibrium keluarga yang sebelumnya stabil pada masa anak usia sekolah kini diguncang oleh ledakan pubertas, fluktuasi hormonal, dan kebangkitan kesadaran kritis pada remaja. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa keluarga tidak lagi berhadapan dengan seorang anak yang patuh secara absolut, melainkan dengan seorang individu semi-dewasa yang secara agresif menuntut hak otonomi, privasi, dan kebebasan untuk mendefinisikan identitas personalnya di luar bayang-bayang kebudayaan orang tua.

Dalam lanskap keperawatan komunitas, asuhan pada keluarga Tahap V menuntut perawat untuk bertindak sebagai mediator kultural dan

psikologis. Perawat dihadapkan pada tantangan untuk menjembatani jurang komunikasi antargenerasi yang sering kali memicu polarisasi di dalam rumah tangga. Orang tua cenderung merespons tuntutan kebebasan remaja dengan memperketat kontrol otoritarian akibat kecemasan terhadap pergaulan bebas, sementara remaja merespons kontrol tersebut dengan pemberontakan dan perilaku oposisional. Ro'isah dan Laili (2023) mengartikulasikan bahwa intervensi keperawatan harus difokuskan pada dekonstruksi pola asuh yang kaku, memfasilitasi transisi menuju negosiasi yang egaliter, dan memastikan bahwa rumah tetap menjadi pangkalan yang aman (*secure base*) bagi remaja untuk kembali setelah mereka mengeksplorasi kerasnya dunia luar.

11.1.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap V

Karakteristik paling distingtif dari keluarga Tahap V adalah terjadinya pergeseran lokus loyalitas pada anak, dari yang semula berpusat pada orang tua beralih secara masif kepada kelompok teman sebaya (*peer group*). Remaja mulai mengadopsi nilai, gaya bahasa, dan preferensi estetika yang sering kali berkontradiksi secara diametral dengan tradisi keluarga. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa karakteristik ini memicu fenomena diferensiasi identitas; remaja secara sadar menciptakan jarak emosional dengan orang tua untuk membuktikan kemandiriannya. Di saat yang bersamaan, orang tua sering kali mengalami krisis paruh baya (*midlife crisis*), di mana mereka mulai menyadari penurunan vitalitas fisik mereka sendiri, menciptakan sebuah konstelasi psikologis yang sangat rentan terhadap friksi dan kesalahpahaman.

Tugas perkembangan utama pada fase ini berpusat pada penyeimbangan antara pemberian kebebasan dan penegakan tanggung jawab. Keluarga dituntut untuk melonggarkan batasan sistem mereka, mengizinkan remaja untuk membuat keputusan-keputusan personal terkait pendidikan, pergaulan, dan manajemen waktu. Namun, kebebasan ini tidak boleh bermutasi menjadi penelantaran permisif. Irwansyah (2026) mencatat bahwa orang tua harus bertransformasi dari figur "manajer" menjadi figur "konsultan"; mereka harus tetap menetapkan batasan moral yang tegas dan memberikan konsekuensi logis atas pelanggaran, namun proses penetapan aturan tersebut harus dilakukan melalui dialog dan

negosiasi, bukan melalui instruksi sepihak yang otoriter. Kegagalan dalam tugas ini akan menghasilkan remaja yang impulsif atau sebaliknya, remaja yang sangat bergantung dan tidak memiliki efikasi diri.

Selain tugas yang berorientasi pada remaja, pasangan suami istri juga dihadapkan pada tugas pemeliharaan sistem diadik yang krusial. Fokus yang terlalu intens pada konflik dengan anak remaja sering kali menyedot seluruh energi emosional pasangan, menyebabkan keintiman pernikahan terbengkalai. Algrienes et al. (2024) menjelaskan bahwa tugas perkembangan keluarga pada tahap ini mencakup upaya sadar dari suami dan istri untuk merawat relasi romantis mereka, membangun kembali komunikasi yang terputus, dan saling memberikan dukungan afektif. Soliditas sistem diadik ini sangat esensial, karena orang tua yang memiliki hubungan pernikahan yang harmonis akan jauh lebih tangguh dan konsisten dalam menghadapi badai pemberontakan remaja dibandingkan orang tua yang pernikahannya tengah berada di ambang keretakan.

11.1.2 Masalah Kesehatan yang Lazim pada Keluarga Tahap V

Profil morbiditas pada keluarga Tahap V mengalami pergeseran radikal dari penyakit infeksius menuju patologi psikososial, perilaku berisiko, dan gangguan kesehatan mental. Secara epidemiologis, remaja berada pada puncak vitalitas biologis, namun imaturitas pada korteks prefrontal mereka area otak yang bertanggung jawab atas pengendalian impuls dan kalkulasi risiko menjadikan mereka sangat rentan terhadap perilaku destruktif. Ro'isah dan Laili (2023) dalam kajian transkulturalnya mengidentifikasi bahwa kenakalan remaja (*juvenile delinquency*), penyalahgunaan zat adiktif (narkotika, alkohol, psikotropika), serta perilaku seksual pranikah merupakan ancaman kesehatan masyarakat yang paling masif pada fase ini. Perilaku berisiko ini sering kali merupakan mekanisme koping maladaptif untuk mengatasi tekanan teman sebaya atau pelarian dari kondisi keluarga yang disfungsional.

Ancaman kesehatan kedua yang mendominasi lanskap klinis remaja adalah krisis kesehatan mental dan gangguan citra tubuh (*body image disturbance*). Tuntutan akademik yang ekstrem, perundungan siber (*cyberbullying*), dan paparan standar kecantikan yang tidak realistis di

media sosial sering kali memicu distres psikologis yang parah. Janah et al. (2025) mencatat bahwa insidensi depresi mayor, gangguan kecemasan umum, hingga gangguan makan spesifik seperti anoreksia nervosa dan bulimia nervosa mengalami lonjakan eksponensial pada Tahap V. Tragedinya, masalah kesehatan mental ini sering kali tidak terdeteksi oleh orang tua yang menganggap perubahan suasana hati (*mood swings*) remaja sekadar sebagai "fase pubertas biasa", sehingga intervensi medis sering kali terlambat diberikan hingga muncul ideasi atau percobaan bunuh diri.

Masalah kesehatan ketiga bermanifestasi pada orang tua dalam bentuk kelelahan emosional kronis dan sindrom stres pengasuhan. Menghadapi remaja yang terus-menerus menantang otoritas, ditambah dengan kecemasan akan masa depan anak, sering kali memicu kelelahan adrenal pada ayah dan ibu. Algrienies et al. (2024) menjelaskan bahwa stres kronis ini dapat bermanifestasi menjadi gangguan psikosomatis pada orang tua, seperti hipertensi reaktif, insomnia, atau eksaserbasi penyakit autoimun. Konflik yang berkepanjangan tanpa adanya resolusi yang memadai akan menciptakan iklim rumah tangga yang toksik (*toxic home environment*), di mana setiap interaksi verbal dipenuhi dengan sarkasme dan permusuhan, yang pada akhirnya akan semakin mendorong remaja untuk mencari validasi di luar rumah.

11.1.3 Asuhan Keperawatan untuk Keluarga dengan Remaja

Desain asuhan keperawatan pada keluarga Tahap V menuntut pendekatan klinis yang sangat diplomatis dan terkalibrasi dengan prinsip kerahasiaan (*confidentiality*). Langkah fundamental pertama adalah membangun *rapport* atau hubungan saling percaya secara independen dengan remaja, terpisah dari orang tuanya. Ro'isah dan Laili (2023) mengartikulasikan bahwa perawat tidak akan pernah mendapatkan data pengkajian yang valid mengenai riwayat seksual atau penggunaan zat jika wawancara dilakukan di hadapan orang tua. Perawat harus memposisikan diri sebagai figur dewasa yang netral, tidak menghakimi, dan menjamin kerahasiaan informasi, kecuali jika informasi tersebut mengindikasikan ancaman nyawa yang nyata (seperti rencana bunuh diri). Pendekatan

transkultural yang menghargai subkultur remaja sangat krusial untuk meruntuhkan tembok pertahanan psikologis mereka.

Intervensi utama pada fase ini difokuskan pada pendidikan kesehatan reproduksi, literasi kesehatan mental, dan pencegahan perilaku berisiko. Perawat memberikan edukasi yang komprehensif dan berbasis sains mengenai anatomi reproduksi, infeksi menular seksual, dan kontrasepsi, untuk menangkal misinformasi yang sering didapatkan remaja dari internet atau teman sebaya. Irwansyah (2026) menegaskan bahwa edukasi tidak boleh bersifat menakut-nakuti (*scare tactics*), melainkan harus memberdayakan remaja untuk membuat keputusan yang bertanggung jawab atas tubuh mereka sendiri (*body autonomy*). Selain itu, perawat juga melatih remaja mengenai teknik regulasi emosi, manajemen stres akademik, dan cara menolak tekanan teman sebaya (*assertive refusal skills*) secara asertif tanpa harus kehilangan status sosial mereka di kelompok.

Lebih jauh, asuhan keperawatan juga harus menyentuh dimensi sistemik melalui intervensi konseling keluarga dan mediasi konflik. Perawat memfasilitasi sesi dialog antara orang tua dan remaja, bertindak sebagai penerjemah yang mengartikulasikan kebutuhan emosional masing-masing pihak. Janah et al. (2025) mencatat bahwa perawat melatih orang tua untuk mengubah gaya komunikasi mereka dari yang bersifat interogatif menjadi eksploratif; misalnya, mengganti pertanyaan "Mengapa kamu pulang terlambat?" dengan "Apa yang membuatmu kesulitan menepati jam malam kita?". Melalui mediasi ini, perawat membantu keluarga merumuskan kontrak perilaku (*behavioral contract*) yang disepakati bersama, memastikan bahwa transisi otonomi remaja berjalan dalam koridor yang aman, terstruktur, dan penuh dengan dukungan afektif.

Gambar 11.1 Model Mediasi Keperawatan pada Konflik Otonomi Keluarga dengan Anak Remaja



(Sumber: Diadaptasi dari Ro'isah & Laili, 2023 & Janah et al., 2025)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan skema segitiga interaksional. Di sudut kiri bawah terdapat "Orang Tua (Kecemasan & Kontrol)", di sudut kanan bawah terdapat "Remaja (Otonomi & Pemberontakan)". Di puncak segitiga terdapat "Perawat Komunitas" yang bertindak sebagai mediator. Panah dua arah menghubungkan perawat dengan kedua pihak, merepresentasikan intervensi berupa "Konseling Negosiasi", "Edukasi Kesehatan Reproduksi", dan "Pembuatan Kontrak Perilaku" untuk mencapai ekUILIBRIUM baru di Tahap V.

11.2 Asuhan Keperawatan Keluarga Melepas Anak Pertama Dewasa

Fase pelepasan anak dewasa, yang secara taksonomis diklasifikasikan sebagai keluarga Tahap VI (*launching center family*), menandai dimulainya era kontraksi struktural di dalam siklus kehidupan unit domestik. Tahapan ini diinisiasi secara formal ketika anak pertama meninggalkan rumah baik untuk menempuh pendidikan tinggi, merintis karier, maupun membangun institusi pernikahannya sendiri dan akan mencapai titik akhirnya ketika anak bungsu melakukan eksodus yang sama. Berbeda dengan fase-fase sebelumnya yang ditandai oleh ekspansi dan penambahan anggota, fase ini merupakan periode demobilisasi fisik, di mana rumah yang sebelumnya dipenuhi oleh hiruk-pikuk aktivitas perlahan-lahan bertransformasi

kembali menjadi ruang yang sunyi dan eksklusif bagi pasangan suami istri (Janah et al., 2025).

Dalam perspektif sosiologi keperawatan, peristiwa kepergian anak dari rumah tidak dapat direduksi sekadar sebagai perpindahan geografis; ia adalah sebuah peristiwa pemutusan ikatan psikologis (*psychological unbinding*) yang sangat monumental. Orang tua dituntut untuk melepaskan kendali otoritarian yang telah mereka pegang selama lebih dari dua dekade, sementara anak dituntut untuk membuktikan kapasitas kemandiriannya di arena sosial yang sesungguhnya. Algrienes et al. (2024) mengartikulasikan bahwa peran perawat komunitas pada fase transisional ini sangatlah krusial untuk memitigasi trauma perpisahan, mencegah disfungsi relasional, dan memandu pasangan suami istri untuk meredefinisikan makna eksistensial mereka setelah tugas utama pengasuhan intensif dinyatakan selesai.

11.2.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap VI

Karakteristik ontologis yang paling menonjol pada keluarga Tahap VI adalah fluiditas batas-batas sistem domestik (*system boundaries*). Rumah beroperasi layaknya sebuah "pusat peluncuran" (*launching center*); anak-anak mungkin pergi untuk sementara waktu, namun tidak jarang mereka kembali lagi ke rumah akibat kegagalan finansial atau transisi karier sebuah fenomena demografis yang dikenal sebagai *boomerang kids*. Algrienes et al. (2024) menjelaskan bahwa dinamika keluar-masuk ini menciptakan iklim ketidakpastian struktural. Orang tua harus terus-menerus menyesuaikan diri dengan perubahan komposisi penghuni rumah, yang menuntut tingkat fleksibilitas psikologis dan toleransi ambiguitas yang sangat tinggi agar ekuilibrium keluarga tidak hancur oleh ekspektasi yang tidak terpenuhi.

Tugas perkembangan utama pada fase ini berpusat pada pelepasan anak dewasa muda dengan tingkat otonomi yang proporsional. Orang tua harus bertransformasi dari figur pelindung yang intervensif menjadi figur penasihat yang suportif. Mereka dituntut untuk menerima dan menghormati identitas baru anak-anak mereka, termasuk pilihan karier, gaya hidup, hingga pemilihan pasangan hidup yang mungkin tidak selalu

selaras dengan tradisi keluarga asal. Janah et al. (2025) mencatat bahwa tugas ini juga mencakup perluasan jaringan keluarga untuk mengintegrasikan anggota baru, yakni menantu dan keluarga besarnya. Kemampuan orang tua dalam menyambut menantu tanpa sikap menghakimi akan sangat menentukan kualitas relasi antargenerasi di masa depan.

Selain tugas yang berorientasi pada anak, pasangan suami istri dihadapkan pada tugas perkembangan diadik yang tidak kalah esensial: merestorasi keintiman pernikahan. Selama puluhan tahun, identitas mereka mungkin telah sepenuhnya tereduksi menjadi sekadar "ayah" dan "ibu". Ketika anak-anak pergi, mereka tiba-tiba dihadapkan pada realitas bahwa mereka harus kembali menjadi "suami" dan "istri". Irwansyah (2026) mengartikulasikan bahwa pasangan harus menemukan kembali minat bersama, merancang tujuan hidup baru yang tidak lagi berpusat pada anak, dan merevitalisasi komunikasi romantis. Di saat yang bersamaan, mereka juga mulai dihadapkan pada tugas merawat orang tua mereka sendiri (kakek-nenek) yang semakin menua, menempatkan mereka pada gerbang awal dinamika generasi roti lapis (*sandwich generation*).

11.2.2 Masalah Kesehatan yang Lazim pada Keluarga Tahap VI

Profil morbiditas pada keluarga Tahap VI sangat didominasi oleh krisis psikologis yang dikenal luas sebagai sindrom sarang kosong (*empty nest syndrome*). Sindrom ini merupakan manifestasi dari duka cita yang mendalam (*profound grief*), kehilangan arah, dan krisis identitas yang umumnya dialami oleh orang tua terutama ibu yang sebelumnya mendedikasikan seluruh waktu dan energinya untuk peran pengasuhan domestik. Algrienies et al. (2024) menjelaskan bahwa ketika anak-anak pergi, orang tua sering kali merasa bahwa eksistensi mereka tidak lagi dibutuhkan. Perasaan ketidakbergunaan ini dapat bermutasi secara cepat menjadi depresi klinis, gangguan kecemasan eksistensial, hingga insomnia kronis, yang secara drastis menurunkan kualitas hidup dan imunitas tubuh mereka.

Ancaman kesehatan kedua bermanifestasi pada dimensi fisiologis, mengingat fase pelepasan anak ini umumnya bertepatan dengan masuknya orang tua ke gerbang usia paruh baya. Fluktuasi hormonal yang ekstrem menopause pada wanita dan andropause pada pria membawa konstelasi keluhan fisik seperti *hot flashes*, kelelahan kronis, penurunan libido, hingga instabilitas emosional. Janah et al. (2025) mencatat bahwa stres psikologis akibat kepergian anak sering kali mengeksaserbasi kerentanan biologis ini, memicu munculnya tanda-tanda awal penyakit degeneratif. Insidensi hipertensi reaktif, sindrom metabolik, dan diabetes melitus tipe 2 sering kali terdiagnosis untuk pertama kalinya pada fase ini, sebagai akibat dari akumulasi gaya hidup sedenter dan mekanisme koping maladaptif (seperti *emotional eating*) dalam menghadapi kesepian.

