



ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA  
DENGAN RESIKO KANKER SERVIKS PADA WANITA USIA SUBUR

Penulis :  
Ns. Musripah, S.Kep.,M.Kep  
Ns. Aisyah Mamang,M.Kep  
Ns. Adi Buyu Prakoso, M.Kep  
Ns. Ady Irawan.AM, M.M., M.Kep  
Neneng Kurwiyah, S.Kep., MN

# ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

## DENGAN RESIKO KANKER SERVIKS PADA WANITA USIA SUBUR



Editor :

Ns. Nurhayati, M.Kep.,Sp.Kep.Kom  
Ns. Lily Herlinah, M.Kep., Sp.Kep.Kom  
Ns. Syamikar Baridwan, M.Kep., Sp.Kep.Kom



Alamat Penerbit :  
Dusun Sumurlo RT 17/ RW 06 Nomor 36,  
Desa Blendis Kecamatan Gondang  
Kabupaten Tulungagung, Jawa Timur,  
Indonesia, Kode Pos 66263



# **ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN RESIKO KANKER SERVIKS PADA WANITA USIA SUBUR**

Penulis :

Ns. Musripah, S.Kep., M.Kep  
Ns. Aisyah Mamang, M.Kep  
Ns. Adi Buyu Prakoso, M.Kep  
Ns. Ady Irawan. AM, M.M., M.Kep  
Neneng Kurwiyah, S.Kep., MN

Editor :

Ns. Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.Kom  
Ns. Lily Herlinah, M.Kep., Sp.Kep.Kom  
Ns. Syamikar Baridwan, M.Kep., Sp.Kep.Kom



**Penerbit :**  
**Tata Mutiara Hidup Indonesia**

# **ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN RESIKO KANKER SERVIKS PADA WANITA USIA SUBUR**

Penulis :

Ns. Musripah, S.Kep., M.Kep  
Ns. Aisyah Mamang, M.Kep  
Ns. Adi Buyu Prakoso, M.Kep  
Ns. Ady Irawan. AM, M.M., M.Kep  
Neneng Kurwiyah, S.Kep., MN

Editor :

Ns. Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.Kom  
Ns. Lily Herlinah, M.Kep., Sp.Kep.Kom  
Ns. Syamikar Baridwan, M.Kep., Sp.Kep.Kom

**ISBN: 978-623-8283-02-6 (PDF)**

Cetakan Pertama, Mei 2023  
1 Jil., 61 hlm., 21 X 29 cm



**Penerbit Tata Mutiara Hidup Indonesia**

Telp : 0877 0249 8138

Email : [tatamutiarahidupindonesia@gmail.com](mailto:tatamutiarahidupindonesia@gmail.com)

**Hak Cipta @2023**

Hak cipta dilindungi Undang-Undang. Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit maupun penulis.



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan yang maha esa dengan limpahan berkah dan karunianya kami dapat menyelesaikan buku dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA DENGAN RESIKO KANKER SERVIKS PADA WANITA USIA SUBUR. Penyakit kanker serviks merupakan penyakit tidak menular yang menyerang organ reproduksi wanita dan penyebab kematian terbanyak kedua di seluruh dunia setelah kanker payudara. Pengobatan penyakit kanker serviks membutuhkan biaya yang sangat besar.

Penyakit ini tidak menimbulkan gejala pada awal perkembangannya, sehingga baru terdeteksi dan diobati setelah mencapai stadium lanjut. Itulah makanya penting upaya pencegahan utama yaitu dengan melakukan pemeriksaan skrining atau cek kesehatan secara berkala, agar kanker dapat terdeteksi secara dini, sedangkan bagi penderita kanker diberikan pelayanan pengobatan sedini mungkin dan paliatif secara menyeluruh dan terpadu. Keberhasilan upaya ini sangat membutuhkan pemahaman, kesadaran dan peran masyarakat.

Buku ini bertujuan untuk memberikan informasi kepada masyarakat terutama para kader kesehatan. sehingga masyarakat dapat berperan secara aktif dalam upaya pencegahan kanker leher rahim. Mudah- mudahan buku ini dapat diterima oleh pembaca dan dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan.

Jakarta, Mei 2023

Penulis



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI.....	4
BAB 1 PENDAHULUAN.....	5
BAB 2 KANKER LEHER RAHIM (SERVIKS ).....	8
BAB 3 DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM.....	13
BAB 4 MODEL <i>COMMUNITY AS PARTNER</i> DALAM ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS.....	17
BAB 5 KONSEP MODEL TEORI MODEL KONSEPTUAL NOLLA J. PENDER.....	24
BAB 6 KONSEP KELUARGA.....	36
BAB 7 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA.....	43
BAB 8 APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA.....	48
DAFTAR PUSTAKA.....	60

## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit kanker serviks merupakan penyakit tidak menular yang menyerang organ reproduksi wanita dan penyebab kematian terbanyak kedua di seluruh dunia setelah kanker payudara. Pengobatan penyakit kanker serviks membutuhkan biaya yang sangat besar. Kanker serviks sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan perempuan seluruh dunia, baik negara berkembang maupun negara maju. Kanker yang banyak dialami perempuan nomor empat di dunia adalah kanker serviks serta merupakan penyebab kematian kanker ketiga di negara berkembang. Angka kejadian dan angka kematian kanker serviks paling tinggi, salah satunya terjadi di Asia Tenggara (Pace, 2017).

Kanker leher rahim adalah pertumbuhan sel-sel kanker dimulut rahim atau serviks yang abnormal. Kanker ini hanya menyerang perempuan yang pernah atau sedang dalam status *sexually active*. Biasanya, kanker serviks menyerang perempuan yang berumur 35-55 tahun (Supriyanto, 2015). Kanker serviks merupakan salah satu penyakit tidak menular yang dapat dideteksi secara dini dan dicegah untuk tidak berlanjut. Penyebab kanker serviks diketahui adalah virus HPV (Human Papilloma Virus) sub tipe onkogenik, terutama sub tipe 16 dan 18 (Kemenkes RI, 2017). Faktor risiko terjadinya kanker serviks adalah 1) aktivitas seksual pada usia muda, 2) berhubungan seksual dengan multipartner, 3) merokok, 4) mempunyai anak tiga atau lebih, 5) trauma pada saat proses persalinan, 6) sosial ekonomi rendah, 7) pemakaian pil KB (dengan HPV negatif atau positif), 8) penyakit menular seksual, dan 9) gangguan imunitas (Kemenkes RI, 2017; Haryani, Defrin, & Yenita, 2016).

Menurut World Health Organization (WHO), diperkirakan terdapat 530.000 kasus baru kanker serviks, dimana setiap tahunnya, terdapat 270.000 orang meninggal akibat penyakit ini dan lebih dari 85% angka kematian terjadi di negara berpenghasilan rendah hingga menengah, termasuk Indonesia (Ayuni & Ramaita, 2019). Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita kanker serviks terbanyak di dunia (Kemenkes, 2015).

Menurut WHO (2004) penanggulangan terpadu harus dilaksanakan sejak dari Puskesmas melalui *screening*. Hal ini berdasarkan fakta bahwa lebih dari 50% perempuan yang terdiagnosa kanker tidak pernah melakukan penapisan. Jika ditemukan pada tahap lebih dini dapat menurunkan angka kematian dan menghemat pembiayaan kesehatan yang sangat tinggi. Untuk meningkatkan pelaksanaan pencegahan dan deteksi dini kanker pada perempuan di Indonesia, pemerintah melakukan optimalisasi program deteksi dini kanker serviks untuk periode 2015- 2019. Upaya yang dilakukan adalah gerakan deteksi dini melalui metode pemeriksaan IVA secara serentak di seluruh wilayah Indonesia pada 21 April 2015. Gerakan ini akan berlangsung selama 5 tahun dan dapat diperpanjang jika belum tercapai sasaran (Depkes RI, 2015).

Inspeksi visual asam asetat merupakan pemeriksaan dengan cara mengamati dengan menggunakan spekulum, melihat leher rahim yang telah dipulas dengan asam asetat atau asam cuka (3-5%). Pada lesi prakanker akan menampilkan warna bercak putih yang disebut *acetowhite epithelium* (Depkes RI, 2017). Metode ini sudah banyak digunakan seperti di puskesmas, BPS, ataupun di rumah sakit. Keunggulan metode IVA *test* yaitu lebih mudah, lebih sederhana, lebih mampu dilaksanakan, lebih murah, dan diharapkan dapat mendeteksi secara dini kanker



serviks (Rasjidi, 2010).

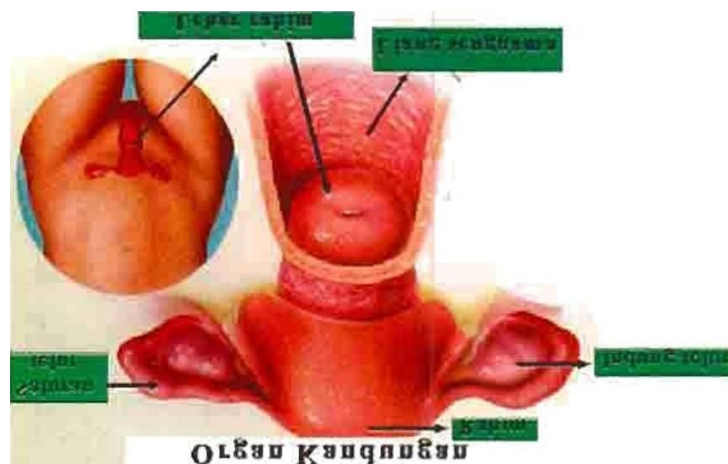
Sampai dengan tahun 2017 sudah dilakukan deteksi dini kanker leher rahim dan payudara terhadap 3.040.116 perempuan usia 30-50 tahun (2,98%) di Indonesia. Deteksi dini kanker leher rahim di Provinsi Jawa Timur dari 634.710 perempuan (3,81%) diketahui dengan IVA positif sebanyak 26.153 perempuan dan dicurigai kanker serviks 605 perempuan. Capaian pemeriksaan IVA tersebut masih rendah, sehingga memerlukan upaya lebih kuat untuk mencapai target yaitu 50% perempuan usia 30-50 tahun selama 5 tahun (Depkes RI, 2018). Data dari Profil kesehatan DKI Jakarta tahun 2021 di Jakarta Pusat, dari 160.417 orang perempuan usia 30 - 50 tahun, terdapat 10.478 (6,5%) orang perempuan yang melakukan pemeriksaan IVA dan Dari 10.478 orang perempuan yang melakukan pemeriksaan IVA terdapat 158 (1,5%) orang dengan hasil IVA positif, 10 (0,1%) orang didiagnosis suspek Karsinoma dan 140 (1,3%) orang.

## BAB 2 KANKER LEHER RAHIM (SERVIKS)

### 1. Apakah kanker itu ?

Kanker adalah pertumbuhan sel yang tidak normal atau terus-menerus dan tak terkendali, dapat merusak jaringan sekitarnya serta dapat menjalar ke tempat yang jauh dari asalnya yang disebut metastasis. Sel kanker bersifat ganas dan dapat menyebabkan kematian, dapat berasal dan tumbuh dari setiap jenis sel di tubuh manusia, *World Health Organization* (WHO, 2013). Sel kanker bersifat ganas dan dapat menyebabkan kematian, dapat berasal/tumbuh dari setiap jenis sel di tubuh manusia.

