

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah kelompok orang yang terdiri dari beberapa individu yang terikat oleh ikatan pernikahan atau adopsi dengan tujuan untuk menciptakan, memelihara kebudayaan, serta meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional, dan sosial dari masing-masing anggota keluarga (Khrisna, 2019).

Keluarga adalah sebagai sebuah sistem sosial kecil yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi oleh struktur internal maupun eksternalnya (Friedmen, 2010 dalam Wahyuni et al., 2021).

Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dari perawatan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan entry point dalam upaya mencapai kesehatan masyarakat secara optimal. Keluarga juga disebut sebagai sistem sosial karena terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam hal ini, keluarga mempunyai anggota yang terdiri dari ayah, ibu dan anak atau sesama individu yang tinggal di rumah tangga tersebut (Andarmoyo, 2012 dalam Wahyuni et al., 2021).

2. Tipe Keluarga

Tipe keluarga menurut Salamung et al., (2021) terdiri dari 3 yaitu:

- a. Keluarga inti (pasangan suami-istri) adalah keluarga yang terdiri dari pasangan suami istri dan anak-anak, baik yang lahir dari pernikahan, diadopsi, atau keduanya.
- b. Keluarga orientasi (keluarga asal), merupakan unit keluarga dimana seseorang dilahirkan.

- c. Keluarga besar terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang memiliki hubungan darah, yang biasanya terdiri dari anggota keluarga asal atau salah satu dari keluarga inti, seperti kakek, nenek, bibi, paman, keponakan, dan sepupu.

Menurut Zaidin, (2010) terdapat dua jenis tipe keluarga yaitu tradisional dan modern yang diuraikan sebagai berikut:

- a. Keluarga secara tradisional
 - 1) *Nuclear family* atau keluarga inti merupakan keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak.
 - 2) *Dyad family* merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri namun tidak memiliki anak.
- b. Keluarga secara modern (non tradisional) dengan semakin berkembangnya peran individu maka menyebabkan rasa individualisme meningkat sehingga dapat dikelompokkan beberapa tipe keluarga yaitu:
 - 1) *Traditional nuclear*, dimana keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak yang tinggal dalam satu rumah sesuai dengan ikatan hukum dalam perkawinan, salah satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.
 - 2) *Reconstituted nuclear*, yang dimana keluarga baru terbentuk dari pasangan suami-istri yang memiliki anak-anak dari pernikahan sebelumnya atau baru, dan tinggal bersama dalam satu rumah, dengan salah satu atau keduanya bekerja di luar rumah.
 - 3) *Middle age/aging couple*, dimana suami sebagai pencari nafkah dan istri sebagai ibu rumah tangga, sedangkan anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah, menikah, atau bekerja.
 - 4) *Dyadic Nuclear*, dimana pasangan suami-istri tinggal dalam satu rumah tanpa anak, dengan usia pernikahan yang sudah lama dan salah satu atau keduanya bekerja di rumah.
 - 5) *Single parent*, dimana keluarga terdiri dari satu orang tua yang bercerai atau ditinggal mati oleh pasangan, dan anak-anak tinggal bersama dalam atau di luar rumah.

- 6) *Dual carries*, dimana suami dan istri memiliki pekerjaan di luar rumah dan tidak memiliki anak
- 7) *Commuter married*, dimana suami dan istri bekerja di luar rumah dan tidak tinggal dalam satu rumah, tetapi bertemu pada waktu tertentu.
- 8) *Single adult*, dimana laki-laki atau perempuan yang tinggal sendiri tanpa keluarga dan memutuskan untuk tidak menikah.
- 9) *Three generation*, dimana tiga generasi tinggal dalam satu rumah.
- 10) *Institutional*, dimana anak atau orang dewasa tidak tinggal dalam rumah namun di suatu panti.
- 11) *Communal*, dimana dua pasangan atau lebih, yang monogami dan memiliki anak, tinggal bersama dalam satu rumah dan menyediakan fasilitas bersama.
- 12) *Group marriage*, dimana dalam satu perumahan terdiri dari keluarga satu keturunan atau satu orang tua yang setiap anak sudah menikah
- 13) *Unmarried parent and child*, dimana keluarga yang terdiri dari ibu dan anak, ibu tidak ingin melakukan perkawinan namun memiliki anak adopsi
- 14) *Cohabiting couple*, dimana dalam keluarga terdiri dari satu atau dua pasangan yang tinggal namun tidak ada ikatan perkawinan
- 15) *Gay and lesbian family*, dimana keluarga terdiri dari pasangan yang memiliki jenis kelamin yang sama.

3. Fungsi pokok keluarga

Fungsi pokok keluarga menurut Friedman & Bowden, (2010, dalam Salamung et al., 2021) secara umum adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif, yaitu fungsi utama dalam mengajarkan keluarga segala sesuatu dalam mempersiapkan anggota keluarga dapat berinteraksi dengan orang lain.

- b. Fungsi sosialisasi, yaitu fungsi dalam mengembangkan dan mengajarkan anak bagaimana berkehidupan sosial sebelum anak meninggalkan rumah dan berinteraksi dengan orang lain di luar rumah.
 - c. Fungsi reproduksi, yaitu fungsi untuk mempertahankan keturunan atau generasi dan dapat menjaga kelangsungan keluarga.
 - d. Fungsi ekonomi, yaitu keluarga yang berfungsi dalam memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu sehingga meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarga.
 - e. Fungsi perawatan, yaitu fungsi dalam mempertahankan status kesehatan keluarga dan anggota keluarga agar tetap produktif.
4. Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga
- Berdasarkan konsep Duvall dan Miller dalam Salamung et al., (2021), tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 :
- a. Keluarga Baru (*Beginning Family*)

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga dalam tahap ini antara lain yaitu membina hubungan intim yang memuaskan, menetapkan tujuan bersama, membina hubungan dengan keluarga lain, mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB, persiapan menjadi orangtua dan memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua).

b. Keluarga Dengan anak Pertama

Masa ini merupakan transisi menjadi orangtua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain yaitu adaptasi perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan, membagi peran dan tanggung jawab, bimbingan orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak, serta konseling KB post partum 6 minggu.

c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tugas perkembangan dalam tahap ini adalah menyesuaikan kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kontak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya

d. Keluarga dengan anak sekolah (6-13 tahun)

Keluarga dengan anak sekolah mempunyai tugas perkembangan keluarga seperti membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual, dan menyediakan aktivitas anak.

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah pengembangan terhadap remaja, memelihara komunikasi terbuka, mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

f. Keluarga dengan anak dewasa

Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarganya. Keluarga usia pertengahan (middle age family) Tugas perkembangan keluarga pada saat ini yaitu mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial, dan waktu santai, memulihkan hubungan antara generasi muda-tua, serta persiapan masa tua.

g. Keluarga lanjut usia Dalam perkembangan ini keluarga memiliki tugas seperti penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara

hidup, menerima kematian pasangan, dan mempersiapkan kematian, serta melakukan life review masa lalu.

