

BAB II

KONSEP TEORI

A. Konsep Dasar Authis

1. Definisi

Menurut Sutadi (Sari & Rahmasari, 2022) *autisme* sebenarnya adalah suatu gangguan perkembangan *neurobiologist* yang luas atau berat. Terdapat banyak faktor penyebab seseorang terkena autis. Kemungkinan besar dapat disebabkan karena adanya kerentanan genetik, kemudian dipicu oleh faktor-faktor lingkungan yang *multifaktor*, seperti infeksi (*rubella, cytomegalovirus*) saat orang tua masih mengandung anak tersebut, bahan-bahan kimia (pewarna makanan, pengawet makanan, perasa makanan dan berbagai *food additives* lainnya) serta polutan seperti timbal, timah hitam atau air raksa dari ikan yang tercemar merkuri sebagai bahan pengawet vaksin.

Menurut (Rahayu, 2015) *Autisme* didefinisikan sebagai suatu gangguan yang mempengaruhi perkembangan dan bersifat kompleks menyangkut aktivitas imajinasi, komunikasi dan, interaksi sosial. Gejalanya dapat terlihat ketika anak sebelum berumur 3 tahun. Anak penyandang autis mempunyai berbagai masalah yang mengganggu dalam berbagai bidang, antara lain dalam bidang interaksi sosial, komunikasi, pola bermain, gangguan *sensoris*, perilaku, dan emosi.

Autisme menurut istilah ilmiah kedokteran dapat didefinisikan juga sebagai *psikiatri* dan *psikologi* termasuk gangguan *pervasive (pervasive developmental disorders)* atau secara bahasa adalah ditandai dengan distorsi perkembangan fungsi psikologis dasar majemuk yang meliputi perkembangan ketrampilan social dan berbahasa, seperti perhatian, persepsi, daya nilai terhadap realitas, dan gerakan-gerakan motorik sumber

Kesimpulan yang bisa dilihat dari beberapa jurnal dan menurut para ahli yang sudah membicarakan banyak mengetahui pengertian autis yaitu suatu gejala atau gangguan yang ada pada diri manusia, ada beberapa faktor yang menyebabkan manusia terkena autis yaitu seperti penggunaan bahan pengawet yang berlebihan atau bahan kimia lainnya.

2. Klasifikasi

Menurut (Muhathir et al., 2022) klasifikasi pada anak autisme dapat dibedakan menjadi 3 jenis, yaitu *autism spectrum disorder (ASD)*, *asperger syndrome*, *pervasive developmental disorder not otherwise 9 specified (PDD-NOS)*.

Anak autisme yang termasuk dalam kategori ASD memiliki ciri khusus yaitu tidak bisa diam dan banyak bertingkah, serta sering menjahili teman sekitarnya. *Asperger syndrome* cukup sulit dalam berinteraksi dengan lingkungannya, namun jika diajak berbicara secara perlahan maka mereka akan memahami apa yang ingin orang lain sampaikan kepadanya. Dan yang ketiga ialah PPD-NOS, mampu melakukan kontak mata dengan baik (tidak takut) namun kesulitan dalam berinteraksi serta berbicara (Rahayu, 2015).

Autisme juga dapat dibagi menjadi 3 bagian sesuai tanda dan gejalanya menurut *Chilhood Autism Rating Scale (CARS)* ialah autisme ringan, autisme sedang, dan autisme berat. Autisme ringan memiliki tanda seperti mampu menatap lawan berbicara meskipun hanya sesekali dan sebentar, sedikit memberi respon, dan susah dalam berinteraksi. Autisme sedang memiliki tanda mulai muncul sikap menyerang (agresif), berani menyakiti diri sendiri ketika merasa tertekan, dan adanya gerakan berulang tetapi masih bisa dikendalikan dengan bantuan orang lain. Autisme berat memiliki tanda menyakiti diri sendiri maupun sekitar dengan cara yang lebih berat seperti memukul kepala dengan tangan berulang kali meskipun sudah ditenangkan oleh beberapa orang, anak

autisme kategori berat akan berhenti sendiri ketika mereka sudah merasakan lelah dan akan tertidur (Sumarni & Muslim, 2022).