### 2. Apakah leher rahim Itu ?



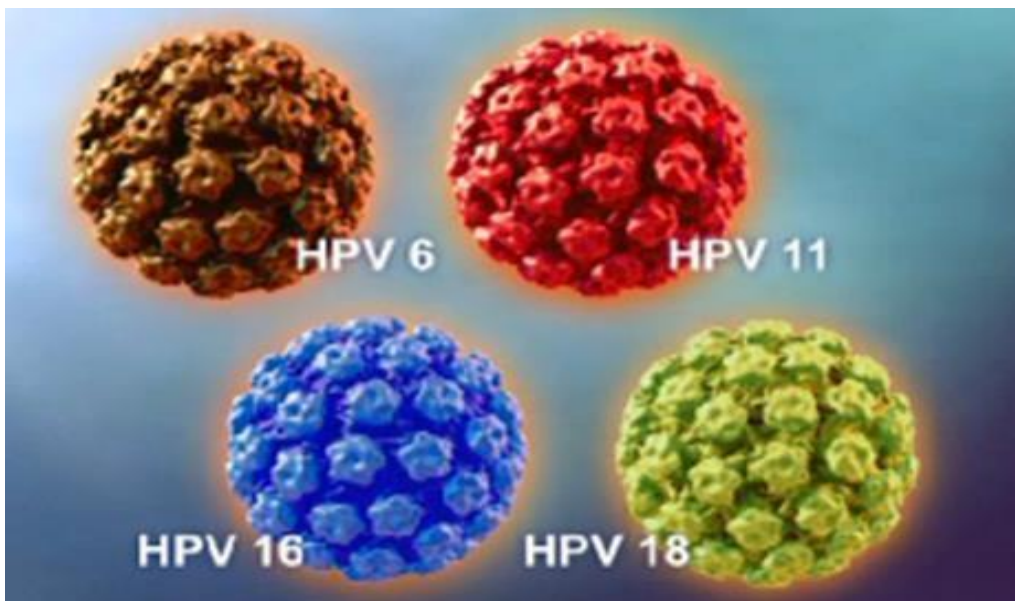
Leher rahim adalah bagian terendah dari rahim yang terdapat pada puncak liang senggama (vagina) atau suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara uterus dan vagina.

### 3. Apakah kanker leher rahim itu ?



Kanker leher rahim ( serviks ) adalah pertumbuhan sel-sel yang tidak normal pada jaringan leher rahim (serviks),

### 4. Apa penyebab kanker leher rahim



Hampir seluruh kanker leher rahim disebabkan oleh infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV)/ virus gapiloma pada manusia. Virus ini relatif kecil dan hanya dapat dilihat dengan alat mikroskop elektron. Ada beberapa tipe HPV yang dapat menyebabkan kanker yaitu tipe 16 dan 18 (yang sering dijumpai di Indonesia) serta tipe lain 31, 33, 45 dan lain-lain.



5. Bagaimana terjadinya Infeksi HPV dan kanker leher rahim

Hampir 100% infeksi HPV ditularkan melalui hubungan seksual. Pendeta  
Infeksi HPV umumnya tidak mengalami keluhan/gejala. Hampir setiap 1 (satu) dari 10 (sepuluh) orang perempuan yang terinfeksi HPV (10%-nya), akan mengalami perubahan menjadi lesi prakanker atau displasia pada jaringan epitel leher rahim. Lesi prakanker dapat terjadi dalam waktu 2 - 3 tahun setelah infeksi. Apabila lesi tidak diketahui dan tidak diobati, dalam waktu 3 - 17 tahun dapat berkembang menjadi kanker leher rahim. Sampai saat ini belum ada pengobatan untuk infeksi HPV.

6. Apa gejala kanker leher rahim

- a. Perdarahan pada daerah vagina (liang senggama)
- b. Perdarahan saat berhubungan intim
- c. Keputihan yang bercampur dengan darah dan berbau
- d. Nyeri pinggang
- e. Nyeri perut
- f. Sulit BAK dan mungkin gagal ginjal

7. Siapa saja yang berisiko tinggi terkena kanker leher rahim

- a. Perempuan yang melakukan aktivitas seksual sebelum usia 18 tahun
- b. Mereka yang berganti-ganti pasangan seksual.
- c. Mereka yang menderita infeksi kelamin yang ditularkan melalui hubungan seksual (IMS)
- d. Berhubungan dengan pria yang sering berganti-ganti pasangan
- e. Ibu atau saudara kandung yang menderita kanker leher rahim.
- f. Hasil pemeriksaan Papsmear atau IVA sebelumnya dikatakan abnormal

- g. Merokok aktif/pasif
- h. Penurunan kekebalan tubuh (imunosupresi) seperti yang terjadi pada penderita HIV/AIDS ataupun pada penggunaan kortikosteroid untuk jangka waktu yang lama



8. Bagaimana cara mencegah kanker leher rahim
- a. Pencegahan yang utama adalah tidak berperilaku seksual berisiko untuk terinfeksi HPV seperti tidak berganti-ganti pasangan seksual dan tidak melakukan hubungan seksual pada usia dini (kurang dari 18 tahun).
  - b. Selain itu juga menghindari faktor risiko lain yang dapat memicu terjadinya kanker seperti paparan asap rokok, menindak lanjuti hasil pemeriksaan Pap dan IVA dengan hasil positif, dan meningkatkan daya tahan tubuh dengan mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang dan banyak mengandung vitamin C, A dan asam folat.
  - c. Melakukan skrining atau penapisan untuk menentukan apakah mereka telah terinfeksi HPV atau mengalami lesi prakanker yang harus dilanjutkan dengan

pengobatan yang sesuaibila ditemukan lesi.

- d. Melakukan vaksinasi HPV yang saat ini telah dikembangkan untuk beberapa tipe yaitu bivalea (tipe 16 dan 18) atau kuadrivalen ( tipe 6,11,16,18). Kendala utama pelaksanaan vaksin saat ini adalah biaya yang masih mahal.



### **BAB 3**

#### **DETEKSI DINI KANKER LEHER RAHIM**

1. Apakah deteksi dini ?

Deteksi ini adalah pemeriksaan untuk mengetahui kanker serviks sejak dini

2. Mengapa harus menjalanl tes penapisan ??

Karena kanker leher rahim adalah jenis kanker kedua yang paling sering terjadi pada perempuan di seluruh dunia, juga termasuk di Indonesia. Selain itu kanker leher rahim merupakan salah satu kanker yang dapat diketahui sejak dini malah/terjadi kanker (belum cilon kanker) pada keadaan lesi prakanker.

3. Mengapa harus menjalanl tes penapisan

Karena kanker leher rahim adalah jenis kanker kedua yang paling sering terjadi pada perempuan di seluruh dunia, juga termasuk di Indonesia. Selain itu kanker leher rahim merupakan salah satu kanker yang dapat diketahui sejak dini pada keadaan lesi prakanker.

4. Siapa yang dianjurkan untuk dilakukan penapisan

Semua perempuan yang telah melakukan hubungan seksual secara aktif, terutama yang telah berusia 30-50 tahun. Dianjurkan untuk melakukan penapisan minimal 5 tahun sekali, bila memungkinkan 3 tahun sekali.

5. Siapa yang dianjurkan untuk dilakukan penapisan

Semua perempuan yang telah melakukan hubungan seksual secara aktif, terutama yang telah berusia 30- 50 tahun. Dianjurkan untuk melakukan penapisan minimal 5 tahun sekali, bila memungkinkan 3 tahun sekali.

6. Apa saja pemeriksaan / tes penapisan untuk kanker leher rahim

- a. *Tes HPV*. Menggunakan teknik pemeriksaan molekuler, DNA yang terkait dengan HPV diuji dari sebuah contoh sel yang diambil dari leher rahim atau liang senggama.

b. *Tes Pap/Pap smear.* Pemeriksaan sitologis dari apusan sel-sel yang diambil dari leher rahim. Slide diperiksa oleh teknisi sitologi atau dokter ahli patologi untuk melihat perubahan sel yang mengindikasikan terjadinya inflamasi, displasia atau kanker. Untuk pemeriksaan Pap Smear, sebaiknya ibu dalam keadaan tidak haid, dan tidak berhubungan badan 1-2 hari sebelum pemeriksaan dilakukan. Pada saat pemeriksaan, ibu akan diminta untuk berbaring dan memposisikan tubuh seperti pada saat pemasangan spiral. Petugas kesehatan akan memasang alat spekulum ke dalam liang senggama agar seluruh leher rahim dapat dilihat. Dengan alat spatula dan sikat khusus diambil set-set dari leher rahim, kemudian oleskan di kaca objek untuk dikirim ke laboratorium dan dibaca para ahli. Hasil akan didapat 1 minggu sampai 1 bulan kemudian, oleh karena itu ibu harus membuat janji dengan petugas kesehatan untuk pertemuan berikutnya.

c. *Tes IVA.* Pemeriksaan inspeksi visual dengan mata telanjang (tanpa pembesaran) seluruh permukaan leher rahim dengan bantuan asam asetat/cuka yang diencerkan. Pemeriksaan dilakukan tidak dalam keadaan hamil maupun sedang haid. Posisi pemeriksaan sama dengan pada tes Pap. Dengan mengoleskan asam asetat (cuka dapur) yang telah diencerkan (3 — 5%) ke leher rahim. tenaga kesehatan terlatih akan melihat perbedaan antara bagian yang sehat dan yang tidak normal. Asam asetat merubah wamaset-sel abnormal menjadi lebih putih dan lebih menonjol dibandingkan dengan permukaan sel sehat. Pemeriksaan IVA hampir sama efektifnya dengan pemeriksaan Pap dalam mendeteksi lesi prakanker, dapat dilakukan di fasilitas kesehatan dasar seperti Puskesmas, Pustu atau Polindes dan fasilitas lebih murah dan mudah. Hasilnya dapat diketahui pada saat pemeriksaan, sehingga apabila diperlukan pengobatan dapat segera dilakukan atau dirujuk bila perlu.

Dibandingkan dengan penapisan menggunakan tes Pap, yang membutuhkan biaya lebih mahal dan sarana — prasarana (laboratorium) yang biasanya hanya terdapat di kota besar serta tenaga ahli khusus, dan hasil dapat diterima beberapa minggu kemudian. Sehingga ibu yang bersangkutan harus datang kembali untuk mendapatkan hasil dan dilakukan tindakan bila dibutuhkan. Keadaan tersebut dapat menjadi masalah di daerah dengan sumber daya terbatas dan terpencil, dimana ibu yang telah diperiksa dan tidak segera mengetahui hasilnya kemungkinan tidak kembali ke klinik untuk menerima hasil pemeriksaan sehingga akan kehilangan kesempatan untuk mendapatkan pengobatan apabila dibutuhkan.

7. Jika hasil tes IVA positif, apakah berarti sudah menderita kanker ?

Belum, hasil positif menunjukkan adanya lesi prakanker, yang jika tidak diobati, kemungkinan akan menjadi kanker dalam waktu 3 — 17 tahun yang akan datang. Pemeriksaan tes IVA dapat dilakukan di Bidan/ dokter praktek swasta, Puskesmas dan jajarannya dan di Rumah Sakit.

a. *Servikografi*. Kamera khusus digunakan untuk memfoto leher rahim. Film dicetak dan foto diinterpretasi oleh petugas terlatih. Pemeriksaan ini terutama digunakan sebagai tambahan dari deteksi dini dengan menggunakan IVA, tetapi dapat juga sebagai metode penapisan primer.

b. *Kolposkopi*. Pemeriksaan visual bertenaga tinggi (pembesaran) untuk melihat leher rahim, bagian luar dan kanal bagian dalam leher rahim. Biasanya disertai biopsi jaringan ikat yang tampak abnormal. Terutama digunakan untuk mendiagnosa pengobatan apa yang dapat dilakukan bila diketahui ada lesi prakanker ?.