5. Tugas Keluarga

Sesuai dengan fungsi kesehatan dalam keluarga, maka keluarga mempunyai tanggung jawab dalam bidang kesehatan. Menurut Friedman (2003) dalam Wahyuni (2021) membagi tugas keluarga menjadi lima bidang kesehatan.

a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya
Keluarga mampu mengenali perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya, sehingga secara tidak langsung menjadikan mereka sebagai perhatian dan tanggung jawab. Sehingga, keluarga dapat secara tepat mengetahui kapan dan sejauh mana perubahan tersebut terjadi.

b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

Tugas utama keluarga adalah mampu menentukan bagaimana masalah kesehatan dapat diselesaikan. Apabila keluarga menghadapi kendala dalam menyelesaikan permasalahan, mereka akan meminta bantuan dari individu lain yang berada di sekitar mereka.

c. Keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Jika anggota keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit, mereka dapat memberikan pertolongan pertama atau jika masalahnya terlalu serius, segera bawa ke fasilitas kesehatan terdekat untuk tindakan lebih lanjut.

d. Keluarga mampu mempertahankan suasana rumah

Keluarga dapat menjaga suasana di rumah yang bermanfaat bagi anggota keluarga dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan.

e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada
Anggota keluarga memiliki akses ke fasilitas kesehatan ketika anggota keluarga sakit.

B. Konsep Teori ASI Eksklusif

1. Pengertian ASI eksklusif

Air Susu Ibu atau disingkat ASI adalah susu yang diproduksi oleh manusia untuk konsumsi bayi dan merupakan sumber gizi utama bayi yang belum dapat mencerna makanan padat. ASI adalah satu jenis makanan yang mencukupi seluruh unsur kebutuhan bayi baik fisik, psikologis social, maupun spiritual. ASI mengandung nutrisi, hormon, unsur kekebalan pertumbuhan, anti alergi serta anti inflamasi (Nurul et al., 2021).

Berdasarkan peraturan pemerintah No 33 Tahun 2012 tentang pemberian air susu ibu eksklusif, ASI eksklusif adalah ASI untuk bayi dari lahir sampai 6 bulan, tidak ada tambahan dan pengganti makanan atau minuman lain, kecuali vitamin, obat-obatan dan suplemen mineral (Peraturan Pemerintah No 33 Tahun 2012). ASI eksklusif memberikan banyak kontribusi dalam memenuhi asupan gizi bayi dan balita, dampak pada pertumbuhan (Psikomotor, kognitif, sosial) dan daya tahan tubuh (Asmin, E., & Abdullah, M. R, 2021).

Berdasarkan Buku Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui Pada Program ASI eksklusif 2017, ASI eksklusif merupakan nutrisi yang hanya diberikan kepada Bayi dalam bentuk ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, air jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan tim, selama 6 bulan (Mufdlilah, 2017).

Yang perlu dipahami dalam pemberian ASI adalah produksi ASI yang tidak selalu sama setiap harinya; yaitu antara 450 - 1200 ml per hari, sehingga bila dalam 1 hari dirasakan produksinya berkurang, maka belum tentu akan begitu seterusnya. Bahkan pada 1-2 hari kemudian jumlahnya akan melebihi rata-rata sehingga secara kumulatif akan mencukupi kebutuhan bayi (Kemenkes RI, 2022).

Berdasarkan beberapa pendapat diatas, penulis menyimpulkan bahwa ASI eksklusif adalah air susu ibu (ASI) yang diberikan pada bayi usia 0-6 bulan tanpa memberikan makanan tambahan apapun baik buah, sayur

maupun MP-ASI. Namun dalam kondisi tertentu seperti saat bayi sakit, bayi boleh diberikan obat-obatan maupun vitamin berdasarkan petunjuk dari tenaga kesehatan.

2. Manfaat ASI eksklusif

ASI eksklusif memberikan dua manfaat sekaligus yaitu bagi bayi dan ibu. Manfaat ASI eksklusif bagi bayi usia 0 – 6 bulan menurut (Asmin, E., & Abdullah, M. R, 2021). adalah sebagai berikut:

a. ASI sebagai nutrisi

ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. ASI adalah makanan paling sempurna baik kualitas maupun kuantitasnya.

b. ASI meningkatkan daya tahan tubuh

Bayi yang baru lahir secara ilmiah mendapatkan imunoglobulin (zat kekebalan tubuh) dari ibunya melalui ari-ari. Namun, kadar zat ini akan cepat sekali menurun segera setelah bayi lahir.

c. ASI meningkatkan kecerdasan

Sebenarnya alam telah membekali manusia dengan “obat” pencegah gangguan gizi pada periode 0-6 bulan. “Obat” yang dimaksud adalah sebuah formula ajaib yang diberikan Tuhan pada para ibu, yaitu air susu ibu (ASI). Dengan memberikan ASI secara eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan akan menjamin tercapainya pengembangan potensi kecerdasan anak secara optimal. Hal ini karena selain sebagai nutrisi yang ideal, dengan komposisi tepat, serta disesuaikan dengan kebutuhan bayi. ASI juga mengandung nutrisi khusus yang diperlukan otak bayi agar tumbuh optimal.

Sedangkan manfaat ASI bagi Ibu menurut UNICEF (2016) antara lain:

- 1) Mengurangi 6% lebih rendah risiko terkena kanker payudara dan ovarium
- 2) mencegah depresi pasca melahirkan

3) memperlambat *bounding*

3. Komposisi ASI eksklusif

Nutrisi yang terkandung di dalam ASI cukup banyak dan bersifat spesifik pada setiap ibu. Komposisi ASI dapat berubah dan berbeda dari waktu ke waktu disesuaikan dengan kebutuhan bayi sesuai usianya. Kemenkes RI (2022) menjelaskan berdasarkan waktunya, ASI dibedakan menjadi tiga stadium yaitu:

a. Kolostrum (ASI hari 1-7)

Kolostrum merupakan susu pertama keluar, berbentuk cairan kekuningan yang diproduksi beberapa hari setelah kelahiran dan berbeda dengan ASI transisi dan ASI matur. Kolostrum mengandung protein tinggi 8,5%, sedikit karbohidrat 3,5%, lemak 2,5%, garam dan mineral 0,4%, air 85,1%, dan vitamin larut lemak. Kandungan protein kolostrum lebih tinggi, sedangkan kandungan laktosanya lebih rendah dibandingkan ASI matang. Selain itu, kolostrum juga tinggi imunoglobulin A (IgA) sekretorik, laktoferin, leukosit, serta faktor perkembangan seperti faktor pertumbuhan epidermal. Kolostrum juga dapat berfungsi sebagai pencakar yang dapat membersihkan saluran pencernaan bayi baru lahir. Jumlah kolostrum yang diproduksi ibu hanya sekitar 7,4 sendok teh atau 36,23 mL per hari. Pada hari pertama bayi, kapasitas perut bayi \approx 5-7 mL (atau sebesar kelereng kecil), pada hari kedua \approx 12-13 mL, dan pada hari ketiga \approx 22- 27 mL (atau sebesar kelereng besar/gundu). Karenanya, meskipun jumlah kolostrum sedikit tetapi cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi baru lahir.

