

SKRIPSI

PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU PERAWAT TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TAHAP PERKEMBANGAN KELAHIRAN ANAK PERTAMA (CHILD-BEARING) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KABUPATEN BANGKALAN

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh :

FITRIAH

NIM : 010030175 B

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2002

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah di kumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang di Perguruan Tinggi manapun.

Penulis,




FITRIAH

NIM. 010030175 B

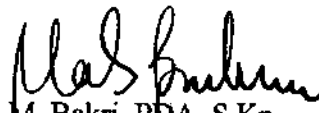
PERSETUJUAN

Diterima dan disetujui untuk dipertahankan
Pada ujian sidang Skripsi tanggal 18 Pebruari 2002

Pembimbing Ketua


Dr. Siti Pariani, MS., MSc., PhD
NIP. 130 325 939

Pembimbing


M. Bakri, PDA., S.Kp
NIP. 140 182 850

Mengetahui
Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya


Prof. Dr. Eddy Sbewandojo, Sp. PD
Nip. 130 325 831

PENGESAHAN

Telah dipertahankan Di hadapan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Airlangga Surabaya

Pada Tanggal 18 Pebruari 2002

Tim Penguji

Ketua : M. SAJIDIN, S.Kp

(.....)

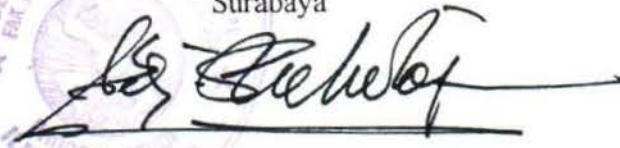
Anggota : Dr. SITI PARIANI, MS.,MSc.,PhD

(.....)

Anggota : M. BAKRI, PDA., S.Kp

(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya



Prof. Dr. Eddy Soewandojo, Sp.PD

NIP. 130 325 831

Motto

Tidak ada yang sia-sia kalau kita mau berusaha

Do'a adalah kunci keberhasilan dari suatu usaha

*Hidup ini indah
Kalau kita dapat mencapai tujuan
karena hasil usaha*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul "*Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Perawat Terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga Tahap Perkembangan Kelahiran Anak Pertama (Child-Bearing) di Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Bangkalan*" ini diajukan untuk menempuh Ujian Sarjana pada program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam Kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih atas petunjuk, bimbingan dan fasilitas penelitian kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr.Eddy Soewandjojo,Sp.PD, Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. Siti Pariani,MS,MSc,PhD, selaku pembimbing utama dalam penyusunan Skripsi ini.
3. M. Bakri, PDA,.S.Kp selaku pembimbing
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan
5. Kepala Puskesmas di Wilayah Kabupaten Bangkalan
6. Perawat Puskesmas di Wilayah Kabupaten Bangkalan
7. Hindun, S.Pd Direktur Akademi Kebidanan Bangkalan, yang memberi kesempatan penulis untuk mengikuti program studi S1 Ilmu Keperawatan.
8. Semua pihak yang telah membantu penyelesaian Skripsi ini.

Terima kasih secara khusus penulis haturkan kepada suami tercinta, H.Mustofa Haris,S.Kp, Ananda Afsizal Akbar Haris, Nuriil Niswatun Nastaini Haris yang telah memberikan motivasi, bantuan, pengertian dan do'a selama penulis menempuh pendidikan di PSIK-FK Unair Surabaya sehingga Skripsi ini selesai disusun.

Penulis berharap Skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan atas kekurangan yang ada dalam Skripsi ini mohon kiranya dimaklumi.

Surabaya, Pebruari 2002

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	I
SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
ABSTRAK.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Penelitian.....	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.5 Relevansi.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	9
2.2 Konsep Dasar Tahan Perkembangan Kelahiran Anak Pertama (Child-Bearing)	24

2.3 Konsep Dasar Pengetahuan, Sikap dan Penelitian.....	28
2.4 Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga.....	34
2.5 Kerangka Konsep.....	37
 BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	38
3.2 Kerangka Kerja	38
3.3 Identifikasi Variabel	39
3.4 Definisi Operasional.....	40
3.5 Populasi dan Sampel	43
3.6 Pengumpulan dan Analisa Data.....	43
3.7 Masalah Etika.....	46
 BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian.....	47
4.2 Pembahasan.....	60
 BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan.....	79
5.2 Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	83

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
4.1 Distribusi Kategori Perawat tentang konsep asuhan keperawatan keluarga Tahap Perkembangan Kelahiran Anak Pertama (<i>Child-Bearing</i>)	50
4.2 Distribusi Kategori Pengetahuan Perawat tentang pengkajian.....	51
4.3 Distribusi Kategori Pengetahuan Perawat tentang diagnosis keperawatan...	52
4.4 Distribusi Kategori Pengetahuan Perawat Tentang Perencanaan perawatan	53
4.5 Distribusi Kategori Pengetahuan perawat tentang pelaksanaan tindakan Keperawatan	54
4.6 Distribusi Kategori pengetahuan perawat tentang evaluasi perawatan.....	55
4.7 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan Keluarga berdasarkan tingkat pendidikan	55
4.8 Distribusi sikap perawat terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga tahap Perkembangan Kelahiran Anak Pertama	56
4.9 Distribusi jumlah perawat yang memiliki sikap mendukung dan tidak Mendukung terhadap asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan Kelahiran anak pertama (<i>Child-Bearing</i>)	57
4.10 Distribusi jumlah perawat yang berperilaku melaksanakan asuhan kepe Watan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (<i>Child-Bearing</i>)	59
4.11 Distribusi Kategori perilaku perawat tentang asuhan keperawatan Keluarga Tahap perkembangan kelahiran anak pertama (<i>Child-Bearing</i>) ...	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
A. Angket Untuk Perawat Puskesmas.....	85
B. Hasil Uji Validitas dan Releabilitas	93
C. Nilai T Untuk Uji Skala Likert.....	98
D. Surat Ijin Penelitian dari PSIK	100
E. Surat Ijin Penelitian dari Kantor Sospol.....	101
F. Permohonan Kesediaan menjadi Responden	102
G. Pernyataan Kesediaan menjadi responden.....	103

ABSTRACT

Family Health Nursing in growth level of child bearing is kind of helping to family in growth level of child bearing who can't take care their own health using nursing process, with family health as the goal and done by nurse.

To know how nurse do the family health nursing in growth level of child bearing then the research about knowledge, attitude and behaviour of nurse to family health nursing in growth level of child bearing was held in Bangkalan at family health center.

It's a descriptive research and done by 50 nurse, the filling paper used in collecting data. It use univariate analysis with frequency distribution from each variable.

The researching result indicate that the knowledge of nurse about family health nursing in child bearing have several category. The category is enough (60 %), less (20 %), good (18 %) and low (2 %). The nurse attitude to family health nursing in child bearing is 44 % favorable and 56 % unfavorable. The category of nurse behaviour is good (10 %), enough (64 %) and less (26 %).

Improving the knowledge, attitude and behaviour of nurse in family health nursing is needed to improve the family health level.

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kelangsungan hidup bangsa Indonesia sangat tergantung pada kualitas anak pada saat ini, sebagai generasi penerus bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Anak harus diberi kesempatan untuk tumbuh kembang secara optimal sebagai individu yang sehat jasmani, rohani dan sosial serta mampu memanfaatkan potensi yang dimiliki sehingga menjadi sumber daya yang unggul, maju dan mandiri. Kesehatan dan kesejahteraan anak terwujud bila keluarga mampu memenuhi kehidupan dasar anak, khususnya anak usia 0-30 bulan yang masih dalam periode kritis dalam tumbuh kembang. Perkembangan psikososial sangat dipengaruhi oleh pengaruh lingkungan dan interaksi anak dan orang tuanya. Perkembangan anak akan optimal bila interaksi sosial diusahakan sesuai dengan kebutuhan anak pada tiap tahap perkembangannya, bahkan sejak bayi didalam kandungan (Soetjiningsih, 1995:29).

Berbagai upaya telah dilakukan, salah satunya adalah perawatan kesehatan masyarakat ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Keluarga yang menjadi sasaran secara umum adalah yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Dep. Kes. 1993 : 3). Masalah kesehatan dan keperawatan yang perlu mendapat perhatian sebagai sasaran perawatan keluarga adalah perkembangan keluarga tahap II (*Child-Bearing*) atau kelahiran anak

pertama. Dalam hal ini keluarga sangat menentukan sebagai faktor pendukung atau penghambat dalam perkembangan anak (Soetjiningsih, 1995 : 29).

Child-Bearing dalam tahap perkembangan keluarga masuk dalam periode kritis karena memberi perubahan besar dalam keluarga. Pasangan (suami – istri) harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi. Agar kondisi sehat dan sejahtera tetap dapat dipertahankan pada tahap ini, adaptasi keluarga terhadap perubahan peran harus adekuat. Bimbingan perawat keluarga sebagai pemberi asuhan keperawatan keluarga sangat diperlukan. Indikator keberhasilan keluarga pada tahap ini adalah (Friedman, 1998):

- (1) Pasangan tetap bahagia dan sejahtera menerima perubahan peran.
- (2) Kehadiran bayi diterima dengan senang dan bahagia.
- (3) Bayi tumbuh dengan sehat dan sejahtera.

Asuhan keperawatan keluarga merupakan salah satu upaya dalam memperbaiki dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga. Melalui asuhan keperawatan keluarga akan dibentuk individu-individu sehat dan mampu menjadi sumber daya manusia yang mampu meningkatkan kesehatan keluarga pada khususnya, dan masyarakat pada umumnya. Kerangka operasional dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga adalah proses keperawatan yang berupa rangkaian kegiatan secara sistematis sehingga keluarga mampu mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya.

Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga menurut petunjuk pelaksanaan Perkesmas merupakan tanggung jawab tenaga keperawatan yang ada di puskesmas (Dep. Kes. 1995 : 5). Yang dimaksud dengan tenaga keperawatan menurut Peraturan

Pemerintah R.I. No. 32 Tahun 1996 pasal 2 adalah meliputi perawat dan bidan. Tenaga keperawatan sebagai pelaksana terdepan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga memiliki fungsi yang unik yaitu membantu keluarga meningkatkan kemampuannya mengatasi masalah kesehatannya secara efektif kearah kemandirian. Dalam melaksanakan fungsinya tersebut , perawat berperan sebagai pengawas kesehatan keluarga, pemberi pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit , koordinator pelayanan kesehatan keluarga, fasilitator, educator, dan konselor (S.G Bailon , 1978 : 16). Untuk dapat melaksanakan peran dan fungsi tersebut perawat harus memiliki pengetahuan yang memadai dan sikap yang positif terhadap asuhan keperawatan keluarga.

Aspek pengetahuan dan sikap dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam bertindak, menurut Lawrence Green (1980) seperti yang dikutip oleh Soekidjo Notoadmodjo (1993 : 145), perilaku ditentukan atau dibentuk dari factor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai-nilai ; factor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedia fasilitas / sarana, dan factor pendukung (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap atau perilaku petugas yang mendukung. Soekidjo Notoadmodjo (1993 : 94) mengatakan bahwa pengetahuan (kognitif) merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang , karena tindakan / perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada tindakan / perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sedangkan sikap adalah respon evaluatif yang timbulnya didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan stimulus dalam bentuk

perasaan yang mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung atau memihak (*unfavourable*) pada stimulus / obyek tersebut. (Thurstone, Likert, dan Osgood yang dikutip oleh Azwar : 1995).

Meskipun berbagai upaya telah dilakukan, kondisi kesehatan kesejahteraan anak serta keluarga di Indonesia perlu mendapat perhatian serius. Pelayanan kesehatan bermutu belum dapat menjangkau segenap lapisan masyarakat, termasuk pelayanan asuhan keperawatan keluarga oleh perawat. Demikian juga dengan partisipasi keluarga pada khususnya dan masyarakat pada umumnya relatif masih terbatas.

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1997, Angka Kematian Balita (AK Balita) 58 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) 46 per 1000 kelahiran hidup. Sebagian besar kematian bayi terjadi pada bulan pertama kehidupan neonatus yang umumnya disebabkan karena hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan ibu selama hamil, proses pertolongan persalinan yang tidak aman, serta perawatan bayi baru lahir dirumah yang tidak memadai. Beberapa studi menunjukkan bahwa prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) masih tinggi yaitu sekitar 10 % yang sebabnya antara lain usia kawin ibu yang terlalu muda, komplikasi obstetrik kehamilan, dan kurang energi kronis selama ibu hamil. Prevalensi gizi buruk mengalami peningkatan dalam 10 tahun terakhir yaitu dari 6,3 % (SUSENAS 1989) menjadi 8,1 % (SUSENAS 1999). Data SDKI tahun 1991 dan tahun 1997 menunjukkan bahwa proporsi bayi kurang 4 bulan yang diberi ASI saja (ASI eksklusif) tidak banyak mengalami perubahan yaitu sekitar 50 % dan

masih belum mencapai sasaran WSC yaitu 100% bayi kurang 4 bulan diberi ASI eksklusif pada tahun 2000.

Cakupan distribusi kapsul vitamin A pada anak umur 6-59 bulan pada tahun 1999 adalah 67,8 %. Sasaran WSC 100% di tahun 2000. Data SUSENAS tahun 1998, cakupan imunisasi BCG 85,4% , DTP 83 %, POLIO 89,7 %, Campak 71,5 %. Hasil tersebut belum mencapai sasaran WSC yaitu 90 % bayi umur kurang 12 bulan sudah mendapatkan imunisasi lengkap pada tahun 2000. Sedangkan cakupan untuk Tetanus Toksoid ibu hamil dari data Depkes 1999 yaitu 75,4 % masih belum mencapai sasaran WSC yaitu 90 %.

Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) dan diare tetap menjadi penyebab kematian tersering pada balita. Disamping tingginya kejadian kesakitan balita, masalah perkembangan , kecacatan dan disabilitas pada kelompok umur ini juga belum tertangani dengan baik. Diperkirakan sekitar 5 % balita mempunyai gangguan paling sedikit pada 3 fungsi perkembangan anak yaitu motorik, kognitif, dan psikososial. Keadaan yang kurang menguntungkan ini akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia dikemudian harinya.

Berbagai upaya penyelamatan (*resque programe*) telah dilaksanakan oleh pemerintah diantaranya menyediakan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan dan mendorong peran aktif keluarga dan masyarakat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan. Dengan kemandirian untuk hidup sehat. Keberhasilan program harus ditunjang oleh perawat sebagai pengawas kesehatan keluarga, pemberi pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit , koordinator pelayanan kesehatan keluarga , fasilitator, educator dan konselor. Peran dan fungsi perawat harus dilandasi

oleh pengetahuan dan sikap terhadap asuhan keperawatan keluarga khususnya pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama.

Berdasarkan fenomena diatas belum dijumpai penelitian tentang pengetahuan sikap dan perilaku perawat terhadap asuhan keperawatan terutama keluarga tahap perkembangan II yang mempunyai anak pertama, maka penulis sangat tertarik mengadakan penelitian pengetahuan, sikap dan perilaku perawat terhadap asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*).

1.2. RUMUSAN MASALAH

Dari uraian latar belakang , maka dapat dirumuskan :

1.2.1 Pernyataan Masalah

Asuhan keperawatan keluarga merupakan salah satu upaya dalam memperbaiki dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga . Melalui asuhan keperawatan keluarga pada tiap tahap perkembangannya keluarga dapat mengetahui tahap dan tugasnya. Salah satu tahap kritis adalah kelahiran anak pertama yang perlu mendapat asuhan perawatan adekuat sehingga anak dan keluarga tetap sehat bahagia, dan sejahtera.

Belum optimalnya pelaksanaan asuhan keperawatan dalam meningkatkan peran keluarga tidak terlepas dari factor pengetahuan dan sikap dan perilaku perawat yang seharusnya berperan sesuai dengan bidang garap dalam melaksanakan fungsinya sebagai pemberi asuhan.

1.2.2. Pertanyaan Masalah

1. Bagaimana tingkat pengetahuan perawat tentang peran keluarga dalam asuhan keperawatan tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child – Bearing) ?

2. Bagaimana sikap perawat tentang peran keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) ?
3. Bagaimana perilaku perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) ?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah :

1.3.1 Umum

Menggambarkan tingkat pengetahuan , sikap , dan perilaku perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan (*Child-Bearing*) / kelahiran anak pertama.

1.3.2 Khusus

- (1) Mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat tentang peran keluarga dalam asuhan keperawatan tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing)
- (2) Mengidentifikasi sikap perawat tentang peran keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing).
- (3) Mengidentifikasi perilaku perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama ?

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Puskesmas

- (1) Memberikan gambaran tentang pengetahuan dan sikap dan perilaku perawat terhadap asuhan keperawatan keluarga yang dapat digunakan dalam meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga yang berpengaruh pada cakupan program puskesmas.
- (2) Memberikan gambaran tentang pengetahuan dan sikap dan perilaku perawat terhadap proses keperawatan keluarga pada tahap perkembangan (Child-Bearing) yang merupakan sasaran dari asuhan keperawatan keluarga.

1.4.2 Dinas Kesehatan.

- (1) Sebagai bahan pertimbangan yang dapat dipergunakan sebagai latar belakang dilaksanakannya penataran/pelatihan khusus mengenai asuhan keperawatan keluarga.
- (2) Sebagai bahan pemikiran untuk dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai factor-faktor yang berpengaruh terhadap asuhan keperawatan keluarga.