Jika terdapat lesi prakanker, ada beberapa pilihan pengobatan yaitu:

- a. *Krioterapi* Adalah perusakan sel — sel prakanker dengan cara dibekukan (dengan membentuk bola es pada permukaan leher rahim). Tindakan ini dapat dilakukan di fasilitas kesehatan dasar seperti puskesmas oleh dokter umum/spesialis kebidanan terlatih.
- b. *Elektrokauter* Adalah perusakan sel — sel prakanker dengan cara dibakar dengan alat kauter. Dilakukan oleh Dokter ahli kandungan dengan anestesi.
- c. *Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP)* Adalah pengambilan jaringan yang mengandung sel prakanker dengan menggunakan alat LEEP.
- d. *Konisasin* Adalah pengangkatan jaringan yang mengandung sel prakanker dengan jalan operasi.
- e. *Histerektomi* : Pengangkatan seluruh rahim termasuk juga leher rahim

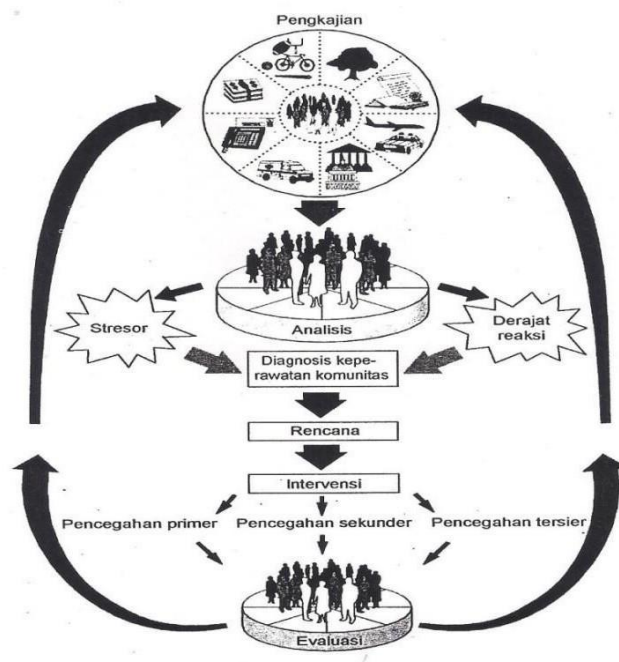
## **BAB 4**

### **MODEL *COMMUNITY AS PARTNER* DALAM ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS**

Model pengkajian yang akan dikembangkan pada agregat dewasa dengan masalah kesehatan reproduksi pencegahan kanker serviks adalah aplikasi dari *Community As Partner* yang dikembangkan oleh Anderson dan McFarlan dari teori Betty Neuman (Anderson & McFarlan, 2004). *Community As Partner* yang dikembangkan oleh Anderson dan Mc Farlene adalah salah satu teori model keperawatan yang berada dalam tataran level *practice theory*. *Advanced Community Health Nursing Practice* dalam Ervin tahun 2002 menjabarkan bahwa *Community As Partner* ini mendefinisikan bahwa *partner* sebagai gambaran hubungan antara keperawatan dan kelompok atau komunitas sebagai klien. Anderson dan Mc Farlene mengembangkan teori *Community As Partner* ini berdasarkan model konseptual keperawatan yang dikembangkan oleh Betty Neuman dalam *Neuman's Health Care System* Konsep modelnya Betty Neuman adalah memfokuskan teorinya pada stressor dan *reaksi* terhadap stressor. Neuman tidak mengasumsikan teori model yang dikembangkannya secara khusus digunakan dalam lingkup keperawatan komunitas. *Health Care System Model* yang dikembangkan oleh Betty Neuman memberikan pandangan bahwa manusia sebagai makhluk holistik yang meliputi aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual. Kelima aspek mempunyai hubungan secara dinamis seiring dengan adanya respon-respon sistem terhadap stressor baik dari internal maupun eksternal. Klien sebagai sistem terbuka memiliki tingkat kerentanan terhadap stressor baik dari internal maupun eksternal.

Dalam model *community as partner* ada dua komponen penting yaitu roda

pengkajian komunitas dan proses keperawatan. Roda pengkajian komunitas terdiri dari dua bagian utama yaitu inti (*core*) sebagai intrasistem terdiri dari demografi, riwayat, nilai dan keyakinan komunitas. Ekstrasistemnya terdiri dari delapan subsistem yang mengelilingi inti yaitu lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi dan rekreasi. Sedangkan proses keperawatan yang dimaksud mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999; Anderson & McFarlane, 2000; Ervin, 2002)



Gambar 1. Model komunitas sebagai mitra (*community aspartner*)

Anderson & McFarlan (2004) model community as partner dapat digunakan sebagai alat pengkajian terhadap masalah kesehatan di komunitas. Unsur-unsur yang dapat dikaji berdasarkan model community as partner adalah:

1. Core adalah inti dari komunitas terdiri dari
  - a. Riwayat terbentuknya komunitas. Data yang dapat dikumpulkan seperti riwayat terbentuknya komunitas dari orang-orang tua, tetangga yang telah lama tinggal di tempat tersebut, dan subdivisi terbaru yang ada di komunitas. Pertanyaan yang dapat diajukan kepada anggota masyarakat seperti sudah berapa lama anda tinggal disini? Apakah ada perubahan terhadap daerah tersebut? Siapakah orang yang paling lama tinggal di daerah tersebut dan yang mengetahui sejarah daerah tersebut. Data dapat diperoleh dari perpustakaan, sejarah masyarakat, dan wawancara dengan sesepuh masyarakat pimpinan daerah.
  - b. Demografi. Data yang dapat dikumpulkan seperti komposisi penduduk (remaja atau lansia), orang yang tidak memiliki rumah tempat tinggal, orang yang tinggal sendirian, keluarga, karakter. Data dapat diperoleh dari sensus penduduk dan perumahan, badan perencanaan lokal (kelurahan, kecamatan, kabupaten, provinsi), arsip, dinas kesehatan, serta melalui observasi. Data yang terkumpul dapat berupa karakteristik umur dan jenis kelamin, jenis dan tipe keluarga, status pernikahan, statistik vital (kelahiran, kematian berdasarkan umur dan penyebab).
  - c. Suku. Data yang dapat dikumpulkan seperti ras dan suku bangsa yang ada, homogenitas populasi yang ada, indikator kelompok etnik tertentu (misalnya restoran, festival), dan tanda-tanda kelompok budaya yang ada. Data dapat diperoleh melalui sensus penduduk, arsip, dan observasi.



d. Nilai dan Keyakinan. Data yang dapat diperoleh seperti tempat ibadah, homogenitas masyarakat, penggunaan pekarangan rumah dan lahan kosong serta kebun (misal ditanami rumput atau bunga), tanda-tanda kesenian, budaya warisan leluhur yang ada, dan peninggalan bersejarah yang ada. Data dapat diperoleh melalui observasi langsung, wawancara, windshield survei.

## 2. Subsistem, terdiri dari

a. Lingkungan fisik. Data lingkungan fisik dapat berupa keadaan masyarakat, kualitas udara, tumbuh-tumbuhan, perumahan, pembatas wilayah, daerah penghijauan, binatang peliharaan, anggota masyarakat, struktur yang dibuat masyarakat, keindahan alam, air, iklim, peta wilayah, dan luas daerah. Data dapat diperoleh melalui sensus, windshield survei, dan arsip, serta dokumen di kelurahan.

b. Pelayanan kesehatan dan social. Datanya dapat meliputi kejadian akut atau kronis di masyarakat, adanya posyandu, Pelayanan makanan tambahan, klinik atau rumah sakit, pelayanan kesehatan pribadi petugas kesehatan, pelayanan kesehatan masyarakat, fasilitas pelayanan social, dan ketersediaan sumber intra dan ekstra komunitas yang dapat dimanfaatkan oleh masyarakat. Data dapat diperoleh dari wawancara, windshield survei, badan perencanaan daerah, laporan tahunan fasilitas kesehatan dan sosial, dan dinas kesehatan. Data-data yang diperoleh dapat dikelompokkan berdasarkan pelayanan kesehatan dan sosial yang ada. Pelayanan kesehatan seperti fasilitas ekstra dan intra komunitas seperti rumah sakit dan klinik, perawatan kesehatan di rumah, fasilitas perawatan lanjut, pelayanan kesehatan masyarakat, pelayanan emergensi. Data untuk setiap fasilitas dikumpulkan terkait dengan berbagai pelayanan (tarif,

waktu, rencana pelayanan baru, pelayanan yang dihentikan), sumber (tenaga, tempat, biaya, dan sistem pencatatan), karakteristik pengguna (distribusi geografik, profil demografik, dan transportasi), statistik (jumlah pengguna yang dilayani tiap hari, minggu, dan bulan), kesesuaian, keterjangkauan, dan penerimaan fasilitas menurut pengguna maupun pemberi pelayanan kesehatan. Pelayanan sosial seperti fasilitas ekstra dan intra komunitas misalnya adanya kelompok konseling dan dukungan, pakaian, makanan, tempat tinggal, dan kebutuhan khusus. Data untuk setiap fasilitas dikumpulkan seperti pada pelayanan kesehatan.

- c. Komunikasi. Komunikasi merupakan subsistem yang berkaitan dengan risiko gizi kurang pada anak usia sekolah dasar. Komunikasi yang digunakan masyarakat untuk melakukan program pencegahan risiko gizi kurang pada anak usia sekolah seperti media informasi cetak maupun elektronik. Data dapat diperoleh dari wawancara, survei, kantor penerbitan dan siaran daerah, buku telepon dan sensus.
- d. Perekonomian. Perekonomian atau tingkat pendapatan keluarga dengan anak usia sekolah yang bekerja dan jenis pekerjaan yang dilakukan serta tempat kerja. Sedangkan subsistem rekreasi pada pencegahan risiko gizi tidak terlalu relevan, namun demikian dapat dilihat juga apakah fasilitas rekreasi terkait penyediaan nutrisi atau pangan bagi anak usia sekolah. Ekonomi, meliputi keadaan komunitas (berkembang atau miskin), adanya pusat industri, pertokoan, lapangan kerja, pusat perbelanjaan, badan pemeriksa makanan, dan angka pengangguran. Data dapat diperoleh dari catatan sensus, departemen perdagangan, departemen tenaga kerja, dan kantor serikat buruh setempat.

- e. Keamanan dan transportasi. Data keamanan dapat diperoleh dari kantor perencanaan daerah, berupa penggunaan air bersih yang dimanfaatkan oleh masyarakat, sanitasi lingkungan yang berkaitan dengan gizi makanan, sedangkan transportasi mencakup sarana dan prasarana masyarakat melakukan perjalanan, jenis kendaraan pribadi dan umum, jalur khusus pejalan kaki, bersepeda dan pengendara motor, jalur penyandang cacat, Data transportasi dapat diperoleh dari sensus, dinas jalan raya, dan dinas transportasi serta kepolisian daerah.
- f. Politik dan Pemerintahan. Meliputi kegiatan politik di masyarakat (seperti poster, rapat atau pertemuan politik), partai apa yang berpengaruh di masyarakat, pembentukan pemerintahan daerah (melalui pemilihan atau calon tunggal), keterlibatan warga dalam pembuatan keputusan di pemerintah daerah setempat. Subsystem politik dan pemerintahan dengan kebijakan- kebijakan yang menyangkut pencegahan risiko.
- g. Pendidikan. Mencakup ketersediaan sekolah, kondisi sekolah, perpustakaan, badan yang mengurus pendidikan di daerah tersebut terkait dengan fungsinya. Subsystem pendidikan terkait pencegahan risiko gizi kurang adalah pengetahuan, sikap dan pengalaman siswa, guru, keluarga, system sekolah dan masyarakat .
- h. Rekreasi.n Rekreasi, meliputi pusat bermain anak, dengan mendata adanya makanan yang tersedia ditempat rereasi tersebut. Data dapat diperoleh dari sensus, wawancara, dan windshield survey.
- i. Persepsi. Warga masyarakat, meliputi bagaimana perasaan warga terhadap masalah kesehatan reproduksi di usia sekolah, apakah warga dianggap sebagai kekuatan masyarakat, kesadaran warga terhadap masalah masyarakat. Data dapat diperoleh dari wawancara dengan warga pada berbagai kelompok lansia,