b. ASI masa transisi (ASI hari 7-14)

ASI ini merupakan transisi dari kolostrum ke ASI matur. Kandungan protein semakin menurun, namun kandungan lemak, laktosa, vitamin larut air, dan volume ASI akan makin meningkat. Peningkatan volume ASI dipengaruhi oleh lamanya menyusui yang kemudian akan digantikan oleh ASI matur.

c. ASI Matur

ASI matur merupakan ASI yang disekresi dari hari ke-14 seterusnya dan komposisinya relatif konstan. ASI matur, dibedakan menjadi dua, yaitu susu awal atau susu primer, dan susu akhir atau susu sekunder. Susu awal adalah ASI yang keluar pada setiap awal menyusui, sedangkan susu akhir adalah ASI yang keluar pada setiap akhir menyusui. Susu awal, menyediakan pemenuhan kebutuhan bayi akan air. Jika bayi memperoleh susu awal dalam jumlah banyak, semua kebutuhan air akan terpenuhi. Susu akhir memiliki lebih banyak lemak daripada susu awal, menyebabkan susu akhir kelihatan lebih putih dibandingkan dengan susu awal. Lemak memberikan banyak energi; oleh karena itu bayi harus diberi kesempatan menyusui lebih lama agar bisa memperoleh susu akhir yang kaya lemak dengan maksimal. Komponen nutrisi ASI berasal dari 3 sumber, beberapa nutrisi berasal dari sintesis di leukosit, beberapa berasal dari makanan, dan beberapa dari bawaan ibu.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif

a. Pengetahuan

Sandy (2018) menjelaskan bahwa pengetahuan ibu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pemberian makanan tambahan pada bayi. Pengetahuan ibu yang masih kurang terhadap manfaat pemberian ASI eksklusif sangat erat kaitannya dengan pemberian makanan tambahan pada bayi usia 0-6 bulan. pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif dapat mempengaruhi ibu dalam memberikan ASI

Eksklusif. Menurut Salamah & Prasetya (2019) bahwa ibu yang memiliki pengetahuan tentang ASI eksklusif yang buruk berpeluang 6 kali gagal dalam pemberian ASI Eksklusif.

b. Tingkat pendidikan

Pendidikan yang tinggi akan membuat seseorang ingin mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa, sebaliknya tingkat pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan dan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Assriyah *et al.*, 2020)

c. Petugas kesehatan

Kurangnya petugas kesehatan dalam memberikan informasi mengenai ASI, sehingga masyarakat kurang mendapat dorongan tentang manfaat pemberian ASI eksklusif (Chaniago, 2020)

d. Kondisi bayi

Kondisi bayi tidak sebagian besar berpengaruh pada bayi, tetapi ada yang terjadi karena faktor kondisi bayi yang mengakibatkan bayi tidak diberikan ASI dan diganti dengan susu formula. dampak dari kondisi bayi yang dengan berat badan lahir rendah dan bayi yang butuh perawatan rumah sakit menyebabkan ibu dan pihak rumah sakit memberikan susu formula kepada bayinya untuk mencukupi kebutuhan bayinya sampai kondisi bayi kembali normal (Ellison *et al.*, 2020)

e. Budaya

Salah satu adat budaya yang masih banyak dilakukan di masyarakat yaitu adat selapanan, dimana bayi diberi sesup bubur dengan alasan untuk melatih alat pencernaan bayi. Padahal hal tersebut tidak benar, namun tetap dilakukan oleh masyarakat karena sudah menjadi adat budaya dalam keluarganya. Disamping itu, ibu dan keluarga perlu dijelaskan mitos-mitos seputar ASI yang dapat menghambat keberhasilan menyusui. Terdapat berbagai mitos seputar ASI dan ibu menyusui yang terdapat di masyarakat, yang sebenarnya merugikan masyarakat (Assriyah *et al.*, 2020).

f. Pemberian MP-ASI

MP-ASI adalah pemberian makanan atau minuman yang mengandung gizi kepada anak untuk memenuhi kebutuhan gizinya. MP-ASI merupakan proses peralihan dari asupan yang berbentuk susu ke makanan yang semi padat. Dalam tahap ini diperlukan gerakan otot anak, karena agar dapat berkembang dan spontan dari menghisap menjadi menelan makanan yang berwujud tidak cair dengan membawa makanan dari lidah bagian depan ke lidah bagian belakang (Chaniago, 2020).

C. Konsep Pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Notoatmodjo, 2010 dalam Martina, 2021).

Pengetahuan adalah suatu istilah yang dipergunakan untuk menuturkan apabila seseorang mengenal tentang sesuatu. Suatu hal yang menjadi pengetahuannya adalah selalu terdiri atas unsur yang mengetahui dan yang diketahui serta kesadaran mengenai hal yang ingin diketahui. Oleh karena itu pengetahuan selalu menuntut adanya subjek yang mempunyai kesadaran untuk mengetahui tentang sesuatu dan objek yang merupakan sesuatu yang dihadapi. Jadi bisa dikatakan pengetahuan adalah hasil tahu manusia terhadap sesuatu, atau segala perbuatan manusia untuk memahami suatu objek tertentu (Surajiyo, 2008 dalam Rachmawati, 2019).

Definisi lain dari pengetahuan (*knowledge*) adalah kumpulan suatu informasi yang dimiliki oleh seseorang setelah melihat (menyaksikan, mengalami), mengenal, dan mengerti melalui mata dan telinga. Pengetahuan di dapat dari pengalaman langsung maupun pengalaman orang lain. Pada dasarnya pengetahuan akan terus bertambah dan bervariasi sesuai dengan proses pengalaman manusia yang dialami (Mubarak, 2011).

Berdasarkan beberapa pendapat di atas, dapat disimpulkan pengetahuan merupakan segala sesuatu yang dilihat, dikenal, dimengerti terhadap suatu objek tertentu yang ditangkap melalui panca indra yakni, indera pendengaran, penglihatan, penciuman, perasaan dan perabaan.

2. Tingkatan pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2014), yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah (Notoatmodjo, 2014).

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atas materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2014).

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau yang lain (Notoatmodjo, 2014).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain (Notoatmodjo, 2014).

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu bentuk kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang baru (Notoatmodjo, 2014).

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2014).

3. Cara memperoleh pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2014) terdapat beberapa cara memperoleh pengetahuan, yaitu:

1) Cara kuno atau non modern

Cara kuno atau tradisional dipakai untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah, atau metode penemuan statistik dan logis. Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini meliputi:

a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak bisa dicoba kemungkinan yang lain.

b) Pengalaman pribadi

Pengalaman merupakan sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

c) Melalui jalan pikiran

Untuk memperoleh pengetahuan serta kebenarannya manusia harus menggunakan jalan pikirannya serta penalarannya. Banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan seperti ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya. Kebiasaan-kebiasaan ini diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak.