Masalah kesehatan ketiga berakar pada disfungsi relasional dan keretakan sistem diadik. Jika pasangan suami istri menyadari bahwa satu-satunya benang merah yang menyatukan mereka selama ini hanyalah urusan pengasuhan anak, kepergian anak akan menyingkap kehampaan komunikasi di antara mereka. Irwansyah (2026) menyoroti bahwa fase ini memiliki risiko yang sangat tinggi terhadap fenomena perceraian usia lanjut (*grey divorce*). Ketidakmampuan untuk merajut kembali keintiman, ditambah dengan stres finansial untuk membiayai pendidikan tinggi anak atau merawat orang tua yang sakit-sakitan, menciptakan tekanan psikologis yang sangat masif. Tanpa adanya intervensi mediasi yang adekuat, rumah yang kosong tersebut akan berubah menjadi arena alienasi emosional yang sangat menyiksa bagi kedua belah pihak.

11.2.3 Asuhan Keperawatan Keluarga pada Tahap Pelepasan

Desain asuhan keperawatan pada keluarga Tahap VI menuntut perawat untuk mengadopsi pendekatan konseling transisional yang sangat empatik dan proaktif. Langkah fundamental pertama adalah pelaksanaan skrining psikososial yang komprehensif terhadap pasangan suami istri. Perawat tidak boleh hanya terpaku pada pengukuran tekanan darah atau gula darah, melainkan harus menggunakan instrumen pengkajian depresi dan evaluasi kepuasan pernikahan. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa perawat harus secara aktif mengeksplorasi perasaan kehilangan yang dialami orang tua, memvalidasi bahwa duka cita yang mereka

rasakan adalah sebuah respons normatif, dan mendeteksi secara dini tanda-tanda sindrom sarang kosong sebelum ia berkembang menjadi patologi psikiatrik yang melumpuhkan.

Intervensi utama pada fase ini difokuskan pada psikoedukasi dan pembimbingan ulang kognitif (*cognitive reframing*). Perawat memandu orang tua untuk mengubah perspektif mereka; kepergian anak tidak boleh dimaknai sebagai sebuah "kehilangan" atau "pengabaian", melainkan harus dirayakan sebagai bukti keberhasilan paripurna mereka dalam menjalankan tugas pengasuhan. Algrienes et al. (2024) menjelaskan bahwa perawat mendorong pasangan untuk mengeksplorasi kembali hobi yang sempat tertunda, merencanakan aktivitas rekreasi berdua, atau melibatkan diri dalam kegiatan filantropi di komunitas. Melalui intervensi ini, perawat membantu orang tua untuk menemukan sumber makna hidup (*sense of purpose*) yang baru, mengisi kekosongan waktu dengan aktivitas yang produktif dan memperkaya jiwa.

Lebih jauh, asuhan keperawatan juga harus memfasilitasi transisi peran antargenerasi. Perawat memberikan bimbingan antisipatif kepada orang tua mengenai cara membangun batasan yang sehat dengan anak dewasa mereka; misalnya, bagaimana memberikan dukungan finansial atau emosional tanpa mencampuri urusan rumah tangga anak. Irwansyah (2026) mencatat bahwa perawat juga harus mulai mempersiapkan pasangan ini untuk menghadapi peran baru sebagai perawat bagi orang tua mereka sendiri (kakek-nenek). Perawat membekali mereka dengan literasi mengenai manajemen stres pengasuhan (*caregiver stress management*) dan memetakan sumber daya rujukan di komunitas. Melalui asuhan yang holistik ini, perawat memastikan bahwa keluarga mampu melewati masa transisi pelepasan dengan keanggunan, mempertahankan ekuilibrium pernikahan, dan siap menyongsong fase usia pertengahan dengan resiliensi yang kokoh.

11.3 Asuhan Keperawatan Keluarga Usia Pertengahan

Fase keluarga usia pertengahan, yang secara konseptual diklasifikasikan sebagai Tahap VII dalam siklus kehidupan keluarga, merepresentasikan sebuah epos transisional yang sangat krusial di antara

masa dewasa aktif dan masa senja. Secara demografis, tahapan ini membentang ketika pasangan suami istri berada pada rentang usia 45 hingga 65 tahun, sebuah periode yang sering kali ditandai oleh pencapaian puncak kemapanan karier sekaligus awal dari manifestasi penurunan kapasitas fisiologis. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa keluarga pada fase *midlife* ini tidak lagi beroperasi di bawah tekanan pengasuhan anak usia dini, melainkan dihadapkan pada tuntutan introspeksi eksistensial yang mendalam. Mereka dituntut untuk mengevaluasi kembali seluruh pencapaian hidup, meredefinisi makna kebahagiaan, dan mulai merancang cetak biru untuk menghadapi masa pensiun yang semakin mendekat di ufuk waktu.

Dalam diskursus keperawatan komunitas kontemporer, keluarga usia pertengahan sering kali diposisikan sebagai titik tumpu (*fulcrum*) yang menopang stabilitas struktur sosial lintas generasi. Namun, posisi strategis ini membawa konsekuensi psikologis dan finansial yang sangat masif, di mana mereka kerap terperangkap dalam fenomena generasi roti lapis (*sandwich generation*). Algrienes et al. (2024) menjelaskan bahwa perawat dihadapkan pada tantangan asuhan yang sangat multidimensional; intervensi tidak dapat direduksi sekadar pada manajemen penyakit degeneratif yang mulai bermunculan, tetapi harus secara holistik memitigasi kelelahan peran (*role strain*) akibat beban pengasuhan ganda. Asuhan keperawatan pada fase ini berfungsi sebagai katalisator yang memastikan pasangan usia pertengahan mampu mempertahankan ekuilibrium fisik dan mental mereka, sehingga mereka tidak hancur di bawah tekanan ekspektasi multigenerasi.

11.3.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga Tahap VII

Karakteristik ontologis yang paling mendasar pada keluarga Tahap VII adalah terjadinya pergeseran orientasi waktu dan kesadaran akan mortalitas. Jika pada fase-fase sebelumnya individu cenderung memandang waktu sebagai sebuah garis lurus yang tak terbatas menuju masa depan, pada fase usia pertengahan, individu mulai menghitung sisa waktu yang mereka miliki. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa kesadaran ini sering kali memicu krisis paruh baya (*midlife crisis*), sebuah turbulensi psikologis di mana individu mempertanyakan kembali validitas

pilihan-pilihan hidup masa lalu mereka. Secara fisik, karakteristik fase ini ditandai oleh proses penuaan biologis yang tidak dapat dihindari, seperti penurunan elastisitas kulit, presbiopia (rabun dekat), hingga fluktuasi hormonal yang bermanifestasi sebagai menopause pada wanita dan andropause pada pria, yang secara kolektif menuntut adaptasi citra tubuh yang radikal.

Tugas perkembangan utama pada fase ini berpusat pada pencapaian generativitas dan pencegahan stagnasi, sebagaimana dikonseptualisasikan dalam teori psikososial Erikson. Keluarga dituntut untuk meninggalkan warisan (*legacy*) yang bermakna bagi generasi berikutnya, baik melalui bimbingan karier kepada kolega yang lebih muda, kontribusi filantropis di komunitas, maupun peran aktif sebagai kakek-nenek. Irwansyah (2026) mencatat bahwa tugas perkembangan ini juga mencakup konsolidasi keintiman pernikahan. Pasangan harus mampu merestorasi relasi diadik mereka tanpa kehadiran anak-anak di rumah, menemukan kembali ritme komunikasi yang harmonis, dan saling memberikan dukungan afektif untuk melewati berbagai kehilangan normatif, seperti kematian teman sebaya atau orang tua mereka sendiri.

Selain tugas internal, keluarga usia pertengahan juga dihadapkan pada tugas perkembangan yang berorientasi pada persiapan masa depan, yakni perencanaan pensiun. Transisi dari masa produktif menuju masa purnatugas membutuhkan kalkulasi finansial yang sangat presisi dan penyesuaian gaya hidup yang realistis. Algrienes et al. (2024) mengartikulasikan bahwa pasangan harus mulai mendiskusikan ekspektasi mereka terkait tempat tinggal di masa tua, manajemen aset, dan asuransi kesehatan. Kegagalan dalam mengeksekusi tugas perencanaan ini tidak hanya akan mengancam kemandirian finansial mereka di Tahap VIII kelak, tetapi juga berpotensi menciptakan beban ekonomi yang tidak adil bagi anak-anak mereka, sehingga merusak harmoni relasi antargenerasi yang telah dibangun selama puluhan tahun.

11.3.2 Masalah Kesehatan dan Psikososial pada Keluarga Tahap VII

Profil morbiditas pada keluarga Tahap VII didominasi oleh transisi epidemiologis menuju penyakit tidak menular (PTM) yang bersifat kronis

dan degeneratif. Akumulasi dari gaya hidup sedenter, pola diet yang suboptimal, dan paparan stres okupasional selama puluhan tahun mulai bermanifestasi secara klinis pada fase ini. Sugiarti et al. (2025) mengidentifikasi bahwa insidensi hipertensi esensial, diabetes melitus tipe 2, dislipidemia, dan penyakit kardiovaskular mengalami lonjakan yang sangat tajam pada populasi usia pertengahan. Penyakit-penyakit ini sering kali bersifat asimtomatik pada stadium awal, sehingga banyak individu yang mengabaikannya hingga terjadi komplikasi fatal seperti infark miokard atau stroke, yang secara instan melumpuhkan fungsionalitas keluarga dan menguras cadangan finansial mereka.

Ancaman kesehatan kedua bermanifestasi pada dimensi psikososial, yang berakar pada ketidakmampuan mengelola krisis paruh baya dan perubahan fisiologis. Fluktuasi estrogen pada wanita menopause sering kali memicu instabilitas *mood*, insomnia kronis, dan dispareunia yang mengganggu keintiman seksual, sementara pria mungkin mengalami depresi reaktif akibat penurunan fungsi ereksi atau hilangnya prestise karier. Janah et al. (2025) mencatat bahwa kerentanan psikologis ini sering kali diperparah oleh fenomena *empty nest syndrome* yang belum sepenuhnya teresolusi. Jika pasangan tidak memiliki mekanisme koping yang adaptif, krisis eksistensial ini dapat bermutasi menjadi perilaku destruktif, seperti perselingkuhan, penyalahgunaan alkohol, atau penarikan diri dari interaksi sosial, yang pada akhirnya akan menghancurkan fondasi pernikahan.

Masalah kesehatan ketiga yang sangat spesifik pada fase ini adalah sindrom kelelahan pengasuh (*caregiver burnout*) akibat beban multigenerasi. Pasangan usia pertengahan sering kali harus membagi energi mereka untuk merawat orang tua yang mulai pikun atau sakit kronis, sembari tetap memberikan dukungan finansial atau pengasuhan cucu bagi anak dewasa mereka. Algrienies et al. (2024) menjelaskan bahwa tekanan kronis dari dua arah ini memicu stres adrenal yang masif, bermanifestasi sebagai kelelahan fisik ekstrem, penurunan imunitas, dan gangguan psikosomatis. Pengasuh informal pada fase ini sering kali mengabaikan kebutuhan kesehatan mereka sendiri demi mendahulukan kepentingan anggota keluarga yang lain, menciptakan sebuah paradoks di

mana sang pilar keluarga justru menjadi individu yang paling rentan terhadap kolaps sistemik.

11.3.3 Asuhan Keperawatan pada Tahap Midlife

Desain asuhan keperawatan pada keluarga Tahap VII menuntut pergeseran fokus dari intervensi kuratif reaktif menuju manajemen risiko dan promosi kesehatan preventif. Langkah fundamental pertama adalah pelaksanaan skrining kesehatan komprehensif yang terstandardisasi. Sugiarti et al. (2025) mengartikulasikan bahwa perawat komunitas harus secara proaktif memfasilitasi deteksi dini penyakit metabolik dan kardiovaskular melalui pengukuran tekanan darah rutin, profil lipid, dan glukosa darah puasa. Selain itu, perawat juga wajib menginisiasi skrining keganasan yang spesifik untuk usia pertengahan, seperti mamografi dan *Pap smear* untuk deteksi kanker payudara dan serviks, serta pemeriksaan prostat untuk pria. Deteksi dini ini merupakan benteng pertahanan utama untuk mencegah morbiditas yang melumpuhkan di masa pensiun.

Intervensi utama pada fase ini difokuskan pada modifikasi gaya hidup dan edukasi adaptasi fisiologis. Perawat memberikan literasi kesehatan yang presisi mengenai manajemen gejala menopause dan andropause, mendekonstruksi mitos-mitos kultural yang sering kali memperburuk kecemasan klien. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa perawat memandu pasangan untuk merancang program aktivitas fisik yang aman bagi sendi yang mulai menua, serta menyusun diet rendah natrium dan kaya antioksidan. Perawat juga memberikan konseling seksualitas, membantu pasangan untuk mengeksplorasi bentuk-bentuk keintiman alternatif ketika fungsi biologis mulai menurun, memastikan bahwa ikatan afektif tetap terpelihara meskipun terjadi perubahan anatomi dan fisiologi yang radikal.

Lebih jauh, asuhan keperawatan harus menyentuh dimensi psikososial melalui intervensi manajemen stres dan bimbingan antisipatif. Perawat memfasilitasi sesi konseling untuk membantu individu menavigasi krisis paruh baya, memvalidasi perasaan kehilangan mereka, dan mendorong proses pembiasaan ulang kognitif (*cognitive reframing*) agar mereka dapat melihat fase ini sebagai era pembebasan, bukan kemunduran. Janah

et al. (2025) mencatat bahwa perawat juga membimbing pasangan dalam menyusun perencanaan pensiun yang realistis, mengedukasi mereka mengenai pentingnya menjaga jaringan sosial di luar lingkungan kerja. Melalui asuhan yang holistik ini, perawat memastikan bahwa keluarga usia pertengahan mampu melampaui turbulensi *midlife* dengan tingkat resiliensi yang tinggi dan kualitas hidup yang optimal.

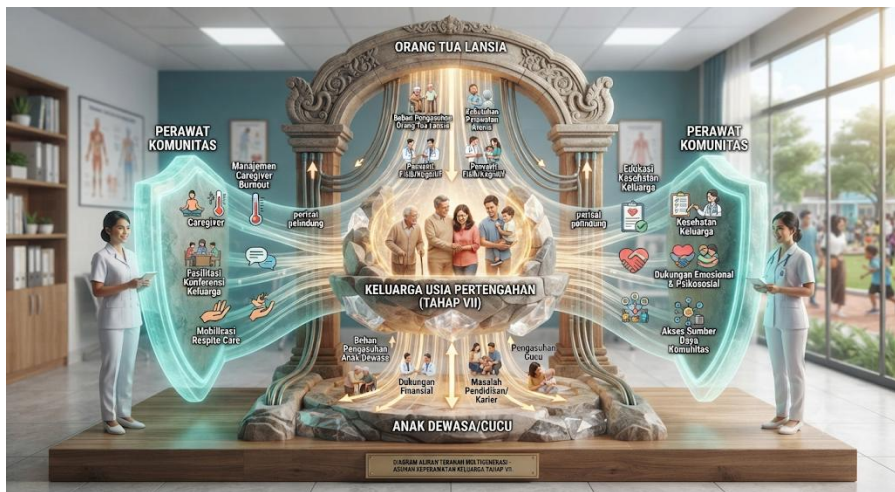
11.3.4 Peran Multigenerasi dan Dukungan keluarga

Eksistensi keluarga usia pertengahan tidak dapat dilepaskan dari konstelasi peran multigenerasi yang mengikat mereka dalam sebuah jaring tanggung jawab yang sangat kompleks. Fenomena *sandwich generation* merepresentasikan sebuah realitas sosiologis di mana pasangan Tahap VII terjepit di antara kewajiban moral untuk merawat orang tua lansia (generasi atas) dan komitmen afektif untuk terus mendukung anak dewasa serta cucu mereka (generasi bawah). Algrienies et al. (2024) mengartikulasikan bahwa peran ganda ini menuntut alokasi sumber daya finansial, waktu, dan energi emosional yang sangat masif. Di satu sisi, mereka harus menavigasi birokrasi layanan kesehatan untuk mengobati demensia orang tua, sementara di sisi lain, mereka mungkin harus menyediakan tempat tinggal sementara bagi anak mereka yang mengalami pemutusan hubungan kerja.

Dalam menghadapi tekanan struktural ini, intervensi keperawatan harus difokuskan pada manajemen beban pengasuhan dan penetapan batasan (*boundary setting*). Perawat komunitas bertindak sebagai advokat yang membantu pasangan usia pertengahan untuk menyadari bahwa mereka tidak memiliki kapasitas yang tak terbatas. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa perawat melatih klien untuk mengkomunikasikan keterbatasan mereka secara asertif kepada anggota keluarga yang lain, menolak ekspektasi yang tidak realistis tanpa harus merasa bersalah. Perawat memfasilitasi konferensi keluarga (*family meeting*) yang melibatkan seluruh saudara kandung klien untuk mendistribusikan beban perawatan lansia secara lebih proporsional, mencegah terjadinya eksploitasi terhadap satu individu yang dianggap paling "mampu" atau "luang".