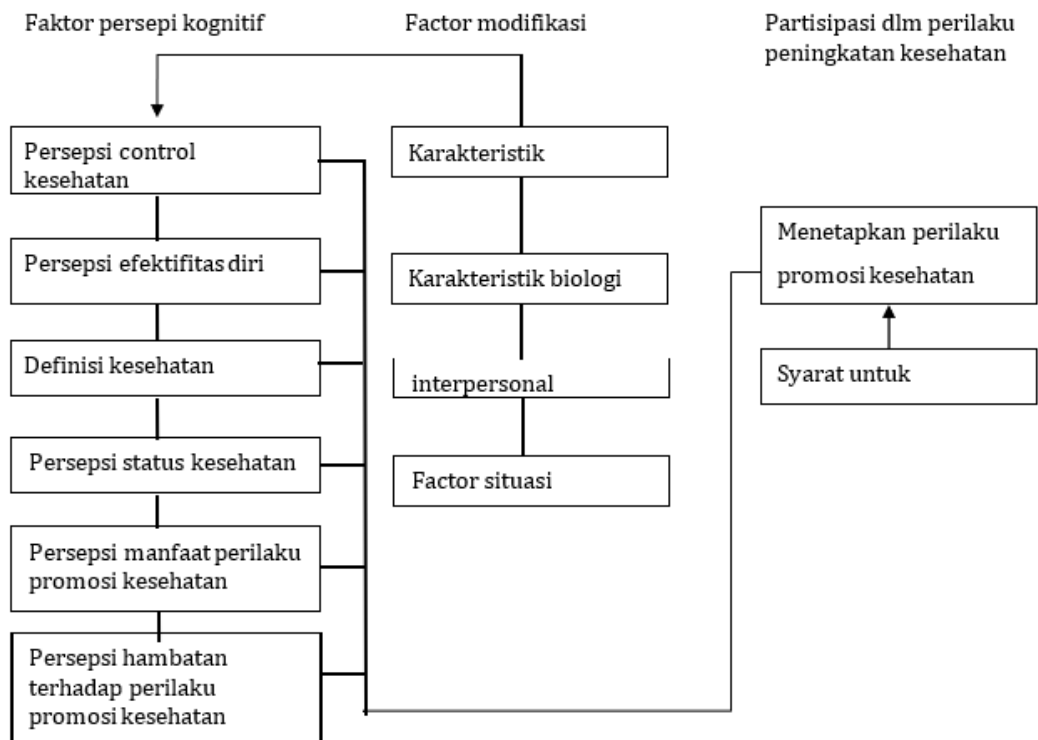
remaja, buruh, pemuka agama dan masyarakat, dan pemerintahan. Persepsi perawat, meliputi kesehatan masyarakat setempat, kekuatan yang ada di masyarakat, masalah aktual dan potensial yang dapat diidentifikasi. Data dapat diperoleh dengan observasi dan wawancara dengan warga masyarakat.

## **BAB 5**

### **KONSEP MODEL TEORI MODEL KONSEPTUAL NOLLA J. PENDER**

Dilatar belakangi oleh adanya suatu bentuk pergeseran paradigma, dimana pergeseran paradigma ini terjadi dalam suatu bentuk pemberian pelayanan kesehatan yang menitikberatkan pada paradigma kesehatan dan keperawatan yang lebih holistik dalam memandang sebuah penyakit dan berbagai gejala penyebabnya, bukan sebagai fokus pelayanan kesehatan saja. Pada perubahan paradigma inilah yang menjadikan perawat sebagai posisi kunci dalam berbagai peran dan fungsinya dalam melakukan pelayanan kesehatan. Hampir semua lapisan dibidang pelayanan kesehatan dalam melakukan pelayanan promosi dan preventif (pencegahan) kesehatan dilakukan oleh para perawat. Oleh karena adanya promosi dan preventif kesehatan yang cenderung dilakukan dan diupayakan oleh perawat inilah lahir sebuah teori dan model konseptual dari Nolla J. Pender yang berjudul “ Health Promotion Model “ atau model promosi kesehatan. Model Promosi Kesehatan adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model ini mengintegrasikan teori nilai harapan (Expectancy-value) dan teori kognitif sosial (Social Cognitive Theory) dalam perspektif keperawatan manusia dilihat sebagai fungsi yang holistik. Bagan RPM dapat dilihat sebagai berikut:

### Penjelasan Model HPM Pender



Sumber : Tommey dan Alliod, 2006. *Nursing Theorist and Their Work* Philadelphia, Mosby

#### 1. Komponen elemen teori Health Promotion Model

Adapun komponen elemen dari teori ini adalah sebagai berikut:

- a. *Teori Nilai Harapan (Expectancy-Value Theory)*. Menurut teori nilai harapan, perilaku sehat bersifat rasional dan ekonomis. Seseorang akan mulai bertindak dari perilakunya akan tetap digunakan dalam dirinya, ada 2 hal pokok yaitu :Hasil tindakan bernilai positif dan Pengambilan tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan.
- b. *Teori Kognitif Sosial (Social Cognitive Theory)*. Teori model interaksi yang meliputi lingkungan, manusia dan perilaku yang saling mempengaruhi. Teori ini menekankan pada: Pengarahan diri (self direction), Pengaturan diri (self regulation) dan *Persepsi terhadap kemajuan diri (self efficacy)*.

## 2. Asumsi dari Model Promosi Kesehatan

- a. Manusia mencoba menciptakan kondisi agar tetap hidup di mana mereka dapat mengekspresikan keunikannya.
- b. Manusia mempunyai kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuannya.
- c. Manusia menilai perkembangan sebagai suatu nilai yang positif dan mencoba mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.
- d. Setiap individu secara aktif berusaha mengatur perilakunya.
- e. Individu merupakan makhluk bio-psiko-sosial yang kompleks, berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, menjelmakan lingkungan yang diubah secara terus menerus.
- f. Profesional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal yang berpengaruh terhadap manusia sepanjang hidupnya.
- g. Pembentukan kembali konsep diri manusia dengan lingkungan adalah penting untuk perubahan perilaku.

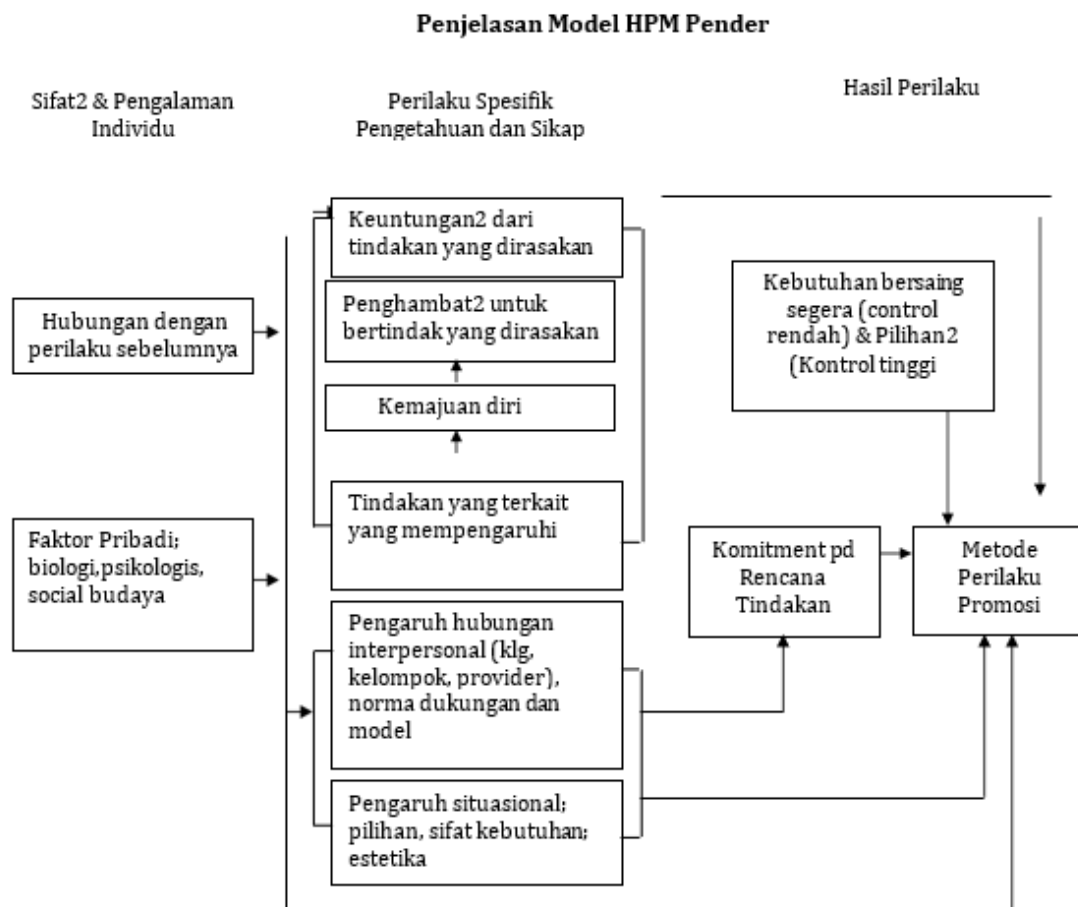
## 3. Proposisi Model Promosi Kesehatan

- a. Perilaku sebelumnya dan karakteristik yang diperoleh mempengaruhi kepercayaan dan perilaku untuk meningkatkan kesehatan.
- b. Manusia melakukan perubahan perilaku di mana mereka mengharapkan keuntungan yang bernilai bagi dirinya.
- c. Rintangan yang dirasakan dapat menjadi penghambat kesanggupan melakukan tindakan, suatu mediator perilaku sebagaimana perilaku nyata.
- d. Promosi atau pemanfaatan diri akan menambah kemampuan untuk melakukan tindakan dan perbuatan dari perilaku.



- e. Pemanfaatan diri yang terbesar akan menghasilkan sedikit rintangan pada perilaku kesehatan spesifik.
- f. Pengaruh positif pada perilaku akibat pemanfaatan diri yang baik dapat menambah hasil positif.
- g. Ketika emosi yang positif atau pengaruh yang berhubungan dengan perilaku, maka kemungkinan menambah komitmen untuk bertindak.
- h. Manusia lebih suka melakukan promosi kesehatan ketika model perilaku itu menarik, perilaku yang diharapkan terjadi dan dapat mendukung perilaku yang sudah ada.
- i. Keluarga, kelompok dan pemberi layanan kesehatan adalah sumber interpersonal yang penting yang mempengaruhi, menambah atau mengurangi keinginan untuk berperilaku promosi kesehatan.
- j. Pengaruh situasional pada lingkungan eksternal dapat menambah atau mengurangi keinginan untuk berpartisipasi dalam perilaku promosi kesehatan.
- k. Komitmen terbesar pada suatu rencana kegiatan yang spesifik lebih memungkinkan perilaku promosi kesehatan dipertahankan untuk jangka waktu yang lama.
- l. Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika seseorang
- m. mempunyai kontrol yang sedikit dan kebutuhan yang diinginkan tidak tersedia.
- n. Komitmen pada rencana kegiatan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika tindakan-tindakan lain lebih atraktif dan juga lebih suka pada perilaku yang diharapkan.
- o. Seseorang dapat memodifikasi kognisi, mempengaruhi interpersonal dan

lingkungan fisik yang mendorong melakukan tindakan kesehatan.



Revisi Model Promosi Kesehatan (Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parsons M.A (2002). Promosi kesehatan dalam praktik keperawatan dikutip dari Tomey & Alligood (2006) hal 458

### 1. Karakteristik dan pengalaman individu

#### a. Perilaku sebelumnya

Perilaku sebelumnya mempunyai pengaruh langsung atau tidak langsung dalam pelaksanaan perilaku promosi kesehatan, yaitu:

- 1) Pengaruh langsung dari perilaku masa lalu terhadap perilaku promosi kesehatan saat ini dapat menjadi pembentuk kebiasaan yang mempermudah seseorang melaksanakan perilaku tersebut secara otomatis.