1.5. Relevansi.

Asuhan keperawatan keluarga merupakan salah satu upaya meningkatkan derajat kesehatan keluarga. Keberhasilan upaya tersebut adalah tanggung jawab seluruh tenaga perawatan yang ada di puskesmas yang mempunyai fungsi meningkatkan kemampuan keluarga mengatasi masalah-masalah kesehatan secara efektif kearah kemandirian. Dalam melaksanakan fungsinya perawat dituntut untuk mengetahui peran-perannya. Untuk dapat melaksanakan fungsi dan perannya yang tercermin dalam perilaku saat pelaksanaan tugas perawat harus memiliki pengetahuan yang memadai dan sikap yang positif terhadap asuhan keperawatan keluarga pada tiap siklus perkembangannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Keluarga

2.1.1 Pengertian Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga adalah bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawasan kepada keluarga yang tidak mampu, tidak tahu, tidak mau mengatasi masalah kesehatannya atau perlindungan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga keperawatan berdasarkan hidup mandiri dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari (Depkes RI, 1994 : 1-2).

Sedangkan menurut SG Bailon dan A.S Maglaya mengemukakan :

“Family health nursing is that level of community health nursing practice directed or focused on the family as the unit of care, with health as the goal and nursing as the medium, channel or provider of care”

Dalam hal ini asuhan keperawatan keluarga merupakan tingkat praktek perkesmas yang ditujukan atau difokuskan pada keluarga sebagai unit pelayanan dengan kesehatan sebagai tujuannya dan perawatan sebagai media, saluran atau pelaksana pelayanan (Nasrul Efendi, 1998 : 38).

Dengan melihat kedua pengertian tentang asuhan keperawatan keluarga diatas, maka dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan keluarga merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat pada keluarga yang tidak dapat

memelihara/mengatasi masalah kesehatannya sendiri sehingga status kesehatan keluarga tersebut meningkat.

2.1.2 Tujuan Asuhan Keperawatan Keluarga

Tujuan utama dalam memberikan asuhan keperawatan adalah

2.1.2.1 Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri.

2.1.2.2 Tujuan Khusus

Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam

- (1) Mengenal masalah kesehatan keluarga
- (2) Memutuskan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah keluarga
- (3) Melakukan tindakan keperawatan kesehatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempunyai gangguan fungsi tubuh, dan atau yang membutuhkan bantuan/asuhan keperawatan
- (4) Memelihara lingkungan (Fisik, Psikis dan Sosial) sehingga dapat menunjang peningkatan kesehatan keluarga
- (5) Memanfaatkan sumber daya yang ada di masyarakat puskesmas, puskesmas pembantu, kartu sehat dan posyandu untuk memperoleh pelayanan kesehatan

2.1.3 Proses Keperawatan Keluarga

Menurut Alfaro (1987), proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu atau kelompok individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan

potensial, sedangkan menurut Depkes RI (1989) proses keperawatan merupakan metode pemberian pelayanan kepada pasien/klien (Individu, Keluarga, Kelompok dan masyarakat) yang bersifat logis, sistematis, dinamis dan teratur. Berdasarkan sifat-sifat proses keperawatan tersebut, maka terdapat suatu tahapan proses keperawatan mulai pengkajian sampai dengan evaluasi.

Tahapan proses keperawatan telah banyak dikemukakan oleh para ilmuwan keperawatan, antara lain Yura dan Wals (1983) yang mengidentifikasi empat tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, sedangkan American Nurses Association (1980) menyepakati proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu : pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Kedua model yang diuraikan diatas pada dasarnya sama, yaitu berintikan pemecahan masalah secara ilmiah dan sistematis sehingga umum digunakan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2.1.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama dari proses keperawatan Taylor (1993) mengemukakan bahwa pengkajian adalah pengumpulan data yang sistematis dan kontinyu , validasi dan komunikasi dari data klien. Tahap-tahap selanjutnya dari proses keperawatan tergantung pada pengkajian. Oleh karena itu data yang dikumpulkan harus lengkap, akurat dan relevan. Data dapat berupa informasi, fakta atau segala sesuatu yang ditemukan oleh perawat yang membuat perawat mengerti perasaan, ide, nilai dan respon biofisik klien. Dari data ini perawat dan klien bersama-sama

mengidentifikasi kebutuhan dan kekuatan klien sehingga dapat dikembangkan menjadi sebuah rencana perawatan yang efektif.

2.1.3.1.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data, dapat dilakukan melalui cara :

- (1) Wawancara : Yang berkaitan dengan hal-hal yang perlu diketahui, baik aspek fisik, mental, sosial budaya, ekonomi, kebiasaan, lingkungan dan sebagainya.
- (2) Pengamatan : Pengamatan terhadap hal-hal yang tidak perlu ditanyakan, karena sudah dianggap cukup melalui pengamatan saja, diantaranya yang berkaitan dengan lingkungan fisik, misalnya ventilasi, penerangan, kebersihan dan sebagainya.
- (3) Studi Dokumentasi : Studi berkaitan dengan perkembangan kesehatan anak, diantaranya melalui kartu menuju sehat (KMS), kartu keluarga dan catatan-catatan kesehatan lainnya.
- (4) Pemeriksaan Fisik : Dilakukan terhadap anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan keperawatan, berkaitan dengan keadaan fisik, misalnya kehamilan, kelainan organ tubuh dan tanda-tanda penyakit.

Data yang dikumpulkan meliputi hal-hal sebagai berikut :

- (1) Data umum : Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi ; nama kepala keluarga, alamat, pekerjaan kepala keluarga, pendidikan kepala keluarga, komposisi keluarga, tipe keluarga, suku bangsa, agama, status sosial ekonomi keluarga, aktivitas rekreasi keluarga.

- (2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga, meliputi : Tahap perkembangan keluarga saat ini, tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, Riwayat keluarga inti dan riwayat keluarga sebelumnya.
- (3) Pengkajian lingkungan meliputi : Karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas RW, mobilitas geografis keluarga, perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, sistem pendukung keluarga.
- (4) Struktur keluarga meliputi : Pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur peran, nilai atau norma keluarga.
- (5) Fungsi Keluarga :
 - (a) Fungsi efektif : hal yang perlu dikaji adalah gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.
 - (b) Fungsi Sosialisasi : hal yang perlu dikaji, bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.
 - (c) Fungsi Perawatan Kesehatan :

Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan

keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat.

(d) Fungsi Reproduksi : Hal yang perlu dikaji jumlah anak, merencanakan jumlah anggota keluarga, metode yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

(e) Fungsi ekonomi.

(6) Steres dan coping keluarga : Stress jangka pendek dan panjang, kemampuan keluarga berespon terhadap situasi / stresor, strategi coping yang digunakan strategi disfungsional.

(7) Harapan keluarga

2.1.3.1.2 Analisa Data

Didalam menganalisa data ada tiga norma yang perlu diperhatikan dalam melihat perkembangan kesehatan keluarga, yaitu :

(1) Keadaan kesehatan dari setiap anggota keluarga meliputi :

- a. Keadaan kesehatan fisik, mental, sosial anggota keluarga.
- b. Keadaan pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga.
- c. Keadaan gizi anggota keluarga.
- d. Status imunisasi anggota keluarga
- e. Kehamilan dan keluarga berencana.

(2) Keadaan rumah dan sanitasi lingkungan, meliputi :

- a. Rumah meliputi : Ventilasi, penerangan, kebersihan, konstruksi, luas rumah dibandingkan dengan jumlah anggota keluarga.

- b. Sumber air minum
- c. Jamban keluarga
- d. Tempat pembuangan air limbah
- e. Pemanfaatan pekarangan yang ada dan sebagainya.

(3) Karakteristik keluarga :

- a. Sifat keluarga
- b. Dinamika dalam keluarga
- c. Komunikasi antar anggota keluarga
- d. Kesanggupan keluarga dalam membawa perkembangan anggota keluarga
- e. Kebiasaan dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarga.

2.1.3.1.3 Perumusan Masalah

Setelah data dianalisa, maka selanjutnya dapat dirumuskan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga, rumusan masalah kesehatan keluarga dapat menggambarkan keadaan kesehatan dan status kesehatan keluarga, karena merupakan hasil dari pemikiran dan pertimbangan yang mendalam tentang situasi kesehatan, lingkungan, norma, nilai, kultur yang dianut oleh keluarga tersebut.

Dalam menyusun masalah kesehatan dan keperawatan keluarga, seorang perawat selalu mengacu kepada tipologi masalah kesehatan dan keperawatan serta berbagai alasan dari ketidak mampuan keluarga dalam melaksanakan tugas-tugas keluarga dalam bidang kesehatan.

Dalam tipologi masalah kesehatan keluarga ada tiga kelompok masalah besar, yaitu :

- (1) Ancaman kesehatan, adalah keadaan-keadaan yang dapat memungkinkan terjadinya penyakit, kecelakaan dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan yang termasuk dalam ancaman kesehatan adalah :
- a. Penyakit keturunan, seperti asma bronkhiale, diabetes melitus dan sebagainya.
 - b. Keluarga / anggota keluarga yang menderita penyakit menular, seperti TBC, Gonore, Hepatitis dan sebagainya.
 - c. Jumlah keluarga terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan dan sumber daya keluarga, seperti anak terlalu banyak sedangkan penghasilan keluarga sangat kecil.
 - d. Resiko terjadi kecelakaan dalam keluarga, misalnya benda tajam diletakkan sembarangan tangga rumah terlalu curam.
 - e. Kekurangan atau kelelahan gizi dan masing-masing anggota keluarga
 - f. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan stress, antara lain :
 - Hubungan keluarga yang kurang harmonis
 - Hubungan orang tua dan anak tegang
 - Orang tua yang tidak dewasa
 - g. Sanitasi lingkungan buruk, diantaranya :
 - Ventilasi dan penerangan rumah yang kurang baik.
 - Tempat pembuangan sampah tidak memenuhi syarat.
 - Tempat pembuangan tinja mencemari sumber air minum.
 - Selokan/tempat pembuangan air limbah yang tidak memenuhi syarat

- Sumber air minum tidak memenuhi syarat
 - Kebisingan
 - Polusi udara
- b. Kebiasaan-kebiasaan yang merugikan kesehatan :
- Merokok
 - Minuman keras
 - Tidak memakai alas kaki
 - Makan obat tanpa resep
 - Kebiasaan makan daging mentah
 - Higiene personal kurang.
- i. Sifat kepribadian yang melekat, misalnya pemarah
- j. Riwayat persalinan sulit
- k. Memainkan peranan yang tidak sesuai, misalnya anak wanita memainkan peranan ibu karena meninggal, anak laki-laki memainkan peranan ayah.
- l. Imunisasi anak tidak lengkap
- (2) Kurang / tidak sehat: adalah kegagalan dalam memantapkan kesehatan, yang mencakup didalamnya adalah :
- a. Keadaan sakit, apakah sesudah atau sebelum diagnosis
 - b. Kegagalan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.

(3) Situasi krisis, adalah saat-saat yang banyak menuntut individu atau keluarga dalam menyesuaikan diri termasuk juga dalam hal sumber daya keluarga yang termasuk dalam situasi krisis adalah :

- a. Perkawinan
- b. Kehamilan
- c. Persalinan
- d. Masa nifas
- e. Menjadi orang tua
- f. Penambahan anggota keluarga, misalnya bayi baru lahir
- g. Obortus
- h. Anak masuk sekolah
- i. Anak remaja
- j. Kehilangan pekerjaan
- k. Kematian anggota keluarga
- l. Pindah rumah.

2.1.3.2 Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dari proses keperawatan. Diagnosa adalah analisis data untuk mengidentifikasi data dalam kelompok-kelompok yang mengindikasikan masalah kesehatan baik yang aktual maupun yang potensial, faktor yang mempengaruhi atau menyebabkan timbulnya masalah dan gangguan coping atau kekuatan-kekuatan yang dimiliki oleh klien (Taylor : 1993).

Diagnosa keperawatan dituliskan berdasarkan formulasi problem, etiologi, symptom (PES), dengan mempertimbangkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya (Depkes RI, 1995).

Tipologi dari diagnosis keperawatan :

(1) Aktual (terjadi defisit / gangguan kesehatan)

Dari hasil pengkajian didapatkan data mengenai tanda dan gejala dari gangguan kesehatan.

(2) Resiko (ancaman kesehatan)

Sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya : lingkungan rumah yang kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat.

(3) Potensial (Keadaan sejahtera / “Wellness”)

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan.

2.1.3.3 Prioritas Masalah

Setelah menemukan masalah atau diagnosis keperawatan, langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah kesehatan dan keperawatan keluarga :

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam prioritas masalah adalah sebagai berikut :

- (1) Tidak mungkin masalah-masalah kesehatan dan keperawatan yang ditemukan dalam keluarga dapat diatasi sekaligus.

- (2) Perlu mempertimbangkan masalah-masalah yang dapat mengancam kehidupan keluarga seperti masalah penyakit.
- (3) Perlu mempertimbangkan respons dan perhatian keluarga terhadap asuhan keperawatan yang akan diberikan.
- (4) Keterlibatan keluarga dalam memecahkan masalah yang mereka hadapi
- (5) Sumber daya keluarga dapat menunjang pemecahan masalah kesehatan / keperawatan keluarga.

Dalam menyusun prioritas masalah kesehatan dan keperawatan keluarga harus didasarkan kepada beberapa kriteria, sebagai berikut:

- (1) Sifat masalah, dikelompokkan menjadi
 - a. Ancaman kesehatan
 - b. Keadaan sakit atau kurang sehat
 - c. Situasi krisis
- (2) Kemungkinan masalah dapat dirubah adalah kemungkinan keberhasilan untuk mengurangi masalah atau mencegah bila dilakukan intervensi keperawatan dan kesehatan.
- (3) Potensi Masalah untuk dicegah, adalah sifat dan besarnya masalah yang akan timbul dan dapat dikurangi atau dicegah melalui tindakan keperawatan dan kesehatan
- (4) Masalah yang menonjol, adalah cara keluarga melihat dan menilai masalah dalam hal beratnya dan mendesaknya untuk di atasi melalui intervensi keperawatan dan kesehatan

2.1.3.4 Perencanaan.

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan. Selama tahap ini perawat bekerja bersama-sama dengan keluarga untuk mengembangkan tujuan yang ingin dicapai melalui tindakan kesehatan / fungsi atau yang dapat memecahkan masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan.

Komponen-komponen yang terdapat pada rencana keperawatan adalah :

(1) Sasaran

Sasaran adalah keadaan atau situasi yang diharapkan setelah tindakan dilaksanakan. Sasaran merupakan tujuan dimana segala usaha diarahkan.

(2) Perumusan Tujuan

Tujuan merupakan pernyataan yang lebih terinci tentang hasil keperawatan. Tujuan keperawatan akan menentukan kriteria yang dipakai untuk menilai keberhasilan keperawatan.

(3) Memilih tindakan keperawatan (Intervensi)

Dalam memilih tindakan keperawatan ada 2 faktor yang perlu diperhatikan, yaitu:

- a. Sifat masalah
- b. Sumber-sumber yang tersedia untuk pemecahan masalah.

2.1.3.5 Pelaksanaan

Pelaksanaan / implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan. Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana yang meliputi seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan,

pengecahan penyakit / komplikasi, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi untuk menggunakan coping yang positif / efektif.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan keperawatan terhadap keluarga :

- (1) Sumber daya keluarga
- (2) Tingkat pendidikan keluarga
- (3) Adat istiadat yang berlaku
- (4) Respon dan penerimaan keluarga
- (5) Sarana dan prasarana yang ada pada keluarga.

Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal berikut ini :

- (1) Menstimulasi kesadaran dan penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - Memberi informasi
 - Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- (2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara :
 - Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan
 - Mengidentifikasi sumber – sumber yang dimiliki keluarga.
 - Mendiskusikan tentang konsekwensi tiap tindakan.
- (3) Memberi kepercayaan diri dalam merawat anggota yang sakit, dengan cara :
 - Mendemonstrasikan cara perawatan

- Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
- (4) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat dengan cara :
- Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
- (5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
- Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga.
 - Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

2.1.3.6 Evaluasi.

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah pengukuran dari tingkat keberhasilan dalam pencapaian tujuan yang telah ditentukan oleh perawat dan keluarga secara bersama-sama. Disamping itu, perawat dan klien juga mengidentifikasi faktor-faktor lain baik positif maupun negatif yang mempengaruhi pencapaian tujuan.

Respon keluarga menentukan apakah rencana keperawatan dilanjutkan, dimodifikasi atau dihentikan. Evaluasi adalah umpan balik bagi proses keperawatan dimana perawat mencari kepastian apakah tujuan yang telah direncanakan berhasil / tercapai atau tidak/ Disamping itu juga evaluasi dapat digunakan untuk menilai kualitas asuhan keperawatan yang diberikan atau juga dapat digunakan untuk menilai

penampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan atau menilai proses keperawatan secara keseluruhan.

Hasil evaluasi keperawatan dapat diukur dari tiga dimensi, yaitu :

- (1) Keadaan fisik, misalnya peningkatan berat badan anak.
- (2) Psikologi dan sikap, misalnya berkembangnya positif keluarga terhadap perawat dalam memberikan asuhan di rumah.
- (3) Pengetahuan dan perubahan perilaku misalnya keluarga melaksanakan petunjuk-petunjuk yang berkaitan dengan perawatan payudara sewaktu menyusui bayi.

Evaluasi dapat dilakukan dengan metoda dibawah ini :

- (1) Observasi langsung, mengamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga.
- (2) Wawancara, mewawancarai keluarga yang berkaitan dengan perubahan sikap apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat.
- (3) Memeriksa laporan, dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.
- (4) Latihan simulasi, latihan simulasi berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan.

2.2 Konsep Dasar Tahap Perkembangan Kelahiran Anak Pertama (*Child-Bearing*)

2.2.1 Pengertian

Tahap keluarga menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (Friedman, 1998 : 116).

2.2.2 Masa Transisi Menjadi Orang Tua

Kelahiran anak pertama merupakan pengalaman keluarga yang sangat penting dan sering merupakan krisis keluarga, sebagai mana yang digambarkan secara konsisten pada penelitian keluarga selama tahap siklus kehidupan keluarga (Clark, 1966; Hobbs dan Cole, 1976; Le Master, 1957).