Selain mediasi internal, dukungan keperawatan juga diwujudkan melalui mobilisasi sumber daya eksternal di komunitas. Perawat tidak boleh membiarkan keluarga usia pertengahan memikul beban ini dalam isolasi sosial. Sugiarti et al. (2025) mencatat bahwa perawat harus memetakan dan menghubungkan keluarga dengan layanan *respite care* (perawatan pengganti sementara), pusat penitipan lansia (*daycare*), atau kelompok dukungan sebaya (*support group*) bagi sesama *caregiver*. Dengan mengintegrasikan keluarga ke dalam ekosistem dukungan yang lebih luas, perawat secara efektif mereduksi risiko *burnout*, memastikan bahwa pasangan usia pertengahan tetap memiliki ruang bernapas untuk merawat kesehatan fisik dan keutuhan pernikahan mereka sendiri di tengah himpitan tuntutan multigenerasi.

Gambar 11.2 Dinamika *Sandwich Generation* dan Intervensi Keperawatan pada Keluarga Usia Pertengahan



(Sumber: Diadaptasi dari Algrienes et al., 2024 & Irwansyah, 2026)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan diagram aliran tekanan multigenerasi. Di tengah terdapat ikon "Keluarga Usia Pertengahan (Tahap VII)". Panah dari atas ("Orang Tua Lansia") dan panah dari bawah ("Anak Dewasa/Cucu") mengarah ke tengah, merepresentasikan beban pengasuhan ganda. Di sisi lateral, terdapat ikon "Perawat Komunitas" yang memberikan intervensi berupa "Manajemen Caregiver Burnout", "Fasilitasi Konferensi Keluarga", dan "Mobilisasi Respite Care", yang berfungsi sebagai perisai pelindung untuk mempertahankan ekuilibrium keluarga midlife.

11.4 Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Lansia

Memasuki Tahap VIII dalam siklus kehidupan keluarga, yang secara demografis ditandai oleh masa purnatugas (pensiun) hingga akhir kehidupan kedua pasangan, sistem domestik mengalami transformasi eksistensial yang paling paripurna. Fase lanjut usia (lansia) ini bukanlah sekadar periode penantian pasif menuju kematian, melainkan sebuah epos penutup yang menuntut adaptasi radikal terhadap konstelasi kehilangan baik kehilangan vitalitas fisik, status sosial, maupun figur-figur lekat akibat kematian. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa keluarga pada tahapan ini beroperasi dalam sebuah ekuilibrium yang sangat rapuh, di mana batas antara kemandirian fungsional dan ketergantungan total sering kali hanya dipisahkan oleh satu insiden krisis kesehatan, seperti serangan stroke atau fraktur akibat jatuh.

Dalam lanskap keperawatan komunitas kontemporer, asuhan gerontik di lingkungan domestik menempati posisi yang sangat strategis seiring dengan fenomena transisi demografis menuju populasi menua (*aging population*). Perawat dihadapkan pada imperatif etis dan klinis untuk memastikan bahwa lansia tidak hanya mengalami perpanjangan usia harapan hidup (*life expectancy*), tetapi juga menikmati kualitas hidup yang bermartabat (*active and healthy aging*). Sugiarti et al. (2025) menegaskan bahwa intervensi keperawatan pada fase ini harus bersifat komprehensif, memadukan manajemen penyakit kronis dengan modifikasi lingkungan dan dukungan psikososial, guna mencegah institusionalisasi dini dan mempertahankan lansia di tengah kehangatan ekosistem keluarga mereka selama mungkin.

11.4.1 Karakteristik dan Tugas Perkembangan Keluarga dengan Lansia

Karakteristik ontologis yang paling mendasar pada keluarga Tahap VIII adalah terjadinya penyusutan struktural dan penurunan kapasitas fungsional secara progresif. Secara sosiologis, fase ini sering kali diawali dengan transisi menuju masa pensiun, yang secara drastis mengubah rutinitas harian dan mereduksi aliran pendapatan finansial. Janah et al. (2025) menjelaskan bahwa karakteristik ini memicu rekonfigurasi dinamika

kekuasaan di dalam rumah tangga; lansia yang sebelumnya berposisi sebagai penyedia utama (*provider*) kini harus beradaptasi dengan peran sebagai penerima perawatan (*care receiver*). Selain itu, karakteristik emosional pada fase ini sangat diwarnai oleh proses tinjauan hidup (*life review*), di mana lansia melakukan evaluasi retrospektif terhadap seluruh pencapaian dan kegagalan masa lalu mereka untuk mencapai integritas ego atau, sebaliknya, jatuh ke dalam keputusan (*despair*).

Tugas perkembangan utama pada fase senja ini berpusat pada adaptasi terhadap berbagai bentuk kehilangan normatif dan pemeliharaan fungsi fisik. Keluarga dituntut untuk merancang ulang pengaturan tempat tinggal (*living arrangement*) yang aman dan sesuai dengan keterbatasan mobilitas lansia. Irwansyah (2026) mencatat bahwa tugas yang tidak kalah krusial adalah penyesuaian terhadap kematian pasangan hidup (*widowhood*). Kehilangan figur lekat yang telah mendampingi selama puluhan tahun merupakan stresor psikologis paling masif yang menuntut reorganisasi identitas secara total. Lansia yang ditinggalkan harus belajar mengelola duka cita yang mendalam, mengambil alih tugas-tugas domestik yang sebelumnya dikerjakan oleh almarhum pasangan, dan menemukan kembali makna hidup di tengah kesendirian.

Selain tugas adaptasi internal, keluarga lansia juga dihadapkan pada tugas perkembangan yang berorientasi pada pemeliharaan ikatan antargenerasi dan persiapan menghadapi kematian. Lansia dituntut untuk mempertahankan relasi yang fungsional dengan anak-anak dewasa dan cucu mereka, bertindak sebagai penjaga kebijaksanaan kultural (*keeper of meaning*) tanpa bersikap terlalu intervensif. Janah et al. (2025) mengartikulasikan bahwa tugas pamungkas pada tahap ini adalah penerimaan terhadap mortalitas. Keluarga harus mulai mendiskusikan isu-isu yang sering kali dianggap tabu, seperti pembuatan surat wasiat, preferensi perawatan di akhir hayat (*advance directives*), dan persiapan ritual pemakaman. Penyelesaian tugas ini secara terbuka akan mencegah konflik legal dan emosional di antara ahli waris kelak, serta memberikan kedamaian psikologis bagi lansia itu sendiri.

11.4.2 Masalah Kesehatan Lanjut Usia dalam Konteks Keluarga

Profil morbiditas pada keluarga Tahap VIII sangat didominasi oleh konstelasi penyakit degeneratif kronis yang bersifat progresif dan ireversibel. Penurunan fungsi organ secara sistemik menjadikan lansia sangat rentan terhadap komplikasi kardiovaskular, metabolik, dan muskuloskeletal. Sugiarti et al. (2025) mengidentifikasi bahwa hipertensi, osteoarthritis, diabetes melitus, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) merupakan patologi yang paling lazim bermanifestasi. Kompleksitas klinis ini sering kali diperburuk oleh fenomena polifarmasi penggunaan berbagai macam obat secara bersamaan yang meningkatkan risiko interaksi obat yang fatal dan toksisitas organ. Penyakit kronis ini tidak hanya membatasi *Activities of Daily Living* (ADL) lansia, tetapi juga menciptakan beban finansial yang sangat masif bagi keluarga yang merawatnya.

Ancaman kesehatan kedua yang semakin mendominasi lanskap gerontologi adalah penurunan fungsi kognitif dan gangguan neuropsikiatrik. Insidensi demensia, khususnya penyakit Alzheimer, mengalami lonjakan eksponensial pada populasi lansia. Wawomeo et al. (2022) menjelaskan bahwa demensia secara perlahan merampas memori, orientasi spasial, dan kapasitas rasional lansia, mengubah mereka menjadi individu yang sepenuhnya bergantung pada orang lain. Selain demensia, depresi pada lansia (*geriatric depression*) sering kali tidak terdiagnosis karena gejalanya tumpang tindih dengan keluhan fisik biasa atau dianggap sebagai bagian normal dari penuaan. Depresi ini umumnya dipicu oleh isolasi sosial, nyeri kronis yang tidak teratasi, atau perasaan menjadi beban bagi keluarga, yang jika dibiarkan dapat berujung pada ideasi bunuh diri pasif (seperti menolak makan atau minum obat).

Masalah kesehatan ketiga bermanifestasi pada domain keselamatan lingkungan dan kerentanan terhadap kekerasan. Penurunan ketajaman visus, gangguan keseimbangan, dan kelemahan otot menjadikan lansia sangat rentan terhadap insiden jatuh (*falls*) di dalam rumah, yang sering kali berakibat pada fraktur kolum femur dan imobilisasi permanen. Di sisi lain, Sugiarti et al. (2025) menyoroti realitas kelam mengenai kekerasan terhadap lansia (*elder abuse*) di lingkungan domestik. Kekerasan ini tidak selalu bersifat fisik; ia sering kali bermanifestasi sebagai penelantaran

(*neglect*), eksploitasi finansial oleh anak kandung, atau kekerasan verbal akibat kelelahan pengasuh (*caregiver burnout*). Ketergantungan absolut lansia pada pelaku kekerasan membuat masalah ini sangat sulit dideteksi dan diintervensi oleh tenaga kesehatan komunitas.

11.4.3 Asuhan Keperawatan Gerontik di Rumah

Desain asuhan keperawatan gerontik di lingkungan domestik menuntut pendekatan klinis yang sangat komprehensif, holistik, dan berpusat pada preservasi martabat klien. Langkah fundamental pertama adalah pelaksanaan Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G) atau *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA). Sugiarti et al. (2025) mengartikulasikan bahwa perawat komunitas tidak boleh hanya berfokus pada diagnosis medis tunggal, melainkan harus mengevaluasi lansia secara multidimensional, mencakup status fungsional (menggunakan Indeks Barthel atau Katz), status kognitif (menggunakan *Mini-Mental State Examination*/MMSE), status afektif (menggunakan *Geriatric Depression Scale*/GDS), serta asesmen risiko jatuh. Pengkajian yang presisi ini berfungsi sebagai fondasi untuk merancang intervensi yang benar-benar selaras dengan sisa kapasitas fungsional lansia.

Intervensi utama pada fase ini difokuskan pada manajemen penyakit kronis, optimalisasi keamanan lingkungan, dan pencegahan komplikasi. Perawat memberikan edukasi yang intensif mengenai kepatuhan diet dan regimen medikasi, menggunakan alat bantu visual seperti kotak obat harian (*pillbox*) untuk mencegah kesalahan dosis akibat kelupaan. Irwansyah (2026) menjelaskan bahwa perawat juga harus melakukan audit lingkungan rumah (*home hazard assessment*) dan merekomendasikan modifikasi struktural, seperti pemasangan pegangan (*handrails*) di kamar mandi, perbaikan pencahayaan, dan penyingkiran karpet yang licin guna memitigasi risiko jatuh. Selain itu, perawat melatih lansia untuk melakukan latihan fisik ringan, seperti senam ergonomis atau latihan keseimbangan, untuk mempertahankan massa otot dan fleksibilitas sendi.

Lebih jauh, asuhan keperawatan gerontik harus menyentuh dimensi psikososial dan spiritual. Perawat memfasilitasi terapi reminiscence (terapi kenangan), mendorong lansia untuk menceritakan pengalaman hidup

mereka guna menstimulasi memori positif dan mencapai integritas ego. Sugiarti et al. (2025) mencatat bahwa perawat juga memberikan dukungan afektif bagi lansia yang tengah berduka akibat kehilangan pasangan, memvalidasi perasaan mereka, dan mencegah isolasi sosial dengan mendorong partisipasi dalam kegiatan keagamaan atau komunitas sebaya. Melalui asuhan yang penuh empati ini, perawat memastikan bahwa lansia tidak merasa diabaikan, melainkan tetap merasa dihargai sebagai individu yang memiliki otonomi dan makna eksistensial di sisa usia mereka.

11.4.4 Pendampingan dan Pemberdayaan Keluarga Merawat Lansia

Keberhasilan asuhan gerontik di komunitas sangat bergantung pada kapasitas dan resiliensi *caregiver* informal, yang umumnya adalah pasangan yang masih sehat atau anak perempuan dewasa. Merawat lansia dengan penyakit kronis atau demensia merupakan tugas yang sangat menguras energi fisik, finansial, dan emosional, yang sering kali berlangsung selama bertahun-tahun tanpa jeda. Sugiharto et al. (2024) mengartikulasikan bahwa perawat komunitas memiliki kewajiban profesional untuk tidak hanya merawat lansia sebagai pasien indeks, tetapi juga menjadikan keluarga pengasuh sebagai unit intervensi yang setara. Pemberdayaan keluarga ini bertujuan untuk meningkatkan literasi perawatan, mereduksi stres pengasuhan, dan mencegah terjadinya penelantaran atau kekerasan akibat kelelahan yang ekstrem.

Intervensi pemberdayaan dimulai dengan transfer keterampilan teknis (*skill transfer*) dan psikoedukasi. Perawat melatih keluarga mengenai teknik perawatan dasar yang aman, seperti cara memandikan lansia di tempat tidur, teknik membalikkan badan untuk mencegah ulkus dekubitus, hingga manajemen perilaku agresif pada lansia dengan demensia. Wawomeo et al. (2022) menjelaskan bahwa perawat harus mendekonstruksi ekspektasi yang tidak realistis dari keluarga; misalnya, menyadarkan mereka bahwa kemunduran kognitif lansia adalah proses patologis yang tidak dapat disembuhkan, sehingga keluarga harus beradaptasi dengan realitas tersebut alih-alih memaksakan lansia untuk "mengingat" kembali. Edukasi ini sangat krusial untuk mereduksi frustrasi

dan kemarahan yang sering kali muncul ketika lansia gagal merespons instruksi.

Pilar terakhir dari pemberdayaan keluarga adalah mobilisasi dukungan sosial dan fasilitasi akses ke layanan komunitas. Perawat bertindak sebagai navigator sistem, menghubungkan keluarga dengan fasilitas Posbindu Lansia, layanan *home care* profesional, atau kelompok dukungan *caregiver* (*support group*). Sugiharto et al. (2024) mencatat bahwa perawat juga harus secara aktif memonitor tanda-tanda *caregiver burnout* menggunakan instrumen seperti *Zarit Burden Interview*, dan segera mengintervensi dengan merekomendasikan *respite care* (perawatan pengganti sementara) agar pengasuh utama dapat beristirahat. Melalui pendampingan yang komprehensif dan berkelanjutan ini, perawat memastikan bahwa keluarga memiliki kapasitas yang tangguh untuk mendampingi lansia melewati fase akhir kehidupan mereka dengan penuh kasih sayang dan martabat.

Tabel 11.1 Analisis Komparatif Karakteristik, Morbiditas, dan Fokus Asuhan Keperawatan Keluarga Tahap V–VIII

Tahap Perkembangan	Karakteristik & Tugas Utama	Profil Masalah Kesehatan Lazim	Strategi Asuhan & Edukasi Keperawatan	Sumber Rujukan Utama
Tahap V: Anak Remaja	Tuntutan otonomi dan diferensiasi identitas; penyeimbangan kebebasan dengan tanggung jawab.	Kenakalan remaja, perilaku berisiko (seksual/zat adiktif), dan krisis kesehatan mental (depresi, <i>body image</i>).	Mediasi konflik antargenerasi, edukasi kesehatan reproduksi/mental, dan pembuatan kontrak perilaku.	Ro'isah & Laili (2023); Janah et al. (2025)
Tahap VI:	Kontraksi	Sindrom	Konseling	Algrienies

Pelepasan Anak Dewasa	struktural (<i>launching center</i>); pelepasan anak dan restorasi keintiman diadik pasangan.	sarang kosong (<i>empty nest syndrome</i>), krisis identitas, dan risiko perceraian usia lanjut (<i>grey divorce</i>).	transisional, pemingkiaan ulang kognitif (<i>cognitive reframing</i>), dan persiapan peran kakek-nenek.	et al. (2024); Irwansyah (2026)
Tahap VII: Usia Pertengahan	Kesadaran mortalitas dan krisis paruh baya; pencapaian generativitas dan perencanaan masa pensiun.	Penyakit degeneratif (hipertensi, DM tipe 2), kelelahan pengasuh ganda (<i>sandwich generation</i>), dan stres adaptasi.	Skrining PTM rutin, manajemen <i>caregiver burnout</i> , dan fasilitasi konferensi keluarga untuk distribusi peran.	Sugiarti et al. (2025); Algrienes et al. (2024)
Tahap VIII: Lanjut Usia	Penurunan kapasitas fungsional progresif; adaptasi terhadap kehilangan pasangan dan persiapan akhir hayat.	Demensia, depresi geriatrik, polifarmasi, risiko jatuh, dan kerentanan terhadap penelantaran (<i>elder abuse</i>).	Pengkajian geriatri komprehensif (P3G), modifikasi keamanan lingkungan, dan pemberdayaan <i>caregiver</i> informal.	Wawomeo et al. (2022); Sugiharto et al. (2024)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur asuhan keperawatan keluarga, gerontologi, dan dinamika psikososial kontemporer, 2022–2026)

BAB 12

KEPERAWATAN KELUARGA DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN HOME CARE

Pendahuluan

Dalam konstelasi keilmuan keperawatan komunitas, asuhan keperawatan keluarga tidak beroperasi dalam sebuah ruang hampa sosiologis, melainkan terikat secara inheren pada arsitektur makro sistem pelayanan kesehatan nasional. Bab pamungkas ini memposisikan diri sebagai titik kulminasi yang menjembatani intervensi klinis di tingkat mikro (domestik) dengan kebijakan struktural di tingkat makro (negara). Pemahaman yang komprehensif mengenai regulasi pemerintah, skema integrasi layanan primer, hingga manajemen operasional *home care* merupakan prasyarat absolut bagi perawat untuk bertransformasi dari sekadar pelaksana asuhan menjadi agen perubahan sistemik. Tanpa adanya keselarasan antara praktik klinis dan payung kebijakan, intervensi keperawatan yang paling brilian sekalipun akan kehilangan daya ungkitnya dan gagal menciptakan dampak epidemiologis yang berkelanjutan (Lukman, 2024).