2) Pengaruh tidak langsungnya adalah melalui persepsi pada *self efficacy*, manfaat, hambatan dan pengaruh aktivitas yang muncul dari perilaku tersebut. Pengaruh positif atau negatif dari perilaku baik sebelum saat itu ataupun setelah perilaku tersebut dilaksanakan akan dimasukkan kedalam memori sebagai informasi yang akan dimunculkan kembali saat akan melakukan perilaku tersebut di kemudian waktu. Perawat dapat membantu pasien membentuk suatu riwayat perilaku yang positif bagi masa depan dengan memfokuskan pada tahap perilaku tersebut. Membantu pasien bagaimana mengatasi rintangan dalam melaksanakan perilaku tersebut dan meningkatkan level/kadar *efficacy* dan pengaruh positif melalui pengalaman yang sukses dan *feed back* yang positif.

b. Faktor personal

Faktor personal meliputi aspek biologis, psikologis dan social budaya. Faktor-faktor ini merupakan prediksi dari perilaku yang didapat dan dibentuk secara alami oleh target perilaku.

- 1) Faktor biologis personal. Termasuk dalam faktor ini adalah umur, indeks massa tubuh, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kecerdasan atau keseimbangan.
- 2) Faktor psikologis personal. Variabel yang merupakan bagian dari faktor ini adalah harapan diri, motivasi, kemampuan personal, status kesehatan, dan definisi sehat
- 3) Faktor social kultural. Faktor ini meliputi suku, etnis, pendidikan, dan status ekonomi

2. Perilaku spesifik pengetahuan dan sikap (*behaviour-specific cognitions and affect*)

a. Manfaat tindakan (*perceived benefits of actions*)

Rencana seseorang melaksanakan perilaku tertentu tergantung pada

antisipasi terhadap manfaat atau hasil yang akan dihasilkan. Antisipasi manfaat merupakan representasi mental dan konsekuensi perilaku positif berdasarkan teori *expecting value*.

b. Hambatan tindakan yang dirasakan (*perceived barriers to actions*)

Hambatan yang diantisipasi telah secara berulang terlihat dalam penelitian empiris, mempengaruhi intensitas untuk terlibat dalam suatu perilaku yang nyata dan perilaku actual yang dilaksanakan. Dalam hubungannya dengan perilaku promosi kesehatan, Hambatan-hambatan ini dapat berupa imajinasi maupun nyata. Hambatan ini terdiri atas: persepsi mengenai ketidaktersediaan, tidak menyenangkan, biaya, kesulitan atau penggunaan waktu untuk tindakan-tindakan khusus. Hambatan-hambatan ini sering dilihat sebagai suatu blocks, rintangan dan personal cost dari perilaku yang diberikan.

Hilangnya kepuasan dalam menghindari atau menghilangkan perilaku-perilaku yang merusak kesehatan seperti merokok atau makan makanan tinggi lemak untuk mengadopsi perilaku/gayahidup yang lebih sehat juga dapat menjadi suatu halangan. Halangan ini biasanya membangunkan motivasi untuk menghindari perilaku-perilaku yang diberikan. Bila kesiapan untuk bertindak rendah dan hambatan tinggi maka tindakan ini tidak mungkin terjadi. Jika kesiapan untuk bertindak tinggi dan hambatan rendah kemungkinan untuk melakukan tindakan lebih besar. Barrier tindakan seperti yang dilukiskan dalam HPM mempengaruhi promosi kesehatan secara langsung dengan bertindak sebagai locks terhadap tindakan seperti penurunan komitmen untuk merencanakan tindakan.

c. Kemajuan diri (*perceived self efficacy*)

*Self efficacy* seperti didefinisikan oleh Bandura adalah

judgment/keputusan dari kapabilitas seseorang untuk mengorganisasi dan menjalankan tindakan secara nyata. Judgment dari personal efficacy dibedakan dari harapan yang ada dalam tujuan. *Perceived self efficacy* adalah judgment dari kemampuan untuk menyelesaikan tingkat performance yang pasti, dimana tujuannya atau harapannya adalah suatu judgment dari suatu konsekuensi (contohnya benefit dan cost) sebanyak perilaku yang akan dihasilkan. Persepsi dari ketrampilan dan kompetensi dalam domain motivasi individu untuk melibatkan perilaku-perilaku yang mereka lalui. Perasaan *efficacy* dan keterampilan dalam performance seseorang sepertinya mendorong untuk melibatkan/ menjalankan perilaku yang lebih banyak daripada perasaan ceroboh dan tidak terampil.

Pengetahuan individu tentang *self efficacy* didasarkan pada 4 tipe informasi :

- 1) Pencapaian *performance* dari perilaku yang dilaksanakan secara nyata dan evaluasi performance yang berhubungan dengan beberapa standar pribadi atau umpan balik yang diberikan.
- 2) Pengalaman-pengalaman dan mengobservasi *performan-ce* orang lain dan hubungannya dengan evaluasi diri sendiri dan umpan balik dan orang lain.
- 3) Ajakan secara verbal kepada orang lain bahwa mereka mempunyai kemampuan untuk melaksanakan tindakan tertentu.
- 4) Kondisi psikologis (kecemasan, ketakutan, ketenangan) di mana seseorang menyatakan kemampuannya.

Dalam HPM, *self efficacy* yang diperoleh dipengaruhi oleh *activity related affect*. Semakin positif *afteck*, semakin besar persepsi efficacynya, sebaliknya *self efficacy* mempengaruhi hambatan tindakan, dimana *efficacy* yang tinggi akan mengurangi persepsi terhadap hambatan untuk melaksanakan perilaku yang

ditargetkan. *Self efficacy* memotivasi perilaku promosi kesehatan secara langsung dengan harapan *efficacy* dan secara tidak langsung dengan mempengaruhi hambatan dan komitmen dalam melaksanakan rencana tindakan.

a. *Activity-related affect* (sikap yang berhubungan dengan aktivitas)

Perasaan subjektif muncul sebelum, saat dan setelah suatu perilaku, didasarkan pada sifat stimulus perilaku itu sendiri. Respon afektif ini dapat ringan, sedang atau kuat dan secara sadar di nanti, disimpan didalam memori dan dihubungkan dengan pikiran-pikiran perilaku selanjutnya. Respon-respon afektif terhadap perilaku khusus terdiri atas 3 komponen yaitu : emosional yang muncul terhadap tindakan itu sendiri (*activity-related*), menindak diri sendiri (*self-related*), atau lingkungan dimana tindakan itu terjadi (*context-related*).

Perasaan yang dihasilkan kemungkinan akan mempengaruhi apakah individu akan mengulang perilaku itu lagi atau mempertahankan perilaku lamanya. Perasaan yang

tergantung pada perilaku ini telah diteliti sebagai determinan perilaku kesehatan pada penelitian terakhir. Perilaku yang berhubungan dengan afek positif kemungkinan akan di ulang dan yang negatif kemungkinan akan dihindari. Beberapa perilaku bisa menimbulkan perasaan positif dan negatif. Dengan demikian, keseimbangan di antara afek positif dan negative sebelum, saat dan setelah perilaku tersebut merupakan hal yang penting untuk diketahui.

*Activity-related affect* ini berbeda dari dimensi evaluasi terhadap sikap yang dikemukakan oleh Fishbein dan Ajzen. Dimensi evaluasi terhadap sikap lebih mencerminkan evaluasi afektif pada hasil spesifik dari suatu perilaku dari pada respon terhadap sifat stimulus perilaku itu sendiri. Untuk beberapa perilaku yang

diberikan, rentang penuh dari perasaan negatif dan positif harus diuraikan sehingga keduanya dapat diukur secara akurat. Dalam beberapa instrument untuk mengukur afek, perasaan negatif diuraikan secara lebih luas dari padaperasaan positif. Hal ini tidak rnengherankan karena kecemasan, ketakutan dan depresi telah diteliti lebih banyak dibandingkan perasaan senang, gembira dan tenang. Berdasarkan teori kognitif social, terdapat hubungan antara *self-efficacy* dan *activity related affect*.

McAulay dan Courneya menemukan bahwa respon afek positif saat latihan merupakan predictor yang penting terhadap efficacy setelah latihan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Bandura bahwa respon emosional dan pengaruhnya terhadap keadaan psikologis saat melakukan suatu perilaku berperan sebagai sumber informasi *efficacy*. Dengan demikian, *activity-related Affect* dikatakan mempengaruhi perilaku kesehatan secara langsung maupun tidak langsung melalui *self-efficacy* dan komitmen terhadap rencana tindakan.

#### *b. Interpersonal Influences*

Menurut HPM, pengaruh interpersonal adalah kesadaran mengenai perilaku, kepercayaan atau pun sikap terhadap orang lain. Kesadaran ini bisa atau tidak bisa sesuai dengan kenyataan. Sumber utama pengaruh interpersonal pada perilaku promosi kesehatan adalah keluarga (orang tua dan saudara kandung), teman, dan petugas perawatan kesehatan. Pengaruh interpersonal meliputi: norma (harapan dari orang-orang yang berarti), dukungan sosial (dorongan instrumental dan emosional) dan *modeling* (pembelajaran melalui mengobservasi perilaku khusus seseorang). Tiga proses interpersonal ini pada sejumlah penelitian kesehatan tampak mempredisposisi seseorang untuk melaksanakan perilaku



promosi kesehatan. Norma sosial membentuk standar pelaksanaan yang dapat dipakai atau ditolak oleh individu. Dukungan sosial untuk suatu perilaku menyediakan sumber- sumber dukungan yang diberikan oleh orang lain. Modeling menggambarkan komponen berikutnya dari perilaku kesehatan dan merupakan strategi yang penting bagi perubahan perilaku dalam teori kognitif sosial. Pengaruh interpersonal mempengaruhi perilaku promosi kesehatan secara langsung maupun tidak langsung melalui tekanan social atau dorongan untuk komitmen terhadap rencana tindakan.

Individu sangat berbeda dalam sensitivitas mereka terhadap harapan, contoh pujian orang lain. Namun, diberikan motivasi yang cukup untuk berperilaku dalam cara yang konsisten dengan pengaruh interpersonal, individu mungkin akan melakukan perilaku-perilaku yang akan menimbulkan pujian.

*c. Situational influences* (pengaruh situasional)

Persepsi dan kesadaran personal terhadap berbagai situasi atau keadaan dapat memudahkan atau menghalangi suatu perilaku. Pengaruh situasi pada perilaku promosi kesehatan meliputi persepsi terhadap pilihan yang ada, karakteristik permintaan, dan ciri-ciri estetik dari suatu lingkungan dimana perilaku tersebut dilakukan. Individu tertarik dan lebih kompeten dalam perilakunya di dalam situasi atau keadaan lingkungan yang mereka rasa lebih cocok dari pada lingkungan yang tidak cocok, lingkungan yang berhubungan dari pada yang asing, lingkungan yang amandan meyakinkan dari pada lingkungan yang tidak aman dan mengancam. Lingkungan yang menarik juga lebih diinginkan untuk melaksanakan perilaku kesehatan.

Dalam HPM, pengaruh situasional telah dikemukakan sebagai pengaruh

langsung atau tidak langsung pada perilaku kesehatan. Situasi dapat secara langsung mempengaruhi perilaku dengan menyediakan suatu lingkungan yang diisi dengan petunjuk-petunjuk yang akan menimbulkan tindakan. Sebagai contoh, suatu lingkungan yang di tulis dilarang merokok akan menciptakan karakteristik perilaku tidak merokok dilingkungan tersebut seperti yang diminta. Kedua situasi ini mendukung komitmen untuk tindakan kesehatan. Pengaruh situasional telah memberikan sedikit perhatian pada penelitian HPM sebelumnya dan dapat diteliti lebih lanjut sebagai determinan yang secara potensial penting bagi perilaku kesehatan. Mereka dapat dipegang sebagai kunci penting dalam mengembangkan strategi baru yang lebih efektif untuk memfasilitasi penerimaan dan pemeliharaan perilaku kesehatan.