Perubahan peran menjadi orang tua untuk pertamakali seringkali menimbulkan perselisihan antara ibu dan ayah. Perubahan peran yang dirasakan sulit karena perasaan ketidak adekuatan menjadi orang tua baru, kurang bantuan dari keluarga dan teman-teman, nasehat yang menimbulkan konflik dari keluarga, teman dan para profesional perawatan kesehatan yang bersifat membantu, dan sering terbangun tengah malam oleh bayi.

Kedatangan bayi dalam rumah tangga menciptakan perubahan-perubahan bagi setiap anggota keluarga. Pada keluarga terjadi perubahan keseimbangan dimana setiap anggota keluarga memegang peran baru. Kedudukan menjadi orang tua menggambarkan tujuan yang teramat penting bagi semua pasangan, kebanyakan pasangan menemukannya sebagai perubahan hidup yang sangat sulit.

Penyesuaian diri terhadap perkawinan biasanya tidak sesulit penyesuaian terhadap menjadi orang tua. Meskipun kebanyakan orang tua merupakan pengalaman penuh arti dan menyenangkan, kedatangan bayi membutuhkan perubahan peran yang

mendadak. Dua faktor penting yang menambah kesukaran dalam menerima peran orang tua adalah bahwa kebanyakan orang sekarang tidak disiapkan untuk menjadi orang tua dan banyak mitos yang tidak realistis dalam pengasuhan anak (Fulcomer, 1977) menjadi orang tua merupakan satu-satunya peran utama yang sedikit dipersiapkan dan kesulitan dalam transisi peran mempengaruhi hubungan perkawinan dan hubungan orang tua dan bayi secara merugikan.

Masalah-masalah yang lazim dilaporkan adalah :

- (1) Suami merasa diabaikan.
- (2) Terdapat peningkatan perselisihan dan argumen antara suami dan isteri.
- (3) Interupsi dalam jadwal kontinyu ("Begitu lelah sepanjang waktu" merupakan sebuah komentar khas).
- (4) Kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun.

2.2.3 Tugas Perkembangan Keluarga.

Setelah lahir anak pertama, keluarga mempunyai beberapa tugas perkembangan yang penting. Suami-istri, dan bayi semuanya belajar peran. Peran yang baru, sementara unit keluarga inti memperluas fungsi dan tanggung jawab ini meliputi penggabungan tugas perkembangan yang terus menerus dari setiap anggota keluarga dan keluarga secara keseluruhan (Duvall, 1977).

Adapun tugas-tugas perkembangan keluarga tahap siklus kehidupan keluarga "Child-Bearing" adalah :

- (1) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (Mengintegrasikan bayi baru lahir ke dalam keluarga).

- (2) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertantangan dan kebutuhan anggota keluarga.
- (3) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan.
- (4) Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek-nenek

2.2.4 Masalah-masalah Kesehatan.

Hubungan perkawinan yang kokoh dan bergairah sangat penting bagi stabilitas dan moral keluarga. Hubungan suami-istri yang memuaskan akan memberikan pasangan dengan kekuatan dan tenaga "bagi" bayi dan satu sama lain. Tuntutan-tuntutan dan tekanan-tekanan yang bertentangan, seperti antara loyalitas ibu terhadap bayi dan terhadap suami, merupakan persoalan dan dapat menyiksa. Tipe konflik semacam ini dapat menjadi sumber sentral ketidak bahagiaan selama tahap siklus kehidupan ini.

Masalah-masalah utama keluarga dalam tahap ini adalah pendidikan maternitas yang terpusat pada keluarga, perawatan bayi yang baik, pengenalan dan penanganan masalah-masalah kesehatan fisik secara dini, imunisasi, konseling perkembangan anak, keluarga berencana, interaksi keluarga dan bidang-bidang peningkatan kesehatan umum (gaya hidup).

Masalah-masalah kesehatan lain selama periode dari kehidupan keluarga ini adalah inaksesibilitas dan ketidakadekuatan fasilitas-fasilitas perawatan anak untuk ibu yang bekerja, hubungan anak-orang tua, masalah-masalah mengasuh anak

termasuk penyalahgunaan dan kelalaian terhadap anak dan masalah-masalah transisi peran orang tua.

2.3 Konsep Dasar Pengetahuan, Sikap dan Perilaku.

2.3.1 Pengetahuan

2.3.1.1 Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia. Yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoamodjo, 1993 : 94).

Bila pengetahuan telah dipahami, maka akan timbul suatu sikap dan perilaku untuk berpartisipasi. Selain itu, tingkat pengetahuan seseorang juga mempengaruhi perilaku individu. Makin tinggi pendidikan atau pengetahuan kesehatan seseorang, makin tinggi kesadaran untuk berperan serta (Depkes RI, 1990 : 7). Pengetahuan penting bagi perubahan perilaku, karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Soekidjo, 1993 : 84).

Proses mengadopsi perilaku baru diperlukan suatu proses komunikasi, informasi, motivasi (KIM) yang mantap. Dalam proses ini diharapkan terjadi perubahan perilaku seseorang. Menurut Rogres (1974, dalam Soekidjo 1993) sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yaitu :

- (1) Pengenalan (*awareness*)
- (2) Peminatan (*Interest*)
- (3) Penilaian (*evaluation*)
- (4) Percobaan (*trial*)
- (5) Penerimaan (*adoption*).

2.3.1.2 Tingkatan Pengetahuan Dalam Ranah Kognitif.

Sebagaimana dikemukakan oleh Benyamin Bloom (1908 dalam Soekidjo : 1993) pengetahuan yang tercakup didalam ranah kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu :

- (1) Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari maupun dari rangsangan yang telah diterima.
- (2) Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar.
- (3) Aplikasi yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang sebenarnya.
- (4) Analisis yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen tapi masih ada kaitannya satu sama lain.
- (5) Sintesis adalah kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian kedalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- (6) Evaluasi adalah kemampuan untuk menilai terhadap suatu materi atau objek dengan menggunakan kriteria-kriteria sendiri atau kriteria yang sudah ada.

2.3.2 Sikap

2.3.2.1 Pengertian.

Sikap telah didefinisikan dalam berbagai versi oleh para ahli, diantaranya yaitu bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut (Berkowitz dalam Azwar, 1995).

Secord & Backman (1964 dalam Azwar, 1995) mendefinisikan sikap sebagai ketentuan tertentu dalam perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

2.3.2.2 Struktur dan Pembentukan Sikap

Struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif, afektif dan konatif (azwar, 1995).

Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Sekali kepercayaan itu telah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari objek tertentu. Tentu saja kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak selalu akurat. Kadang-kadang kepercayaan itu terbentuk justru dikarenakan kurang atau tidak adanya informasi yang benar mengenai objek sikap yang dihadapi.

Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum komponen ini

disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada pada diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

Pembentukan sikap dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan, lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar,1995).

2.3.3 Perilaku

2.3.3.1 Pengertian

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisma yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri, atau apa yang dikerjakan organisme baik dapat diamati secara langsung maupun secara tidak langsung. (Soekidjo Notoatmodjo, 1997).

Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Secara umum dapat dikatakan bahwa faktor genetik dan lingkungan merupakan penentu dari perilaku manusia. Heriditer atau faktor keturunan adalah merupakan konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah merupakan kondisi atau lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor dalam pembentukan perilaku disebut proses belajar (*Learning Process*)

Menurut Skinner (1998, dalam Soekidjo, 1997) mengemukakan bahwa perilaku adalah hasil hubungan antara perangsang (*stimulus*) dan tanggapan (*Respon*).

Ia membedakan adanya dua respons yaitu :

- 1) Respondent respon atau reflexive respon, ialah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu. Perangsangan yang semacam ini disebut eliciting Stimulus, karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap, misal makanan lezat menimbulkan keluarnya air liur. Pada umumnya perangsangan-perangsangan demikian mendahului respons yang ditimbulkan.
- 2) Operant respons atau instrumental respon adalah respons yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu/ Perangsang semacam ini disebut reinforcing Stimuli atau reinforcer, karena perangsang-perangsang tersebut memperkuat respons yang telah dilakukan organisme, misal seorang anak belajar mendapat hadiah maka ia menjadi lebih giat belajar.

2.3.3.2 Prosedur Pembentukan Perilaku

Sebagian besar perilaku manusia adalah operant respons untuk membentuk jenis respons atau perilaku ini perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut operant conditioning.

Prosedur pembentukan perilaku dalam operant conditioning ini menurut Skinner adalah sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau reinforcer berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi perilaku yang akan dibentuk.

2. Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki, kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
3. Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi reinforcer atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
4. Melakukan pembentukan perilaku, dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Apabila komponen pertama telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan, hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau perilaku ini sudah terbentuk, kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua yang diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen ketiga, keempat dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

2.3.3.3 Bentuk Perilaku

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respons ini berbentuk dua macam, yakni :

1. Bentuk pasif adalah respons internal, yaitu terjadi didalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat orang lain, (*Covert Behavior*), misalnya berfikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan.
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung perilaku yang tampak dalam bentuk tindakan nyata, disebut "*Overt Behavior*".

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah merupakan respons seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut "*Covert Behavior*", sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respons seseorang terhadap stimulus (*Practice*) adalah merupakan "*Covert Behavior*".

2.4 Pengetahuan, sikap dan perilaku perawat terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga.

Keperawatan di Indonesia seang mengalami suatu penggeseran yang sangat penting, yaitu perubahan menuju tercapainya tingkat perkembangan keperawatan sebagai profesi. Proses ini merupakan suatu proses berubah yang sangat mendasar dan konsepsional, mencakup eluruh aspek keperawatan, seperti pendidikan, pelayanan/asuhan, pengembangan dan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta kehidupan keprofesian dalam keperawatan.

Seperti yang diuraikan diatas, bahwa perubahan telah terjadi diseluruh aspek keperawatan, salah satunya adalah dibidang pelayanan/asuhan telah berubah, yang dahulu bersifat tradisional / prosedural sekarang menjadi pelayanan yang menggunakan metode ilmiah dan sceintifik sesuai dengan ciri-ciri suatu profesi yang

pada saat ini dikenal dengan nama proses keperawatan. Hal ini tentunya akan menuntut perawat untuk lebih mencurahkan pikiran, waktu dan tenaganya, karena menggunakan proses keperawatan bukanlah merupakan suatu hal yang mudah. Untuk itu diperlukan pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang profesional.

Perubahan diatas bukanlah merupakan suatu hal yang mudah dan merupakan proses berubah jangka panjang yang melibatkan berbagai pihak dan kalangan diluar keperawatan yang sangat luas, dimana keperawatan merupakan inti perubahan. Hal ini bermakna bahwa perawat sendiri harus berubah dan menerima perubahan sebelum menuntut pihak-pihak lain diluar keperawatan untuk berubah dan menerima perubahan dalam keperawatan.

Salah satu perubahan yang diharapkan dari perawat adalah peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Soekidjo, 1993 : 94). Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Pengetahuan yang harus dimiliki oleh perawat yang berkaitan dengan perannya sebagai perawat keluarga adalah pengetahuan mengenai asuhan keperawatan yang ditetapkan pada masyarakat termasuk keluarga, yang meliputi : Pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

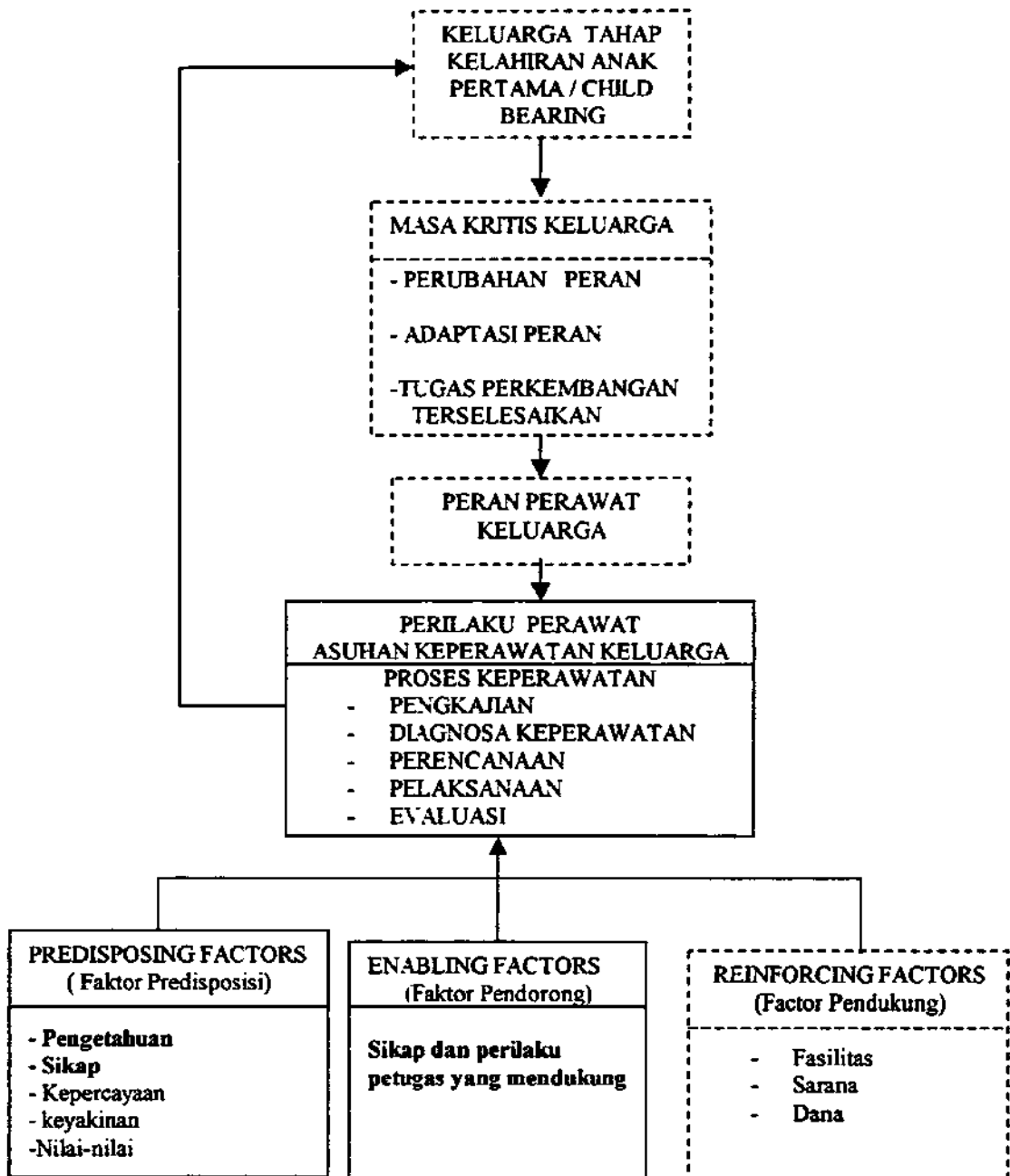
Perawat perlu memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga tersebut pada keseluruhan tingkat pengetahuan yang meliputi : mengetahui,

memahami, menerapkan (aplikasi), menganalisis, sintesis dan evaluasi. Hal itu didasarkan pada salah satu sifat proses keperawatan yaitu logis/rasional. Berkaitan dengan siklus keluarga perawat perlu mengetahui setiap tahap dan tugas perkembangan dari keluarga.

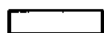
Perawat hendaknya bersikap setuju/senang/mendukung/memihak atau secara umum bersikap positif terhadap perubahan/perkembangan yang terjadi dalam keperawatan, khususnya terhadap proses keperawatan sebagai metode digunakan pada saat ini dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien (keluarga). Hal tersebut disebabkan oleh karena sikap merupakan salah satu karakteristik individu yang nantinya bersama karakteristik lain akan berintraksi dengan lingkungan (faktor eksternal) sehingga terbetuklah perilaku, seperti yang dikatakan oleh Mar'at (1981) bahwa sikap didasarkan pada konsep evaluasi berkenaan dengan objek tertentu, menggugah motif untuk bertingkah laku.

Dengan demikian, perawat yang memiliki pengetahuan yang memadai dan sikap terhadap asuhan keperawatan keluarga diharapkan nantinya dapat mempengaruhi perilaku perawat tersebut sehingga perawat menjadikannya sebagai kerangka berpikir dan berperilaku. Hal ini disamping akan menjaga mutu asuhan keperawatan yang diberikan juga akan mendukung profesionalisme keperawatan. Hal ini sesuai dengan yang telah dikatakan oleh Miller (1985) bahwa perawat yang profesional tercermin dalam perilaku perawat sendiri yang salah satunya antara lain dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien (keluarga).

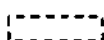
2.5 KERANGKA KONSEP



Keterangan



Diteliti



Tidak diteliti

BAB 3

METODE PENELITIAN

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FK UNAIR
SUKABAYA

BAB 3

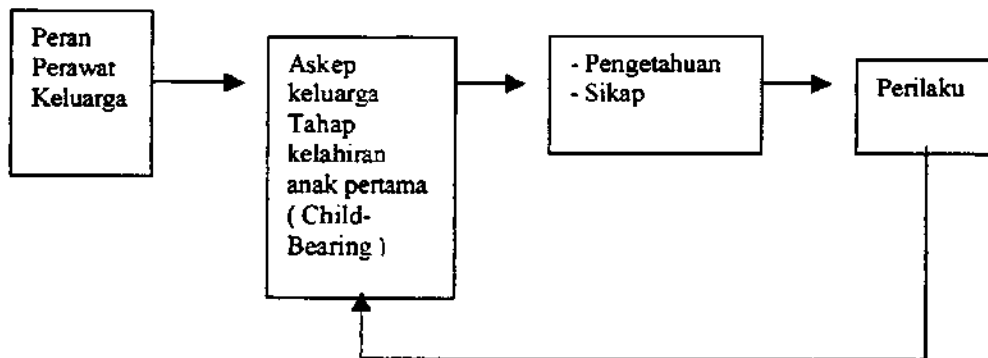
METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai desain/ rancangan penelitian , kerangka kerja, identifikasi variable, definisi operasional, desain sampling, pengumpulan data, etik penelitian, keterbatasan.