2) Cara modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis, dan alamiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah” atau lebih populer disebut metodologi penelitian, yaitu:

a) Metode induktif

Mula-mula mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakatan kemudian hasilnya dikumpulkan astu diklasifikasikan, akhirnya diambil kesimpulan umum.

b) Metode deduktif

Metode yang menerapkan hal-hal yang umum terlebih dahulu untuk seterusnya dihubungkan dengan bagian-bagiannya yang khusus.

4. Kriteria tingkat pengetahuan

Pengetahuan juga dibedakan menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Dinyatakan baik apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 75-100% dari jumlah pertanyaan. Dinyatakan cukup apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan, sedangkan dinyatakan kurang apabila seseorang mampu menjawab dengan benar 40-50% dari jumlah pertanyaan (Arikunto, 2006). Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan melalui pengisian angket atau wawancara tentang materi yang akan diukur pada subjek penelitian atau yang biasa disebut responden (Notoatmodjo, 2012).

D. Konsep Pendidikan Kesehatan Keluarga

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan Keluarga

Pendidikan kesehatan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan taraf kesehatannya. Pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (*literacy*) serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilan (*life skills*) demi kepentingan kesehatannya (Putri, 2018).

Keluarga sebagai konteks dasar masyarakat dimana anggota keluarga belajar tentang perilaku kesehatan, tujuan utama pendidikan kesehatan telah menjadi bagian dari individu masing-masing secara tradisional. Pada saat melakukan implementasi keperawatan keluarga, maka intervensi keperawatan tentang pendidikan kesehatan dibuat untuk meningkatkan dan menjaga kondisi fisik, sosial, emosional dan kesejahteraan spiritual pada unit keluarga dan anggota keluarga Duhamel dalam Potter, Perry & Hall, (2020). Perilaku pendidikan kesehatan perlu ditingkatkan dalam tahap pengembangan keluarga (seperti perawatan prenatal bagi anggota keluarga yang akan melahirkan secara adekuat atau kepatuhan ibu dalam mengikuti imunisasi). Dalam melakukan intervensi keperawatan maka dipastikan

bahwa setiap anggota keluarga mencapai tingkat kesejahteraan yang baik (Potter, Perry & Hall, 2020).

Kekuatan keluarga merupakan salah satu pendekatan yang sesuai dengan tujuan pendidikan kesehatan. Seringkali keluarga tidak memperhatikan sistem dalam keluarga mereka sendiri, bahwa mereka sebagai suatu komponen yang tidak bisa terpisahkan dan bersifat positif. Kekuatan keluarga terdiri dari komunikasi secara jelas, kemampuan beradaptasi, perilaku pengasuhan anak dengan sehat, dukungan dan melibatkan seluruh anggota keluarga, menggunakan masa krisis sebagai tahapan pengembangan, berkomitmen sesama anggota keluarga, rasa kesejahteraan dan keterpaduan, dan spiritualitas Kim, et al dalam Potter, Perry & Hall, (2020). Membantu keluarga untuk fokus pada kekuatan mereka daripada fokus pada masalah atau kelemahan. Contohnya yaitu, pada pasangan yang telah menikah selama 30 tahun dapat melewati berbagai masa krisis dan perubahan, sehingga tampaknya mereka bisa beradaptasi dengan tantangan- tantangan dalam rumah tangga. Dengan merujuk pada program pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kelengkapan yang dibutuhkan. Contohnya, beberapa orang membuka tempat program aktivitas kebugaran yang terjangkau bagi anak-anak usia sekolah untuk menurunkan resiko obesitas.

2. Tujuan Pendidikan kesehatan dalam keluarga

Tujuan pendidikan kesehatan dalam keluarga adalah untuk mengubah perilaku individu dan masyarakat di bidang kesehatan. Tujuan pokok pendidikan kesehatan dengan tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Azwar dalam Machfoedz & Suryani, (2009) menyatakan bahwa tujuan pendidikan kesehatan terdiri dari 3 macam yaitu:

- a. Perilaku yang dapat menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Maka dari itu kader kesehatan harus memiliki tanggung jawab dalam penyuluhan dengan cara mengarahkan kepada masyarakat bahwa hidup sehat harus bisa diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.
- b. Mampu menciptakan perilaku sehat secara mandiri baik bagi dirinya sendiri maupun dalam keluarga atau kelompok. Maka dari itu Pelayanan Kesehatan Dasar (PHC) diarahkan untuk dikelola oleh masyarakat.
- c. Mendorong berkembangnya dan menggunakan sarana pelayanan kesehatan dengan tepat. Karena kadang masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan dengan cara berlebihan, dan sebaliknya masyarakat yang sakit menggunakan fasilitas kesehatan dengan sebagaimana mestinya.

3. Metode pendidikan kesehatan

Metode dapat diklasifikasikan menjadi tiga bagian, yaitu :

- a. Metode penelitian kesehatan individual
- b. Metode penelitian kesehatan kelompok
Sasaran kelompok dibedakan menjadi 3 yaitu :
 - 1) Metode pendidikan kesehatan untuk kelompok kecil
 - 2) Metode pendidikan kesehatan untuk kelompok besar
 - 3) Metode dan teknik pendidikan kesehatan massa.

4. Media Atau Alat Peraga Pendidikan Kesehatan

Alat peraga berdasarkan fungsinya dibagi menjadi empat yaitu :

- a. Media cetak seperti *booklet*, *leaflet*, *flyer*, *flip chart* (lembar balik), poster, dan foto yang mengungkapkan informasi kesehatan.
- b. Media elektronik seperti televisi, radio, video, slide dan film strip.
- c. Media papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi pesan-pesan atau informasi kesehatan, mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng dan ditempel di kendaraan umum.
- d. Media hiburan biasanya dalam bentuk dongeng, sosiodrama, kesenian tradisional dan pameran.

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Dalam Pendidikan Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam pendidikan kesehatan (Rosymida, 2018), yaitu :

- a. Faktor materi atau hal yang dipelajari yang meliputi kurangnya persiapan, kurangnya penguasaan materi yang akan dijelaskan oleh peneliti, penampilan yang kurang meyakinkan responden, dan bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh responden.
- b. Faktor lingkungan, dikelompokkan menjadi dua yaitu :
 - 1) Lingkungan fisik yang terdiri atas suhu, kelembaban, udara dan kondisi tempat belajar.
 - 2) Lingkungan sosial yaitu manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan, lalu lintas, pasar dan sebagainya.
 - 3) Faktor instrumen yang terdiri atas perangkat keras (hardware) seperti perlengkapan belajar alat-alat peraga dan perangkat lunak (software) seperti kurikulum (dalam pendidikan formal), pengajar dan fasilitator belajar, serta metode belajar mengajar.
 - 4) Faktor kondisi individu subjek belajar yang meliputi kondisi fisiologis seperti kondisi pasca indra (terutama pendengaran dan penglihatan) dan kondisi psikologis, misalnya intelegensi, pengamatan, daya tangkap, ingatan, motivasi dan sebagainya.