Meskipun kerangka regulasi kesehatan di Indonesia telah mengalami berbagai fase reformasi, observasi empiris di lapangan sering kali menyingkap sebuah celah penelitian (*research gap*) yang sangat menganga antara idealisme kebijakan di atas kertas dengan realitas implementasi di tingkat akar rumput. Fragmentasi layanan, tumpang tindih kewenangan antarprogram, serta ketidaksiapan infrastruktur di tingkat Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sering kali menyabotase efektivitas program pembinaan keluarga. Pratidina dan Rokayah (2023) mengartikulasikan bahwa banyak perawat komunitas yang masih mengalami disorientasi dalam menerjemahkan indikator-indikator makro seperti Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) ke dalam rencana asuhan keperawatan yang aplikatif. Kesenjangan struktural ini menuntut adanya sebuah analisis kritis untuk mendekonstruksi

hambatan birokratis dan merumuskan strategi integrasi yang lebih pragmatis.

Berpijak pada problematika sistemik tersebut, bab ini diformulasikan untuk mengurai dan menjawab empat pertanyaan penelitian utama yang menjadi fondasi operasional keperawatan keluarga kontemporer. Pertama, bagaimana landasan kebijakan dan program pemerintah mengonstruksi arah pembinaan keluarga di Indonesia? Kedua, bagaimana perawat mengintegrasikan asuhan keperawatan keluarga ke dalam kerangka PIS-PK dan Integrasi Layanan Primer (ILP)? Ketiga, bagaimana prinsip-prinsip manajemen, etik, dan legal diaplikasikan dalam penyelenggaraan praktik *home care* yang profesional? Dan keempat, bagaimana sistem manajemen mutu dan dokumentasi asuhan dikalibrasi untuk menjamin akuntabilitas pelayanan? Melalui sintesis literatur kebijakan dan manajemen keperawatan terkini, bab ini diharapkan mampu membekali perawat dengan ketajaman navigasi birokratis dan manajerial yang paripurna (Wulandari, 2025).

12.1 Kebijakan dan Program Pemerintah terkait Pembinaan Keluarga

Evolusi sistem kesehatan nasional di Indonesia telah mencatat sebuah pergeseran paradigma yang sangat monumental, bergerak dari pendekatan kuratif yang berpusat pada rumah sakit (*hospital-based*) menuju pendekatan promotif-preventif yang berpusat pada komunitas dan keluarga (*family-based*). Transformasi ini didorong oleh kesadaran epidemiologis bahwa akar dari beban morbiditas ganda baik penyakit menular maupun tidak menular terletak pada determinan sosial dan perilaku di lingkungan domestik. Oleh karena itu, pemerintah merumuskan serangkaian kebijakan strategis yang memposisikan keluarga bukan lagi sebagai objek pasif penerima layanan, melainkan sebagai unit analisis utama dan mitra kolaboratif dalam penciptaan ketahanan kesehatan nasional (Lukman, 2024).

Keberadaan payung hukum dan program terstruktur ini memberikan legitimasi operasional yang sangat kuat bagi praktik keperawatan komunitas. Kebijakan pemerintah berfungsi sebagai cetak biru yang

mendikte alokasi sumber daya, penentuan prioritas masalah, hingga indikator keberhasilan kinerja tenaga kesehatan di lapangan. Novera et al. (2021) menjelaskan bahwa perawat dituntut untuk memiliki literasi kebijakan (*policy literacy*) yang mumpuni, sehingga mereka dapat menyelaraskan tujuan asuhan keperawatan spesifik pada setiap keluarga dengan target makro pembangunan kesehatan daerah dan nasional. Pemahaman terhadap anatomi kebijakan ini merupakan instrumen advokasi yang esensial untuk memastikan keberlanjutan program pembinaan di tingkat akar rumput.

12.1.1 Landasan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Keluarga di Indonesia

Konstruksi pelayanan kesehatan keluarga di Indonesia dibangun di atas fondasi konstitusional yang sangat kokoh, yang menjamin hak setiap warga negara untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Undang-Undang Kesehatan yang berlaku secara eksplisit mengamankan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan harus didasarkan pada pendekatan siklus hidup dan diselenggarakan secara terpadu, komprehensif, serta berkesinambungan. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa regulasi ini memberikan mandat legal bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk melakukan intervensi yang menembus batas-batas institusi medis konvensional dan masuk langsung ke dalam ranah domestik masyarakat. Landasan hukum ini juga mewajibkan pemerintah daerah untuk menyediakan infrastruktur dan anggaran yang memadai guna mendukung program kunjungan rumah dan pembinaan keluarga rawan kesehatan.

Dalam era desentralisasi dan otonomi daerah, landasan kebijakan nasional tersebut kemudian diterjemahkan ke dalam berbagai Peraturan Daerah (Perda) dan Peraturan Kepala Daerah (Perkada) yang disesuaikan dengan karakteristik epidemiologis dan kultural masing-masing wilayah. Fleksibilitas regulasi ini memungkinkan Dinas Kesehatan di tingkat kabupaten/kota untuk merancang inovasi pelayanan yang lebih kontekstual. Wulandari (2025) mencatat bahwa perawat komunitas harus mampu memetakan regulasi lokal ini, karena sering kali terdapat program-program spesifik daerah seperti insentif bagi kader kesehatan atau

jaminan pembiayaan untuk transportasi rujukan keluarga miskin yang dapat dimobilisasi untuk mendukung keberhasilan asuhan keperawatan pada keluarga dengan tingkat kemandirian rendah.

Lebih jauh, landasan kebijakan ini juga mengatur batas-batas kewenangan dan standar profesi dalam memberikan pelayanan. Regulasi mengenai praktik keperawatan secara tegas melindungi otonomi perawat dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan keluarga, dan mengeksekusi intervensi mandiri di komunitas. Lukman (2024) menegaskan bahwa pemahaman terhadap aspek legal-formal ini sangat krusial untuk melindungi perawat dari potensi malapraktik atau tuntutan hukum saat melakukan tindakan di luar fasilitas kesehatan. Dengan berpijak pada landasan kebijakan yang solid, perawat dapat menjalankan perannya sebagai advokat keluarga dengan penuh percaya diri, memastikan bahwa hak-hak kesehatan klien terpenuhi sesuai dengan standar konstitusi yang berlaku.

12.1.2 Program Pembinaan Keluarga Sejahtera

Program pembinaan keluarga sejahtera merupakan salah satu pilar intervensi makro yang dirancang untuk mengentaskan kemiskinan multidimensional dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia secara komprehensif. Diinisiasi melalui sinergi lintas kementerian, khususnya Kementerian Kesehatan dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), program ini mendekonstruksi konsep kesejahteraan melampaui sekadar indikator ekonomi. Pratidina dan Rokayah (2023) menjelaskan bahwa pembinaan ini mencakup dimensi ketahanan fisik, ketahanan psikologis, hingga kemandirian sosial. Intervensi dirancang untuk memastikan bahwa setiap keluarga memiliki akses terhadap sanitasi yang layak, jaminan kesehatan nasional, pendidikan dasar, serta literasi mengenai perencanaan reproduksi yang rasional.

Pendekatan operasional dari program ini sangat bertumpu pada metodologi siklus hidup (*life cycle approach*), yang secara filosofis sangat selaras dengan paradigma keperawatan keluarga. Pembinaan tidak dilakukan secara sporadis, melainkan dikalibrasi secara spesifik mengikuti

tahapan perkembangan keluarga, mulai dari pendampingan calon pengantin, kelas ibu hamil, bina keluarga balita (BKB), bina keluarga remaja (BKR), hingga bina keluarga lansia (BKL). Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa perawat komunitas sering kali bertindak sebagai fasilitator utama dalam kelompok-kelompok binaan ini. Melalui wadah tersebut, perawat mentransfer pengetahuan mengenai stimulasi tumbuh kembang, manajemen konflik antargenerasi, dan pencegahan penyakit degeneratif, menciptakan sebuah ekosistem edukasi yang berkelanjutan di tengah masyarakat.

Meskipun secara konseptual sangat ideal, evaluasi kritis terhadap implementasi program pembinaan keluarga sejahtera di era kontemporer sering kali menyingkap berbagai anomali birokratis. Pratidina dan Rokayah (2023) dalam kajiannya menyoroti bahwa ego sektoral antarinstansi pemerintah sering kali memicu fragmentasi data dan tumpang tindih intervensi di lapangan. Sebuah keluarga miskin mungkin dikunjungi oleh berbagai petugas dari instansi yang berbeda dengan membawa kuesioner yang hampir identik, memicu kelelahan responden (*respondent fatigue*) dan inefisiensi anggaran. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk memiliki kecakapan kolaborasi interprofesional yang tinggi, mampu menyintesis berbagai program sektoral tersebut ke dalam satu rencana asuhan keperawatan keluarga yang terpadu dan tidak membebani klien.

12.1.3 Posyandu, Posbindu, dan UKBM sebagai Wadah Pembinaan Keluarga

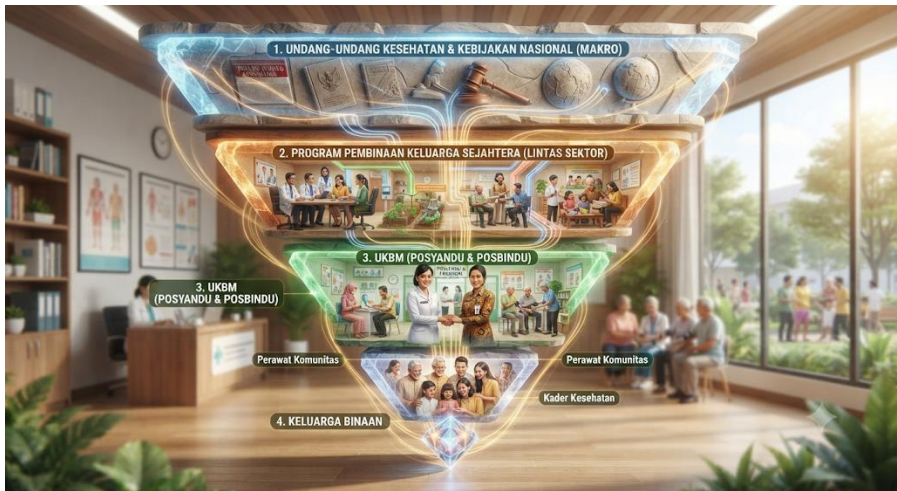
Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) merepresentasikan manifestasi paling autentik dari prinsip partisipasi komunitas dalam sistem kesehatan nasional. UKBM bukanlah perpanjangan tangan birokrasi pemerintah, melainkan sebuah institusi sosial yang dibentuk, dikelola, dan didanai secara swadaya oleh masyarakat untuk menjawab kebutuhan kesehatan mereka sendiri. Novera et al. (2021) menjelaskan bahwa dalam lanskap keperawatan komunitas, UKBM berfungsi sebagai radar epidemiologis garis depan sekaligus arena eksekusi intervensi massal. Keberadaan UKBM memungkinkan perawat untuk melipatgandakan jangkauan asuhan mereka, menjangkau ratusan keluarga dalam satu wilayah kerja melalui

pemberdayaan kader-kader kesehatan lokal yang bertindak sebagai agen perpanjangan tangan profesional.

Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) merupakan dua varian UKBM yang paling masif dan terstruktur di Indonesia. Seiring dengan transisi epidemiologi, institusi ini telah mengalami transformasi fungsional yang sangat radikal. Posyandu tidak lagi beroperasi secara eksklusif untuk menimbang balita dan memberikan imunisasi, melainkan telah terintegrasi untuk melayani seluruh siklus hidup, termasuk remaja dan lansia. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa Posbindu Penyakit Tidak Menular (PTM) kini menjadi instrumen skrining yang sangat vital untuk mendeteksi hipertensi, obesitas, dan diabetes di tingkat rukun warga. Melalui partisipasi aktif keluarga dalam kegiatan UKBM ini, perawat dapat memantau fluktuasi status kesehatan komunitas secara *real-time* dan mengidentifikasi keluarga-keluarga rawan yang membutuhkan kunjungan rumah intensif.

Sinergi antara perawat komunitas dan kader kesehatan merupakan urat nadi yang menentukan viabilitas seluruh program UKBM. Kader adalah tokoh masyarakat yang memiliki legitimasi kultural dan kedekatan emosional dengan keluarga-keluarga di wilayahnya, namun mereka sering kali memiliki keterbatasan dalam literasi medis. Novera et al. (2021) menegaskan bahwa tugas utama perawat bukanlah mengambil alih pekerjaan teknis di meja Posyandu, melainkan melakukan supervisi klinis, memberikan pelatihan berkelanjutan (*capacity building*), dan memvalidasi data hasil skrining yang dilakukan oleh kader. Melalui orkestrasi yang harmonis antara keahlian klinis perawat dan modal sosial kader, UKBM bertransformasi menjadi sebuah ekosistem pembinaan keluarga yang tangguh, mandiri, dan responsif terhadap dinamika ancaman kesehatan lokal.

Gambar 12.1 Skema Integrasi Kebijakan Nasional dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)



(Sumber: Diadaptasi dari Lukman, 2024 & Novera et al., 2021)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan diagram piramida terbalik yang merepresentasikan aliran kebijakan. Di bagian paling atas (makro) terdapat "Undang-Undang Kesehatan & Kebijakan Nasional", yang mengalir turun ke "Program Pembinaan Keluarga Sejahtera (Lintas Sektor)". Aliran ini kemudian mengerucut pada tingkat mikro (komunitas) berupa "UKBM (Posyandu & Posbindu)", di mana terdapat ikon "Perawat Komunitas" dan "Kader Kesehatan" yang saling berpegangan tangan, memfasilitasi asuhan langsung kepada "Keluarga Binaan" di ujung paling bawah piramida.

12.2 PIS-PK dan Integrasi Layanan Primer

Transformasi arsitektur sistem kesehatan nasional di Indonesia saat ini tengah memasuki fase yang sangat revolusioner, ditandai oleh pergeseran episentrum pelayanan dari fasilitas kuratif menuju penguatan layanan primer yang berpusat pada komunitas. Dalam konstelasi perubahan ini, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan Integrasi Layanan Primer (ILP) muncul sebagai dua instrumen kebijakan makro yang mendikte arah operasional asuhan keperawatan. Kedua kerangka kerja ini tidak lagi memandang individu sebagai entitas biologis yang terisolasi, melainkan menempatkannya secara utuh di dalam matriks sosiologis keluarganya. Wulandari et al. (2024) mengartikulasikan bahwa sinergi antara PIS-PK dan ILP merepresentasikan upaya sistematis

pemerintah untuk meruntuhkan sekat-sekat program sektoral yang selama ini memicu fragmentasi pelayanan, menggantinya dengan pendekatan holistik yang berbasis pada siklus kehidupan.

Bagi perawat komunitas, pemahaman yang presisi terhadap anatomi PIS-PK dan ILP bukanlah sekadar tuntutan administratif, melainkan sebuah imperatif klinis. Kebijakan ini menyediakan peta jalan (*roadmap*) epidemiologis yang sangat kaya akan data, memungkinkan perawat untuk melakukan stratifikasi risiko dan menargetkan intervensi secara lebih akurat pada keluarga-keluarga yang berada di zona kerentanan tinggi. Pratidina dan Rokayah (2023) menegaskan bahwa integrasi asuhan keperawatan ke dalam kerangka kebijakan ini akan melipatgandakan daya ungkit terapeutik perawat, mentransformasi tindakan-tindakan mikro di tingkat domestik menjadi kontribusi nyata terhadap peningkatan Indeks Keluarga Sehat (IKS) di tingkat populasi.