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif eksploratif kualitatif studi yang menggambarkan obyek atau peristiwa yang bertujuan untuk memecahkan masalah pada saat sekarang . Dengan metode ini dapat menggali pengetahuan, sikap dan perilaku perawat terhadap asuhan keperawatan keluarga. Rancangan/ desain penelitian ini menggunakan “ *Cross – Sectional* “ yaitu pengambilan data terhadap sample yang dilakukan dala kurun waktu bersamaan.

3.2 Kerangka kerja



3.3 Identifikasi Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah :

- (1). Pengetahuan yang memiliki sub variable yaitu : konsep asuhan keperawatan keluarga, pengkajian diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- (2). Sikap yang memiliki sub variable yaitu : konsep asuhan keperawatan keluarga, pengkajian diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
- (3). Perilaku yang memiliki sub variable yaitu : Pengkajian diagnosis keperawatan, perencanaan , pelaksanaan dan evaluasi.

3.4. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Mengukur	Skala	Skor
1. Pengetahuan	Pemahaman yang di miliki perawat per kesmas tentang asuhan keperawatan keluarga tahap kelahiran anak pertama meliputi konsep asuhan keperawatan keluarga, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.	<p>Pengetahuan perawat tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsep asuhan keperawatan tahap kelahiran anak pertama. 1. Pengertian keluarga tahap kelahiran anak pertama. 2. Tujuan asuhan keperawatan keluarga tahap kelahiran anak pertama. 3. Tugas keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama. <p>- Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Data fokus yang harus dikaji. 5. Cara mengumpulkan data 6. Cara mencatat hasil pengkajian <p>- Diagnosa Keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Tipologi diagnosis keperawatan. 8. Prioritas masalah. 9. Menyimpulkan jenis diagnosis keperawatan keluarga tahap kelahiran anak pertama. <p>- Rencana tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Pengertian rencana keperawatan keluarga. 	Questioner	Ordinal	<p>Tiap sub variable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 pertanyaan : rendah - 1 pertanyaan : kurang - 2 pertanyaan : cukup - 3 pertanyaan : baik <p>Kategori pengetahuan secara keseluruhan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <5 pertanyaan (<39%) -> rendah - 5-9 pertanyaan (40%-54 %) -> kurang. - 10-14 pertanyaan (60%-74 %) -> cukup - 15-18 pertanyaan (50%-100%) -> baik <p>(Arikunto, 1996 : 244)</p>

	<p>11. Faktor yang harus diperhatikan dalam memilih intervensi.</p> <p>12. Fokus rencana keperawatan keluarga tahap kelahiran anak pertama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan. 13. Kategori dasar tindakan keperawatan. 14. Bentuk tindakan. 15. Faktor penyebab kegagalan. <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi tindakan . 16. Acuan evaluasi 17. menyimpulkan hasil askep. 18. Tujuan dokumentasi evaluasi. 	<p>11. Faktor yang harus diperhatikan dalam memilih intervensi.</p> <p>12. Fokus rencana keperawatan keluarga tahap kelahiran anak pertama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan. 13. Kategori dasar tindakan keperawatan. 14. Bentuk tindakan. 15. Faktor penyebab kegagalan. <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi tindakan . 16. Acuan evaluasi 17. menyimpulkan hasil askep. 18. Tujuan dokumentasi evaluasi. 		
<p>2. Sikap</p>	<p>Pendirian perawat puskesmas tentang bagaimana seharusnya perawat melakukan asuhan keluarga tahap kelahiran anak pertama meliputi sikap terhadap konsep asuhan keperawatan keluarga, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan dan evaluasi.</p>	<p>Perawat mampu menunjukkan sikapnya terhadap :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tujuan asuhan keperawatan keluarga tahap kelahiran anak pertama. - Pengaruh proses keperawatan . - Manfaat pengumpulan data. - Frekuensi pengumpulan data. - Tujuan membuat diagnosis keperawatan - Manfaat diagnosis keperawatan bagi keluarga. - Pembuatan rencana keperawatan. - Tujuan rencana keperawatan 	<p>Questioner</p>	<p>Ordinal</p> <p>Sifat positif.:</p> <p>Sangat setuju = 5</p> <p>Setuju = 4</p> <p>Ragu-ragu = 3</p> <p>Tidak setuju = 2</p> <p>Sangat tidak setuju = 1</p> <p>Untuk yang bersifat negatif :</p> <p>Sangat tidak setuju = 5</p> <p>Tidak setuju = 4</p> <p>Ragu-ragu = 3</p> <p>Setuju = 2</p> <p>Sangat setuju = 1</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - keterlibatan anggota keluarga dalam pelaksanaan keperawatan. - Respon keluarga sebagai dasar evaluasi. - Tujuan evaluasi keperawatan . 			
3. Perilaku	Aktifitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama.	<ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga tahap kelahiran anak pertama. - Menetapkan keluarga sasaran - Membuat jadwal kunjungan . - Kesepakatan dengan keluarga tentang waktu kunjungan. - Pengkajian tahap dan tugas perkembangan. - Diagnosis keperawatan keluarga. - Membuat rencana keluarga - Melaksanakan rencana tindakan . - Mengevaluasi. - Mencatat semua kegiatan pada formulir yang disediakan. - Membawa alat bantu penyuluhan. 	Observasi	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Baik bila perawat melaksanakan askep keluarganya $\geq 70\%$ dari semua tindakan. - Cukup bila perawat melaksanakan 60%-70% dari semua tindakan. - Kurang bila perawat melaksanakan asuhan keperawatan keluarga $\leq 50\%$ dari semua tindakan .

3.5 Populasi dan Sampel

3.5.1 Populasi dalam penelitian adalah 50 orang perawat di Pukesmas kabupaten Bangkalan yang memiliki kriteria populasi sbb:

- (1). Bersedia menjadi responden.
- (2). Masih terlibat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga.
- (3). Memiliki latar belakang pendidikan SPK, Bidan, DIII Keperawatan yang lulus setelah 3 tahun.

3.5.2 Sampel

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan mengambil keseluruhan jumlah populasi (Total Sampling) yaitu sebanyak 50 orang perawat yang dijadikan sebagai responden penelitian dimana kriteria sampel sama dengan kriteria populasi.

3.6 Pengumpulan dan Analisa Data

3.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan angket dengan jawaban tertutup dengan modifikasi dari metode keperawatan yang dilakukan oleh Depkes RI, 1995. Kuisener digunakan sebagai alat pengumpul data karena kuisener memiliki dua fungsi yang sesuai tujuan penelitian yaitu fungsi pertama adalah mendapat gambaran (*description*) mengenai individu, kelompok atau masyarakat. Kedua adalah Pengukuran (*measurement*) variabel-variabel individu, kelompok, masyarakat terutama yang menyangkut pendirian atau sikap terhadap sesuatu (Depdikbud, 1993) pengumpulan data yang menggunakan kuisener dengan jumlah tertutup, pada saat pengumpulan data responden diminta untuk mengisi angket yang dikumpulkan pada

hari itu juga oleh penulis. Apabila responden tidak maka penulis akan menemui responden.

3.6.2 *Pengolahan Data*

Data yang terkumpul dari kuisener yang telah diisi kemudian diolah dengan tahap sbb :

3.6.2.1 *Editing*

Langkah ini dilakukan dengan maksud mengantisipasi kesalahan-kesalahan dari data yang telah dikumpulkan juga monitor jangan sampai terjadi kekosongan dari data yang dibutuhkan.

3.6.2.2 *Koding*

Untuk memudahkan dalam penyuluhan data, maka untuk setiap jawaban dan kuisener yang telah disebarakan diberi kode dengan karakter masing-masing.

3.6.2.3 *Analisa Data*

Tehnik analisis untuk aspek pengetahuan menggunakan prosentase , dimana untuk setiap butir pertanyaan hanya ada satu jawaban benar, setelah seluruh data dikumpulkan , selanjutnya di olah sebagai berikut :

(1) Untuk menentukan kategori pengetahuan perawat setiap sub variable digunakan kriteria dimana yang menjawab benar sebanyak :

- 0 pertanyaan : Dikategorikan rendah
- 1 pertanyaan : Dikategorikan kurang
- 2 pertanyaan : Dikategorikan cukup
- 3 pertanyaan : Dikategorikan baik

(2) Untuk menentukan kategori pengetahuan perawat terhadap asuhan keperawatan keluarga secara keseluruhan digunakan kriteria dimana yang menjawab benar sebanyak :

- < 5 pertanyaan (< 39 %) : Dikategorikan rendah.
- 5-9 pertanyaan (40 % - 50 %) : Dikategorikan kurang
- 10-14 pertanyaan (60 % - 79 %) : Dikategorikan cukup.
- 15-18 pertanyaan (80 % -100 %) : Dikategorikan baik.

(Arikunto, 1996 ; 244)

Sedangkan untuk menilai aspek sikap menggunakan tehnik Likert's Summated Ratings, dimana untuk pernyataan yang bersifat positif (favorabel) jawaban sangat setuju (SS) diberi skor 5, setuju (S) diberi skor 4, ragu-ragu (RR) diberi skor 3, tidak setuju (TS) diberi skor 2 dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1, tidak setuju (TS) diberi skor 4 , ragu-ragu (RR) diberi skor 3, setuju (S) diberi skor 2 dan sangat setuju (SS) diberi skor 1.

Tahap pertama analisis dilakukan dengan membuat suatu distribusi frekwensi sikap setiap *item* per sub variable, kemudian untuk menginterpretasikan data digunakan skor standar yang dilakukan pada setiap responden dimana yang biasa digunakan dalam skala model likert adalah skor T, yaitu

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{S} \right]$$

Dimana :

X = Skoer responden pada skala sikap yang hendak dirubah menjadi skor T

\bar{X} = Mean Skor kelompok

S = Deviasu standar skor kelompok.

Penentuan skor T dilakukan pada setiap sub variable dengan secara keseluruhan dari asuhan keperawatan keluarga. Untuk responden yang mendapat skor T lebih dari 50 berarti memiliki sikap yang relatif mendukung (Favorable) dan apabila skor T kurang dari 50 berarti memiliki sikap yang relatif tidak mendukung (Infavorable).✓

Tehnik analisis aspek perilaku adalah menggunakan prosentase , dimana setiap butir tindakan yang di observasi dikerjakan atau tindakan setelah data dikumpulkan , selanjutnya diolah sebagai berikut:

Perilaku perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga tahap Child-Bearing .

- 1) kurang dari 5 tindakan (< 50 %) dikategorikan kurang.
- 2) 6-7 dari tindakan (60 %- 70 %) dikategorikan sedang.
- 3) > 8 tindakan (> 80 %) dikategorikan baik.

3.7 Masalah Etika

Dalam melakukan penelitian, penulis menganjurkan permohonan ijin kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan dan Kepala Puskesmas Kabupaten Bangkalan untuk mendapat persetujuan kemudian kuosioner dikirim ke responden dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

3.7.1 Lembar persetujuan penelitian kepada responden

3.7.2 Anomity (tanpa nama) untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

3.7.3 Confidentiality kerahasiaan informasi telah diberikan responden dijamin oleh peneliti.

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan mengenai hasil penelitian dan pembahasannya. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel frekwensi, sedangkan pembahasannya difokuskan pada analisis variabel-variabel yang diteliti, yaitu : Konsep asuhan keperawatan keluarga, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Hasil penelitian dikelompokkan menjadi 3 bagian utama, yaitu pertama menguraikan tentang pengetahuan responden tentang asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing), kedua merupakan gambaran sikap responden terhadap asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) dan yang ketiga adalah gambaran perilaku responden dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama.

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Responden

4.1.1.1 Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 50 orang responden, responden dengan latar belakang pendidikan SPK ber jumlah 15 orang (30 %) bidan 24 Orang (48 %) dan Akper 11 Orang (22 %).

4.1.1.2 Keikutsertaan dalam penataran / penelitian.

Penataran atau pelatihan yang dimaksud adalah penataran / pelatihan mengenai asuhan keperawatan keluarga yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan, khususnya seksi pembinaan kesehatan masyarakat yang merupakan pengelola program perkesmas di Puskesmas Kabupaten Bangkalan.

Dari 50 orang responden 38 Orang (76 %) menyatakan belum pernah mengikuti penataran atau pelatihan dan hanya 12 orang (24%) responden saja yang pernah mengikuti penataran / pelatihan asuhan keperawatan keluarga yaitu para koordinator program perkesmas di puskesmas masing-masing.

Perawat yang pernah mengikuti pelatihan / penataran memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) dengan kategori baik sebanyak 7 orang (58,3 %) dan cukup sebanyak 5 orang (41,3 %), sedang perawat yang belum pernah mengikuti penataran / pelatihan asuhan keperawatan keluarga memiliki pengetahuan dengan kategori baik sebanyak 2 orang (5,3 %), cukup sebanyak 25 Orang (65,8 %) dan kurang sebanyak 10 Orang (26,3 %) dan rendah sebanyak 1 orang (2,6 %).

4.1.1.3 Perolehan Penjelasan Tentang Asuhan Keperawatan Keluarga di Puskesmas

Tempat Bekerja.

Penjelasan tentang asuhan keperawatan keluarga dalam hal ini adalah penjelasan yang diberikan baik oleh kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab seluruh program di puskesmas ataupun oleh koordinator program puskesmas yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga di wilayah kerja puskesmas.

Penelitian menunjukkan bahwa 29 orang responden (58 %), tidak pernah mendapat penjelasan dan sisanya 21 Orang (42 .%), pernah mendapat penjelasan baik dari kepala puskesmas maupun koordinator program puskesmas.

Perawat yang mendapat penjelasan tentang asuhan keperawatan keluarga dalam tingkat pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) dalam kategori baik 9 Orang (92,9 %), dan cukup sebanyak 12 Orang (57,1 %) sedangkan perawat yang tidak pernah mendapat penjelasan tentang asuhan keperawatan keluarga memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*), dengan kategori cukup 18 Orang (62,1 %), kurang sebanyak 10 orang (34,5 %) dan rendah sebanyak 1 Orang (3.4 %).

4.1.2 Pengetahuan

4.1.2.1 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Tahap Perkembangan Kelahiran Anak Pertama (*Child-Bearing*).

Dari penelitian didapatkan bahwa 40 orang responden (80 %) menjawab benar mengenai pengertian asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama, sebanyak 48 orang (96 %) responden menjawab benar mengenai keluarga yang tujuan dalam asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama yaitu menciptakan keharmonisan keluarga dan sebanyak 21 orang responden (38 %), menjawab benar tugas perkembangan keluarga tahap kelahiran anak pertama yaitu adaptasi terhadap perubahan peran ibu.

Kategori pengetahuan responden mengenai konsep asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama yaitu ; kurang sebanyak 14 % cukup sebanyak 54 % dan baik sebanyak 32 %.

Gambaran lebih rinci mengenai kategori pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama berdasarkan tingkat pendidikan responden terdapat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang konsep asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*).

KATEGORI PENGETAHUAN	JUMLAH	
	N	%
RENDAH	0	0
KURANG	7	14
CUKUP	27	54
BAIK	16	32
JUMLAH	50	100

4.1.2.2 Pengkajian

Penelitian menunjukkan bahwa 40 orang responden (84 %) memilih alternatif jawaban yang benar mengenai pengkajian fokus pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) yaitu kemampuan keluarga memenuhi tugas perkembangan, 45 Orang responden menjawab benar mengenai cara pengumpulan data yaitu melalui observasi, interview dan pemeriksaan fisik. Untuk pedoman dalam pencatatan pengkajian asuhan keperawatan keluarga hanya 18 Orang responden (36 %), menjawab benar.

Kategori pengetahuan responden mengenai pengkajian yaitu rendah sebanyak 2 %, kurang sebanyak 20 % cukup sebanyak 44 % dan baik sebanyak 34 %. Distribusi kategori pengetahuan responden mengenai pengkajian berdasarkan tingkat pendidikan secara rinci dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang pengkajian

KATEGORI PENGETAHUAN	JUMLAH	
	N	%
RENDAH	1	2
KURANG	10	20
CUKUP	22	44
BAIK	17	34
JUMLAH	50	100

4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

Dari penelitian diperoleh informasi bahwa sebanyak 26 orang responden (52 %) memiliki alternatif jawaban benar bahwa diagnosis keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) berdasarkan kondisi menunjang timbulnya masalah kesehatan 25 Orang (50 %) responden menjawab benar tentang hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menetapkan prioritas masalah yaitu masalah yang dapat mengancam kehidupan keluarga dan sebanyak 45 orang responden (90 %) menjawab benar tentang jenis diagnosis keperawatan keluarga berdasar masalah yaitu aktual, potensial, resiko

Kategori pengetahuan responden mengenai diagnosis keperawatan yaitu rendah sebanyak 8 %, kurang 38 %, cukup 12 % dan baik sebanyak 42 %. Distribusi kategori pengetahuan responden mengenai diagnosis keperawatan secara rinci terdapat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang diagnosis keperawatan

KATEGORI PENGETAHUAN	JUMLAH	
	N	%
RENDAH	4	8
KURANG	19	38
CUKUP	6	12
BAIK	21	42
JUMLAH	50	100

4.1.2.4 Perencanaan

Dari 50 orang responden, 32 Orang responden (64 %) memilih alternatif jawaban yang benar mengenai pengertian rencana keperawatan keluarga yaitu merupakan sekumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan guna memecahkan masalah kesehatan / keperawatan, mengenai kualitas rencana keperawatan sebanyak 33 orang responden (66 %) menjawab benar yaitu kualitas rencana keperawatan sangat tergantung pada penentuan masalah kesehatan dan keperawatan yang jelas dan didasarkan pada analisis yang menyeluruh tentang masalah, situasi keluarga dan untuk fokus rencana keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama sebanyak 29 Orang responden (58.%) menjawab benar bahwa fokus rencana adalah manifestasi hubungan orang tua – bayi.