E. Konsep Media Audio Visual

1. Pengertian Media

Dalam Kristia Dwi Saputri (2021) Kata media berasal dari bahasa latin medium yang berarti perantara atau pengantar. Lebih lanjut, Rahardjo menyebutkan media merupakan sarana penyalur pesan atau informasi belajar yang hendak disampaikan oleh sumber pesan kepada sasaran atau penerima pesan tersebut. Dalam kegiatan belajar mengajar, sumber pesan adalah guru dan penerima pesan adalah murid.

Sedangkan Oemar Hamalik (1986) dalam Kristia Dwi Saputri (2021) mendefinisikan, media sebagai teknik yang digunakan dalam rangka lebih mengefektifkan komunikasi antar guru dan murid dalam proses pendidikan dan pengajaran di sekolah. Media pembelajaran merupakan perantara atau alat untuk memudahkan proses belajar mengajar agar tercapai tujuan pengajaran secara efektif dan efisien. Dengan demikian dapat dipahami bahwa media pembelajaran adalah alat, metodik dan teknik yang digunakan sebagai perantara komunikasi antara seorang guru dan murid dalam rangka lebih mengefektifkan komunikasi dan interaksi dalam proses pendidikan pengajaran di sekolah.

2. Jenis Media

Sementara itu, Oemar Hamalik (1986), Djamarah (2002) dan Sadiman, dkk (1986) dalam Kristia Dwi Saputri (2021) mengelompokkan media ini berdasarkan jenisnya ke dalam beberapa jenis, yaitu :

- a. Media auditif, yaitu media yang hanya mengandalkan kemampuan suara saja, seperti tape *recorder*.
- b. Media visual, yaitu media yang hanya mengandalkan indra penglihatan dalam wujud visual.
- c. Media audiovisual, yaitu media yang mempunyai unsur suara dan unsur gambar. Jenis media ini mempunyai kemampuan yang lebih baik, media ini dibagi ke dalam dua jenis :
 - 1) Audiovisual diam, yang menampilkan suara dan visual diam, seperti film sound slide.
 - 2) Audio Visual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak, seperti film, video cassette dan VCD.

3. Media Audiovisual

a. Pengertian

Media Video Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, video adalah rekaman gambar hidup atau program televisi yang ditayangkan lewat pesawat televisi, atau dengan kata lain video adalah tayangan gambar bergerak yang disertai dengan suara. Video sebenarnya berasal dari bahasa latin, *video-vidi-visum* yang artinya melihat (mempunyai daya penglihatan); dapat melihat. Media video merupakan salah satu jenis media audio visual.

Hasil penelitian Media Kesehatan Masyarakat Indonesia (2021) Berdasarkan data pada penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian intervensi berupa edukasi gizi tentang ASI dengan media video dapat meningkatkan pengetahuan ibu secara signifikan ($p\text{-value} = 0,001$). Hal ini secara tidak langsung dapat dikatakan bahwa pemilihan video sebagai media dalam pendidikan kesehatan serta video yang peneliti gunakan mampu meningkatkan pengetahuan ibu tentang ASI. Sejalan dengan penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Febriyeni dan Aqwa (2020) dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Menggunakan Media Audio Visual terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Menyusui tentang ASI Eksklusif, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rerata pengetahuan responden sebelum intervensi adalah 62,9% dan setelah intervensi meningkat menjadi 87,50%. Penggunaan media audio visual atau video dianggap lebih mampu mencapai tujuan pembelajaran karena mampu menstimulasi indera pendengaran dan penglihatan serta lebih menarik perhatian. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sairaoka dan Supariasa yang menyatakan bahwa seseorang akan mengingat 20% dari apa yang didengar, mengingat 50% dari apa yang dilihat, dan mengingat 80% dari apa yang didengar, dilihat dan langsung dilakukan.

b. Tujuan Menggunakan Media Video

- 1) Fungsi atensi yaitu media video dapat menarik perhatian dan mengarahkan konsentrasi audiens pada materi video
- 2) Fungsi afektif yaitu media video mampu mengunggah emosi dan sikap audiens.
- 3) Fungsi kognitif dapat mempercepat pencapaian tujuan pembelajaran untuk memahami dan mengingat pesan atau informasi yang terkandung dalam gambar atau lambang.
- 4) Fungsi kompensatoris adalah memberikan konteks kepada audiens yang kemampuannya lemah dalam mengorganisasikan dan mmengingat kembali informasi yang telah diperoleh.

c. Kelebihan dan Kekurangan Media Video

Kelebihan media video adalah sebagai berikut (Daryanto, 2011 dalam Kristia Dwi Saputri, 2021):

- 1) Menarik perhatian sasaran
- 2) Sasaran dapat memperoleh informasi dan berbagai sumber
- 3) Menghemat waktu kapan saja
- 4) Keras lemah suara dapat diatur dan disesuaikan bila akan disisipi komentar yang akan didengar
- 5) Penyuluh dapat mengatur dimana penyuluh akan menghentikan gerakan gambar, artinya kontrol sepenuhnya ditangan penyuluh

d. Kekurangan Media Video

Kekurangan Media Video adalah (Daryanto, 2011 dalam Kristia Dwi Saputri, 2021) :

- 1) Kurang mampu dalam menguasai perhatian peserta
- 2) Komunikasi bersifat satu arah
- 3) Dapat bergantung pada energi listrik
- 4) Detail objek yang disampaikan kurang mampu ditampilkan secara sempurna

F. Evidence Based Practice (EBP) Intervensi Pendidikan kesehatan menggunakan Media Video dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang ASI Eksklusif

Video merupakan media edukasi yang materi dan penyerapannya melalui pandangan dan pendengaran sehingga membangun kondisi yang dapat membuat sasaran mampu memperoleh pengetahuan. Pengetahuan yang rendah tentang manfaat dan tujuan pemberian ASI Eksklusif bisa menjadi penyebab kegagalan pemberian ASI Eksklusif pada bayi. Kemungkinan pada saat pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care*), mereka tidak memperoleh penyuluhan intensif tentang ASI Eksklusif, kandungan dan manfaat ASI, teknik menyusui, dan kerugian jika tidak memberikan ASI Eksklusif (Wahyuningsih, 2018). Secara teoritis, pengetahuan atau kesadaran merupakan faktor penentu yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Tanpa mengabaikan faktor lain, kita tahu bahwa pengetahuan yang baik mengenai ASI eksklusif akan berdampak positif terhadap Pemberian ASI eksklusif yang dilakukan ibu. Karena pengetahuan merupakan tahap pertama dalam teori perubahan perilaku, ketika seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya.

Jurnal utama yang diadopsi dalam studi kasus ini yakni dari (Ramadhani et al., 2024) tentang edukasi melalui video meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang asi eksklusif. Penelitian ini terdiri dari tiga langkah, yaitu pada tahap awal peneliti memberikan sebuah *pretest* yang mengukur variabel dependen (pengetahuan), kemudian melakukan perlakuan eksperimen pemberian edukasi video pada subjek setelah itu dilakukan kembali sebuah *posttest* di hari yang ke tiga untuk mengukur variabel dependen dari perlakuan yang dilakukan. Pemberian intervensi dilakukan dengan menggunakan media video dengan durasi 8 menit yang berisikan materi mengenai pengertian ASI, pengertian ASI eksklusif, kandungan pada ASI, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), manfaat IMD, manfaat ASI eksklusif, waktu pemberian ASI, posisi menyusui, pemberian ASI eksklusif pada ibu pekerja, cara menyimpan dan menggunakan ASI perah, upaya meningkatkan produksi ASI, bahaya pemberian susu formula, dukungan lingkungan untuk pencapaian ASI eksklusif.