## **BAB 6**

### **KONSEP KELUARGA**

#### 1. Definisi

Keluarga merupakan orang yang mempunyai hubungan resmi yaitu ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan fisik, mental, emosional dari tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain (Widagdo, 2016).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan satu sama lainnya (Setiadi, 2012).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga yaitu sebuah hubungan resmi yaitu ikatan darah, perkawinan atau adopsi yang tinggal disuatu tempat dengan satu atap dalam keadaan saling ketergantungan satu sama lainnya.

#### 2. Tipe atau jenis Keluarga

Menurut (Widagdo, 2016). Tipe keluarga antara lain :

Pembagian tipe keluarga ini bergantung pada konteks keilmuandan orang yang mengelompokan.

##### a. Secara tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokan, yaitu:

- 1) Keluarga inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga dyad (*The dyad Family*) adalah keluarga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Keluarga ini mungkin belum memiliki anak atau tidak memiliki

anak.

- 3) *Single parent* adalah keluarga yang hanya memiliki satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat .kondisi ini bias disebabkan oleh kematian atau perceraian.
- 4) *Single adult* adalah suatu keluarga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe keluarga ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai pasangan hidup.
- 5) Keluarga besar (*Extended family*) adalah keluarga yang terdiri atas keluarga inti dan di tambah dengan keluarga lain seperti paman,bibi, kakek, nenek, dan sebagainya.tipekeluarga ini banyak di anut oleh keluarga di daerah pedesaan.
- 6) *Middle-aged or elderly couple*, adalah keluarga yang orang tuanya tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), dikarnakan anak-anaknay sudah berumah tangga atau berkarir di luar daerah.
- 7) *Kin-network family*,adalah keluarga yang tinggal bersama atau sling berdekatan dan menggunakan barang dengan bersama-sama.

b. Secara Modern atau nontradisional tipe keluarga ini tidak lazim untuk ada di negara indonesia, ada beberapa tipe yaitu :

- 1) *Unmarried parent and child family*, adalah keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa menikah.
- 2) *Cohabiting couple*,adalah orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan pernikahan dikarnakan beberapa alasan tertentu.
- 3) *Gay and lesbian family*,adalah seorang yang mempunyai jenis kelamin yang sama tinggal satu atap bersama sebagaimana pasangan suami istri.
- 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*,adalah keluarga yang berganti-

ganti pasangan tanpa melalui ikatan pernikahan.

- 5) *Foster family*, adalah keluarga yang menerima anak yang tidak ada ikatan darah atau ikatan persaudaraan sementara waktu, saat orang tua tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyantukan kembali keluarga yang aslinya.

### 3. Struktur Keluarga

Menurut (Harnilawati, 2013) Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melakukan fungsi, keluarga di masyarakat, Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam diantaranya adalah:

- a. *Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- b. *Matrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. *Matrilokal* Adalah pasangan suami istri yang tinggal Bersama keluarga sedarah suami.
- d. *Patrilokal* Adalah seorang suami yang tinggal Bersama keluarga sedarah suami
- e. *Keluarga Kawin* Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

### 4. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, 2010 fungsi keluarga ada beberapa fungsi yaitu

- a. Fungsi afektif. Fungsi Afektif yaitu fungsi keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. melalui pemenuhan fungsi, keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam

diri anggota keluarga perilaku dan tingkah laku, mampu menjalankan lebih akrab dan harga diri.

- b. Fungsi sosialisasi dan penempatan social. Saat lahir sosialisasi mulai dan hanya diakhiri dengan kematian .sosialisai merupakan proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara social yang mereka alami.
- c. Fungsi reproduksi. Fungsi keluarga untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
- d. Fungsi perawatan kesehatan. Fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan mengembangkan kemampuan individu untuk memenuhi ekonomi,tempat kebutuhan keluarga.

#### 5. Tugas kesehatan keluarga

Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan akan mempengaruhi tingkat kesadaran keluarga dan individu. Tugas kesehatan keluarga menurut (Mubarak,2013) adalah sebagai berikut :

- a. Mengenal Masalah Kesehatan Keluarga. Kesehatan merupakan kesehatan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan terkadang seluruh sumber daya dan dana bisa habis. Oleh karena itu, orang tua perlu mengenai keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga.
- b. Membuat Keputusan Tindakan Kesehatan Yang Tepat Dalam membuat keputusan kesehatan yang utama yaitumencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga dengan pertimbangan anggota keluarga yang dapat memutuskan sebuah tindakan. Jika terdapat keterbatasan mengambil keputusan

dalam keluarganya dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tempat tinggalnya agar masalah yang terjadi dapat dikurangi kemungkinan buruknya bahkan teratasi.

- c. Memberikan Perawatan Pada Anggota Keluarga yang Sakit. Keluarga dapat memutuskan untuk memberi perawatan pada anggota yang sakit dengan cara melakukan perawatan yang dilakukan mandiri ataupun perawatan.
- d. Mempertahankan Suasana Rumah yang Sehat Mempertahankan kondisi lingkungan rumah yang sehat, bersih dan nyaman untuk keluarga dapat meningkatkan derajat kesehatan anggota keluarga.
- e. Menggunakan Fasilitas Kesehatan yang ada di Masyarakat. Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia di masyarakat dengan cara berkonsultasi serta meminta bantuan tenaga kesehatan dalam merawat anggota keluarganya yang sakit sehingga keluarga dapat terbiasa dari segala penyakit.

#### 6. Tahapan Perkembangan Pada Keluarga

Ada beberapa tahapan perkembangan pada keluarga yang perlu kita ketahui menurut (Widagdo, 2016). antara lain :

- a. Keluarga baru menikah atau keluarga pemula
  - 1) Membangun pernikahan yang saling memuaskan; Membina hubungan persaudaraan, teman dan kelompok sosial;
  - 2) Membicarakan rencana memiliki anak;
- b. Keluarga dengan anak baru lahir
  - 1) Keluarga muda membentuk sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi baru lahir ke dalam keluarga;

2) Tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;

3) Mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan;

4) Memperbanyak persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran-peran orang tua dan kakek, nenek;

c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah

1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti tempat tinggal, ruang bermain, privasi dan keamanan;

2) Mensosialisasikan anak dengan lingkungan di sekitarnya;

3) Mengintragasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain;

4) Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga;

d. Keluarga dengan anak usia sekolah

1) Mensosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat,

2) Mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan;

3) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.

e. Keluarga dengan anak remaja

1) Menyeimbangkan kebebasan

2) Mefokuskan kembali hubungan pernikahan

3) Berkomunikasi secara terbuka antara anak dengan orang tua.

f. Keluarga melepas anak usia dewasa

1) Memperluas sirkuls keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui pernikahan anak- anak.



- 2) Memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan
  - 3) Menolong orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari keluarga suami atau istri.
- g. Keluarga dengan usia pertengahan
- 1) Melakukan persiapan lingkungan yang meningkatkan kesehatan
  - 2) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan orang tua lanjut usia dan anak-anak;
  - 3) Memperkuat hubungan pernikahan.
  - 4) Keluarga dengan usia lanjut
- h. Keluarga mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;
- 1) Menyesuaikan pendapatan yang sedang menurun;
  - 2) Mempertahankan hubungan pernikahan;
  - 3) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
  - 4) Keluarga mempertahankan ikatan antargenerasi.

## **BAB 7**

### **KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA**

Menurut Abi , 2012 mengatakan bahwa asuhan keperawatan merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematika untuk berkerjasama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga.

#### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dari proses keperawatan, kemudiandalam mengkaji harus memperhatikan data dasar klien, untuk informasi yang diharapkan dari klien (Iqbal , 2011).

#### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang status dan masalah kesehatan klien yang dapat ditandai dengan tindakan keperawatan. Dengan demikian, diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan masalah yang ditemukan. Diagnosa keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan, baik yang nyata (aktual) maupun yang mungkin terjadi (potensial) (Iqbal, 2011).

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang terdiri dari masalah keperawatan (Problem/P) yang berkenaan pada individu dalam keluarga yang sakit berhubungan dengan Etiologi (E) yang berasal dari pengkajian fungsi perawatan keluarga.

Menurut (Abi ,2011). Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga adalah :

- a. Aktual (tejadi defisit / gangguan kesehatan). Dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan.
- b. Resiko ( ancaman kesehatan ). Sudah ada data yang menunjang namun belum

terjadi gangguan misalnya : dilingkungan rumah yang kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat.

### 3. Rencana Keperawatan

Tahap kedua dari proses keperawatan merupakan tindakan menetapkan apa yang harus dilakukan untuk membantu sasaran dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Langkah pertama dalam tahap perencanaan adalah menetapkan tujuan dan sasaran kegiatan untuk mengatasi masalah yang telah ditetapkan sesuai dengan diagnose keperawatan. Dalam menentukan tahap berikutnya yaitu rencana pelaksanaan kegiatan maka ada 2 faktor yang mempengaruhi dan dipertimbangkan dalam menyusun rencana tersebut yaitu sifat masalah dan sumber atau potensi masyarakat seperti dana, sarana, tenaga yang tersedia. Dalam pelaksanaan pengembangan masyarakat dilakukan melalui tahapan sebagai berikut :

#### a. Tahap persiapan

Dengan dilakukan pemilihan daerah yang menjadi prioritas menentukan cara untuk berhubungan dengan masyarakat, mempelajari dan bekerjasama dengan masyarakat.

#### b. Tahap pengorganisasian

Dengan persiapan pembentukan kelompok kerja kesehatan untuk menumbuhkan kepedulian terhadap kesehatan dalam masyarakat. Kelompok kerja kesehatan (Pokjakes) adalah suatu wadah kegiatan yang dibentuk oleh masyarakat secara bergotong royong untuk menolong diri mereka sendiri dalam mengenal dan memecahkan masalah atau kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan, meningkatkan kemampuan masyarakat berperan serta dalam pembangunan kesehatan di

wilayahya.

c. Tahap pendidikan dan latihan

- 1) Kegiatan pertemuan teratur dengan kelompok masyarakat
- 2) Melakukan pengkajian
- 3) Membuat program berdasarkan masalah atau diagnosekeperawatan
- 4) Melatih kader
- 5) Keperawatan langsung terhadap individu, keluarga, dan masyarakat

d. Tahap formasi dan kepemimpinan

e. Tahap koordinasi intersektoral

f. Tahap akhir

Dengan melakukan supervise atau kunjungan bertahap untuk mengevaluasi serta memberikan umpan balik untuk perbaikan kegiatan kelompok kerja kesehatan lebih lanjut. Untuk lebih singkatnya perencanaan dapat diperoleh dengan tahapan sebagai berikut :

- 1) Pendidikan kesehatan tentang gangguan nutrisi
- 2) Demonstrasi pengolahan dan pemilihan yang baik
- 3) Melakukan deteksi dini tanda-tanda gangguan kurang resiko TB Paru melalui pemeriksaan fisik dan laboratorium
- 4) Bekerja dengan aparat Pemda setempat untuk mengamankan lingkungan atau komunitas bila stressor dari lingkungan.
- 5) Rujukan ke rumah sakit bila diperlukan.

#### 4. Implementasi

Pada tahap ini rencana yang telah disusun dilaksanakan dengan melibatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sepenuhnya dalam mengatasi masalah kesehatan dan keperawat yang dihadapi. Hal-hal yang yang perlu dipertimbangkan dalam pelaksanaan kegiatan keperawatan kesehatan masyarakat adalah:

- a. Melaksanakan kerja sama lintas program dan linytas sektoral dengan instansi terkait.
- b. Mengikut sertakan partisipasi aktif individu, keluarga, masyarakat dan kelompok dan kelompok masyarakat dalammenghatasi masalah kesehatannya.
- c. Memanfaatkan potensi dan sumbar daya yang ada dimasyarakat.