12.2.1 Konsep PIS-PK

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) merupakan sebuah terobosan strategis yang merevolusi cara negara mendeteksi dan mengintervensi masalah kesehatan masyarakat. Secara filosofis, PIS-PK mengadopsi prinsip *total coverage*, di mana sistem kesehatan tidak lagi bersikap pasif menunggu pasien datang ke fasilitas medis, melainkan secara proaktif melakukan penjangkauan (*outreach*) ke setiap rumah tangga di wilayah kerjanya. Wulandari et al. (2024) menjelaskan bahwa pendekatan ini mendekonstruksi paradigma lama yang sangat bias terhadap kuratif, dan menggantinya dengan paradigma promotif-preventif yang menjadikan keluarga sebagai unit analisis fundamental. Melalui sensus kesehatan yang komprehensif, PIS-PK memetakan realitas epidemiologis dan determinan sosial secara *real-time*, menciptakan sebuah pangkalan data raksasa yang memandu alokasi sumber daya kesehatan secara lebih presisi.

Konstruksi operasional PIS-PK dibangun di atas fondasi dua belas indikator keluarga sehat yang mencakup spektrum kesehatan ibu dan anak, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, serta perilaku sehat dan kesehatan lingkungan. Indikator-indikator ini seperti

kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penderita tuberkulosis yang berobat sesuai standar, hingga akses terhadap air bersih dan jamban sehat berfungsi sebagai parameter objektif untuk mengkalkulasi Indeks Keluarga Sehat (IKS). Pratidina dan Rokayah (2023) mengartikulasikan bahwa IKS mengklasifikasikan keluarga ke dalam tiga stratifikasi: keluarga sehat, pra-sehat, dan tidak sehat. Stratifikasi ini sangat krusial bagi perawat komunitas karena ia memberikan justifikasi klinis yang solid untuk menentukan prioritas kunjungan rumah; keluarga dengan IKS tidak sehat secara otomatis menjadi target utama intervensi keperawatan intensif.

Meskipun desain konseptual PIS-PK sangat ideal, implementasinya di lapangan sering kali berbenturan dengan berbagai anomali birokratis dan resistensi kultural. Evaluasi kritis menunjukkan bahwa proses pengumpulan data sering kali tereduksi menjadi sekadar rutinitas administratif untuk memenuhi target pelaporan, tanpa diikuti dengan intervensi lanjutan (*intervensi lanjut*) yang bermakna. Pratidina dan Rokayah (2023) dalam kajiannya menyoroti bahwa banyak Puskesmas yang mengalami kelumpuhan analitis (*analysis paralysis*) akibat volume data yang terlalu masif, ditambah dengan keterbatasan kuantitas dan kompetensi tenaga kesehatan untuk melakukan kunjungan ulang. Oleh karena itu, revitalisasi PIS-PK menuntut perawat untuk mengambil peran kepemimpinan dalam menganalisis data IKS, menerjemahkannya menjadi diagnosis keperawatan komunitas, dan mengeksekusi asuhan yang benar-benar menyentuh akar etiologi dari indikator yang bermasalah.

12.2.2 Konsep Integrasi Layanan Primer

Integrasi Layanan Primer (ILP) merepresentasikan gelombang transformasi terbaru dalam arsitektur sistem kesehatan Indonesia, yang dirancang untuk mengatasi fragmentasi pelayanan yang selama ini menjadi kelemahan fatal di tingkat akar rumput. Secara konseptual, ILP mendekonstruksi model pelayanan Puskesmas yang sebelumnya terkotak-kotak berdasarkan program penyakit (seperti program TB, program gizi, atau program KIA), dan mereorganisasinya menjadi klaster-klaster pelayanan yang berbasis pada siklus hidup (*life cycle*). Wulandari (2025) menjelaskan bahwa transformasi ini memastikan setiap individu mulai dari ibu hamil, bayi, remaja, usia produktif, hingga lansia mendapatkan

pelayanan yang komprehensif dan berkesinambungan di satu titik kontak, tanpa harus berpindah-pindah antar-poli yang membingungkan.

Arsitektur ILP tidak hanya merombak struktur internal Puskesmas, tetapi juga memperluas jangkauan pelayanannya hingga ke tingkat desa dan dusun melalui revitalisasi Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Posyandu. Dalam skema ILP, Pustu bertransformasi menjadi simpul koordinasi kesehatan di tingkat desa yang dilengkapi dengan tenaga medis, perawat, dan bidan, sementara Posyandu di tingkat dusun diintegrasikan untuk melayani seluruh kelompok umur, bukan lagi eksklusif untuk balita. Wulandari et al. (2024) mengartikulasikan bahwa jejaring struktural ini menciptakan sebuah ekosistem pelayanan yang sangat rapat, memastikan bahwa tidak ada satu pun keluarga yang luput dari radar pemantauan kesehatan. Integrasi ini juga memfasilitasi aliran rujukan vertikal dan horizontal yang jauh lebih mulus, memangkas birokrasi yang sering kali menunda penanganan krisis kesehatan di komunitas.

Bagi disiplin keperawatan keluarga, konsep ILP merupakan sebuah validasi institusional terhadap filosofi asuhan yang selama ini mereka anut. Pendekatan siklus hidup yang menjadi ruh dari ILP sangat selaras dengan teori perkembangan keluarga yang memandang kesehatan sebagai sebuah kontinum. Lukman (2024) mencatat bahwa dalam kerangka ILP, asuhan keperawatan tidak lagi dipandang sebagai entitas yang terpisah dari pelayanan medis, melainkan menjadi komponen integral dari paket layanan komprehensif di setiap klaster. Sinergi ini memungkinkan perawat untuk memadukan data skrining klinis dari Pustu dengan data observasi sosiologis dari kunjungan rumah, menghasilkan sebuah potret diagnostik yang sangat utuh mengenai kapasitas resiliensi dan kerentanan patologis sebuah keluarga.

12.2.3 Peran Perawat Keluarga dalam Implementasi ILP

Dalam ekosistem Integrasi Layanan Primer yang sangat dinamis, perawat keluarga dituntut untuk melakukan rekalisasi peran yang sangat radikal, bertransformasi dari sekadar pelaksana instruksi medis menjadi manajer kasus (*case manager*) dan koordinator asuhan. Peran manajerial ini menuntut perawat untuk mengorkestrasikan berbagai intervensi dari

klaster siklus hidup yang berbeda agar dapat diaplikasikan secara harmonis pada satu unit keluarga. Wulandari et al. (2024) menjelaskan bahwa ketika sebuah keluarga memiliki ibu hamil (klaster 2), remaja (klaster 3), dan lansia dengan hipertensi (klaster 4), perawat bertugas menyintesis seluruh kebutuhan tersebut ke dalam satu rencana asuhan keperawatan keluarga yang terpadu. Hal ini mencegah terjadinya tumpang tindih edukasi dan memastikan bahwa intervensi yang diberikan tidak saling berkontradiksi.

Peran strategis kedua yang diemban oleh perawat dalam kerangka ILP adalah sebagai pembina dan supervisor klinis bagi kader kesehatan di tingkat Posyandu terintegrasi. Mengingat ILP sangat mengandalkan partisipasi masyarakat untuk melakukan skrining awal, validitas data yang dihasilkan sangat bergantung pada kompetensi kader. Pratidina dan Rokayah (2023) mengartikulasikan bahwa perawat tidak boleh mengambil alih tugas teknis kader, melainkan harus memfasilitasi peningkatan kapasitas (*capacity building*) mereka melalui pelatihan berkelanjutan. Perawat mengajarkan teknik pengukuran antropometri yang presisi, cara menggunakan instrumen skrining PTM, serta teknik komunikasi persuasif untuk memotivasi keluarga agar bersedia dirujuk ke Pustu. Melalui supervisi yang ketat ini, perawat memastikan bahwa Posyandu benar-benar berfungsi sebagai garda terdepan deteksi dini yang reliabel.

Peran ketiga yang tidak kalah esensial adalah sebagai advokat kebijakan dan agen pemberdayaan di tingkat desa. Dalam struktur ILP, Pustu diwajibkan untuk berkolaborasi dengan pemerintah desa dalam merumuskan kebijakan kesehatan lokal. Lukman (2024) mencatat bahwa perawat keluarga harus mampu menggunakan data epidemiologis dari PIS-PK dan hasil skrining ILP sebagai instrumen diplomasi untuk meyakinkan kepala desa agar mengalokasikan Dana Desa bagi intervensi kesehatan spesifik. Misalnya, jika data menunjukkan tingginya insidensi diare akibat sanitasi buruk, perawat mengadvokasi pembangunan jamban komunal. Melalui peran advokasi ini, perawat tidak hanya menyembuhkan patologi di tingkat individu, tetapi juga mengintervensi determinan sosial kesehatan di tingkat struktural, menciptakan lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keluarga sehat.

12.2.4 Asuhan Keperawatan Keluarga dalam Kerangka ILP

Integrasi asuhan keperawatan keluarga ke dalam kerangka ILP menuntut adanya modifikasi metodologis pada setiap tahapan proses keperawatan, memastikannya selaras dengan alur kerja klaster siklus hidup. Pada fase pengkajian, perawat tidak lagi memulai investigasi dari ruang hampa, melainkan memanfaatkan pangkalan data PIS-PK dan rekam medis elektronik dari skrining Posyandu/Pustu sebagai data sekunder awal. Wulandari et al. (2024) menjelaskan bahwa perawat menggunakan data makro ini untuk melakukan triase; keluarga dengan profil risiko tertinggi misalnya keluarga dengan balita stunting dan ayah perokok berat akan diprioritaskan untuk mendapatkan kunjungan rumah. Pengkajian lanjutan di rumah kemudian difokuskan pada eksplorasi dinamika internal, struktur kekuasaan, dan kapasitas koping keluarga yang tidak dapat terekam oleh instrumen skrining kuantitatif di fasilitas kesehatan.

Pada fase perumusan diagnosis dan perencanaan, asuhan keperawatan dalam kerangka ILP harus dikonstruksi dengan pendekatan yang sangat pragmatis dan berorientasi pada pemecahan masalah lintas klaster. Diagnosis keperawatan tidak boleh hanya berfokus pada satu anggota keluarga yang sakit, melainkan harus merefleksikan disfungsi sistemik yang memengaruhi seluruh anggota. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa perencanaan intervensi harus disinergikan dengan paket layanan standar yang ada di ILP. Jika perawat merencanakan edukasi gizi untuk balita stunting, intervensi tersebut harus diintegrasikan dengan jadwal pemberian makanan tambahan (PMT) di Posyandu dan konseling laktasi di Pustu. Sinergi ini memastikan bahwa keluarga menerima pesan yang konsisten dan dukungan sumber daya yang komprehensif dari seluruh elemen sistem kesehatan.

Fase implementasi dan evaluasi dalam kerangka ILP sangat menekankan pada pencapaian kemandirian keluarga dan kesinambungan pemantauan. Intervensi keperawatan di rumah (seperti demonstrasi perawatan luka atau stimulasi kognitif) selalu diakhiri dengan pembuatan kontrak komitmen, di mana keluarga diwajibkan untuk melaporkan progresivitas mereka pada kunjungan Posyandu berikutnya. Pratidina dan Rokayah (2023) mencatat bahwa evaluasi keberhasilan asuhan tidak hanya

diukur dari perbaikan parameter klinis individu, tetapi juga dari peningkatan Indeks Keluarga Sehat (IKS) secara agregat. Jika sebuah keluarga berhasil dimandirikan, perawat akan mendokumentasikan pencapaian tersebut ke dalam sistem informasi ILP, mengubah status stratifikasi risiko keluarga tersebut, dan secara bertahap melepaskan mereka dari program pendampingan intensif menuju fase pemeliharaan kesehatan mandiri.

12.3 Keperawatan Keluarga dalam Praktik Home Care

Pergeseran paradigma pelayanan kesehatan kontemporer tidak hanya bermanifestasi pada integrasi layanan di tingkat fasilitas primer, tetapi juga pada desentralisasi lokus asuhan dari institusi medis menuju lingkungan domestik klien. Praktik *home care* (perawatan di rumah) merepresentasikan evolusi logis dari keperawatan keluarga, di mana intervensi klinis yang kompleks yang secara historis hanya dapat dieksekusi di dalam tembok rumah sakit kini ditransplantasikan secara aman ke dalam ruang tamu pasien. Transformasi ini didorong oleh konvergensi berbagai faktor makro, mulai dari lonjakan prevalensi penyakit degeneratif kronis, transisi demografis menuju populasi menua, hingga imperatif ekonomi untuk mereduksi durasi rawat inap (*length of stay*) dan mencegah rehospitalisasi yang membebani sistem asuransi kesehatan nasional (Wulandari, 2025).

Meskipun beroperasi di bawah payung filosofis yang sama dengan keperawatan komunitas, praktik *home care* menuntut tingkat otonomi klinis, ketajaman manajerial, dan kepekaan etis yang jauh lebih tinggi. Perawat *home care* bekerja di sebuah arena yang tidak terstruktur, di mana mereka tidak memiliki akses instan terhadap tim resusitasi atau peralatan diagnostik canggih. Mereka harus mengorkestrasikan asuhan di tengah dinamika keluarga yang mungkin disfungsi, memodifikasi lingkungan rumah yang suboptimal menjadi zona terapeutik, dan secara simultan melatih anggota keluarga untuk mengambil alih peran pengasuhan teknis. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai manajemen operasional, legalitas praktik, dan protokol kedaruratan merupakan prasyarat absolut untuk menjamin keselamatan

pasien dan akuntabilitas profesional dalam penyelenggaraan *home care* (Susanto et al., 2023).

12.3.1 Konsep dan Pengantar Home Care

Secara konseptual, *home care* bukanlah sekadar aktivitas memindahkan ranjang rumah sakit ke dalam rumah pasien. Wulandari (2025) mengartikulasikan bahwa *home care* adalah sebuah sistem penyediaan layanan kesehatan dan sosial yang komprehensif, berkesinambungan, dan terkoordinasi, yang diberikan kepada individu dan keluarganya di tempat tinggal mereka sendiri. Tujuan paripurna dari layanan ini adalah untuk mempromosikan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan, serta memaksimalkan tingkat kemandirian fungsional klien, sembari meminimalkan dampak patologis dari penyakit terminal atau kecacatan. Dalam paradigma ini, rumah tidak dipandang sebagai hambatan geografis, melainkan sebagai ekosistem penyembuhan (*healing environment*) yang paling natural, di mana pasien dapat mempertahankan otonomi, martabat, dan ikatan afektif dengan orang-orang terdekatnya.

Evolusi praktik *home care* di Indonesia mengalami akselerasi yang sangat masif, terutama sebagai respons adaptif terhadap krisis kesehatan global dan kebijakan pembatasan fisik (*physical distancing*). Susanto et al. (2023) dalam kajiannya menyoroti bahwa ketika akses menuju fasilitas kesehatan konvensional dibatasi, *home care* bertransformasi menjadi katup pengaman (*safety valve*) yang memastikan pasien dengan penyakit kronis tetap mendapatkan asuhan esensial tanpa harus terpapar risiko infeksi nosokomial. Fleksibilitas layanan ini memungkinkan perawat untuk melakukan pemantauan hemodinamik, perawatan luka kompleks, hingga pemberian terapi intravena secara aman di rumah, membuktikan bahwa batas-batas yurisdiksi klinis dapat diperluas tanpa mengorbankan standar keselamatan pasien.

Lebih jauh, filosofi *home care* sangat bertumpu pada prinsip kemitraan egaliter antara perawat dan keluarga. Berbeda dengan tatanan rumah sakit di mana pasien dan keluarga harus tunduk pada regulasi institusi, dalam *home care*, perawatlah yang menjadi "tamu" di wilayah teritorial

klien. Lukman (2024) menjelaskan bahwa perawat harus menanggalkan sikap paternalistik dan mengadopsi pendekatan negosiasi. Setiap intervensi yang dirancang harus diselaraskan dengan rutinitas domestik, nilai kultural, dan kapasitas finansial keluarga. Melalui kolaborasi yang resiprokal ini, *home care* tidak hanya menyembuhkan luka fisik pasien, tetapi juga memberdayakan keluarga untuk bertransformasi menjadi unit pelayanan kesehatan primer yang tangguh dan mandiri.