Hal ini juga sesuai dengan teori menurut Notoatmodjo (2012) dalam Elyasi (2020) bahwa pengetahuan merupakan faktor 52 predisposisi yang menentukan bentuk perilaku seseorang. Gagasan ini juga didukung oleh teori WHO (2019) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan penyebab utama perubahan perilaku seseorang. Pengalaman dan penelitian terbukti jika perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Oleh karena itu, penelitian penelitian ini memberikan hasil yang sama sedikit banyak dipastikan bahwa pengetahuan memiliki keterkaitan atau pengaruh terhadap perubahan perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2012 dalam Elyasi, 2020).

Hasil penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Febriyeni dan Aqwa (2020) dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Menggunakan Media Audio Visual terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Menyusui tentang ASI Eksklusif, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rerata pengetahuan responden sebelum intervensi adalah 62,9% dan setelah intervensi meningkat menjadi 87,50%.

Penggunaan media audio visual atau video dianggap lebih mampu mencapai tujuan pembelajaran karena mampu menstimulasi indera pendengaran dan penglihatan serta lebih menarik perhatian. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sairaoka dan Supriasa yang menyatakan bahwa seseorang akan mengingat 20% dari apa yang didengar, mengingat 50% dari apa yang dilihat, dan mengingat 80% dari apa yang didengar, dilihat dan langsung dilakukan. Menurut Amir et al., (2018) Faktor pertama yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif yang pertama adalah karena kurangnya pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif (83,3%) khususnya ibu berhenti menyusui karena jumlah ASI yang diproduksi tidak mencukupi. Selain itu berdasarkan sejumlah laporan studi tentang permasalahan pemberian ASI Eksklusif menemukan faktor-faktor tidak diberikannya ASI eksklusif pada bayi adalah karena ibu sibuk bekerja, gencarnya periklanan tentang penggunaan susu formula, kurangnya sekresi ASI, persepsi tentang bayi tanpa diberi makanan tambahan akan menjadi

lapar. Hasil penelitian Rachmaniah (2017) juga menyatakan bahwa kegagalan dalam pemberian ASI eksklusif karena tingkat pengetahuan ibu yang rendah.

Pengetahuan ini berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif. Ibu yang mempunyai pengetahuan baik akan melakukan pemberian ASI secara eksklusif kepada bayinya dan sebaliknya pengetahuan ibu yang kurang dapat dipengaruhi oleh promosi atau iklan produk susu formula yang berpengaruh kepada ibu sehingga ibu lebih tertarik untuk membeli susu formula dibandingkan memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya. Hal ini dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tentang ASI maka akan mempengaruhi pola pikir dan sikap seseorang sehingga akan menimbulkan perilaku positif memberikan ASI Eksklusif.

G. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Teoritis

Asuhan keperawatan keluarga dilakukan dalam praktik keperawatan dengan fokus pada anggota keluarga sebagai klien dalam konteks komunitas. Proses keperawatan yang digunakan mengikuti standar keperawatan yang sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab keperawatan. Asuhan keperawatan keluarga adalah kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga (Salamung et al., 2021). Tujuan dari asuhan ini adalah untuk mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga melalui pendekatan proses keperawatan, seperti yang dijelaskan berikut ini.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan (Rohmah & Walid, 2010). Pengkajian keperawatan keluarga adalah tahapan awal yang dilakukan oleh perawat dalam menggali informasi tentang anggota keluarga yang diasuhnya berkaitan dengan kondisi kesehatan anggota keluarga tersebut (Riasmini et al., 2017). Pengkajian dalam keperawatan keluarga adalah mengumpulkan data baik dari klien dalam keluarga maupun anggota keluarga lain yang ada dalam keluarga tersebut.

Pengkajian keperawatan keluarga dilakukan oleh perawat untuk menghimpun data dalam keluarganya terkait dengan individu dalam keluarga maupun anggota keluarga. Pengkajian yang dilakukan oleh perawat pada keluarga bisa menggunakan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan. Menurut Riasmini et al (2017) pengkajian keperawatan dalam keluarga terdiri dari kategori pertanyaan-pertanyaan untuk keluarga dan anggotanya yang meliputi:

a. Data umum/Identitas keluarga

Data umum yang perlu dikaji meliputi nama kepala keluarga, alamat lengkap, identitas agama, latar belakang suku dan budaya, status kelas sosial, komposisi keluarga, tipe keluarga, jarak pelayanan kesehatan terdekat dan alat transportasi.

b. Data kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga

Data kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga yang perlu dikaji adalah nama seluruh anggota keluarga, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan saat ini, status gizi, tanda-tanda vital (TTV), status imunisasi dasar, penggunaan alat bantu/protesa dan status kesehatan keluarga saat ini yang meliputi bagaimana kondisi umumnya dalam kondisi sedang sehat atau sedang sakit, dan riwayat penyakit atau alergi yang dialami oleh anggota keluarga.

c. Data kesehatan lingkungan

Data yang dikaji dan dihimpun dalam pengkajian lingkungan adalah bagaimana karakteristik rumah, tipe rumah, lantai, ventilasi di dalam rumah, saluran limbah, sumber air bersih, tempat pembuangan sampah, dan kepemilikan jamban.

d. Data struktur keluarga

Data yang dihimpun dalam data struktur keluarga meliputi bagaimana pola komunikasi di dalam keluarga, peran dalam keluarga serta nilai atau norma yang dianut dalam keluarga

e. Data riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Data yang dikaji meliputi tahap perkembangan keluarga saat ini yang dapat dinilai dengan melihat anak pertama dalam keluarga tersebut, dan bagaimana tugas dalam tahap perkembangan keluarga tersebut apakah dapat dijalankan atau tidak

f. Data fungsi keluarga

Data fungsi keluarga yang dikumpulkan meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan. Berikut penjelasan mengenai fungsi-fungsi dalam keluarga (Friedman et al., 2014):

1) Fungsi afektif

Fungsi ini merupakan fungsi paling mendasar dan utama dalam keluarga, dalam hal ini apakah masing masing anggota keluarga saling memberikan cinta, kasih sayang dan pengertian satu sama lain, serta kepedulian terhadap kebutuhan sosio emosional masing-masing anggota keluarga.

2) Fungsi sosialisasi

Fungsi ini menjabarkan tentang bagaimana keluarga mengajarkan anggotanya untuk saling bersosialisasi dalam masyarakat, penanaman nilai, tanggung jawab dan kedisiplinan terhadap anggota keluarga.

3) Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi ini menjelaskan tentang bagaimana keluarga menjamin kontinuitas antar generasi dalam masyarakat, hal yang perlu dikaji adalah berapa jumlah anak, mengikuti program keluarga berencana atau tidak, memiliki masalah dengan reproduksi atau tidak.

4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan hal yang penting juga untuk dikaji yang meliputi bagaimana keluarga memenuhi kebutuhan anggota

keluarganya, pekerjaan, penghasilan dan pengeluaran dalam keluarga.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Pada fungsi perawatan kesehatan, hal yang perlu dikumpulkan adalah bagaimana keyakinan keluarga dan upaya keluarga terhadap kesehatan. Pengkajian fungsi perawatan kesehatan juga mencakup pada tugas kesehatan keluarga menurut Friedman et al. (2014) yang meliputi:

a) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Data yang dikumpulkan adalah apakah keluarga mengetahui penyakit yang sedang diderita oleh anggota keluarganya, penyebab, tanda gejala penyakit, dan upaya apa yang akan dilakukan oleh keluarga pada anggota keluarganya yang sakit.

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat

Data yang dikumpulkan adalah bagaimana keluarga membuat keputusan jika ada anggota keluarganya yang sakit, apakah dibawa ke pelayanan kesehatan, pengobatan alternatif, dukun, atau tidak ditangani, dan siapa yang mengambil keputusan untuk tindakan tersebut.

c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Data yang perlu dihimpun adalah apakah keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit, apakah mengerti tentang diet untuk anggota keluarganya, bagaimana tanggung jawab keluarga saat ada anggota keluarganya yang sakit, dan hal-hal yang berkaitan dengan pemberian perawatan anggota keluarga yang mengalami sakit.

d) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat

Data yang perlu dikumpulkan adalah bagaimana keluarga dapat mengatur kondisi rumah tetap keadaan nyaman, sehat bagi anggota keluarga yang lain, menunjang kesehatan anggota keluarga, alat-alat dan perabotan di dalam rumah, menjaga

kebersihan rumah, dan bagaimana keharmonisan masing-masing anggota keluarga dalam menciptakan lingkungan psikologis yang nyaman bagi anggota keluarga terutama yang sedang mengalami sakit.

- e) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Data yang perlu dikumpulkan antara lain apakah keluarga sudah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di sekitarnya dan yang mudah dijangkau, misalnya Ponkesdes, Posyandu, Puskesmas pembantu dan lain sebagainya, bagaimana sumber pembiayaan yang digunakan oleh keluarga dalam upaya perawatan kesehatan, dan memiliki jaminan kesehatan atau tidak.

- g. Data koping keluarga

Komponen yang juga dikumpulkan dalam pengkajian keluarga adalah data tentang koping keluarga yang meliputi apakah ada stressor yang dihadapi oleh keluarga yang berkaitan dengan masalah dalam keluarga misalnya masalah ekonomi, sosial dan lain sebagainya, serta apakah keluarga dapat menghadapi stressor tersebut dengan koping yang adaptif atau maladaptif.

Perawat dalam melakukan pengkajian data-data dalam keluarga, juga melakukan pengkajian tingkat kemandirian dalam keluarga. Adapun tingkat kemandirian keluarga dapat dilihat dari tujuh kriteria berikut ini (Friedman et al., 2014):

- 1) Kriteria 1: Keluarga menerima perawat
- 2) Kriteria 2: Keluarga menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
- 3) Kriteria 3: Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar
- 4) Kriteria 4: Keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran
- 5) Kriteria 5: Keluarga melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran

- 6) Kriteria 6: Keluarga melakukan tindakan pencegahan secara aktif
- 7) Kriteria 7: Keluarga melakukan tindakan promotif secara aktif

Interpretasi dalam penilaian tingkat kemandirian keluarga adalah sebagai berikut: Kemandirian tingkat I apabila memenuhi kriteria 1 dan 2; Kemandirian tingkat II apabila keluarga memenuhi kriteria 1 sampai dengan 5; Kemandirian tingkat III apabila keluarga memenuhi kriteria 1 sampai dengan 6; Kemandirian tingkat IV apabila keluarga memenuhi kriteria 1 sampai dengan 7.

2. Analisa Data

Setelah perawat melakukan pengkajian pada keluarga, maka langkah selanjutnya adalah melakukan analisis data yang dikategorikan/dikelompokkan sesuai dengan masalah yang didapatkan oleh perawat. Analisis data yang disajikan dalam tabel yang terdiri dari tiga kolom, yang meliputi tanda gejala, kemungkinan penyebab/etiologi, dan masalah keperawatan, data dikelompokkan berdasarkan data subyektif dan data objektif. Pada etiologi adalah diambil salah satu dari lima tugas kesehatan keluarga, dan pada kolom masalah dituliskan diagnosis yang sesuai berdasarkan data yang telah didapatkan oleh perawat. Analisis data adalah tahap akhir dalam proses pengkajian.

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu, kelompok atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Perumusan dengan diagnosa berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data pengkajian fungsi perawatan keluarga (Gusti, 2013). Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga aktual (terjadi defisit atau gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan), dan keadaan sejahtera (*wellness*). Penulisan diagnosa keperawatan keluarga :

- a. Diagnosa aktual adalah masalah keperawatan yang sedang dialami keluarga dan memerlukan bantuan dari perawat dengan cepat.
- b. Diagnosa resiko tinggi adalah masalah keperawatan yang belum terjadi, tetapi tanda untuk menjadi masalah keperawatan aktual terjadi cepat apabila tidak segera mendapat bantuan perawat.
- c. Diagnosa potensial adalah suatu keadaan sejahtera dari keluarga ketika keluarga telah mampu memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mempunyai sumber penunjang kesehatan yang memungkinkan dapat ditingkatkan (Gusti, 2013).

a. Prioritas Masalah

Setelah menentukan masalah atau diagnosa keperawatan, langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah kesehatan dan keperawatan keluarga. Masalah perlu diprioritaskan karena pertimbangan sebagai berikut:

- a. Masalah keperawatan keluarga yang dijumpai lebih dari satu
- b. Sumber daya yang dimiliki keluarga dan komunitas terbatas
- c. Keterbatasan IPTEK keperawatan yang dikuasai perawat keluarga
- d. Berat dan menonjolnya masalah yang dirasakan oleh keluarga berbeda-beda
- e. Waktu yang dimiliki terbatas
- f. Mengatasi masalah prioritas dapat mengatasi masalah lain yang ditimbulkan akibat masalah inti tersebut.

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/kurang sehat
 - c) potensial

- 2) Kemungkinan masalah dapat diubah adalah kemungkinan berhasilnya mengurangi masalah keperawatan atau mencegah masalah bila ada tindakan tertentu.
- 3) Potensi masalah untuk dicegah adalah sifat dan beratnya masalah keperawatan yang akan terjadi bila dikurangi atau dicegah.
- 4) Menonjolnya masalah adalah cara keluarga memandang dan menilai masalah keperawatan berkaitan dengan berat dan mendesaknya untuk segera diatasi.