Kategori pengetahuan responden tentang perencanaan tindakan keperawatan yaitu ; rendah sebanyak 4 %, kurang sebanyak 20 %, cukup sebanyak 44 % dan baik sebanyak 32 %. Gambaran yang lebih jelas tentang kategori pengetahuan perencanaan ini dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang perencanaan perawatan

KATEGORI PENGETAHUAN	JUMLAH	
	N	%
RENDAH	8	4
KURANG	10	20
CUKUP	22	44
BAIK	16	32
JUMLAH	50	100

4.1.2.5 Pelaksanaan

Pengetahuan tentang pelaksanaan tindakan perawatan, sebanyak 34 Orang responden (68 %), menjawab benar yaitu menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, sebanyak 38 orang (76 %) responden menjawab dengan benar mengenai hal-hal yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan tindakan yaitu kemampuan dan kemauan keluarga, sebanyak 13 orang (26 %), responden menjawab salah satu hal yang dapat menyebabkan kegagalan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan (*Child-Bearing*) yaitu informasi yang diperoleh keluarga tidak menyeluruh.

Kategori pengetahuan responden tentang pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu ; rendah sebanyak 6 %, kurang sebanyak 38 .%, cukup sebanyak 28 % dan baik sebanyak 18 %. Distribusi kategori pengetahuan responden tentang pelaksanaan tersebut secara rinci terdapat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang pelaksanaan tindakan keperawatan

KATEGORI PENGETAHUAN	JUMLAH	
	N	%
RENDAH	3	6
KURANG	19	38
CUKUP	19	38
BAIK	9	10
JUMLAH	50	100

4.1.2.6 Evaluasi.

Dari 50 orang responden 24 Orang (48 %) responden menjawab tujuan yang ingin dicapai, 42 orang responden (84 .%) menjawab benar mengenai pengukuran hasil asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) yaitu berdasarkan peningkatan status pengetahuan, perilaku keluarga. Mengenai pendokumentasian evaluasi keperawatan, sebanyak 30 orang (60 %) responden menjawab benar bahwa dokumentasi evaluasi keperawatan bertujuan untuk menilai tingkat keefektifan tindakan keperawatan.

Kategori pengetahuan responden tentang evaluasi perawatan yaitu redah sebanyak 32 %, cukup sebanyak 44 % dan baik sebanyak 24 .%. Gambaran secara rinci mengenai distribusi diatas tampak pada tabel 4.6

Tabel 4.6 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang Evaluasi perawatan

KATEGORI PENGETAHUAN	JUMLAH	
	N	%
RENDAH	0	0
KURANG	16	32
CUKUP	22	44
BAIK	12	24
JUMLAH	50	100

Secara keseluruhan kategori pengetahuan responden tentang asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) adalah ; rendah sebanyak 1 orang (2 .%), kurang sebanyak 10 orang (20 %), cukup sebanyak 30 orang (60 %) dan baik sebanyak 9 orang (18 %).

Tabel 4.7 Distribusi kategori pengetahuan perawat tentang Asuhan Keperawatan Keluarga berdasarkan tingkat pendidikan

KATEGORI PENGETAHUAN	JUMLAH	
	N	%
RENDAH	1	2
KURANG	10	20
CUKUP	30	60
BAIK	9	18
JUMLAH	50	100

4.1.3 Sikap

Dari penelitian didapatkan data mengenai sikap responden terhadap asuhan keperawatan keluarga dalam hal ini keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama, yang digambarkan pada tabel distribusi frekwensi dibawah ini.

Tabel 4.8 Distribusi sikap perawat terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*).

PENGETAHUAN	NO	FREKWENSI										JUMLAH
	ITEM	S.S.		S.		R.R.		T.S.		S.T.S		
		n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	
KONSEP	1	1	2	10	20	9	18	16	32	14	28	50
	2	11	22	39	78	0	0	0	0	0	0	50
PENGKAJIAN	3	4	8	38	76	6	12	2	4	0	0	50
	4	1	2	14	28	8	16	25	50	2	4	50
DIAGNOSIS	5	7	14	27	54	7	14	6	12	3	6	50
	6	3	6	31	62	7	14	7	14	2	4	50
PERENCANAAN	7	1	2	30	60	7	14	12	24	0	0	50
	8	4	8	43	86	3	6	0	0	0	0	50
PELAKSANAAN	9	18	36	23	46	3	6	6	12	0	0	50
	10	0	0	19	38	8	16	17	34	6	12	50
EVALUASI	11	4	8	34	68	12	24	0	0	0	0	50
	12	7	14	23	46	9	18	11	22	0	0	50

Keterangan :

SS : Sangat Setuju S : Setuju RR : Ragu-ragu
 TS : Tidak Setuju STS :Sangat Tidak Setuju

Untuk menginterpretasikan sikap perawat apakah mendukung (*Favorable*) atau tidak mendukung (*Unfavorable*) digunakan skor T untuk setiap responden. Perolehan skor T untuk setiap responden per item dapat dilihat pada lampiran berdasarkan perolehan skor T tersebut diperoleh informasi mengenai sikap perawat terhadap sub variabel dari asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan (*Child-Bearing*) secara keseluruhan.

Untuk distribusi jumlah perawat yang memiliki sikap mendukung dan tidak mendukung terhadap konsep asuhan keperawatan keluarga (*Child-Bearing*), pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dapat dilihat pada tabel 4 - 9

Tabel 4.9 Distribusi jumlah perawat yang memiliki sikap mendukung dan tidak mendukung terhadap asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) berdasar sub variabel.

SUB VARIABEL	SKOR T			
	T < 50		T > 50	
	N	%	n	%
KONSEP	19	38	31	62
PENGAJIAN	29	58	21	42
DIAGNOSIS	25	50	25	50
PERENCANAAN	32	64	18	36
PELAKSANAAN	29	58	21	42
EVALUASI	23	46	27	54

KETERANGAN

- T > 50 : Mendukung (Favorable)
 T < 50 : Tidak mendukung (Unfavorable)

Tabel diatas menunjukkan bahwa perawat bersikap relatif mendukung terhadap konsep asuhan keperawatan keluarga dan evaluasi, sedangkan untuk pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan perawat bersikap relatif tidak mendukung , sikap perawat untuk diagnosis keperawatan tidak mendukung dan mendukung dengan proporsi sama.

4.1.4 Perilaku.

Penelitian menunjukkan data mengenai perilaku responden, bahwa sebelum pengkajian perawat harus menetapkan keluarga sasaran yang akan dikunjungi melalui seleksi kasus dan hasil informasi dari kader sesuai prioritas sasaran dari asuhan keluarga adalah keluarga-keluarga rawan atau beresiko tinggi timbulnya masalah kesehatan (diantaranya adalah tahap perkembangan kelahiran anak pertama) ini dilakukan oleh 86 % responden. Penentuan sasaran ditindak lanjuti dengan pembuatan jadwal kunjungan. Jadwal kunjungan ini dibuat dengan kesepakatan antara perawat dengan keluarga dilakukan oleh 38 orang responden (76 %).

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan keluarga yang ada kaitannya terutama tugas perkembangan keluarga. Dari penelitian 42 responden (85 %) melakukan pengkajian terhadap keluarga binaannya tapi yang menjadi permasalahan, perawat lebih menekankan pada pengkajian penyakit, yang seharusnya pengkajian secara komprehensif.

Membuat diagnosa keperawatan adalah langkah penting untuk dapatnya asuhan keperawatan keluarga efektif dapat dilaksanakan. 45 orang (90 %) responden membuat diagnosa keperawatan. Tetapi yang dimaksud diagnosa keperawatan keluarga, oleh perawat adalah gejala penyakit yang paling menonjol, sedang diagnosa keperawatan keluarga, aktual, resiko atau potensial perawat belum memahami.

Untuk hasil asuhan yang bermutu maka diagnosa keperawatan harus dibuat prioritas. Penentuan prioritas harus berdasarkan proses scoring berdasar sifat masalah

dapat dicegah dan menonjolnya masalah. Dari penelitian 5 orang responden (10 %) yang membuat, itupun tidak didokumentasikan.

Pembuatan rencana keperawatan adalah bagian dari sistematika dari proses keperawatan. 10 orang responden (20 %) yang membuat rencana keperawatan dengan melibatkan keluarga dan membuatnya secara tertulis.

Pelaksanaan adalah kegiatan nyata dari pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga 23 orang responden (47 %) melaksanakan langsung asuhan keperawatan keluarga sesuai daerahnya. Tetapi pelaksanaann lengkap sesuai teori responden tidak bisa melaksanakan evaluasi sebagai kelanjutan proses keperawatan adalah evaluasi 25 orang perawat (50 %) responden mengevaluasi keluarga binaannya. Tetapi yang terbaik dari semua langkah adalah bahwa 97 % responden, 46 responden membuat catatan tentang asuhan keperawatan keluarga. Adapun perilaku perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga tampak pada tabel 4.10

Tabel 4.10 Distribusi jumlah perawat yang berperilaku melaksanakan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*)

SUB VARIABEL	SKOR			
	MALAKSANAKAN		TIDAK MELAKSANAKAN	
	N	%	n	%
KONSEP				
- Menetapkan Sasaran	43	86	7	14
- Jadwal Kunjungan	38	76	12	24
PENGAJIAN	42	85	8	15
DIAGNOSA KEPERAWATAN	5	10	45	90
PERENCANAAN	10	20	40	80
PELAKSANAAN	23	47	27	53
EVALUASI	25	50	25	50

Secara keseluruhan dari perilaku perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama adalah kurang sebanyak 13 orang (26 %) responden, cukup sebanyak 32 orang (64 %) responden dan baik 5 orang (%) responden. Distribusi kategori perilaku perawat tampak pada tabel 4.11

Tabel 4.11 Distribusi Kategori perilaku perawat tentang asuhan keperawatan keluarga tahap Child-Bearing.

KATEGORI PERILAKU	JUMLAH	
	N	%
KURANG	12	24
CUKUP	32	64
BAIK	6	12
JUMLAH	50	100

4.2. PEMBAHASAN

4.2.1. Karakteristik Responden

Asuhan keperawatan keluarga yang profesional menekankan pada penguasaan ilmu pengetahuan dan metoda ilmiah dalam keperawatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*). Secara profesional diperlukan tenaga perawat yang mempunyai pendidikan sesuai dengan tuntutan profesi keperawatan disamping harus memiliki sikap yang mendukung dan perilaku yang ditunjukkan dengan ketrampilan memadai.

Selain pendidikan formal, perawat pelaksana asuhan keperawatan juga harus didukung oleh pendidikan tambahan atau penataran / pelatihan, karena dengan

penataran/pelatihan ini akan mampu mengembangkan perawat dalam aspek kemampuan intelektual dan kepribadiannya menurut dr. Soekidjo Notoatmodjo yang dikutip dari buku pengembangan sumber daya manusia (1992 - 27).

“Pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau ketrampilan khusus seseorang atau kelompok”

Penataran/pelatihan yang dimaksud yaitu penataran/pelatihan yang pernah diikuti mengenai asuhan keperawatan keluarga mencakup perawatan pada semua tahap perkembangan baik dilaksanakan secara tersendiri atau terpadu dengan pertemuan-pertemuan yang dilaksanakan secara rutin oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan. Dari penelitian di peroleh informasi bahwa sebagian besar responden (76%) belum pernah mengikuti penataran/pelatihan mengenai asuhan keperawatan keluarga secara umum dan tugas perkembangan keluarga secara khusus. Adapun sisanya (24 %) yang pernah mengikuti penataran/pelatihan adalah para koordinator program perkesmas di Puskesmas yang mengelola asuhan keperawatan keluarga di wilayah kerjanya. Kemungkinan besar hal ini dipengaruhi faktor dana yang tersedia baik dari puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan sebagai penyelenggara penataran/pelatihan dan belum adanya kesempatan yang merata bagi perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan keluarga waktu mengikuti penataran/pelatihan.

Keterbatasan pengetahuan perawat mengenai asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama ini sebetulnya bisa diatasi dengan cara menyebarluaskan materi yang diperoleh dari penataran/pelatihan tersebut, kepada perawat lain (rekan kerja yang belum pernah mengikuti penataran/pelatihan). Hal

tersebut tampaknya belum dapat dilaksanakan pada seluruh perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan keluarga seperti terlihat pada hasil penelitian yang menunjukkan lebih dari setengah jumlah responden (58 %). Tidak pernah mendapat penjelasan mengenai asuhan keperawatan keluarga khususnya pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child – bearing) baik dari kepala puskesmas maupun dari koordinator program perkesmas. Hal ini perlu mendapat perhatian mengingat bahwa asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan oleh seluruh tenaga perawat di puskesmas yang merupakan pelaksana perawatan kesehatan masyarakat (Depkes, 1995).

Pelatihan menunjukkan bahwa perawat yang telah mengikuti penataran / pelatihan dan mendapat penjelasan mengenai asuhan keperawatan keluarga ditempatnya bekerja memiliki pengetahuan dengan kategori baik yang lebih banyak dari pada perawat yang belum mengikuti penataran / pelatihan maupun perawat yang tidak mendapat penjelasan. Hal ini menunjukkan bahwa penataran / pelatihan maupun penjelasan yang diberikan, dapat berpengaruh positif pada peningkatan pengetahuan perawat.

4.2.2. Pengetahuan Tentang Asuhan Keperawatan Keluarga Tahap Perkembangan Kelahiran Anak Pertama (Child-Bearing)

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan oleh perawat puskesmas melalui suatu metode ilmiah yaitu proses keperawatan yang digunakan secara sistematis melalui tahap – tahap : pengkajian, penentuan diagnosis perawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Sebelum melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga tahap Child – bearing untuk memberi arah tindakan perawatan yang dilaksanakan

berdasarkan penelitian sebagian besar responden (80 %) mengetahui bahwa tujuan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama adalah membentuk keluarga yang harmonis, yang merupakan modal untuk meningkatkan status kesehatan keluarga. Peningkatan status kesehatan keluarga merupakan tujuan yang ingin dicapai dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga agar keluarga tersebut dapat meningkatkan produktifitasnya, bila produktifitas keluarga meningkat diharapkan kesejahteraan keluarga akan meningkat pula (Nasrul Efendi, 1998 : 41)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama adalah membentuk keluarga muda sebagai unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru lahir ke dalam keluarga), mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, rekonsiliasi tugas – tugas perkembangan yang bertentangan dengan kebutuhan anggota keluarga. Hal ini difahami oleh hampir seluruh responden penelitian (93 %). Apabila perawat mengetahui peran dari keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama yaitu kemampuan keluarga beradaptasi terhadap peran baru untuk membantu kesejahteraan bayi dan keluarga

Mengenai fokus pengkajian pada proses keperawatan pada asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama, terdapat 58 % responden belum memahami bahwa proses perawatan difokuskan pada kemampuan keluarga memenuhi tugas perkembangannya

Tahap pertama proses keperawatan adalah pengkajian. Pengkajian ini meliputi kegiatan pengumpulan data yang meliputi struktur dan sifat keluarga, faktor sosial, budaya dan ekonomi, faktor lingkungan serta riwayat kesehatan.

Berdasarkan penelitian, hal ini sudah dipahami oleh sebagian besar responden (84 %). Kelengkapan data ini diperoleh agar perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan klien / keluarga dalam menjalani peran baru dan responnya terhadap masalah (Fisbach, 1981). Pengumpulan data ini dapat dilakukan dengan cara observasi langsung, wawancara atau dengan cara lain seperti merujuk pada pencatatan dan pelaporan yang sudah ada seperti KMS, Family Folder dan sebagainya (S. G. Bailon, 1978). Pengumpulan data perlu dilakukan oleh perawat sendiri dan bukan mendelegasikan pada kader kesehatan atau tokoh masyarakat agar data yang dikumpulkan bersifat akurat dan obyektif.

Pengkajian yang sudah dilakukan perawat perlu dicatat/ didokumentasikan dalam sistem pencatatan yang baik dengan menggunakan format pengkajian yang terorganisir dan sistematis serta obyektif (Depkes ,1991). Penelitian menunjukkan masih banyak responden (64 %) yang belum memahami cara pendokumentasian pengkajian asuhan keperawatan keluarga. Hal ini akan mempersulit dalam memperoleh data yang lengkap dan akurat. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu merumuskan diagnosa keperawatan (Budi Anakeliat, 1991).

Setelah tahap pengkajian maka dibuat suatu diagnosis keperawatan yang dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan baik aktual, resiko maupun potensial. Hampir separuh dari jumlah responden (48 %) menjawab salah satu bahwa diagnosis keperawatan di rumuskan berdasarkan penyakit yang di derita oleh keluarga, data hasil penafsiran perawat atau gejala yang ditafsirkan perawat. Dan sebagian besar responden (83 %) tidak memahami diagnosis keperawatan keluarga.

Diagnosis yang tidak tepat dan tidak dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan baik aktual, resiko maupun potensial akan mempersulit untuk mengidentifikasi dan mengembangkan intervensi keperawatan (Fisbach, 1991). Masalah kesehatan dan keperawatan keluarga harus memperhatikan masalah yang mengancam kehidupan anggota keluarga.