12.3.2 Aspek Manajemen Home Care

Penyelenggaraan *home care* yang profesional tidak dapat bertumpu semata-mata pada intuisi klinis; ia membutuhkan kerangka manajemen kasus (*case management*) yang sangat terstruktur dan sistematis. Proses manajerial ini dimulai jauh sebelum perawat menginjakkan kaki di rumah pasien, yakni pada fase asesmen kelayakan (*intake and eligibility assessment*). Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa manajer kasus harus mengevaluasi apakah kondisi klinis pasien benar-benar aman untuk dirawat di rumah, apakah lingkungan fisik rumah mendukung (misalnya ketersediaan listrik untuk konsentrator oksigen), dan apakah terdapat *caregiver* informal yang bersedia dan mampu mendampingi pasien selama 24 jam. Jika salah satu dari prasyarat fundamental ini tidak terpenuhi, maka rujukan *home care* harus ditolak demi mencegah terjadinya penelantaran medis (*medical neglect*).

Setelah pasien dinyatakan layak, aspek manajemen bergeser pada orkestrasi logistik dan modifikasi lingkungan. Perawatan di rumah sering kali membutuhkan mobilisasi peralatan medis yang kompleks, mulai dari tempat tidur dekubitus, tiang infus, hingga ventilator portabel. Susanto et al. (2023) mencatat bahwa perawat manajer harus memastikan rantai pasok (*supply chain*) bahan habis pakai seperti kassa steril, kateter, dan obat-obatan berjalan lancar tanpa interupsi. Selain itu, perawat juga harus merancang protokol pengendalian infeksi yang diadaptasi untuk lingkungan domestik, mengedukasi keluarga mengenai tata cara pembuangan limbah medis infeksius (seperti jarum suntik atau balutan luka bernanah) agar tidak mencemari lingkungan sekitar atau membahayakan petugas kebersihan publik.

Aspek manajerial ketiga yang tidak kalah krusial adalah manajemen sumber daya manusia dan pembiayaan. Mengingat *home care* menuntut kunjungan yang intensif, penjadwalan perawat harus dikalibrasi secara presisi untuk mencegah kelelahan kerja (*burnout*) sekaligus menjamin kontinuitas asuhan bagi pasien. Wulandari (2025) menjelaskan bahwa dari sisi finansial, agensi *home care* harus memiliki sistem penagihan yang transparan dan terintegrasi dengan skema asuransi kesehatan yang berlaku. Perawat dituntut untuk melakukan dokumentasi tindakan yang sangat detail sebagai justifikasi klaim pembiayaan, memastikan bahwa setiap intervensi yang diberikan memiliki nilai efektivitas biaya (*cost-effectiveness*) yang rasional dan tidak membebani ekonomi keluarga klien secara destruktif.

12.3.3 Aspek Etik, Legal, dan Kolaborasi dalam Home Care

Praktik keperawatan di lingkungan domestik sering kali menempatkan perawat pada persimpangan dilema etis yang sangat pelik, di mana prinsip otonomi pasien kerap berbenturan dengan prinsip *beneficence* (berbuat baik) dan *non-maleficence* (tidak merugikan). Di rumah sakit, perawat memiliki kendali penuh atas lingkungan; namun di rumah, pasien memiliki hak absolut untuk menolak tindakan atau mempertahankan gaya hidup yang secara medis merugikan. Wulandari (2025) mencontohkan situasi di mana seorang pasien lansia dengan ulkus diabetik menolak untuk membatasi asupan gulanya karena merasa itu adalah satu-satunya kesenangan yang tersisa di akhir hidupnya. Dalam konteks ini, perawat harus menavigasi batas tipis antara menghormati otonomi klien dan mencegah perburukan klinis, menggunakan pendekatan persuasi empatik tanpa jatuh pada pemaksaan yang melanggar hak asasi pasien.

Dari perspektif legal, praktik *home care* beroperasi di bawah payung hukum yang menuntut akuntabilitas tingkat tinggi. Perawat yang bekerja secara mandiri di rumah pasien sangat rentan terhadap tuduhan malapraktik jika terjadi kejadian tidak diharapkan (*adverse events*). Lukman (2024) menegaskan bahwa setiap tindakan medis yang didelegasikan oleh dokter kepada perawat *home care* harus tertuang dalam *standing order* yang tertulis dan sah secara hukum. Lebih jauh, proses pendelegasian tugas perawatan dasar dari perawat kepada anggota

keluarga (*caregiver* informal) harus didahului dengan pelatihan yang terstruktur dan didokumentasikan melalui *informed consent* serta lembar validasi kompetensi. Dokumentasi ini berfungsi sebagai perisai legal yang membuktikan bahwa perawat telah menjalankan tugas edukasinya sesuai dengan standar profesi sebelum melepaskan tanggung jawab teknis kepada keluarga.

Kompleksitas patologi dalam *home care* juga meniscayakan adanya kolaborasi interprofesional yang solid. Perawat tidak beroperasi sebagai *lone ranger*, melainkan bertindak sebagai koordinator yang menjembatani komunikasi antara dokter penanggung jawab, fisioterapis, ahli gizi, dan pekerja sosial. Novera et al. (2021) mengartikulasikan bahwa perawat *home care* berfungsi sebagai mata dan telinga bagi tim multidisiplin, melaporkan fluktuasi klinis pasien secara *real-time* melalui sistem telemedisin atau konferensi kasus berkala. Sinergi kolaboratif ini memastikan bahwa rencana asuhan tetap komprehensif dan responsif terhadap perubahan kondisi pasien, mencegah terjadinya fragmentasi layanan yang sering kali berujung pada komplikasi fatal di lingkungan rumah.

12.3.4 Karakteristik Pasien dan Kedaruratan dalam Home Care

Profil demografis dan klinis pasien yang menerima layanan *home care* memiliki karakteristik yang sangat distingtif dibandingkan dengan populasi pasien di fasilitas rawat jalan konvensional. Mayoritas klien *home care* adalah individu yang terperangkap dalam kondisi imobilisasi akibat penyakit neurodegeneratif (seperti stroke infark atau demensia stadium lanjut), pasien pasca-operasi ortopedi mayor, atau individu dengan penyakit terminal yang membutuhkan perawatan paliatif. Susanto et al. (2023) menjelaskan bahwa karakteristik pasien ini menuntut perawat untuk memiliki kompetensi klinis spektrum luas; mereka harus mahir dalam manajemen nyeri kronis, perawatan stoma, manajemen jalan napas buatan (trakeostomi), hingga pendampingan psikospiritual menjelang akhir hayat (*end-of-life care*). Kompleksitas ini menjadikan rumah pasien sebagai unit perawatan intensif mini yang membutuhkan kewaspadaan tingkat tinggi.

Meskipun telah melalui proses skrining kelayakan yang ketat, lingkungan *home care* tidak pernah sepenuhnya kebal terhadap ancaman kedaruratan medis. Fluktuasi hemodinamik, eksaserbasi akut dari penyakit kronis, atau insiden kecelakaan di rumah (seperti jatuh atau tersedak) dapat terjadi sewaktu-waktu tanpa peringatan. Wulandari (2025) menegaskan bahwa perawat *home care* harus merancang protokol kedaruratan (*emergency preparedness plan*) yang spesifik untuk setiap pasien sejak hari pertama kunjungan. Protokol ini mencakup identifikasi tanda-tanda bahaya (*red flags*) yang harus segera dilaporkan, penempatan nomor telepon darurat (ambulans, dokter jaga) di area yang mudah terlihat, serta penyediaan *emergency kit* dasar di rumah pasien. Antisipasi ini merupakan garis pertahanan pertama untuk mencegah keterlambatan penanganan yang berakibat fatal.

Fase paling krusial dalam manajemen kedaruratan *home care* adalah pemberdayaan keluarga sebagai *first responder*. Mengingat perawat tidak berada di rumah pasien selama 24 jam penuh, anggota keluarga harus dibekali dengan keterampilan Bantuan Hidup Dasar (BHD) yang disederhanakan. Lukman (2024) mencatat bahwa perawat wajib melatih *caregiver* utama mengenai teknik resusitasi jantung paru (RJP) untuk awam, manuver pembebasan jalan napas, dan langkah-langkah stabilisasi awal sebelum bantuan medis tiba. Selain itu, perawat juga harus mengedukasi keluarga mengenai triase mandiri; membantu mereka membedakan antara gejala yang dapat ditangani dengan instruksi via telepon (tele-nursing) dan gejala kritis yang menuntut evakuasi segera ke Instalasi Gawat Darurat (IGD). Melalui kesiapsiagaan yang terorkestrasi ini, risiko mortalitas di lingkungan *home care* dapat direduksi secara signifikan.

Gambar 12.2 Skema Manajemen Kasus dan Kolaborasi Interprofesional dalam Praktik Home Care



(Sumber: Diadaptasi dari Wulandari, 2025 & Susanto et al., 2023)

Keterangan: Ilustrasi ini menampilkan diagram jejaring kolaborasi. Di pusat diagram terdapat ikon "Pasien & Keluarga di Rumah". Mengelilingi pusat tersebut adalah lingkaran intervensi yang dipimpin oleh "Perawat Manajer Kasus". Panah-panah kolaborasi menghubungkan perawat dengan "Dokter Penanggung Jawab", "Fisioterapis/Ahli Gizi", dan "Layanan Ambulans/Kedaruratan". Di bagian bawah terdapat blok "Aspek Legal & Etik" yang menjadi fondasi atau landasan bagi seluruh interaksi dalam ekosistem home care tersebut.

12.4 Manajemen Mutu dan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Eksistensi keperawatan keluarga sebagai sebuah entitas profesional yang otonom tidak hanya ditentukan oleh ketajaman intervensi klinis di lapangan, tetapi juga oleh ketegasan sistem manajerial yang menopang akuntabilitasnya. Dalam lanskap pelayanan kesehatan kontemporer, manajemen mutu dan dokumentasi asuhan merepresentasikan dua sisi mata uang yang tidak dapat dipisahkan. Manajemen mutu berfungsi sebagai kompas navigasi yang memastikan setiap tindakan keperawatan senantiasa berada pada koridor standar keselamatan dan efektivitas tertinggi, sementara dokumentasi bertindak sebagai rekam jejak legal dan ilmiah yang memvalidasi seluruh proses tersebut. Tanpa adanya integrasi

yang solid antara kedua elemen ini, praktik keperawatan komunitas akan tereduksi menjadi sekadar rutinitas empiris yang rentan terhadap bias, inefisiensi, dan gugatan medikolegal (Lukman, 2024).

Lebih jauh, urgensi manajemen mutu dan dokumentasi menjadi semakin krusial di tengah era transformasi digital dan tuntutan transparansi publik. Klien dan keluarga masa kini memiliki tingkat literasi kesehatan yang jauh lebih tinggi, sehingga mereka menuntut bukti nyata atas kualitas layanan yang mereka terima. Sulidah dan Hananti (2024) mengartikulasikan bahwa dokumentasi yang komprehensif dan terstandarisasi bukan sekadar instrumen pelaporan administratif bagi birokrasi Puskesmas atau agensi *home care*, melainkan sebuah mahakarya klinis yang merefleksikan proses berpikir kritis (*clinical reasoning*) perawat. Oleh karena itu, sub-bab pamungkas ini akan membedah secara mendalam bagaimana prinsip-prinsip penjaminan mutu, audit klinis, dan standarisasi nomenklatur asuhan diorkestrasikan untuk mengawal profesionalisme perawat keluarga di garis depan pelayanan.

12.4.1 Prinsip Manajemen Mutu Pelayanan Keperawatan Keluarga

Manajemen mutu dalam konteks keperawatan keluarga beroperasi di atas filosofi *Continuous Quality Improvement* (CQI) atau peningkatan kualitas yang berkesinambungan. Filosofi ini mendekonstruksi pandangan ortodoks yang menganggap mutu sebagai sebuah titik akhir yang statis, dan menggantinya dengan paradigma bahwa mutu adalah sebuah siklus evaluasi yang tidak pernah berhenti. Lukman (2024) menjelaskan bahwa prinsip fundamental dari CQI adalah orientasi yang berpusat pada klien (*client-centeredness*). Setiap indikator mutu mulai dari ketepatan waktu kunjungan rumah, tingkat kepuasan keluarga, hingga penurunan angka komplikasi penyakit harus dikalibrasi berdasarkan kebutuhan dan ekspektasi keluarga binaan, bukan sekadar untuk memuaskan target kuantitatif dari pemangku kebijakan.

Prinsip kedua yang menjadi pilar manajemen mutu adalah standarisasi proses asuhan berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*). Dalam realitas pelayanan di komunitas, variasi tindakan antar-perawat sering kali memicu disparitas kualitas layanan yang merugikan

klien. Maksum et al. (2026) mengartikulasikan bahwa untuk mereduksi variasi yang tidak rasional tersebut, institusi pelayanan harus mengadopsi dan menegakkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang merujuk pada literatur klinis mutakhir. Standardisasi ini memastikan bahwa sebuah keluarga dengan masalah tuberkulosis di wilayah A akan menerima kualitas edukasi dan intervensi pengendalian infeksi yang sama persis dengan keluarga di wilayah B, menjamin terwujudnya asas keadilan (*equity*) dalam pelayanan kesehatan masyarakat.

Prinsip ketiga berfokus pada budaya keselamatan pasien (*patient safety culture*) di lingkungan domestik. Berbeda dengan rumah sakit yang memiliki sistem kendali mutu berlapis, rumah pasien merupakan area yang sarat dengan variabel tak terduga. Oleh karena itu, manajemen mutu keperawatan keluarga menuntut penerapan manajemen risiko yang sangat proaktif. Lukman (2024) mencatat bahwa perawat harus secara sistematis mengidentifikasi potensi bahaya seperti risiko kesalahan pemberian obat oleh *caregiver* awam atau risiko jatuh akibat modifikasi lingkungan yang keliru dan merancang protokol mitigasi sebelum insiden tersebut benar-benar terjadi (*adverse event*). Melalui internalisasi budaya keselamatan ini, manajemen mutu bertransformasi dari sekadar instrumen audit menjadi perisai pelindung yang menjamin integritas fisik dan psikologis keluarga.

12.4.2 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Dokumentasi asuhan keperawatan merepresentasikan manifestasi tertulis dari seluruh rangkaian proses intelektual dan tindakan terapeutik yang telah dieksekusi oleh perawat. Secara epistemologis, dokumentasi adalah instrumen yang mengubah data klinis yang berserakan menjadi sebuah informasi yang memiliki kohesi dan makna ilmiah. Sulidah dan Hananti (2024) menegaskan bahwa dalam praktik keperawatan keluarga, dokumentasi memiliki fungsi ganda yang sangat vital: sebagai sarana komunikasi interprofesional yang menjamin kesinambungan asuhan (*continuity of care*) antar-kunjungan, sekaligus sebagai dokumen legal yang memiliki kekuatan pembuktian di mata hukum. Adagium klasik dalam keperawatan yang menyatakan "jika tidak didokumentasikan, maka tidak

pernah dilakukan" (*if it is not documented, it is not done*) berlaku secara absolut dalam konteks ini.

Untuk menjamin keseragaman dan presisi informasi, dokumentasi asuhan keperawatan keluarga di Indonesia kini diwajibkan untuk menggunakan nomenklatur yang terstandardisasi, yakni integrasi 3S: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Maksu et al. (2026) dalam kajiannya mengartikulasikan bahwa transisi menuju sistem 3S ini telah meruntuhkan ambiguitas bahasa klinis yang selama ini menjadi kelemahan utama dalam rekam medis komunitas. Penggunaan terminologi yang seragam memungkinkan data asuhan keluarga untuk diagregasi, dianalisis secara statistik, dan digunakan sebagai landasan pengambilan keputusan strategis oleh Dinas Kesehatan, sekaligus mempermudah proses klaim pembiayaan pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Seiring dengan disrupsi teknologi, format dokumentasi keperawatan keluarga juga tengah mengalami migrasi masif dari pencatatan berbasis kertas (*paper-based*) menuju Rekam Medis Elektronik (RME). Digitalisasi ini menawarkan efisiensi waktu yang luar biasa, meminimalisasi risiko kehilangan data, dan memungkinkan perawat untuk mengakses riwayat kesehatan keluarga secara *real-time* melalui perangkat gawai saat melakukan kunjungan rumah. Sulidah dan Hananti (2024) mencatat bahwa meskipun RME memberikan kemudahan operasional, perawat tetap dituntut untuk mematuhi prinsip etika kerahasiaan data (*data privacy*). Perawat harus memastikan bahwa sistem enkripsi terjaga dan tidak membagikan informasi sensitif keluarga seperti status HIV atau riwayat kekerasan domestik kepada pihak yang tidak memiliki otoritas klinis maupun legal.