Klasifikasi Autisme Berdasarkan Kondisi Sensorik dan Vestibula (Sumarni & Muslim, 2022)

Table 2.1

klasifikasi autisme

Sistem Indera	Sensivitas	
	Hiposensitif	Hipersensitif
Vestibula	Hiperaktif untuk mendapatkan input sensoris, suka mainan yang bergerak, kesulitan untuk diam.	Kesulitan mengatur gerakan, lemah dalam olahraga, mudah terjatuh (tidak seimbang), takut dengan gerakan cepat, lebih pendiam.
Sensorik	Suka menahan rasa sakit, menggenggam atau memegang orang lain dengan cukup kuat, sering melukai diri sendiri.	Kurang menyukai sentuhan, menyukai beberapa jenis baju atau benda yang akan dikenakan.

Klasifikasi autisme dapat didasarkan melalui keadaan sensorik dan vestibularnya, sehingga terklasifikasi menjadi 2 bagian yaitu hipersensitif dan hiposensitif.

3. Etiologi

Menurut (Lewis et al., 2015; Kurniawan et al., 2019) *Autismem* merupakan gangguan otak dan syaraf yang ditandai dengan keterbatasan dalam interaksi sosial, perkembangan bahasa, komunikasi

verbal dan nonverbal, serta melakukan kegiatan tertentu yang berulang dimulai saat anak-anak hingga seumur hidup

Faktor etiologi yang mempengaruhi keadaan *autisme* dibagi menjadi dua yaitu genetik dan lingkungan yaitu :

- a. Faktor genetik seperti mutasi gen, penghapusan gen, varian jumlah salinan (**CNV**), *anomali genetik* dan *autisme* memiliki faktor resiko tiga kali lebih besar terjadi pada anak laki-laki di bandingkan perempuan berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap keluarga dan saudara kembar yang memiliki keterkaitan genetik dengan anak *autisme* (Lai et al., 2017; Velinov, 2019).
- b. Faktor lain risiko *autisme* disebabkan lingkungan yaitu infeksi virus **TORCH** (*Tokso*, *Other disease*, *Rubella*, *Cytomegalovirus*, *Herpes Simplex virus*) pada ibu hamil trimester pertama. Autisme bisa terjadi akibat menghirup udara beracun, mengonsumsi makanan yang berbahaya kimia, serta pendarahan dalam masa kehamilan. (Newsletter, 2017)

4. Patofisiologi

Menurut (Winarno, F., 2013) *autisme* disebabkan oleh beberapa faktor yaitu bahan pangan (perasa, perwarna dan pengawet), genetik, infeksi (virus *rubella* yang menginfeksi jamur dalam kandungan yang menyebabkan *cytomegallo*) dan polusi (Pb dalam asap kendaraan, merkuri pada ikan laut).

Menurut penelitian (Winarno, F., 2013), penyebab autis dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal yaitu :

- a. Faktor Internal
 - 1) Faktor psikologis
 - 2) Neurobiologis
 - 3) Faktor genetik
 - 4) Perinatal

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal berasal dari lingkungan yaitu kontaminasi bahan kimia beracun dan logam berat berikut ini

- 1) Merkuri (Hg)
- 2) Timbal
- 3) Kadmium (Cd)
- 4) Arsenik (As) Alu
- 5) Minium (Al)

5. Manifestasi klinis

Menurut (Winarno, F., 2013) , manifestasi klinis pada anak autis dapat diatasi dalam berbagai langkah yaitu melalui pengobatan medis terapi psikologis tatalaksana perilaku dan pengaturan terapi diet gajala-gejala yang meliputi:

- a. Gejala dalam bidang komunikasi verbal dan nonverbal
 - 1) Bicara lambat
 - 2) Bicara tidak dipakai untuk komunikasi
 - 3) Banyak meniru atau membeo
 - 4) Bicara melantur sulit dimengerti orang lain
- b. Gejala dalam bidang interaksi sosial
 - 1) Tidak mau untuk bertatap mata
 - 2) Apatis
 - 3) Sulit melakukan interaksi dengan orang lain
 - 4) Tidak bisa di ajak bermain
- c. Gejala dalam bidang perasaan dan emosi
 - 1) Kadang tertawa sendiri, menangis, atau marah tanpa sebab
 - 2) Sering mengamuk tidak terkendali (agresif)
- d. Gejala dalam persepsi sensori
 - 1) Tidak menyukai rabaan atau pelukan
 - 2) Mencium atau menggigit benda apa saja