Tahap selanjutnya dari proses perawatan adalah perencanaan. Rencana keperawatan merupakan sekumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan guna memecahkan masalah kesehatan / perawatan (Depkes, 1999). Penelitian menunjukkan bahwa (64 %) responden memahami hal ini. Rencana keperawatan yang baik mampu memberikan petunjuk bagi perawat untuk melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah kesehatan/keperawatan yang dinilai oleh keluarga yang disusun berdasarkan prioritasnya. Selain itu rencana keperawatan juga dapat menjamin kesinambungan dari perawatan yang diberikan dan melancarkan koordinasi perawatan melalui pemberian informasi kepada tim kesehatan lainnya tentang tindakan yang dilakukan oleh perawat. Dengan demikian, penting sekali bagi perawat untuk dapat membuat rencana keperawatan yang berkualitas. Rencana keperawatan yang berkualitas sangat tergantung pada penentuan masalah kesehatan dan keperawatan yang jelas dan didasarkan pada analisis yang menyeluruh tentang masalah situasi keluarga (Nasrul Efendi, 1998)

Sebagai alat komunikasi yang baik diantara anggota tim pelaksana asuhan keperawatan keluarga, rencana keperawatan harus ditulis secara spasifik dengan menggunakan kata kerja, mencantumkan tanggal perintah dan nama perawat yang

memberi perintah serta menyertakan keluarga dalam membuat rencana keperawatan (Budi Ana Keliat, 1991).

Fokus dari rencana keperawatan keluarga tahap perkembangan Kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) adalah memfasilitasi hubungan orang tua bayi. Hal ini dikarenakan kelahiran anak pertama merupakan pengalaman keluarga yang sangat penting dan sering merupakan krisis keluarga, kedatangan bayi dalam rumah tangga menciptakan perubahan bagi setiap anggota keluarga. Hal penting yang menambah kesukaran dalam menerima peran orang tua adalah tidak disiapkan menjadi orang tua sehingga tidak ada hubungan orang tua dan bayi secara merugikan karena transisi peran.

Tahap pelaksanaan merupakan tahap realisasi dari rencana tindakan yang telah disusun. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari penelitian, 68 % responden menyatakan bahwa dalam melaksanakan tindakan keperawatan harus memperhatikan kemampuan dan kemauan keluarga. Dalam hal ini adalah kemampuan dan kemauan untuk dapat memutuskan cara perawatan yang tepat, melaksanakan perawatan pada anggota keluarga yang sakit, membuat lingkungan menjadi sehat dan keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak selamanya berhasil dilaksanakan salah satu penyebabnya adalah informasi yang diperoleh keluarga tidak menyeluruh (Nasrul Efendi, 1998). Sebagian besar responden (76 %) sudah memahami bahwa informasi yang diperoleh keluarga sangat bermanfaat bagi keluarga untuk memahami kondisi yang sedang dihadapinya sehingga dalam setiap tindakan keperawatan yang dilaksanakan keluarga dapat berpartisipasi secara aktif maupun pasif. Apabila

informasi yang diperoleh keluarga tidak menyeluruh, dapat menimbulkan kegagalan (Fisbach, 1991).

Tahap terakhir dari proses keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama adalah evaluasi, dimana pada tahap ini perawat mempertimbangkan efektif tidaknya tindakan yang dilakukan dan menilai perkembangan klien sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Nasrul Efendi (1998 : 59) evaluasi keperawatan selalu berkaitan dengan tujuan yang ingin dicapai (Evaluasi hasil), namun tidak menutup kemungkinan bahwa evaluasi keperawatan mengacu kepada proses keperawatan yang telah dilaksanakan (evaluasi proses), untuk menilai keefektifan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama yang telah dilaksanakan. Penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 60 %) responden memahami bahwa pendokumentasian evaluasi keperawatan bertujuan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa pada umumnya perawat memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) dengan kategori cukup (60 %) dimana perawat dengan pendidikan Akper memiliki pengetahuan dengan kategori baik yang paling banyak (63,6 %). Meskipun pada umumnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan keluarga sudah cukup baik, namun pengetahuan ini perlu terus ditingkatkan baik melalui jalur pendidikan formal maupun non formal, mengingat bahwa suatu perilaku akan bersifat langgeng apabila didasari oleh pengetahuan (Soekijo, 1993).

Penelitian ini menunjukkan bahwa secara umum pengertian tentang asuhan keperawatan keluarga pada perawat yang memiliki latar belakang pendidikan yang lebih tinggi lebih baik dari pada perawat dengan pendidikan lebih rendah. Hal ini secara teoritis disebabkan karena perbedaan tingkat kedalaman pengetahuan yang didapatkan pada setiap jenjang pendidikan keperawatan disamping ada faktor-faktor lain yang mempengaruhinya seperti latar belakang pendidikan, kemampuan pengembangan diri, ketersediaan sarana dan prasarana untuk meningkatkan pengetahuan serta kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan (Soekidjo, 1992).

4.2.3. Sikap

Sikap merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan apakah mendukung atau memihak (*Favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*Unfavorable*) suatu sikap dapat timbul tidak saja ditentukan oleh keadaan objek yang sedang kita hadapi, tetapi juga oleh kaitannya dengan pengalaman-pengalaman masa lalu, oleh situasi di saat sekarang dan oleh harapan-harapan kita untuk masa yang akan datang (Azwar, 1995 : 3).

Asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child - Bearing*) sebagai suatu perilaku tidak lepas dari sikap perawat yang melaksanakannya, dimana sikap ini dapat menentukan apakah asuhan keperawatan keluarga dapat dilaksanakan dengan baik atau tidak seperti yang dikemukakan oleh Abdullah dan Sujana (1993 dalam Azwar, 1995) bahwa ada indikasi hubungan kuat antara sikap dan perilaku.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa sebagian besar perawat bersikap setuju terhadap pernyataan yang mendukung (*Favorable*) dan tidak

setuju terhadap pernyataan yang tidak mendukung (*Unfavorable*). Hal ini sesuai dengan pernyataan S.G. Bailon (1978 : 16) bahwa untuk dapat menjalankan peran dan fungsi perawat kesehatan masyarakat, maka ia harus memiliki pengetahuan yang memadai dan sikap yang positif terhadap asuhan keperawatan keluarga.

Namun apabila diperhatikan sikap yang diambil oleh para responden, tampaknya responden belum bisa menentukan sikap terhadap pernyataan dengan tegas. Hal ini ditunjukkan dengan pemilihan alternatif sikap yang lebih banyak pada area setuju, ragu-ragu dan tidak setuju terhadap pernyataan negatif sangat sedikit (lihat tabel 4.9), Menurut Sax (1980) dalam bukunya *Principle of education and psychological measurement and evaluation*, Ketegasan dalam memilih alternatif sikap dapat mempengaruhi intensitas atau kekuatan sikap itu sendiri. Ketegasan dalam menentukan sikap terlepas dari bagaimana seseorang mengambil sikap terhadap suatu objek/respon/stimulus dalam interaksi sosial pada kehidupan sehari-harinya. Dalam interaksi sosial terjadi hubungan saling mempengaruhi diantara individu yang satu dengan yang lain, terjadi hubungan timbal balik turut mempengaruhi pola masing - masing individu sebagai anggota masyarakat (Azwar, 1998: 30)

Interaksi sosial tersebut meliputi hubungan antara individu dengan lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis disekelilingnya, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan, lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu.

Dalam keperawatan, kemampuan untuk menentukan sikap ini mutlak harus dimiliki oleh setiap perawat. Perawat kesehatan masyarakat sebagai ujung tombak pelayanan asuhan keperawatan pada keluarga dituntut untuk memiliki sikap yang positif / fevorable (Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan skor T) terhadap proses keperawatan yang merupakan kerangka kerja dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama dapat mencapai tujuan yang diharapkan yaitu pasangan tetap bahagia menerima perubahan peran dari kehadiran bayi sehingga bayi tumbuh dengan dengan sehat dan sejahtera sehingga status kesehatan keluarga juga semakin maningkat.

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa sikap perawat relatif mendukung terhadap pernyataan konsep asuhan keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) diagnosis keperawatan dan evaluasi, namun relatif tidak mendukung terhadap pernyataan pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan.

Sikap relatif tidak mendukung terhadap pernyataan perencanaan ditunjukkan dengan banyaknya sikap setuju (60 %) terhadap rencana keperawatan yang dibuat dengan memperhatikan kemampuan dan sarana yang dimiliki perawat. Dalam hal ini perawat seharusnya membuat rencana keperawatan berpusat pada tindakan-tindakan yang dapat memecahkan atau meringankan masalah yang dihadapi dengan memperhatikan kemampuan keluarga (Nasrul Efendi, 1998). Apabila perawat memusatkan rencana perawatan pada kemampuan dan sarana yang dimiliki perawat saja, maka dikhawatirkan masalah kesehatan yang sebetulnya dimiliki oleh keluarga tidak dapat ditangani.

Sikap relatif tidak mendukung terhadap pernyataan pelaksanaan ditunjukkan dengan sikap setuju (38 %) dan ragu-ragu (16 %) terhadap kunjungan rumah yang tidak diutamakan karena keterbatasan tenaga, waktu dan sarana.

Kunjungan rumah sebagai salah satu kegiatan perkesmas dapat menunjang terhadap pembinaan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama yang merupakan tahapan kritis, sensitif bagi anak, di rumah secara komprehensif. Banyak manfaat yang diperoleh dari kunjungan rumah, salah satunya adalah memberi kesempatan untuk pendekatan serta memberi bimbingan yang lebih sesuai dengan kenyataan, karena selama kunjungan rumah perawat dapat menilai keadaan kehidupan yang sebenarnya (Depkes RI, 1991)

Sikap perawat yang tidak mendukung terhadap kunjungan rumah lebih banyak dikarenakan keterbatasan tenaga, fasilitas dan dana, secara nyata hal ini dikarenakan tuntutan terhadap perawat yaitu selain melaksanakan tugas pokok di puskesmas juga membuat berbagai laporan yang dirasakan menyita waktu dan yang tidak kalah pentingnya adalah keterbatasan dana yang tersedia untuk pelaksanaan kunjungan rumah.

Hasil penelitian secara keseluruhan menunjukkan bahwa perawat yang memiliki sikap tidak mendukung lebih banyak (56 %) dibandingkan dengan perawat yang memiliki sikap mendukung (44 %) dan ternyata perawat lulusan Akper memiliki sikap tidak mendukung yang paling banyak (72,73 %) dan sikap mendukung yang paling sedikit (27,27 %). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pernyataan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan / pengetahuan seseorang maka

sikapnya akan semakin positif dan makin tinggi kesadaran untuk berperan serta (Soekidjo, 1993).

Seperti telah dijelaskan pada bab sebelumnya bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang selain dipengaruhi oleh tingkat pendidikan juga dipengaruhi faktor-faktor lain seperti pengalaman, situasi sekarang, harapan, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Dengan demikian sikap seseorang tidak hanya ditentukan oleh tingkat pendidikan saja, karena berbagai faktor dapat mempengaruhi. Namun hendaknya perawat dengan pendidikan yang lebih tinggi sesuai dengan kapasitas keilmuannya diharapkan mempunyai sikap yang lebih positif sehingga dapat menjadi teladan perawat lainnya.

Mengenai sikap secara keseluruhan, penelitian menunjukkan bahwa perawat yang bersikap tidak mendukung lebih banyak dari pada yang bersikap mendukung, hendaknya hal ini menjadi bahan pemikiran baik dari perawat sendiri sebagai pelaksana asuhan keperawatan maupun puskesmas atau Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab pelaksanaan program Puskesmas sehingga dapat diupayakan tindakan-tindakan nyata yang dapat meningkatkan sikap perawat terhadap asuhan keperawatan keluarga secara umum dan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (*Child-Bearing*) secara khusus, yang akhirnya dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan keluarga

4.2.4 Perilaku

Peningkatan status kesehatan keluarga karena difahaminya perubahan peran dalam perkembangan kelahiran anak pertama serta kemampuan beradaptasi dengan peran baru, merupakan tujuan yang dicapai dalam memberikan asuhan perawatan kesehatan keluarga. Diharapkan keluarga dapat meningkatkan produktivitasnya yang dampaknya adalah kesejahteraan keluarga meningkat pula. Dalam mencapai tujuan, asuhan keperawatan merupakan sarana yang digunakan. Keberhasilan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan tergantung kepada perawat yang memberikan asuhan keperawatan yang bermutu pada keluarga pada suatu tahap perkembangan termasuk keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama, dalam mempengaruhi keluarga untuk lebih dapat mengenal dan melaksanakan tugas-tugasnya dalam bidang kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga yang bermutu tidak lepas dari perilaku perawat.

Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme dipengaruhi oleh faktor keturunan dan lingkungan. Hereditas atau faktor keturunan adalah merupakan konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah merupakan kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor tersebut dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (Learning Process).

Asuhan keperawatan keluarga adalah rangkaian perilaku perawat yang diberikan melalui praktek keperawatan kepada keluarga, untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan keluarga tersebut dengan menggunakan proses

keperawatan keluarga yang menjadi sasaran asuhan harus jelas yaitu keluarga pada tiap siklus perkembangan kelahiran anak pertama yang merupakan tahap kritis, yang dapat menimbulkan masalah kesehatan bila keluarga tidak bisa beradaptasi dengan peran baru keluarga sasaran ditetapkan berdasarkan seleksi kunjungan ke puskesmas / pustu atau informasi dari petugas kesehatan di daerah binaan / kader setempat langka penentuan sasaran dengan hasil 86 % menyatakan dalam program PHN melakukan penetapan keluarga yang menjadi sasaran asuhan keperawatan keluarga. Hal ini diperlukan untuk hasil asuhan yang bermutu, efektif dan efisien.

Kesuksesan asuhan keperawatan keluarga bila ada saling kerja sama yang baik antara perawat dengan keluarga. Kerja sama ini tercipta apabila ada rasa saling percaya. Disini diperlukan kemampuan perawat membina saling percaya dengan pendekatan yang baik. Hal ini dapat dimulai dengan dibuat suatu kesepakatan dengan keluarga tentang waktu kunjungan. Sehingga anggota keluarga siap menerima kehadiran perawat yang akan membantu dalam perawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama. Anggota keluarga yang juga menjadi kunci keberhasilan asuhan adalah pengambil keputusan tentang penanganan terhadap masalah – masalah kesehatan jadwal kunjungan ini juga diperlukan bagi efektifitas kerja perawat keluarga sehingga tidak berbenturan dengan tugas – tugas yang ada di puskesmas. Hal ini dilaksanakan oleh 76 % responden, yang mengatakan bahwa dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga harus membuat jadwal kunjungan dengan kesepakatan keluarga.

Pengkajian merupakan tahap pengumpulan informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Sumber informasi dari tahap pengkajian

dapat menggunakan metode wawancara keluarga tentang data umum meliputi data demografi dan sosio kultural. Riwayat perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga, fungsi keluarga, stress dan strategi koping serta pengkajian individu dengan pemeriksaan fisik dari anggota keluarga. Dalam perawatan keluarga ada 3 sumber data yang dapat menggambarkan status kesehatan keluarga sebagai suatu unit yang berfungsi menggambarkan status kesehatan keluarga sebagai suatu unit yang berfungsi sumber yang pertama adalah status kesehatan dari anggota keluarga sehingga dapat diketahui perkembangan kesehatan yang menyimpang. Sumber kedua adalah status keluarga yang berfungsi sebagai suatu unit dan diharapkan sanggup meningkatkan kesehatan, menggambarkan luasnya kesanggupan keluarga untuk melaksanakan tugas kesehatan tertentu dalam memenuhi kebutuhan fisik, sosial dan emosional dari anggaotanya.

Pengkajian yang baik dari data ini memerlukan pengetahuan yang luas berdasarkan proses kelompok, peranan dan hubungan antar anggota keluarga, cara keluarga mengambil keputusan dan model komunikasi keluarga.

Sumber data yang terakhir adalah lingkungan keluarga. Pengkajian membantu menentukan keadaan rumah dan lingkungan yang menghambat peningkatan dan mempertahankan kesehatan.

Hasil penelitian didapat 85 % responden melakukan pengkajian tentang keluarga binaannya. Tetapi yang menjadi kenyataan bahwa perawat yang terlibat dalam asuhan keperawatan keluarga hanya difokuskan kepada riwayat penyakit. Sehingga data lengkap tentang keluarga binaan sesuai konsep tidak didapatkan.

Salah satu hambatan besar dalam pelaksanaan perawatan kesehatan keluarga khususnya tahap perkembangan kelahiran anak pertama adalah pelaksanaan perawatan kesehatan keluarga yang tidak efektif adalah tidak adanya sistem penyusunan masalah diagnosa keperawatan yang dapat menggambarkan status kesehatan keluarga dan kesanggupan keluarga menjalankan tugas dari siklus perkembangannya. Dari penelitian 92 % perawat tidak memahami diagnosa keperawatan keluarga. Kenyataan di lapangan perawat menentukan masalah keperawatan keluarga adalah sama dengan gejala penyakit yang didapat dari individu anggota keluarga. Hal ini tidak sesuai dengan konsep yang menyatakan bahwa diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa aktual, resiko dan potensial.

Proses skoring adalah bagian dari proses keperawatan keluarga untuk membuat diagnosa keperawatan prioritas perlu dilakukan mengingat keterbatasan tenaga, waktu dan dana sehingga ada diagnosa yang menjadi diagnosa prioritas berdasar sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah dapat dicegah dan menonjolnya masalah kegiatan membuat prioritas diagnosa keperawatan perlu penilaian persepsi keluarga melihat masalah itu. Dari hasil penelitian diperoleh informasi 10 % perawat melakukan prioritas berdasarkan skoring. Selebihnya lebih mendasar pada persepsi pribadi perawat. Hal ini dimungkinkan karena faktor pengetahuan perawat tentang proses skoring belum memadai.