Level pencegahan dalam pelaksanaan praktek keperawatan komunitas terdiri atas:

- a. Pencegahan primer. Pencegahan yang terjadi sebelum sakit atau ketidak fungsian dan diaplikasikannya kedalam populasi sehat padaumumnya dan perlindungan khusus terhadap penyakit.'
- b. Pencegahan sekunder. Pencagahan sekunder menekankan diagnosa diri dan intervensi yang tepat untuk menghambat proses patologis, sehingga memperpendek waktu sakit dan tingkatb keparahan.
- c. Pencegahan tersier. Pencegahan tersier dimulai pada saat cacat atau terjadi ketidak mampuan sambil stabil atau menetap, atau tidak dapat diperbaiki sama sekali. Rehabilitasi sebagai pencegahan primer lebih dari upaya penghambat proses penyakit sendiri, yaitu mengembalikan individu padatingkat berfungsi yang optoimal dari ketidak mampumannya.

## 5. Evaluasi

Evaluasi di dilakukan atas respons komunitas terhadap program kesehatan. Hal-hal yang dievaluasi adalah masukan (input), pelaksanaan (proses), dan akhir (output). Penilaian yang dilakukan berkaitan dengan tujuan yang akan dicapai sesuai dengan perencanaan yang telah disusun semula. Ada 4 dimensi yang perlu dipertimbangkan dalam melaksanakan penilaian, yaitu: Daya guna, hasil guna, kelayakan, kecukupan. Adapun dalam evaluasi difokuskan dalam:

- a. Relevansi atau hubungan antara kenyataan yang ada dengan pelaksanaan
- b. Perkembangan atau kemajuan proses
- c. Efisiensi biaya
- d. Efektivitas kerja
- e. Dampak

## **BAB 8**

### **APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA**

#### 1. Pengkajian]

Pengkajian ditemukan data umum nama . R usia 45 tahun ,pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA) dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Ny. R tinggal serumah dengan suami dan anaknya di RT 06 Kelurahan Karang Anyar. Ny. R merupakan anak ketiga dari empat bersaudara sedangkan Tn K anak pertama dari tiga bersaudara. 5 Ny. R dan Tn. K menikah dan mempunyai 4 orang anak, Anak pertama meninggal usia 4 hari karena atresia ani, usia ke 2 usia 21 tahun sudah bekerja sambil kuliah, ke tiga usia 17 tahun masih sekolah SMA, ke 4 usia 8 tahun sekolah SD. anak yaitu laki-laki semua. Keluarga Ny. R adalah keluarga inti (nuclear family), yaitu di dalam keluarga satu rumah terdiri dari bapak, ibu dan anak-anaknya. Keluarga Ny. T bersuku Betawi dan menggunakan bahasa Indonesia serta bahasa untuk berkomunikasi sehari-hari. Semua anggota keluarga Ny. R adalah islam. Tn. T bekerja sebagai karyawan Pabrik. dan pendapatan perbulan yang didapatkan keluarga tiga jutaan.

Setiap hari keluarga Ny. R untuk memenuhi kebutuhan akan rekreasi dan hiburan biasanya menonton TV. Dalam tahap perkembangan Keluarga Ny. R berada pada tahap anak remaja. Secara umum tidak ada masalah dalam tahap perkembangan keluarga saat ini. Ny. R dan keluarga tinggal di rumah sendiri dengan ukuran 4 x 5 meter persegi, dengan komposisi lt 1 untuk ruang tamu, dapur dan kamar mandi, lt 2 terdapat 2 kamar tidur,. Lingkungan rumah bersih, namun untu masuk ke dalam rumah Ny. R hanya untuk lewat satu orang, tempat tinggal Ny. R berdekatan dengan rumah tetangga dan tetangga yang disekitar rumah ramah-

ramah. Untuk berkomunikasi antar keluarga dan masyarakat, keluarga Ny. R menggunakan bahasa Indonesia. Tn. T selalu memberi nasehat kepada anak-anaknya tentang bagaimana cara berperilaku yang baik, sopan santun, tata krama, cara menjaga hubungan yang baik dengan orang lain

Fungsi perawatan keluarga cukup baik karena keluarga mengetahui tentang masalah kesehatan dan mengenai tanda gejala, penyebab dan cara merawat anggota keluarga yang sakit contohnya ketika Ny. R mengalami tumor payudara Ny. R langsung berobat ke rumah sakit. Meskipun saat ini Ny. R masih menggunakan penyedao rasa untuk masak dan masih mengkonsumsi makanan siap saji. Dalam fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan. Menurut (Setiadi, 2008) dalam jurnal (Susanti, 2013) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu: mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, Ny. R sebenarnya cukup tahu tentang kanker serviks namun belum paham risiko kanker serviks antara lain perempuan yang melakukan aktivitas seksual sebelum usia 18 tahun, berganti-ganti pasangan seksual, penderita infeksi kelamin yang ditularkan melalui hubungan seksual (IMS), Berhubungan dengan pria yang sering berganti-ganti pasangan, Ibu atau saudara kandung yang menderita kanker leher rahim, hasil pemeriksaan Papsmear atau IVA sebelumnya dikatakan abnormal, merokok aktif/pasif Penurunan kekebalan tubuh (imunosupresi), saat ini Ny. R belum pernah melakukan screening kanker serviks dengan alasan takut dan malu saat dilakukan pemeriksaan.

Ny. R mengatakan Ibu dari suaminya pernah mengikuti program KB dengan spiral dan pil, dalam mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi kesehatan terutama untuk Ny. R, belum baik, Ny. R belum pernah



melakukan screening kanker serviks dengan alasan takut dan malu saat dilakukan pemeriksaan. Ny R mengatakan Ibu dari suaminya padahal dengan riwayat kanker payudara merupakan resiko terjadinya kanker serviks. Memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit ; Ny R mengatakan belum disiplin dalam menerapkan pantangan makanan yang dapat menyebabkan kanker. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya, mempertahankan hubungan timbal balik antara anggota dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

Pengetahuan keluarga tentang penyakit kanker dan pencegahannya cukup baik namun Ny. R belum melakukan pemeriksaan IVA sebagai deteksi dini kanker serviks dengan alasan karena saat ini tidak ada keluhan dan merasa baik – baik saja, Namun Jika ada keluarga yang sakit, keluarga menyerahkan sepenuhnya kepada tenaga kesehatan dan tetap berusaha untuk merawatnya secara optimal. Keluarga Ny. R menyadari bahwa dengan melakukan deteksi dini dengan tes IVA yang dilakukan secara gratis dapat mencegah kanker serviks Ny. R mengetahui dengan jelas tentang segala fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Stressor coping jangka pendeknya keluarga khawatir riwayat sakit tumor payudara Ny. R akan kambuh kembali meskipun sudah dilakukan operasi.. Sedangkan stressor coping jangka panjangnya takut jika sakit tumornya kambuh kembali dan menjadi tumor ganas dan anak – anak yang masih membutuhkan biaya untuk sekolah.

Ny. R memberikan respon stressor yang ada dengan berdiskusi dengan anak pertama dan suaminya. .Setiap ada masalah keluarga selalu mendiskusikan dengan anggota keluarga lainnya untuk mencari solusi terbaik .Setiap kali keluarga

menghadapi masalah selalu diselesaikan dengan berunding serta tidak pernah mengkambing hitamkan salah satu anggota keluarga setiap kali ada masalah yang melanda keluarga mereka. Keluarga Ny. R berpendapat bahwa masalah-masalah yang ada harus segera dapat diatasi. Keluarga Tn. T berharap masalah-masalah yang ada dapat diatasi dan akan berjalan dengan lancar, terutama penyakit kanker yang pernah diderita Ny. K dapat di kontrol dengan pola makan dan olahraga, memiliki riwayat penyakit kanker payudara dan Ibu R mengatakan menderita penyakit keturunan penyakit dari Ibunya.. Ny R berinteraksi dan bersosialisasi baik dengan tetangganya. lingkungan rumah padat penduduk, ada tempat pembuangan sampah, masuk ke dalam rumah gang sangat sempit, namun rumah tampak bersih. Ny R selalu bermusyawarah dengan suaminya.

## 2. Masalah Keperawatan

### ANALISA DATA DAN PERUMUSAN DIAGNOSAKEPERAWATAN

No	Data Fokus	Masalah
1	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ny T pernah mendapat informasi tentang kanker serviks dari informasi di Puskesmas</li> <li>▪ Ny. T pernah diajak oleh ibu kader untuk tes IVA namun Ny. T belum pernah melakukan tes IVA karena takut</li> <li>▪ Ny R mengatakan suaminya sering merokok di rumah padahal Ny T sedang hamil dan anak anak masih kecil - kecil</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• G5 P4 Hml 24 minggu</li> <li>• TD 110 / 70</li> <li>• mmhgBB ; 50 kg</li> </ul>	Menejemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif
2	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ny. T mengatakan menikah pada usia dini dan sudah melahirkan 4 anak dan saat ini sedang hamil 5 bulan.</li> <li>▪ Ny. T belum pernah melakukan tes IVA</li> </ul>	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

No	Data Fokus	Masalah
	karena takut ▪ Ny R mengatakan suaminya sering merokok di rumah DO : • G5 P4 Hml 24 minggu • TD 110 / 70 mmhg • BB ; 50 kg	

### SKORING/PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

a. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

No	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
1	<b>Sifat Masalah :</b> - Aktual = 3 - Resiko = 2 - Potensial = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	▪ Ny. T mengatakan menikah pada usia dini dan sudah melahirkan 4 anak dan saat ini sedang hamil 5 bulan. ▪ Ny. T belum pernah melakukan tes IVA karena takut
2.	<b>Kemungkinan masalah untuk dirubah</b> - Mudah = 2 - Sebagian = 1 - Sulit = 0	2	$1/2 \times 2 = 1$	Pendidikan Ny T lulus SD Pemahaman terhadap pemyalitkanker serviks masih kurang
3.	<b>Potensi pencegahan masalah.</b> - Tinggi = 3 - Sedang = 2 - Rendah = 1	1	$3/3 \times 1 = 1$	Ny,T bekerja sebagai ibu rumah tangga, tidak merokok, selama hamil tidak ada keluhan keputihan yang berlebihan. personal hygiene cukup baik
4.	<b>Menonjolkan masalah.</b> - Masalah dirasakan ,harus segera ditangani. = 2 - Masalah dirasakan, tidak perlu segera ditangani = 1 - Masalah tidak dirasakan = 0	1	$1/2 \times 1 = 1/2$	Ny. T ingin melakukan tes Iva setelah melahirkan anak yang ke 5

No	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
	<b>Total Skor</b>			

b. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

No	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
1	<b>Sifat Masalah :</b> - Aktual = 3 - Resiko = 2 - Potensial = 1	1	2/3x1 = 2/3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ny. T mengatakan menikah pada usia dini dan sudah melahirkan 4 anak dan saat ini sedang hamil 5 bulan.</li> <li>▪ Ny. T belum pernah melakukan tes IVA karena takut</li> <li>▪ Ny R mengatakan suaminya sering merokok di rumah</li> </ul>
2.	<b>Kemungkinan masalah untuk dirubah</b> - Mudah = 2 - Sebagian = 1 - Sulit = 0	2	1/2x2 = 1	Ny. T tidak masak makanan sendiri karena repot mengurus anak – anak tapi beli di tetangganya yang jualan sayur dan lauk matangu
3.	<b>Potensi pencegahan masalah.</b> - Tinggi = 3 - Sedang = 2 - Rendah = 1	1	3/3x1 = 1	Ny. T tidak masak merokok, selalumenjaga kebersihan diri
4.	<b>Menonjolkan masalah.</b> - Masalah dirasakan ,harus segera ditangani. = 2 - Masalah dirasakan, tidak perlu segera ditangani =1 - Masalah tidak dirasakan = 0	1	1x1 =1	Menurut Ny T Saat ini yang lebih penting ada membesarkan anak – anak lebih dahulu
	<b>Total Skor</b>		3 2/3	