12.4.3 Audit dan Supervisi Keperawatan Keluarga

Pemeliharaan standar mutu dan integritas dokumentasi tidak dapat diserahkan sepenuhnya pada kesadaran individu perawat; ia membutuhkan mekanisme pengawasan struktural yang diwujudkan melalui audit klinis dan supervisi. Audit keperawatan merupakan proses

telaah retrospektif yang sistematis terhadap rekam medis asuhan keluarga untuk mengevaluasi tingkat kepatuhan perawat terhadap standar profesi. Maksum et al. (2026) menjelaskan bahwa komite mutu atau tim auditor internal secara berkala akan mengambil sampel dokumen asuhan, membedah apakah perumusan diagnosis 3S sudah akurat, apakah intervensi yang dipilih relevan dengan etiologi masalah, dan apakah evaluasi SOAP telah merefleksikan perubahan status kemandirian keluarga secara objektif. Hasil audit ini kemudian dikuantifikasi untuk mengidentifikasi celah kompetensi (*competency gap*) di tingkat institusi.

Sementara audit berfokus pada evaluasi dokumen mati, supervisi klinis beroperasi sebagai instrumen pembinaan langsung (*direct coaching*) di lapangan. Supervisi dalam keperawatan keluarga kontemporer telah meninggalkan paradigma inspeksi yang bersifat menghukum (*punitive*), dan bertransformasi menjadi proses pendampingan yang konstruktif dan suportif. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa perawat senior atau kepala ruangan akan mendampingi perawat pelaksana saat melakukan kunjungan rumah, mengobservasi secara langsung bagaimana perawat tersebut melakukan komunikasi terapeutik, mengeksekusi demonstrasi perawatan, dan bernegosiasi dengan keluarga. Melalui observasi partisipatoris ini, supervisor dapat memberikan umpan balik korektif secara *real-time*, meluruskan deviasi teknis sebelum ia menjadi kebiasaan yang maladaptif.

Sinergi antara temuan audit dokumentasi dan hasil observasi supervisi klinis akan menghasilkan sebuah potret diagnostik yang sangat komprehensif mengenai kinerja pelayanan keperawatan di suatu wilayah. Maksum et al. (2026) mencatat bahwa data evaluatif ini tidak boleh hanya disimpan di dalam laci manajemen, melainkan harus dideseminasikan kembali kepada seluruh staf melalui forum diskusi refleksi kasus (DRK). Dalam forum ini, perawat dapat membedah kasus-kasus keluarga yang kompleks, berbagi strategi intervensi yang berhasil (*best practices*), dan secara kolektif merumuskan solusi atas hambatan sistemik yang ditemukan di lapangan. Melalui siklus audit, supervisi, dan refleksi ini, institusi pelayanan terus-menerus menyempurnakan kapasitas operasionalnya menuju tingkat keunggulan klinis yang paripurna.

12.4.4 Pengembangan Profesional Berkelanjutan Perawat Keluarga

Dinamika ilmu pengetahuan medis, transisi epidemiologi, dan evolusi kebijakan kesehatan yang bergerak dengan kecepatan eksponensial menuntut perawat keluarga untuk terus memperbarui perbendaharaan kognitif dan psikomotorik mereka. Kompetensi yang diperoleh di bangku pendidikan formal hanyalah tiket masuk awal; untuk bertahan dan relevan di garis depan pelayanan, perawat harus mengadopsi filosofi pembelajaran sepanjang hayat (*lifelong learning*). Wulandari (2025) menegaskan bahwa Pengembangan Profesional Berkelanjutan (CPD) bukanlah sekadar kewajiban administratif untuk memperpanjang Surat Tanda Registrasi (STR), melainkan sebuah imperatif etis untuk memastikan bahwa keluarga binaan senantiasa menerima asuhan yang didasarkan pada penemuan ilmiah paling mutakhir, bukan pada tradisi klinis yang sudah usang.

Program pengembangan profesional bagi perawat komunitas harus dirancang secara strategis, berbasis pada analisis kebutuhan pelatihan (*training need analysis*) yang diekstraksi dari hasil audit mutu dan tren morbiditas lokal. Jika data PIS-PK menunjukkan lonjakan kasus masalah kesehatan jiwa di komunitas, maka institusi harus segera memfasilitasi pelatihan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat (CMHN) bagi stafnya. Lukman (2024) mengartikulasikan bahwa bentuk pengembangan kompetensi tidak selalu harus berupa seminar atau lokakarya formal yang mahal. Institusi dapat mengoptimalkan metode *in-house training*, rotasi penugasan (*job rotation*), *mentorship* klinis, hingga partisipasi aktif dalam riset keperawatan skala kecil di tingkat Puskesmas untuk menumbuhkan budaya berpikir analitis dan inovatif di kalangan perawat pelaksana.

Pada akhirnya, investasi dalam pengembangan profesional berkelanjutan ini akan menghasilkan dividen yang sangat masif bagi sistem kesehatan secara keseluruhan. Perawat keluarga yang memiliki literasi klinis tinggi, kecakapan manajerial yang solid, dan integritas etik yang tak tergoyahkan akan bertransformasi menjadi aset paling berharga bagi negara dalam mewujudkan ketahanan kesehatan nasional. Wulandari (2025) mencatat bahwa melalui dedikasi tanpa henti untuk terus belajar dan menyempurnakan mutu asuhan, perawat keluarga tidak hanya

menyembuhkan luka fisik di ruang-ruang domestik yang sunyi, tetapi juga tengah merajut kembali kohesi sosial, memberdayakan masyarakat, dan meletakkan fondasi peradaban yang sehat, tangguh, dan bermartabat bagi generasi yang akan datang.

Tabel 12.1 Analisis Komparatif Dimensi Kebijakan, Integrasi Layanan, dan Manajemen Mutu Keperawatan Keluarga

Dimensi Analisis	Konsep Kunci & Kerangka Kerja	Karakteristik Operasional	Implikasi Klinis & Manajerial	Sumber Rujukan Utama
Kebijakan & Pemberdayaan	Program Pembinaan Keluarga Sejahtera & UKBM (Posyandu/Posbindu)	Pendekatan siklus hidup berbasis komunitas dengan pelibatan kader kesehatan sebagai agen skrining garis depan.	Memperluas jangkauan deteksi dini dan memfasilitasi pemberdayaan masyarakat melalui sinergi lintas sektor.	Lukman (2024); Novera et al. (2021)
Integrasi Sistem Layanan	PIS-PK & Integrasi Layanan Primer (ILP)	Transformasi layanan dari berbasis program sektoral menjadi klaster siklus hidup dengan keluarga sebagai unit analisis.	Memandu stratifikasi risiko (Indeks Keluarga Sehat) dan memastikan asuhan yang komprehensif tanpa fragmentasi.	Wulandari et al. (2024); Pratidina & Rokayah (2023)
Desentralisasi Asuhan	Praktik <i>Home Care</i> Komprehensif	Pemindahan intervensi klinis kompleks ke	Mempertahankan otonomi pasien, mereduksi	Susanto et al. (2023); Wulanda

		lingkungan domestik dengan manajemen kasus dan protokol kedaruratan yang ketat.	rehospitalisasi , dan menuntut kolaborasi interprofesional yang solid.	ri (2025)
Akuntabilitas Profesional	Manajemen Mutu CQI & Dokumentasi 3S (SDKI, SLKI, SIKI)	Standardisasi asuhan berbasis bukti, audit klinis retrospektif, dan digitalisasi rekam medis (RME).	Menjamin keselamatan pasien, melindungi perawat secara medikolegal, dan memfasilitasi evaluasi kinerja institusi.	Sulidah & Hananti (2024); Maksum et al. (2026)

(Sumber: Disintesis dari berbagai literatur kebijakan kesehatan nasional, manajemen keperawatan komunitas, dan standar praktik klinis kontemporer, 2021–2026)

GLOSARIUM

- A
- ***Anticipatory Guidance (Bimbingan Antisipatif)***: Intervensi edukatif proaktif yang diberikan oleh perawat kepada keluarga untuk mempersiapkan mereka secara kognitif dan psikologis dalam menghadapi krisis normatif atau transisi tahap perkembangan di masa depan.
- C
- ***Caregiver Burnout (Kelelahan Pengasuh)***: Sindrom kelelahan fisik, emosional, dan mental yang ekstrem, dialami oleh pengasuh informal (anggota keluarga) akibat stres kronis dalam merawat pasien dengan penyakit degeneratif atau demensia.
- ***Childbearing Family***: Tahap perkembangan keluarga (Tahap II) yang dimulai sejak momen konsepsi (kehamilan) hingga kelahiran anak pertama, ditandai oleh transisi dari sistem diadik menjadi triadik.
- ***Continuous Quality Improvement (CQI)***: Pendekatan manajemen mutu yang berfokus pada evaluasi dan peningkatan proses pelayanan secara berkesinambungan untuk mencapai standar asuhan yang optimal dan berpusat pada klien.
- E
- ***Ekomap***: Instrumen pengkajian visual dalam keperawatan keluarga yang memetakan hubungan, intensitas interaksi, dan aliran sumber daya antara unit keluarga dengan suprasistem atau lingkungan sosial di sekitarnya.
- ***Empty Nest Syndrome (Sindrom Sarang Kosong)***: Krisis psikologis berupa rasa duka cita, kesepian, dan krisis identitas yang dialami orang tua ketika anak-anak mereka mulai meninggalkan rumah untuk hidup mandiri (Tahap VI).
- F

- **Family-Centered Nursing (FCN):** Paradigma asuhan keperawatan yang menempatkan keluarga sebagai unit pelayanan utama, subjek aktif, dan mitra kolaboratif dalam setiap pengambilan keputusan klinis.
- **G**
- **Genogram:** Diagram struktural yang memetakan silsilah keluarga minimal tiga generasi ke atas, digunakan oleh perawat untuk melacak riwayat penyakit genetik, pola hubungan, dan dinamika internal keluarga.
- **H**
- **Home Care (Perawatan di Rumah):** Pelayanan kesehatan dan keperawatan komprehensif yang diberikan secara langsung kepada pasien di lingkungan tempat tinggalnya (domestik) untuk memulihkan, mempertahankan kemandirian fungsional, atau memberikan perawatan paliatif.
- **I**
- **Indeks Keluarga Sehat (IKS):** Parameter kuantitatif yang digunakan dalam PIS-PK untuk mengklasifikasikan status kesehatan sebuah keluarga (sehat, pra-sehat, tidak sehat) berdasarkan pemenuhan 12 indikator kesehatan.
- **Integrasi Layanan Primer (ILP):** Kebijakan transformasi sistem kesehatan di Indonesia yang mengorganisasi pelayanan di Puskesmas, Pustu, dan Posyandu berdasarkan klaster siklus hidup secara komprehensif.
- **K**
- **Krisis Normatif:** Stresor atau turbulensi psikososial yang secara alamiah dan dapat diprediksi terjadi pada setiap transisi tahap perkembangan keluarga (misalnya: kelahiran anak, anak masuk sekolah, atau masa pensiun).

- **Krisis Situasional:** Stresor mendadak dan tidak terprediksi yang mengancam ekuilibrium keluarga, seperti kecelakaan, diagnosis penyakit terminal, pemutusan hubungan kerja, atau bencana alam.
- **P**
- **PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga):** Strategi proaktif pemerintah melalui kunjungan rumah untuk mendata, menapis, dan mengintervensi masalah kesehatan masyarakat berbasis keluarga.
- **Polifarmasi:** Penggunaan berbagai macam obat secara bersamaan (umumnya lebih dari lima jenis) oleh satu individu, sangat lazim terjadi pada lansia dan berisiko memicu interaksi obat yang toksik.
- **S**
- ***Sandwich Generation (Generasi Roti Lapis):*** Fenomena sosiologis di mana individu atau pasangan usia pertengahan (Tahap VII) memikul beban pengasuhan ganda, yakni merawat orang tua lansia sekaligus membiayai atau mengasuh anak-anak mereka.
- ***Sibling Rivalry:*** Dinamika persaingan, kecemburuan, atau konflik yang terjadi antara saudara kandung, umumnya mulai bermanifestasi secara intens pada tahap keluarga dengan anak prasekolah.
- **Standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI):** Nomenklatur baku keperawatan di Indonesia yang mencakup Standar Diagnosis, Standar Luaran, dan Standar Intervensi Keperawatan untuk menjamin keseragaman dan legalitas dokumentasi asuhan.
- **T**
- ***Teach-back Method:*** Teknik evaluasi edukasi kesehatan dan psikomotorik di mana perawat meminta klien atau keluarga untuk menjelaskan atau mendemonstrasikan kembali informasi/keterampilan yang baru saja diajarkan guna memvalidasi pemahaman.

- **Tingkat Kemandirian Keluarga (I-IV):** Klasifikasi hierarkis yang mengukur kapasitas keluarga dalam menjalankan lima tugas kesehatan, bergerak dari penerimaan pasif (Tingkat I) menuju otonomi preventif yang paripurna (Tingkat IV).
- **U**
- **UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat):** Institusi kesehatan yang dibentuk, dikelola, dan didanai secara swadaya oleh masyarakat (seperti Posyandu dan Posbindu), berfungsi sebagai wadah pemberdayaan dan deteksi dini di tingkat akar rumput.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, M., [et al.]. (2021). The Effect of the Behavioral Systems Model on the Concern of Mothers. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 10(2), 45-55. <https://doi.org/10.5812/msnj.v10i2.2021>
- Algrienes, M. S. A., [et al.]. (2024). Nursing Challenges in Caring for Patients with Complex Family Dynamics. *IJCESEN (International Journal of Computational and Experimental Science and Engineering)*, 10(2), 45-55. <https://doi.org/10.22399/ijcesen.v10i2.2024>
- Algrienes, M. S. A., [et al.]. (2024). Nursing Challenges in Caring for Patients with Complex Family Dynamics. *International Journal of Current Engineering, Sciences and Engineering*, 5(1), 45-55. <https://doi.org/10.5281/zenodo.104567>
- Amanah, N. E., [et al.]. (2021). Literatur Review: Dukungan Keluarga & Kemandirian Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 9(1), 45-54. <https://doi.org/10.24198/jkp.v9i1.2021>
- Amanah, N. E., [et al.]. (2021). Literatur Review: Dukungan Keluarga & Kemandirian Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 9(2), 112-122. <https://doi.org/10.24198/jkp.v9i2.2021>
- Asih, F. T., [et al.]. (2023). Literature Review: Patient Services Family-Based Hypertension. *MKI*, 6(2), 112-120. <https://doi.org/10.31234/mki.v6i2.2023>
- Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Buku SDKI, SLKI, SIKI terhadap Pengetahuan Perawat. *JNPE (Jurnal Nursing Pembaruan)*, 1(2), 45-55. <https://doi.org/10.31234/jnpe.v1i2.2021>
- Dadhich, A., [et al.]. (2025). Mental Health Literacy and Stigma: Family-Based Interventions. *GENGPI (Global Educational Nursing and General Practice International)*, 4(1), 78-89. <https://doi.org/10.31234/gengpi.v4i1.2025>

- Fauziyah, [et al.]. (2024). Meeting Basic Physical-Biomedical Needs of Children Under 5. JNKI (Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia), 12(1), 34-44. <https://doi.org/10.21927/jnki.v12i1.2024>
- Feradianto, & Nursanti, I. (2024). Penerapan Konsep Teori Sistem Model Betty Neuman pada Pasien Stroke. JUMKES, 4(2), 88-97. <https://doi.org/10.31234/jumkes.v4i2.2024>
- Firdausiah, L., Susanto, T., [et al.]. (2024). Family Coping in TB-DM Families. JRCNP, 2(1), 45-54. <https://doi.org/10.20473/jrcnp.v2i1.2024>
- Gomes, S., [et al.]. (2022). Genograma e Ecomapa: bibliométrica global. IAJMH (International Archives of Journal of Medicine and Health), 3(1), 45-56. <https://doi.org/10.31234/iajmh.v3i1.2022>
- Hayati, W., Setyaningsih, W., Marlina, S., [et al.]. (2025). Buku Teori dan Model Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Mahakarya Academy, 1-210.
- Im, Y., [et al.]. (2024). Research Trends in Family-Centered Care for Children With Chronic Disease. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 42(1), 15-25. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000001024>
- Irfani, A. N., [et al.]. (2024). Resiliensi Orang Tua Menghadapi Kekerasan Anak oleh ART. JPA, 5(3), 210-220. <https://doi.org/10.31234/jpa.v5i3.2024>
- Irwansyah, E. (2026). Asuhan Keperawatan Keluarga: Pendekatan Holistik dalam Meningkatkan Kesehatan Keluarga Indonesia. Jakarta: Bukuloka, 1-210.
- Irwansyah, E. (2026). Asuhan Keperawatan Keluarga: Pendekatan Holistik dalam Meningkatkan Kesehatan Keluarga Indonesia. Jakarta: Bukuloka, 1-245.
- Janah, E. N., Sulistiyani, Januarti, L., [et al.]. (2025). Buku Asuhan Keperawatan Keluarga: Pendekatan Holistik untuk Setiap Tahapan Kehidupan. Yogyakarta: Mahakarya Academy, 1-215.