Perumusan rencana perawatan adalah tahap berikut dalam proses perawatan sesudah pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan keluarga dan diagnosa dari masalah perawatan telah diidentifikasi dan disusun menurut prioritas kualitas dari rencana perawatan dapat menjamin sukses dan keberhasilan harus berdasarkan

penentuan masalah yang jelas. Rencana yang baik harus realistis, dibuat bersama dengan keluarga. Hal ini sesuai dengan prinsip bahwa perawat bekerja dengan keluarga dan bukan untuk keluarga. Paling baik bila rencana perawatan keluarga menyangkut penggunaan metode problem solving. Kenyataan dalam penelitian tidak sampai 20 % responden yang membuat perencanaan secara tertulis dan melibatkan keluarga. Banyak hambatan dalam pelaksanaan ini. Feed back yang konsesten dari pimpinan puskesmas yang membuat 15 % responden membuat perencanaan secara tertulis.

Pada tahap pelaksanaan, perawat menghadapi kenyataan dalam perawatan kesehatan keluarga yang dapat mendorong untuk mencoba segala daya cipta dalam mengadakan perubahan atau frustrasi sehingga tidak bisaberbuat apa-apa. Tindakan-tindakan yang harus dilakukan perawat dalam asuhan keperawatan keluarga adalah menstimulasi kesadaran dan menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dan memberi kepercayaan dalam merawat keluarga yang sakit dengan ara mendemonstrasikan cara perawatan, menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah. Selanjutnya dari pelaksanaan adalah membantu keluarga untuk menentukan cara membuat lingkungan menjadi sehat. Hal diatas tidak dapat dilaksanakan secara kontinew karena keterbatasan tenaga, waktu dan dana. Hal ini dilihat dari penelitian perilaku perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga 47 % perawat melaksanakan langkah-langkah pelaksanaan dari rencana asuhan.

Seringkali terjadi kegagalan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga, hal ini disebabkan oleh faktor informasi yang mungkin kurang, keliru tidak

menyeluruh. Keluarga tidak mau menghadapi situasi atau keluarga mempertahankan suatu pola tingkah laku, dan kesulitan tahap pelaksanaan dapat pula diakibatkan oleh tindakan yang tidak tepat, yang terjadi karena kecenderungan perawat menggunakan satu pola pendekatan, dalam mengambil tindakan dengan berbagai macam teknik karena rumitnya masalah yang berhubungan dengan tingkah laku dalam hidup keluarga seperti menanggulangi kesulitan suami – isteri.

Sebagai suatu langkah dalam proses perawatan keluarga tahap perkembangan asuhan keperawatan keluarga, evaluasi adalah tahap yang menentukan apakah tujuan telah tercapai atau sampai manakah tujuan tersebut telah tercapai. Evaluasi sebagai suatu proses dapat di pusatkan pada 3 dimensi. Bila evaluasi dipusatkan unru mencapai tujuan, kita memperhatikan keberhasilan dari tindakan perawatan bila evaluasi dipusatkan pada *efficiency*, dimensinya dikaitkan dengan biaya, kecocokan (*Appropriateness*) dari tindakan untuk mengatasi masalah dengan baik serta sesuai dengan perhitungan profesional. Kecukupan (*Adequacy*) dari tindakan perawatan menyinggung kelengkapan dari tindakan apakah semua tindakan telah dilaksanakan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dalam penelitian perawat responden 50 % melaksanakan evaluasi. Dari penelitian tentang perilaku yang mencolok adalah justru catatan semua kegiatan 97 % terdokumentasikan. Hal ini perlu dijadikan bahan pemikiran dari perawat pelaksana asuhan keperawatan keluarga.

BAB 5
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap perawat tentang pengetahuan, sikap dan perilaku perawat terhadap asuhan keperawatan keluarga terhadap perkembangan kelahiran anak (Child Bearing) di Puskesmas wilayah kerja Kabupaten Bangkalan, maka dapat ditarik kesimpulan dan saran.

5.1. KESIMPULAN

- (1) Pada umumnya perawat Puskesmas di wilayah kerja Kabupaten Bangkalan yang melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga memiliki pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) dengan kategori cukup, artinya bahwa pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) sudah cukup baik untuk membentuk suatu perilaku dalam hal ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) yang didasari oleh pengetahuan yang cukup memadai.
- (2) Perawat Puskesmas di wilayah kerja Kabupaten Bangkalan yang melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama lebih banyak memiliki sikap, yang relatif tidak mendukung terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing), artinya bahwa Asuhan Keperawatan Keluarga sebagai suatu perilaku yang dipengaruhi oleh salah

satunya adalah sikap perawat sebagai pelaksananya, tidak akan dapat dilaksanakan secara optimal.

- (3) Pada umumnya perawat Puskesmas di wilayah kerja Kabupaten Bangkalan yang melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga memiliki perilaku kategori cukup tentang pelaksanaan pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) artinya bahwa pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) sudah dilaksanakan walaupun pelaksanaannya belum optimal.

5.2. SARAN

5.2.1 Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan

Untuk lebih meningkatkan pengetahuan perawat tentang Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) hendaknya Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan memberikan penyegaran/penataran/pelatihan secara khusus mengenai Asuhan Keperawatan Keluarga yang pelaksanaannya dapat dilakukan secara terpadu dengan pelatihan/penataran/rapat evaluasi yang sudah dilakukan secara rutin selama ini.

5.2.2 Puskesmas

- (1) Pimpinan Puskesmas/Koordinator program Perkesmas hendaknya selalu menyebarluaskan informasi yang diperoleh mengenai Asuhan

Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) baik dari hasil penataran/pelatihan maupun dari buku (Juklak/Juknis/Pedoman) tentang Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan, baik secara formal maupun non formal.

- (2) Memberi kesempatan bagi perawat lain selain koordinator program Perkesmas untuk meningkatkan pengetahuannya melalui penataran/pelatihan tentang Asuhan Keperawatan Keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child Bearing) yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan secara bergilir, atau meningkatkan pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi, sehingga akan lebih berkompeten dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga.
- (3) Bagi Puskesmas yang dijadikan sebagai lahan praktek, hendaknya dilakukan penyajian tentang Asuhan Keperawatan baik oleh peserta didik maupun oleh perawat, sehingga dapat lebih meningkatkan pengetahuan dan pemahaman terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga.

5.2.3 Pihak Lain

Hendaknya dilakukan penelitian lebih lanjut terhadap faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terbentuknya sikap seseorang dalam lingkungan kerja yang mencakup : beban kerja, sistem pembagian kerja, fasilitas,

imbalan/reward atau kebijaksanaan pimpinan yang mempengaruhi sikap perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Keluarga, sehingga dapat ditemukan faktor-faktor penyebab mengapa sikap perawat terhadap Asuhan Keperawatan Keluarga relatif tidak mendukung, dengan demikian dapat dicari alternatif pemecahan masalahnya.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 1996 *Prosedur Penelitian*, Jakarta ; Rineka Cipta
- Bailon, SG. 1978 *Family Health Nursing*, Quezon City : U.P. College of Nursing
- Fisbach, 1991, *Docukenting Care Communication ; The Nursing Process And Dokumentation Standards*, Philadelphia : F.A. Davis Company
- Husin M, 1994, *Perkembangan Pendidikan Keperawatan Dalam Mengantisipasi Pelayanan Keperawatan Keluarga*, Bandung, Makalah
- Keliat, Budi Ana, 1991. *Proses Keperawatan*, Jakarta : Arcan
- Nasrul E, 1997. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta : EGC
- Reindhart, A. 1990. *Family Centered Community Nursing : A Social Cultural Fremework* London : Mosby an Co.
- Rosalinda A. 1987. *Aplication of Nursing Prosess, A Step by Step Guide*, Philadelphia : J.B. Lippincot Company.
- Saifuddin A. 1998. *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya* Jogyakarta : Pustaka Pelajar
- Siegel. S. 1994. *Statistik Non Paramedik Untuk Ilmu-Ilmu Sosial*, Jakarta : P.T. Gramedia
- Smith, C. 1995. *Company Health Nursing Theory and Practice*, London : W.B. Saunders Company.
- Soekidjo, N. 1993 *Pengertian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan* Jogyakarta : Andi Offset.

- Stanhope, M. 1995 *Community Health Nursing, Promoting Health of Aggregates, Family and Individual* London : Mosby and Co.
- Soetjiningsih, 1998, *Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta, EGC
- Marilyn M. Friedman, 1998, *Keperawatan keluarga Teori dan Praktek*, Jakarta, EGC
- Nursalam, Siti Pariani, *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta, C.V. Asgung Seto.
- Sukami, M. 1994, *Kesehatan Keluarga dan Lingkungan*, Jogjakarta : Kaninus.
- 1991. *Dasar-dasar Metodologi Riset Ilmu Kedokteran*. Jakarta : Konsorsium Ilmu Kedokteran Depdikbud.
- 1981. *Perawatan Kesehatan Keluarga*. Jakarta : Depkes RI
- 1993. *Pedoman Kerja Puskesmas*, Jakarta: Depkes RI
- 1995. *Perawatan Kesehatan Masyarakat, Seri A : Petunjuk Pelaksanaan Puskesmas*, Jakarta : Depkes RI

LAMPIRAN

ANGKET PENELITIAN
PENGETAHUAN DAN SIKAP PERILAKU PERAWAT
TERHADAP ASUHAN PERAWATAN KELUARGA
TAHAP PERKEMBANGAN ANAK PERTAMA (Child-Bearing).

PETUNJUK UMUM PENGISIAN ANGKET

1. Angket penelitian ini berjumlah 31 pertanyaan yang terbagi dalam 2 aspek, yaitu :
Aspek pengetahuan (18 pertanyaan) dan aspek sikap (12 pertanyaan).
2. Untuk setiap pertanyaan hanya ada satu pilihan jawaban yang benar.
3. Bapak ibu diminta untuk menjawab seluruh pertanyaan yang telah tersedia sehingga tidak ada pertanyaan yang telewatkan.
4. Jawaban yang bapak/ibu berikan sangat kami hargai.
5. Bacalah setiap pertanyaan dan petunjuk pengisian untuk setiap aspek dengan seksama.

Selamat mengisi

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Pendidikan keperawatan formal terakhir :
 - a. SPK
 - b. Bidan
 - c. Akper
 2. Lulus tahun
 3. Pernahkah bapak / ibu mengikuti pelatihan / penataran tentang asuhan keperawatan keluarga ?
 - a. Pernah.
 - b. Tidak pernah.
- Bila pernah isilah dibawah ini :

No.	Nama Pelatihan	Lamanya pelatihan	Penyelenggara pelatihan

4. Apakah pernah Bapak / Ibu mendapat penjelasan mengenai asuhan keperawatan keluarga di Puskesmas tempat Bapak / Ibu bekerja ?
 - a. Pernah
 - b. Tidak pernah.
Bila pernah oleh siapa

II. PENGETAHUAN TENTANG ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TAHAP KELAHIRAN ANAK PERTAMA (Child-Bearing).

Petunjuk pengisian

Pilih jawaban yang menurut Bapak /Ibu paling benar dengan menuliskan huruf jawaban pada kotak yang telah disediakan .

Contoh :

Urutan langkah-langkah dalam proses keperawatan yang sistematis adalah:

- a. Pengkajian – perencanaan – pelaksanaan – evaluasi.
 - b. Perencanaan – pengkajian – pelaksanaan – evaluasi.
 - c. Pengkajian – pelaksanaan – perencanaan – evaluasi.
 - d. Pengkajian – evaluasi – perencanaan – pelaksanaan.
-
1. Pengertian perkembangan keluarga tahap perkembangan anak pertama (Child-Bearing) adalah :
 - a) Anak pertama umur 0-24 bulan
 - b) Kehamilan anak pertama berumur 30 bulan.
 - c) Anak pertama berumur 2,5 – 5 tahun
 - d) Kehamilan anak pertama umur 5 tahun.

 1. Asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) bertujuan untuk :
 - a) keluarga mengenal masalah kesehatannya
 - b) menciptakan keharmonisan keluarga.
 - c) Memperbaiki status ekonomi keluarga.
 - d) Meningkatkan tingkat pendidikan keluarga.

 2. Salah satu tugas perkembangan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama Child-Bearing adalah :
 - a) Pembagian waktu orang tua dan anak- anak.
 - b) Membantu anak dapat bersosialisasi
 - c) Adaptasi terhadap perubahan peran baru.
 - d) Mendiskusikan rencana memiliki anak

4. Pengkajian focus pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) dalam asuhan keperawatan keluarga :
 - a) Kualitas dan kuantitas pelayanan yang diterima
 - b) Gambaran dari kondisi rumah yang ditempati .
 - c) Kemampuan keluarga memenuhi tugas perkembangan.
 - d) Faktor social ekonomi, budaya dan pendidikan.

1. Pengumpulan data yang benar pada pengkajian asuhan keperawatan keluarga dilakukan dengan cara :
 - a) Survey
 - b) Mendelegasikan pada kader.
 - c) Melibatkan tokoh masyarakat
 - d) Observasi, interview, pemeriksaan fisik.

6. Pencatatan pengkajian asuhan keperawatan keluarga dilakukan dengan cara :
 - a) Menggunakan format pengkajian sesuai dengan keinginan.
 - b) Memuat pengkajian subyektif perawatan daris emua sumber.
 - c) Mencatat informasi subyektif yang berasal dari perawat .
 - d) Mencatat data obyektif yang bukan hasil penafsiran perawat.

7. Membuat diagnosis keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) berdasarkan kepada
 - a) Penyakit yang diderita anggota keluarga.
 - b) Kondisi menunjang timbulnya masalah kesehatan.
 - c) Data hasil penafsiran perawat
 - d) Gejala yang ditafsirkan perawat.

8. Dalam menetapkan prioritas masalah kesehatan dan keperawatan keluarga yang perlu diperhatikan adalah :
 - a) Masalah peningkatan pendidikan anggota keluarga.
 - b) Kepentingan perawat dalam membantu anggota keluarga.
 - c) Masalah yang dapat mengancam kehidupan anggota keluarga .
 - d) Kemampuan Puskesmas meningkatkan kesejahteraan keluarga.

9. Perubahan peran dalam keluarga (Bapak "A") berhubungan dengan ketidak mampuan keluarga mengenal masalah peran suami, adalah jenis diagnosis keperawatan keluarga :
 - a) Aktual
 - b) Resiko
 - c) Potensial
 - d) Wellness

10. Rencana keperawatan keluarga adalah :
 - a) Sekumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat untuk dilaksanakan guna memecahkan masalah kesehatan / keperawatan.
 - b) Daftar tindakan yang dibuat oleh keluarga berdasarkan masalah kesehatan / keperawatan yang dimiliki.
 - c) Instruksi keperawatan yang ditulis secara umum untuk dilaksanakan oleh seluruh keluarga.
 - d) Serangkaian tindakan keperawatan yang harus dilaksanakan untuk menilai ketercapaian tujuan.

11. Kualitas rencana keperawatan keluarga sangat tergantung pada penentuan masalah kesehatan dan keperawatan yang jelas didasarkan pada :
 - a) Rencana tindakan dibuat secara lisan
 - b) Kemampuan dan keterampilan perawat
 - c) Analisa yang menyeluruh tentang masalah keluarga
 - d) Pencapaian tujuan yang ditetapkan secara idealis.

12. Fokus rencana keperawatan keluarga tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) adalah :
 - a). Memfasilitasi hubungan orang tua – bayi .
 - b). Meningkatkan tingkat pendidikan orang tua.
 - c). Memantau setiap kegiatan keluarga.
 - d). Meningkatkan kesejahteraan ekonomi keluarga.

13. Tindakan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) mencakup hal dibawah ini :
 - a) Mendorong untuk meningkatkan status nutrisi dari pasien.
 - b) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat .
 - c) Menstimulasi anggota keluarga meningkatkan pendidikan .
 - d) Mendorong anggota keluarga untuk terlibat dalam setiap tindakan .

14. Tindakan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) dilaksanakan berdasarkan rencana yang telah disusun dengan memperhatikan :
 - a) Jumlah dan usia anggota keluarga.
 - b) Manfaat tindakan perawatan bagi perawat.
 - c) Kemampuan dan kemauan keluarga.
 - d) anggota keluarga yang berperan sebagai pengambil keputusan.

15. Kegagalan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan disebabkan oleh banyak factor diantaranya :
 - a) Informasi yang diperoleh keluarga tidak menyeluruh.
 - b) Perawat lebih mengutamakan kepentingan keluarga.
 - c) Perbedaan tingkat pendidikan antara perawat dan keluarga.
 - d) Tindakan yang dilaksanakan dikaitkan dengan sasaran.

16. Evaluasi keperawatan adalah penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dengan mengacu pada :
- Diagnosis keperawatan.
 - Tujuan yang ingin dicapai.
 - rencana tindakan.
 - Tindakan keperawatan.
17. Hasil asuhan keperawatan keluarga pada tahap perkembangan kelahiran anak pertama (Child-Bearing) dapat diukur melalui :
- Peningkatan status social- ekonomi keluarga.
 - Peningkatan status pengetahuan, perilaku keluarga.
 - Perbaikan keadaan lingkungan fisik keluarga.
 - Peningkatan tingkat pendidikan setiap anggota keluarga.
18. Tujuan pendokumentasian evaluasi asuhan keperawatan keluarga adalah :
- Sebagai dasar penentuan tugas perawat
 - Memberi keterangan tentang rencana keperawatan .
 - Menilai keefektifan tindakan keperawatan.
 - Sebagai dasar dilakukan tindakan keperawatan.

III. SIKAP RESPONDEN TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA.

Petunjuk pengisian :

Beri tanda ceck list (V) pada kolom yang sesuai dengan pendapat Bapak / Ibu .