DIAGNOSA KEPERAWATAN KELUARGA

a. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif

b. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

### 3. Rencana tindakan keperawatan

No	Analisa data	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ny. T mengatakan menikah pada usia dini dan sudah melahirkan 4 anak dan saat ini sedang hamil 5 bulan.</li> <li>▪ Ny. T belum pernah melakukan tes IVA karenatakut</li> <li>▪ Ny. R mengatakan suaminya sering merokok di rumah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• G5 P4 Hml</li> <li>• TD 110 / 70 mmhg</li> <li>• BB ; 50 kg</li> </ul>	(D. 0071) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif	<p>Tujuan Umum: Setelah dilakukan asuhan keperawatan keluarga selama 5 kali kunjungan diharapkan pemeliharaan kesehatan meningkat.</p> <p>Tujuan Khusus: TUK 1 Klien dan keluarganya mampu menjaga perilaku kesehatan membaik</p> <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan perilaku adaptif</li> <li>- Menunjukkan pemahaman perilaku sehat</li> <li>- Kemampuan menjalankan</li> <li>- perilaku sehat</li> <li>- Perilaku mencari bantuan</li> <li>- Menunjukkan minat meningkatkan perilaku sehat</li> </ul>	<p><b>Edukasi kanker serviks (I.12366)</b></p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan informasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media edukasi</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pengertian, faktor resiko, tanda dan gejala, dan pencegahan kanker serviks</li> <li>- Ajarkan cara perawatan organ kewanitaan yang baik dan benar</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i> : -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu</li> </ul>

No	Analisa data	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
2.	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ny T pernah mendapat informasi tentang kanker Serviks dari informasi Ny. T pernah diajak oleh ibu kader untuk tes IVA namun Ny.T belum pernah melakukan tes IVA karena takut</li> <li>▪ Ny R mengatakan suaminya sering merokok di rumah padahal Ny T sedang hamil dan anak-anak masih kecil-kecil</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ G5 P4 Hml TD 110 / 70 mmHg BB ; 50 kg</li> </ul>	(D.01116) Menejemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan perawatan 5 kali pertemuan selama 30 menit keluarga mampu melakukan manajemen kesehatan dengan efektif</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan kebiasaan rutin keluarga</li> <li>• Dukungan kemandirian antar anggota keluarga Verbalisasi harapan yang positif antar anggota keluarga</li> <li>• Menggunakan strategi coping yang efektif</li> </ul>	<p>Tindakan:</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini</li> <li>• Identifikasi beban prognosis secara psikologis</li> <li>• Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengarkan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga</li> <li>• Terima nilai-nilai keluarga dengan cara tidak menghakimi</li> <li>• Diskusi rencana medis dan perawatan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasikan kemajuan pasien secara berkala</li> <li>• Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia</li> </ul> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rujuk untuk terapi keluarga, jika perlu</li> </ul>

#### 4. Implementasi Dan Evaluasi

NO.	TANGGAL	PELAKANAAN	EVALUASI
1	5 Desember 2022 Jam 15.30 – 16.00	<p>1. Mahasiswa mengucapkan salam dan komunikasi terapeutik</p> <p>2. Mengingatkan kembali adanya kontrak pertemuan</p> <p>Mahasiswa selama 30 menit mendiskusikan dengan keluarga tentang pengertian, penyebab dan gejala kanker serviks</p> <p>TUK 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya tentang materi yang diberikan</li> <li>b. Mendiskusikan dengan keluarga tentang pengertian kanker serviks</li> <li>c. Mendiskusikan dengan keluarga tentang penyebab kanker serviks</li> <li>d. Mendiskusikan dengan keluarga tentang tanda gejala kanker serviks</li> <li>e. Motivasi keluarga untuk mengulang kembali pengertian, penyebab dan tanda gejala kanker serviks</li> <li>f. Berpositif reinforcement atas persepsi yang benar tentang pengertian, penyebab dan tanda gejala kanker serviks</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>-.Ibu.T mengatakan kanker merupakan penyakit yang diturunkan</p> <p>-.Ibu.T mengatakan penyebab adalah menikah kurang dari 20 tahun, melahirkan . 4 anak, berganti ganti pasangan seksual, keturunan</p> <p>-.Ibu.T mengatakan tanda dan gejala adalah keputihan, banyak dan berbau, perdarahan , sakit panggul</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>-Ibu.T memperhatikan penjelasan mahasiswa dengan seksama</p> <p>-Ibu.T kooperatif dalam diskusi.</p> <p><b>Analysis</b></p> <p>Tuk 1 mengenal masalah kanker sudah teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <p>- lanjutkan implementasi TUK 2 tugas keluarga mengambil keputusan untuk mengatasi melakukan pencegahan kanker serviks</p>

NO.	TANGGAL	PELAKANAAN	EVALUASI
	5 Desember 2022 Jam 15.30-16.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa mengucapkan salam dan komunikasi teraupetik</li> <li>2. Mengingatkan kembali adanya kontrak pertemuan</li> <li>3. Memvalidasi TUK 1</li> </ol> <p>Mahasiswa selama 30 menit mendiskusikan dengan keluarga tentang mengambil keputusan untuk WUS melakukan deteksi dini kanker serviks TUK 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan pendapat keluarga tentang tanda dan gejala kanker serviks</li> <li>b. Menjelaskan kepada keluarga tentang bahaya kanker serviks</li> <li>c. Menjelaskan kepada keluarga tindakan yang tepat untuk mencegah kanker serviks</li> <li>d. Motivasi keluarga untuk mengulang kembali bahaya dan tindakan yang tepat untuk mencegah kanker serviks</li> <li>e. Beri positif reinforcement atas persepsi yang benar tentang mengambil keputusan yang tepat untuk deteksi dini kanker serviks</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>-Ibu.T mengatakan deteksi dini kanker serviks adalah sangat penting , jikasegera diketahui makan dapat segera di obati.</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>-Ibu.T memperhatikan penjelasan mahasiswa dengan baik</p> <p>-Ibu.T kooperatif dalam diskusi.</p> <p><b>Analysis</b></p> <p>TUK 2 mengambil keputusan untuk melakukan deteksi dini kanker servik tercapai</p> <p><b>Planning</b></p> <p>- lanjutkan implementasi TUK 3 tugas keluarga mengambil keputusan untuk melakukan deteksi dini kanker serviks dan menerapkan pola hidup sehat mengenai makanan yang dihindari, dianjurkan dan obat tradisional</p>
	5 Desember 2022	1. Mahasiswa mengucapkan salam dan komunikasi teraupetik	<b>Subjektif</b>



NO.	TANGGAL	PELAKANAAN	EVALUASI
	Jam 15.30-16.00	<p>2. Mengingatn kembali adanya kontrak pertemuan</p> <p>3. Memvalidasi TUK 1-2</p> <p>Mahasiswa selama 30 menit mendiskusikan dengan keluarga tentangmerawat anggota keluarga untuk mencegah kanker serviks</p> <p>TUK 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan kepada keluarga tentang cara pencegahan kankerserviks</li> <li>b. Menjelaskan faktor resiko yang harus dihindari dalam uapayamencegah kanker serviks</li> <li>c. Menjelaskan contoh obat tradisional untuk mencega kanker serviks</li> <li>d. Motivasi keluarga untuk mengulang kembali tentang cara pencegahankanker serviks</li> <li>e. Beri positif reinforcement atas persepsi yang benar tentang cara pencegahan kanker serviks</li> </ol>	<p>-Ibu.T mengatakan ingin melakukan pemeeriksaan untuk deteksi dinikanker serviks</p> <p>.</p> <p><b>Objektif</b></p> <p>-Ibu.T memperhatikan penjelasan mahasiswa dengan baik</p> <p>-Ibu.T kooperatif dalam diskusi.</p> <p><b>Analysis</b></p> <p>TUK T mengambil keputusan untuk deteksi dini kanker serviks tercapai</p> <p><b>Planning</b></p> <p>- lanjutkan implementasi TUK 4 tugas keluarga mengambil keputusanuntuk melakukan upaya memodifikasi lingkungan yang baik</p>
	9 Desember 2022 Jam 15.30-16.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa mengucapkan salam dan komunikasi teraupetik</li> <li>2. Mengingatn kembali adanya kontrak pertemuan</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <p>- Ibu T mengatakan kanker serviks</p>

NO.	TANGGAL	PELAKANAAN	EVALUASI
		3. Memvalidasi TUK 1-3	dapat di cegah dengan menerapkan prilaku hidup sehat, menjaga kebersihan organ intim. memodifikasi lingkungan untuk mencegah kanker dengan memanfaatkan obat tradisional

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta. 2020. "Profil Lansia Provinsi DKI Jakarta."
- Friedman. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik (E. Tiar (Ed.); 5th Ed.)*. Jakarta: EGC.
- Friska, B. et al. 2020. "The Relationship Of Family Support With The Quality Of Elderly Living In Sidomulyo Health Center Work Area In Pekanbaru Road". *Jurnal Proteksi Kesehatan* 9(1): 1–8.
- Gusti, S. 2013. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga*. CV. Trans Info Media.
- Indri dan Ati, Nuraeni. 2018. "Gambaran Dukungan Dan Peran Keluarga Sebagai PMO Alam Pencegahan TB MDR Di Wilayah Kerja PuskesmasGang Kelor Kota Bogor." *Jurnal Riset Kesehatan* Vo.10 No.2.
- Nadirawati. 2018. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga Teori Dan Aplikasi Praktik*. Bandung: Pt Refika Aditama.
- Padila. 2012. *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika. Zakaria, Amir. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga Pendekatan Teori Dan Konsep*. Malang: International Research and Development for Human Beings.
- Solomon D, Breen N, McNeel T. *Tingkat skrining kanker serviks di Amerika Serikat dan potensi dampak penerapan pedoman skrining*. *CA Cancer JClinic*. Mar-Apr;2007 57(2): 105–11. [PubMed: 17392387]
- Trimble EL, Harlan LC, Gius D, dkk. *Pola perawatan wanita dengan kanker serviks di Amerika Serikat*. *Kanker*. 15 Agustus; 2008 113(4):743–9.[PubMed: 18618500]
- Institut Kanker Nasional. *Lembar Fakta Statistik SIER—kanker serviks uteri*. Institut Kanker Nasional; Bethesda, MD: 2008. Tersedia di:<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>
- Downs LS, Smith JS, Scarinci I, dkk. *Disparitas kanker serviks pada populasi yang beragam*. *Gynecol Oncol*. Mungkin; 2008 109(2 Suppl):S22–30. [PubMed:18482555]
- Espey DK, Wu XC, Swan J, dkk. *Laporan tahunan kepada negara tentang status kanker, 1975–2004, menampilkan kanker di Indian Amerika dan Penduduk*

*Asli Alaska. Kanker.* 15 November; 2007 110(10):2119– 52.[PubMed: 17939129]

Dapatkan EI. Kanker serviks: *perbedaan dalam skrining, pengobatan, dan kelangsungan hidup. Biomarker Epidemiol Kanker Sebelumnya.* Merusak; 2003 12(3):242 detik–247 detik. [PubMed: 12646519]

Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, dkk. *Skrining kanker serviks di kalangan imigran dan etnis minoritas: tinjauan sistematis menggunakan Health Belief Model. J Low Genit Tract Dis.* Juli; 2008 12(3):232–41. [PubMed: 18596467]

McDougall JA, Madeleine MM, Daling JR, dkk. *Kesenjangan ras dan etnis dalam tingkat kejadian kanker serviks di Amerika Serikat, 1992-2003.*