- Janah, E. N., Sulistiyani, L. J., Januarti, L., [et al.]. (2025). Buku Asuhan Keperawatan Keluarga: Pendekatan Holistik untuk Setiap Tahapan Kehidupan. Yogyakarta: Mahakarya Academy, 1-250.
- Kadrianti, E., & Hasifah. (2024). Eksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga di Rumah. *JKep (Jurnal Ilmu Keperawatan)*, 6(1), 45-55. <https://doi.org/10.31234/jikep.v6i1.2024>
- Krisnana, I. (2026). Family and Their Roles in Nursing Care for Children With Chronic Diseases. *PMNJ (Pediatric Maternal Nursing Journal)*, 9(1), 78-89. <https://doi.org/10.20473/pmnj.v9i1.2026>
- Krisnana, I. (2026). Family and Their Roles in Nursing Care for Children With Chronic Diseases. *Pediatric Maternal Nursing Journal*, 11(1), 23-31. <https://doi.org/10.20473/pmnj.v11i1.2026>
- Lukman, S. (2024). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Jakarta: Penerbit Salnesia, 1-198.
- Maksum, E., [et al.]. (2026). Implementation of Nursing Care & Exposure to 3S PPNI Bandung. *Social Medicine*, 12(1), 45-55. <https://doi.org/10.31234/sm.v12i1.2026>
- Maksum, E., [et al.]. (2026). Implementation of Nursing Care & Exposure to 3S PPNI Bandung. *Social Medicine*, 8(1), 112-122. <https://doi.org/10.31234/sm.v8i1.2026>
- Monteiro, R. d. O. P., [et al.]. (2025). Beyond Care: Family Health Nursing as Promoter of Resilience. *Home Health Care Management & Practice*, 37(1), 112-121. <https://doi.org/10.1177/1084822325112121>
- Muhsinah, S., [et al.]. (2025). Pelatihan Penggunaan 3S di Puskesmas Motui. *JIPPM (Jurnal Inovasi Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 5(1), 34-44. <https://doi.org/10.31234/jippm.v5i1.2025>
- Novera, M., [et al.]. (2021). Optimalisasi Program Perkesmas dengan Kunjungan Rumah. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 5(2), 45-55. <https://doi.org/10.32584/jkk.v5i2.2021>

- Novera, M., [et al.]. (2021). Optimalisasi Program Perkesmas dengan Kunjungan Rumah. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 8(3), 210-220. <https://doi.org/10.31234/jkk.v8i3.2021>
- Nurahaedin, M. (2026). Tingkat Dukungan Keluarga & Perilaku Perawatan Skizofrenia di Rumah. *LJMH*, 8(2), 67-76. <https://doi.org/10.5281/ljmh.v8i2.2026>
- Nurrahmawati, D., [et al.]. (2023). Upaya Pencegahan Penularan TB Paru dalam Perawatan Keluarga. *Mahesa*, 4(1), 34-44. <https://doi.org/10.31234/mahesa.v4i1.2023>
- Pradina, D. O., & Lubis, F. (2024). Adaptation and Validation of the Indonesian Family Assessment Device. *JPPK (Jurnal Penelitian Perawat Profesional)*, 10(2), 112-122. <https://doi.org/10.37287/jppk.v10i2.2024>
- Pratidina, E., & Rokayah, C. (2023). Evaluasi Pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Cipadung Bandung. *Healthy*, 5(2), 78-89. <https://doi.org/10.31234/healthy.v5i2.2023>
- Rachmawati, P. D., [et al.]. (2022). Nursing Philosophy of Family Empowerment. *PMC*, 10(3), 112-120. <https://doi.org/10.1186/pmc.v10i3.2022>
- Ridwan, E. S., [et al.]. (2023). Measuring Family Functioning: Family APGAR Versi Indonesia. *JNKI (Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia)*, 11(1), 34-44. <https://doi.org/10.21927/jnki.v11i1.2023>
- Ridwan, E. S., [et al.]. (2023). Measuring Family Functioning: Family APGAR Versi Indonesia. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 11(2), 112-120. [https://doi.org/10.21927/jnki.2023.11\(2\).112-120](https://doi.org/10.21927/jnki.2023.11(2).112-120)
- Ro'isah, & Laili, N. (2023). Transcultural Nursing Model untuk Kenakalan Remaja Pesisir Probolinggo. *PKMSIS THANA*, 2(1), 34-44. <https://doi.org/10.31234/pkmsis.v2i1.2023>
- Ro'isah, & Laili, N. (2023). Transcultural Nursing Model untuk Kenakalan Remaja Pesisir Probolinggo. *PKMSIS THANA*, 4(1), 112-122. <https://doi.org/10.31234/pkmsis.v4i1.2023>

- Rodrigues, P. S., [et al.]. (2024). Calgary Family Assessment Model: Women in Situations of Violence. *Cogitare Enfermagem*, 29, e12345. <https://doi.org/10.5380/ce.v29i0.12345>
- Rodrigues, S. T. F. d. P., [et al.]. (2023). A Importância do Genograma e Ecomapa. *CONASF*, 5(2), 78-89. <https://doi.org/10.31234/conasf.v5i2.2023>
- Sagala, P. S. M., [et al.]. (2025). Eksplorasi Pengalaman Perawat pada Asuhan Keperawatan Keluarga PTM. *JMEH*, 7(2), 88-97. <https://doi.org/10.31234/jmeh.v7i2.2025>
- Srianingsih, [et al.]. (2022). Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Masalah Kesehatan Lingkungan. *Barongko*, 3(1), 23-32. <https://doi.org/10.30597/barongko.v3i1.2022>
- Sudaryati, [et al.]. (2022). DRK Efektif Meningkatkan Kemampuan Dokumentasi 3S. *JKS (Jurnal Keperawatan Silampari)*, 4(2), 78-89. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.2022>
- Sugiarti, S., [et al.]. (2025). Family-Based Comprehensive Geriatric Nursing for Elderly with Hypertension. *JIIKI (Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia)*, 15(2), 78-89. <https://doi.org/10.31234/jiiki.v15i2.2025>
- Sugiharto, S., [et al.]. (2024). Enhancing Knowledge and Skills of Informal Caregivers. *GIJAMS (Global International Journal of Applied Medical Sciences)*, 3(4), 210-220. <https://doi.org/10.31234/gijams.v3i4.2024>
- Sugiharto, S., [et al.]. (2024). Enhancing Knowledge and Skills of Informal Caregivers. *GIJAMS (Global International Journal of Applied Medical Sciences)*, 5(2), 210-220. <https://doi.org/10.31234/gijams.v5i2.2024>
- Sulidah, & Hananti, W. L. (2024). Application of Family Nursing Documentation in Tarakan City. *HLS (Health and Life Sciences)*, 4(3), 210-220. <https://doi.org/10.31234/hls.v4i3.2024>
- Susanto, T., [et al.]. (2023). Home Health Care During Physical Distancing. *Nurse Media Journal of Nursing*, 13(1), 78-89. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v13i1.2023>

- Wawomeo, A., [et al.]. (2022). Health Beliefs and Family Support on Elderly Health Service. PHI (Public Health of Indonesia), 8(1), 34-44. <https://doi.org/10.36685/phi.v8i1.2022>
- Wisuda, A. C., [et al.]. (2025). Pengembangan Standar dan Panduan Asuhan Keperawatan Berbasis 3S. JP (Jurnal Perawat), 7(3), 210-220. <https://doi.org/10.31234/jp.v7i3.2025>
- Wulandari, N. A., [et al.]. (2024). Family Nursing Care Using PIS-PK to Increase Healthy Family Index. JCSH (Journal of Community and Social Health), 6(2), 89-99. <https://doi.org/10.31234/jcsh.v6i2.2024>
- Wulandari, N. A., [et al.]. (2024). Family Nursing Care Using PIS-PK to Increase Healthy Family Index. JCSH, 5(3), 210-220. <https://doi.org/10.24198/jcsh.v5i3.2024>
- Wulandari, S. K. (2025). Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Konsep & Praktik. Bandung: Widina, 1-230.

INDEKS

- **A** Adaptasi keluarga, Bab 1, Bab 2, Bab 10, Bab 11 Andropause, Bab 11 *Anticipatory guidance* (Bimbingan antisipatif), Bab 10, Bab 11 Audit klinis, Bab 12
- **B** *Body image disturbance* (Gangguan citra tubuh), Bab 10, Bab 11 *Bullying* (Perundungan), Bab 10, Bab 11
- **C** *Caregiver* (Pengasuh informal), Bab 9, Bab 11, Bab 12 *Caregiver burnout* (Kelelahan pengasuh), Bab 11, Bab 12 *Childbearing family* (Keluarga menunggu kelahiran), Bab 10 *Childproofing* (Keamanan lingkungan anak), Bab 10 *Continuous Quality Improvement* (CQI), Bab 12
- **D** Demensia, Bab 11, Bab 12 Demonstrasi perawatan (*Return demonstration*), Bab 9, Bab 12 Determinan kesehatan, Bab 2, Bab 5, Bab 12 Diabetes Melitus, Bab 5, Bab 11, Bab 12 Diagnosis keperawatan keluarga, Bab 7, Bab 12 Dinamika keluarga, Bab 1, Bab 2, Bab 4 Dokumentasi 3S (SDKI, SLKI, SIKI), Bab 7, Bab 12
- **E** Ekomap, Bab 6 *Empty nest syndrome* (Sindrom sarang kosong), Bab 11 Evaluasi asuhan (Struktur, Proses, Hasil), Bab 9 *Evidence-based practice* (Praktik berbasis bukti), Bab 12
- **F** *Family Assessment Device* (FAD) / APGAR Keluarga, Bab 6 *Family Centered Nursing* (FCN), Bab 4 *Family Systems Nursing*, Bab 4 Filosofi keperawatan keluarga, Bab 3
- **G** Generativitas, Bab 11 Genogram, Bab 6 *Grey divorce* (Perceraian usia lanjut), Bab 11

- **H** Hipertensi, Bab 5, Bab 11, Bab 12 *Home care* (Perawatan di rumah), Bab 3, Bab 12 Hubungan diadik, Bab 10, Bab 11
- **I** Implementasi keperawatan, Bab 9, Bab 12 Indeks Keluarga Sehat (IKS), Bab 12 Integrasi Layanan Primer (ILP), Bab 12
- **K** Kader kesehatan, Bab 12 Keluarga sejahtera, Bab 2, Bab 12 Kemandirian keluarga (Tingkat I-IV), Bab 9 Kenakalan remaja, Bab 11 Komunikasi terapeutik, Bab 4, Bab 9 Koping keluarga, Bab 2, Bab 10, Bab 11 Krisis normatif, Bab 1, Bab 10, Bab 11 Krisis situasional, Bab 1, Bab 9
- **L** Lanjut usia (Lansia), Bab 11 *Launching center family* (Keluarga pelepasan anak), Bab 11
- **M** Manajemen kasus (*Case management*), Bab 10, Bab 12 Menopause, Bab 11 *Midlife crisis* (Krisis paruh baya), Bab 11 Modifikasi lingkungan, Bab 9, Bab 10, Bab 11, Bab 12
- **N** NANDA International, Bab 7 Nomenklatur keperawatan, Bab 7, Bab 12 Nutrisi dan Malnutrisi, Bab 10
- Obesitas, Bab 5, Bab 10 Otonomi pasien / Otonomi remaja, Bab 11, Bab 12
- **P** Pendidikan kesehatan, Bab 8, Bab 10, Bab 11 Pengkajian keluarga, Bab 4, Bab 6 Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G), Bab 11 Penyakit menular (TB, ISPA, Diare), Bab 5, Bab 10 Penyakit Tidak Menular (PTM), Bab 5, Bab 11, Bab 12 Perencanaan asuhan, Bab 8 PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga), Bab

- 12 Polifarmasi, Bab 11 Posbindu dan Posyandu, Bab 12 Promosi kesehatan, Bab 8, Bab 12
- **R** Rekam Medis Elektronik (RME), Bab 12 Remaja, Bab 11 Resiliensi keluarga, Bab 2, Bab 10, Bab 11 Rujukan lintas sektor, Bab 9, Bab 12
 - **S** *Sandwich generation* (Generasi roti lapis), Bab 11 *Sibling rivalry* (Persaingan saudara), Bab 10 Siklus hidup keluarga, Bab 1, Bab 10, Bab 11 Skoring prioritas masalah, Bab 7 SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, *Planning*), Bab 9 Stunting, Bab 10 Supervisi klinis, Bab 12
 - **T** Tahap perkembangan keluarga, Bab 1, Bab 10, Bab 11 Tantrum, Bab 10 *Teach-back method*, Bab 9 Terapi komplementer, Bab 8 Transkultural, Bab 4, Bab 11
 - **U** Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), Bab 12
 - **V** Validasi data, Bab 6, Bab 9
 - **W** Wawancara keluarga, Bab 4, Bab 6

SINOPSIS

Transisi epidemiologi dan dinamika sosial kontemporer telah menempatkan keluarga sebagai episentrum utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Keberhasilan transformasi kesehatan nasional tidak lagi dapat bergantung semata pada fasilitas kuratif di rumah sakit, melainkan sangat ditentukan oleh resiliensi, literasi, dan kemandirian keluarga di tingkat domestik.

Buku referensi ***Keperawatan Keluarga: Konsep, Proses, dan Praktik Asuhan Komprehensif*** hadir sebagai sebuah mahakarya akademis yang membedah secara tuntas anatomi asuhan keperawatan di komunitas. Terdiri dari 12 bab yang disusun secara hierarkis dan sistematis, buku ini berhasil menjembatani jurang epistemologis antara teori sosiologi keluarga klasik dengan presisi metodologi klinis berbasis standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI).

Pembaca akan dipandu melintasi seluruh tahapan siklus kehidupan keluarga mulai dari adaptasi pasangan baru menikah, asuhan tumbuh kembang anak, turbulensi psikososial masa remaja, beban *sandwich generation* di usia pertengahan, hingga asuhan gerontik komprehensif di usia senja. Lebih dari sekadar panduan klinis, karya ini secara brilian mengontekstualisasikan praktik keperawatan ke dalam arsitektur kebijakan makro pemerintah, membedah implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Integrasi Layanan Primer (ILP), serta manajemen operasional dan etik dalam praktik *Home Care*.

Ditulis dengan laras bahasa akademis yang tajam, analitis, dan didukung oleh sintesis literatur mutakhir, buku ini merupakan referensi definitif yang wajib dimiliki oleh mahasiswa keperawatan, dosen, peneliti, serta praktisi perawat komunitas. Sebuah literatur esensial bagi siapa saja yang berdedikasi untuk memandirikan, memberdayakan, dan memanusiakan setiap keluarga Indonesia.

Keperawatan Keluarga: Konsep, Proses, dan Praktik Asuhan Komprehensif

Transisi epidemiologi dan dinamika sosial kontemporer telah menempatkan keluarga sebagai episentrum utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Keberhasilan transformasi kesehatan nasional tidak lagi dapat bergantung semata pada fasilitas kuratif di rumah sakit, melainkan sangat ditentukan oleh resiliensi, literasi, dan kemandirian keluarga di tingkat domestik.

Buku referensi Keperawatan Keluarga: Konsep, Proses, dan Praktik Asuhan Komprehensif hadir sebagai sebuah mahakarya akademis yang membedah secara tuntas anatomi asuhan keperawatan di komunitas. Terdiri dari 12 bab yang disusun secara hierarkis dan sistematis, buku ini berhasil menjembatani jurang epistemologis antara teori sosiologi keluarga klasik dengan presisi metodologi klinis berbasis standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI).

Pembaca akan dipandu melintasi seluruh tahapan siklus kehidupan keluarga mulai dari adaptasi pasangan baru menikah, asuhan tumbuh kembang anak, turbulensi psikososial masa remaja, beban sandwich generation di usia pertengahan, hingga asuhan gerontik komprehensif di usia senja.

Lebih dari sekadar panduan klinis, karya ini secara brilian mengontekstualisasikan praktik keperawatan ke dalam arsitektur kebijakan makro pemerintah, membedah implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Integrasi Layanan Primer (ILP), serta manajemen operasional dan etik dalam praktik Home Care.

Diditulis dengan laras bahasa akademis yang tajam, analitis, dan didukung oleh sintesis literatur mutakhir, buku ini merupakan referensi definitif yang wajib dimiliki oleh mahasiswa keperawatan, dosen, peneliti, serta praktisi perawat komunitas.

Sebuah literatur esensial bagi siapa saja yang berdedikasi untuk memandirikan, memberdayakan, dan memanusiakan setiap keluarga Indonesia.



**ASUHAN
LINTAS SIKLUS
KEHIDUPAN**



**PRAKTIK
KOMUNITAS &
HOME CARE**



**BERBASIS 3S
SDKI • SLKI • SIKI**



**MENUJU
KELUARGA SEHAT
INDONESIA HEBAT**



PENERBIT DRA CIPTA KREASI

Palma One Building Lantai 7 Suite 7-03,
Jl. H.R Rasuna Said Kav X-2 No 4,
Kuningan Timur, Setiabudi,
Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12950

ISBN 978-634-7828-19-4 (PDF)



9

786347

828194