Tabel 2.1 Skala untuk menentukan prioritas asuhan keperawatan keluarga

No	Kriteria	Skor	Bobot
1.	Sifat masalah		1
	a. Ancaman Kesehatan	2	
	b. Kurang Sehat	3	
	c. Potensial	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	a. Dengan Mudah	2	
	b. Hanya Sebagian	1	
	c. Tidak Dapat	0	
3.	Potensi masalah untuk dicegah		1
	a. Tinggi	3	
	b. Cukup	2	
	c. Rendah	1	
4.	Menonjolnya masalah		1
	a. masalah berat dan harus segera diatasi	2	
	b. masalah dirasakan, tetapi tidak perlu segera diatasi	1	
	c. masalah tidak dirasakan	0	

Sumber: Bailon dan Maglaya (1978) dalam Harnilawati (2013)

a. Scoring

Perhitungan nilai adalah skor yang diperoleh sesuai dengan kriteria dibagi angka tertinggi dalam skor dikalikan bobot.

$\text{Skor (total nilai sesuai kriteria)} \times \text{Bobot} = \text{Nilai tertinggi}$ 5 (Bobot total)
--

4. Perencanaan

Perencanaan adalah kesimpulan dari tindakan yang dilakukan perawat untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah didefinisikan (Bailon & Maglaya, 1989) dalam Salamung et al., (2021):

Ciri-ciri perencanaan keperawatan keluarga adalah :

- a. Berpusat pada tindakan-tindakan yang dapat memecahkan atau meringankan masalah yang telah dihadapi.
- b. Merupakan hasil suatu proses yang sistematis dan telah dipelajari dari pikiran logis.
- c. Rencana keperawatan keluarga berhubungan dengan masa yang akan datang.
- d. Berkaitan dengan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah didefinisikan.
- e. Rencana keperawatn merupakan cara untuk mencapai tujuan.
- f. Merupakan suatu yang berlangsung secara terus-menerus

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan				
		Tujuan (SLKI)		Kriteria Evaluasi		Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1.	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan yang ditandai dengan: DS:</p> <p>1. Klien mengatakan tidak mengetahui manfaat ASI pada anaknya.</p> <p>DO:</p> <p>1. Klien tampak memberikan makanan selain ASI kepada anaknya</p>	<p>Tingkat pengetahuan meningkat [L.12111]</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan dalam waktu 3 hari diharapkan keluarga mampu mengenal masalah keperawatan ASI eksklusif pada Ny, x di keluarga Tn. x dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 	<p>Setelah dilakukan kunjungan 3x50 menit keluarga mampu mengenal masalah kesehatan dengan kriteria hasil:</p> <p>TUK 1: Mampu mengetahui ASI eksklusif dan Manfaatnya bagi anak</p> <p>TUK 2: Mampu melakukan pemberian ASI eksklusif dengan benar tanpa</p>	<p>Verbal</p> <p>Psikomotor</p>	<p>Keluarga mampu menjelaskan pengertian ASI eksklusif dan manfaatnya</p> <p>Keluarga mampu memberikan ASI eksklusif saja pada anaknya tanpa tambahan MPASI</p>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan				
		Tujuan (SLKI)		Kriteria Evaluasi		Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	makanan tambahan lainnya (MP ASI)			<p>mempengaruhi Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
	<p>Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua [SDKI D.0122] berhubungan dengan Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat</p> <p>Ditandai dengan : DS: 1. Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan peran menjadi orang tua</p> <p>DO:</p>	<p>Peran menjadi orang tua membaik [L.13120]</p> <p>Setelah dilakukan kunjungan dalam waktu 3 hari diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat dengan kriteria hasil:</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka peran menjadi orang tua membaik, dengan kriteria hasil: 1. Bounding attachment meningkat</p>	<p>Setelah dilakukan kunjungan 3x50 menit keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat dengan kriteria hasil:</p> <p>TUK 1: Mampu membuat keputusan mengenai perawatan bagi anaknya</p>	Verbal	<p>Keluarga mampu menjelaskan tindakan apa yang harus dilakukan jika anaknya sakit</p>	<p>Promosi Antisipasi Keluarga (I.12466) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemungkinan krisis situasi atau masalah perkembangan serta dampaknya pada kehidupan pasien dan keluarga Identifikasi metode pemecahan masalah yang sering digunakan keluarga <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi dalam memutuskan strategi pemecahan

Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan				
		Tujuan (SLKI)		Kriteria Evaluasi		Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
	2. Tampak adanya dukungan emosi dan pengertian pada anak atau anggota keluarga	2. Perilaku positif menjadi orang tua meningkat 3. Interaksi perawatan bayi meningkat	TUK 2: Mampu melakukan perawatan kepada anaknya	Psikomotor	Keluarga mampu memberikan perawatan kepada anaknya Edukasi 1. Jelaskan perkembangan dan perilaku yang normal pada keluarga Kolaborasi • Kerjasama dengan tenaga Kesehatan terkait lainnya, jika perlu	

4. Implementasi

Implementasi pada keperawatan keluarga dapat dilakukan pada individu dalam keluarga serta juga pada anggota keluarga yang lainnya, implementasi yang diterapkan pada individu (Riasmini et al., 2017) meliputi hal-hal berikut:

- a. Tindakan keperawatan secara langsung
- b. Tindakan yang bersifat kolaboratif dan pengobatan pengobatan dasar
- c. Tindakan observasional
- d. Tindakan promosi kesehatan

Implementasi yang ditujukan pelaksanaannya pada keluarga meliputi:

1. Meningkatkan kesadaran keluarga terhadap masalah kesehatan yang sedang dialami oleh anggota keluarganya.
2. Memberikan bantuan pada keluarga untuk dapat mengambil keputusan yang tepat dalam tindakan untuk anggota keluarganya, serta mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan.
3. Mempercayakan pada keluarga akan kemampuan dalam merawat anggota keluarganya yang sakit dengan cara mengajarkan cara melakukan perawatan, menggunakan peralatan yang ada di rumah, dan memanfaatkan fasilitas yang tersedia.
4. Memberikan bantuan pada keluarga untuk membuat lingkungannya menjadi nyaman dan representatif serta sehat untuk anggota keluarganya dan melakukan perubahan yang seoptimal mungkin
5. Memberikan motivasi kepada keluarga untuk memanfaatkan dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di lingkungan sekitarnya.

5. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun dan telah diimplementasikan kepada klien dan keluarganya. Apabila belum atau tidak berhasil, maka perawat harus memikirkan dan memodifikasi tindakan keperawatan yang akan diberikan pada klien ataupun keluarganya. Semua rencana tindakan yang telah disusun tidak mungkin dapat diberikan dalam satu kali kunjungan oleh perawat, untuk itu dapat dilakukan bertahap sesuai dengan kesepakatan kunjungan yang telah dibuat antara klien, keluarga dan perawat (Riasmini et al., 2017). Kegiatan dalam evaluasi yang dilakukan oleh perawat meliputi mengevaluasi kemajuan status kesehatan klien dalam konteks keluarga, membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah keperawatan dan kemajuan tujuan yang telah disusun bersama dengan perawat dan keluarga (Riasmini et al., 2017).