Contoh:

Proses keperawatan merupakan metode ilmiah yang sistematis untuk melakukan asuhan keperawatan .

SS	S	RR	TS	STS

Keterangan :

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

RR = Ragu-ragu

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

No.	Pernyataan	SS	S	RR	TS	STS
1.	Asuhan keperawatan keluarga tahap Child-Bearing yang saya lakukan terutama ditujukan untuk peningkatan kepegangan melalui pengumpulan angka kredit.					
2.	Menurut saya penggunaan proses perawatan dalam asuhan keperawatan keluarga dapat menunjang peningkatan dan status kesehatan keluarga.					
3.	Perawat perlu mengumpulkan data untuk menentukan status kesehatan keluarga serta bantuan apa yang diperlukan oleh keluarga .					
4.	Pengumpulan data tidak perlu dilakukan terus-menerus cukup sekali saja.					
5.	Membuat diagnosis keperawatan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan citra profesi perawat.					
6.	Saya akan selalu membuat diagnosis keperawatan karena bagi saya sangat berguna untuk keluarga dan pekerjaan saya.					
7.	Rencana keperawatan saya buat dengan memperhatikan kemampuan dan sarana yang dimiliki perawat.					
8.	Bagi saya rencana keperawatan memberikan arah pada kegiatan keperawatan .					
9.	Dalam melaksanakan rencana keperawatan perlu adanya keterlibatan anggota keluarga dan kerja sama lintas program / lintas sektoral.					
10.	Kunjungan rumah sebagai salah satu kegiatan perkesmas tidak diutamakan karena keterbatasan waktu, tenaga, dan sarana.					
11.	Respon keluarga selama dilakukan tindakan merupakan dasar bagi penilaian terhadap rencana keperawatan , apakah rencana diteruskan , dilanjutkan, atau dirubah.					
12.	Evaluasi dapat digunakan untuk menilai penampilan perawat dalam memberikan					

No.	Pernyataan	SS	S	RR	TS	STS
1.	Asuhan keperawatan keluarga tahap Child-Bearing yang saya lakukan terutama ditujukan untuk peningkatan kepegangan melalui pengumpulan angka kredit.					
2.	Menurut saya penggunaan proses perawatan dalam asuhan keperawatan keluarga dapat menunjang peningkatan dan status kesehatan keluarga.					
3.	Perawat perlu mengumpulkan data untuk menentukan status kesehatan keluarga serta bantuan apa yang diperlukan oleh keluarga.					
4.	Pengumpulan data tidak perlu dilakukan terus-menerus cukup sekali saja.					
5.	Membuat diagnosis keperawatan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan citra profesi perawat.					
6.	Saya akan selalu membuat diagnosis keperawatan karena bagi saya sangat berguna untuk keluarga dan pekerjaan saya.					
7.	Rencana keperawatan saya buat dengan memperhatikan kemampuan dan sarana yang dimiliki perawat.					
8.	Bagi saya rencana keperawatan memberikan arah pada kegiatan keperawatan.					
9.	Dalam melaksanakan rencana keperawatan perlu adanya keterlibatan anggota keluarga dan kerja sama lintas program / lintas sektoral.					
10.	Kunjungan rumah sebagai salah satu kegiatan perkesmas tidak diutamakan karena keterbatasan waktu, tenaga, dan sarana.					
11.	Respon keluarga selama dilakukan tindakan merupakan dasar bagi penilaian terhadap rencana keperawatan, apakah rencana diteruskan, dilanjutkan, atau dirubah.					
12.	Evaluasi dapat digunakan untuk menilai penampilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.					

IV. Perilaku responden tentang asuhan keperawatan keperawatan keluarga tahap Child-Bearing.

1. Menetapkan keluarga sasaran yang akan dikunjungi serta menentukan kasus-kasus yang perlu ditindak lanjuti, melalui seleksi kasus di Puskesmas / Puskesmas pembantu berdasarkan kunjungan pasien ke puskesmas dan hasil informasi dari kader sesuai prioritas.
 - Sasaran dari asuhan keluarga adalah keluarga-keluarga rawan atau beresiko timbulnya masalah kesehatan (diantaranya tahap perkembangan kelahiran anak pertama).
2. Membuat jadwal kunjungan.
 - b) Membuat jadwal kunjungan dan nama-nama keluarga yang akan dikunjungi
 - c) Membuat kesepakatan dengan keluarga tentang waktu kunjungan dan kehadiran anggota keluarga pengambil keputusan
3. Melakukan pengkajian tentang riwayat penyakit / kesehatan keluarga dan catatan lain yang ada kaitannya terutama tentang tugas perkembangan keluarga tahap kelahiran anak pertama.
 - a) Data umum dengan mengidentifikasidata demografidan sosio kultural
 - b) Riwayat perkembangan keluarga
 - c) Data lingkungan
 - d) Struktur keluarga
 - e) Fungsi keluarga
 - f) Stress dan strategi koping
 - g) Pengkajian individu sebagai anggota keluarga
4. Membuat diagnosa keperawatan keluarga berdasarkan hasil pengkajian yang meliputi :
 - a) Diagnosa actual
 - b) Diagnosa resiko / ancaman kesehatan
 - c) Diagnosa keadaan sejahtera / wellness
5. Membuat prioritas diagnosa keperawatan berdasar :
 - a) Sifat masalah
 - b) Kemungkinan masalah dapat diubah
 - c) Potensial masalah dapat dicegah
 - d) Menonjolnya masalah.

6. Melakukan tindakan keperawatan keluarga.
 - a) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
 - Memberi informasi.
 - Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.
 - Mendorong sikap dan emosi yang sehat terhadap masalah.
 - b) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
 - Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan
 - Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - Mendiskusikan tentang konsekwensi tiap tindakan.
 - c) Memberi kepercayaan diri dalam merawat keluarga yang sakit dengan cara :
 - Mendemonstrasikan cara perawatan
 - Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - Mengawasi keluarga melakukan perawatan.
 - d) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara :
 - Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga.
 - Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
7. Mengevaluasi setiap tindakan yang telah dilakukan.
8. Membuat catatan semua kegiatan yang dilaksanakan.

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Untuk melihat tingkat reliabilitas dan validitasnya, maka terlebih dahulu dilakukan ujicoba instrumen tersebut pada 15 orang perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan keluarga diluar area penelitian pada tanggal 22-24 Desember 2001 hasil uji coba instrumen penelitian diperoleh nilai korelasi untuk aspek pengetahuan yaitu $r > 0,20$ sebanyak 13 item dan $r < 0,20$ sebanyak 5 item, sedangkan untuk aspek sikap didapatkan 10 item yang memiliki $r > 0,20$ dan 2 item yang memiliki $r < 0,20$. setelah dilakukan perbaikan instrumen penelitian maka keseluruhan item memiliki $r > 0,20$, sehingga dapat dikatakan bahwa seluruh item pada anket dapat mengukur apa yang akan diukur / valid.

Untuk hasil reliabilitas baik aspek pengetahuan maupun aspek sikap memiliki koefisien alpha crambach (α) = 0,70. Dengan demikian alat ukur yang dipakai dalam dalam penelitian ini dianggap reliabel.

1. Validitas Item

Validitas merupakan ukuran yang benar-benar mengukur apa yang akan diukur. Jadi dapat dikatakan semakin tinggi validitas suatu alat tes, maka alat tes tersebut semakin mengenai pada sasarannya atau semakin menunjukkan apa yang seharusnya diukur

Untuk menguji validitas item pada aspek sikap, cara penghitungannya menggunakan korelasi Spearman dengan rumus sebagai berikut :

$$\sum d_i^2 = \sum (R(X_i) - R(Y_i))^2$$

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)} \quad ; \text{ Jika tidak ada data kembar}$$

$$r_s = \frac{\sum X^2 + \sum Y^2 - \sum d_i^2}{\sqrt{\sum x^2 \sum Y^2}} \quad ; \text{ Jika ada data kembar}$$

$$\text{Dimana: } \sum X^2 = \frac{n^3 - n}{12} - \sum_x^T \text{ dan } \sum Y^2 = \frac{n^3 - n}{12} - \sum_y^T \quad (\text{Siegel, 1988})$$

Dengan :

r = Koefisien korelasi

t = Banyaknya observasi yang berangka sama pada suatu rangking tertentu

T = Faktor koreksi

Dengan :

$R(X_i)$ = rank pada X untuk data yang ke-i

$R(Y_i)$ = rang pada Y untuk data yang ke-i

$$d_i = R(X_i) - R(Y_i)$$

$$T_x = \sum \frac{t^3 - t}{12} \quad T_y = \sum \frac{t^3 - t}{12}$$

Untuk memperoleh koefisien korelasi Spearman disini, digunakan software SPSS 7.5.1.

Sedangkan untuk aspek pengetahuan menggunakan rumus poin biserial correlation dengan rumus sebagai berikut :

$$r_{PB} = \left(\frac{X_i - \bar{X}}{\sigma_x} \right) \sqrt{\frac{\rho}{1-\rho}}$$

r = Koefisien korelasi

\bar{X} = Rata-rata pada test untuk semua orang.

\bar{X}_i = Rata-rata pada test hanya untuk orang-orang yang menjawab benar

Pada Item ke-i

σ_x = Standar deviasi pada test.

ρ = Proporsi dari orang yang menjawab benar pada item ke-i.

Hasil Uji Validitas

a. Sikap

No. Item	r_{akhir}	r_{akhir}
1	0.358	0.191
2	0.458	0.458
3	0.686	0.686
4	0.387	0.387
5	0.296	0.185
6	0.404	0.404
7	0.282	0.282
8	0.319	0.319
9	0.376	0.376
10	0.481	0.481
11	0.533	0.533
12	0.561	0.561
13	0.437	0.437
14	0.370	0.370

b. Pengetahuan

No. Item	r_{akhir}	r_{akhir}
1	0.274	0.144
2	0.395	0.395
3	0.405	0.405
4	0.335	0.335
5	0.485	0.485
6	0.417	0.417
7	0.513	0.513
8	0.673	0.673
9	0.433	0.433
10	0.277	0.277
11	0.466	0.446
12	0.277	0.136
13	0.559	0.559
14	0.275	0.142
15	0.274	0.144
16	0.275	0.138
17	0.356	0.356
18	0.558	0.558

II. Realibilitas

Realibilitas artinya adalah tingkat kepercayaan hasil suatu pengukuran. Pengukuran yang memiliki reliabilitas tinggi, yaitu pengukuran yang mampu memberikan hasil ukur terpercaya (reliabel). Realibilitas merupakan salah satu ciri atau katakter utama instrumen pengukuran yang baik.

Realibilitas dapat disebut juga sebagai keterandalan, keajegan, konsistensi, kestabilan dan sebagainya, namun ide pokok dalam konsep realibilitas adalah sejauhmana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya.

Realibilitas dapat diukur dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach* dimana koefisien *Alpha Cronbach* ini merupakan koefisien reliabilitas yang paling umum yang dapat digunakan karena koefisien ini menggambarkan variasi dari item-item baik untuk format benar/salah ataupun bukan.

Rumus koefisien *Alpha Cronbach* :

$$r = \alpha = \frac{N}{N-1} \left(\frac{S^2 - \sum S_i^2}{S^2} \right)$$

dimana :

α = koefisien reliabilitas *Alpha Cronbach*

S^2 = varians skor keseluruhan

S_i^2 = varians masing-masing item.

Menurut *Cronbach (1980)* alat ukur yang baik adalah alat ukur yang memiliki realibilitas dengan koefisen *Alpha Cronbach* (α) 0,70 – 0,90. dan

hasil uji coba instrumen penelitian, baik untuk aspek pengetahuan maupun aspek sikap memiliki koefisien *Alpha Cronbach* (α) = 0,70. Dengan demikian alat ukur yang dipakai dalam penelitian ini cukup reliabel artinya angket tersebut cukup dapat dianggap sebagai suatu alat pengukur yang dapat dipercaya dan cukup dapat diandalkan dan cukup konsisten dalam arti pernyataan tersebut konsisten mengukur aspek yang sama. Atau dengan kata lain responden mempunyai penafsiran yang cenderung seragam terhadap pernyataan yang diberikan.

Hasil Uji Reabilitas**a. Pengetahuan**

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases 15,0 N of Item = 18

Alpha 0,70

b. Sikap

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA) .

Reliability Coefficients

N of Cases 15,0 N of Item = 14

Alpha 0,72



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.I ILMU KEPERAWATAN
Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
Telp. (031) 5012496 - 5014067 Facs : 5022472

Surabaya, 3 Januari 2002

Nomor : 1296 /JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
Mahasiswa PSIK - FK UNAIR

Kepada Yth. :

Bupati Bangkalan

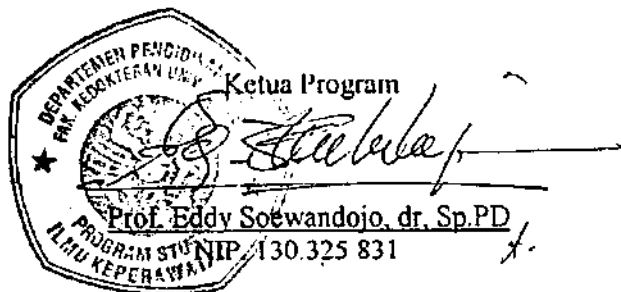
Di -
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : F I T R I A H
NIM : 010030175 B
Judul Penelitian : Pengrtahuan Sikap dan Perilaku Perawat
Terhadap Askeb Keluarga Tahap Perkeboangan
Kelahiran Anak Pertama (Child Bearing)
di Puskesmas Wilker.
Tempat : Puskesmas Wilker Kabupaten Bangkalan

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :

1. Kepala Badan Kesbang
Linmas dan Satpol PP



PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN
BADAN KESBANG LINMAS DAN SATPOL PP
 JL. HALIM PERDANA KUSUMA NO. 08 TEL. (031) 3093423 B A N G K A L A N

SURAT KETERANGAN
UNTUK MELAKUKAN SURVEY / REASERCH
 Nomor : 072/023/443.202/2002

Membaca 1. SuratKetua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Unair tgl. 3 Januari 2002 Nomor 1296/JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002.

Mengingat 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri No. 3 / 1972
 2. Srt.Gub. Prop. Jatim tgl. 17-7-1972 No. Gub. / 187 / 1972

dengan ini menyatakan **TIDAK KEBERATAN** dilakukan survey/research oleh :

Nama penggung jawab : FITRIAH

Ala mat : Jl. Soekarno - Hatta No. 32 Bangkalan.

T hema/acara survey/research : PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU PERAWAT
 DALAM ASKOPKELUARGA TAHAP KELAHIRAN ANAK
 PERTAMA [CHILD BEARING] DI WILKER KABUPATEN
 BANGKALAN.

Daerahtempatdilakukansurvey/research : PUSKESMAS TANJUNG BUMI, KLAMPIS, AROSBAYA,
 BANGKALAN, BLEGA, KAMAL, SOCAH, BURNEH,
 TANAH MERAH, GALIS, .

Lamanya Survey/ research : 2 [Dua] Bulan.

Pengikut/peserta survey/researh : -

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam jangka 1 x 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju, diwajibkan melaporkan kedatanagnya kepada Camat/Kepala Wilayah.
2. Mentaati ketentuan - ketentuan yang berlaku dalam daerah hukum Pemerintah setempat
3. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan, dan kesucilaan serta menghindari pernyataan -pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan yang dapat melukai/ menyinggung perasaan atau menghina agama, bangsa dan negara dari sesuatu golongan penduduk.
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan2 diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagai tersebut diatas.
5. Setelah berakhirnya dilakukan survey/reserch diwajibkan melaporkan terlebih dahulu kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan survey/reserch, sebelum meninggalkan daerah tempat survey/reserch.
6. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai dilakukan survey/reserch diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasil-hasilnya kepada :
 - a. Bupati Bangkalan.
 - b. Kepala Badan Kesbang Linmas & Satpol PP Kabupaten Bangkalan
7. Surat keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata bahwa pemegang surat keterangan ini, tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Bangkalan, 29 Januari 2002

A.N. KEPALA BADAN KESBANG LINMAS & SATPOL PP



TEMBUSAN :

- Yth. 1. Bapak Bupati Bangkalan
 (sebagai Laporan)
2. Sdr. Yang bersangkutan

Kepada Yth.
Bapak/Ibu Perawat
Di Puskesmas
Kabupaten Bangkalan

Dengan Hormat,

Saya mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, sedang mengadakan penelitian tentang **“PENGETAHUAN, SIKAP DAN PRILAKU PERAWAT TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TAHAP PERKEMBANGAN KELAHIRAN ANAK PERTAMA (*CHILD-BEARING*) DI PUSKESMAS WILAYAH KABUPATEN BANGKALAN”** Sebagai bahan masukan untuk perbaikan upaya perawatan kesehatan keluarga di Puskesmas.

Untuk menunjang kelancaran penelitian tersebut, saya sangat mengharapkan bantuan dari bapak/ibu untuk memberikan informasi yang saya butuhkan dengan mengisi angket yang telah disediakan.

Dalam pengisian angket, bapak/ibu tidak perlu mencantumkan nama, ataupun identitas lainnya dan mohon Bapak/ibu mengisi angket ini dengan sejujurnya, karena kerahasiaan data yang Bapak/Ibu berikan akan kami jaga.

Bangkalan, Januari 2002

Penulis,

FITRIAH

LEMBAR KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya mendapat penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, dengan judul **“PENGETAHUAN SIKAP DAN PERILAKU PERAWAT TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA TAHAP PERKEMBANGAN KELAHIRAN ANAK PERTAMA (*CHILD-BEARING*) DI PUSKESMAS WILAYAH KERJA KABUPATEN BANGKALAN”** Maka, saya tidak berkeberatan untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan kesediaan ini saya buat dengan sejujurnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Bangkalan, Januari 2002

Responden