- 3) Bila mendengar suara tertentu, maka langsung menutup telinga
- e. Gejala dalam bidang Metabolisme
 - 1) Diare atau sembelit yang susah diatur
 - 2) Sakit bagian perut
 - 3) Kembung, buang air besar yang berbau busuk dan berwarna lebih muda
 - d. Kesulitan tidur karena saluran usus mengalami gangguan sepanjang malam akibat asam lambung naik

6. Komplikasi

Beberapa anak autis tumbuh dengan menjalani kehidupan normal atau mendekati normal. Anak dengan keunduran kemampuan bahasa di awal kehidupan biasanya sebelum usia 3 tahun, mempunyai resiko epilepsi atau aktivitas kejang otak. Selama masa remaja, beberapa anak dengan autisme dapat menjadi depresi atau mengalami masalah perilaku.

Beberapa komplikasi yang dapat muncul pada penderita autis antara lain (Sari & Rahmasari, 2022) adalah :

a. Masalah sensorik

Pasien dengan autis dapat sangat sensitif terhadap input sensorik. Sensasi biasanya dapat menimbulkan ketidaknyamanan emosi, kadang-kadang pasien autis tidak berespon terhadap beberapa sensasi yang ekstrim, antara lain panas, dingin dan nyeri

b. Kejang

Kejang merupakan komponen yang umum bagi autisme kejang biasanya dimulai pada anak autis muda atau remaja

c. Masalah kesehatan mental

Menurut *national autistic society*, orang dengan ASD rentan terhadap depresi, kecemasan, perilaku implusif, dan perubahan suasana hati

d. *Tuberous sclerosis*

Gangguan langka ini menyebabkan tumor jinak di organ, termasuk otak. Hubungan antara *sclerosis tuberosa* dan autisme tidak jelas.

Namun tingkat autisme jauh lebih tinggi di antara anak – anak dengan *tuberous sclerosis* di bandingkan mereka yang tanpa kondisi tersebut

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Mukrimaa et al., 2016) pada autisme harus secara terpadu, meliputi semua disiplin ilmu yang terkait: tenaga medis (psikiater, dokter anak, neurolog, dokter rehabilitasi medik) dan non medis (tenaga pendidik, psikolog, ahli terapi bicara/okupasi/fisik, pekerja sosial). Tujuan terapi pada autis adalah untuk mengurangi masalah perilaku dan meningkatkan kemampuan belajar dan perkembangannya terutama dalam penguasaan bahasa. Dengan deteksi sedini mungkin dan dilakukan manajemen multidisiplin yang sesuai yang tepat waktu, diharapkan dapat tercapai hasil yang optimal dari perkembangan anak dengan autisme.

Manajemen multidisiplin dapat dibagi menjadi dua yaitu non medikamentosa dan medika mentosa.

a. Non medikamentosa

1) Terapi edukasi

Intervensi dalam bentuk pelatihan keterampilan sosial, keterampilan sehari-hari agar anak menjadi mandiri. Tedapat berbagai metode pengajaran antara lain metode TEACHC (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*) metode ini merupakan suatu program yang sangat terstruktur yang mengintegrasikan metode klasikal yang individual, metode pengajaran yang sistematik terjadwal dan dalam ruang kelas yang ditata khusus

2) Terapi perilaku

Intervensi terapi perilaku sangat diperlukan pada autisme. Apapun metodenya sebaiknya harus sesegera mungkin dan seintensif mungkin yang dilakukan terpadu dengan terapi-terapi lain. Metode

yang banyak dipakai adalah ABA (Applied Behaviour Analisis) dimana keberhasilannya sangat tergantung dari usia saat terapi itu dilakukan (terbaik sekitar usia 2 – 5 tahun).

3) Terapi wicara

Intervensi dalam bentuk terapi wicara sangat perlu dilakukan, mengingat tidak semua individu dengan autisme dapat berkomunikasi secara verbal. Terapi ini harus diberikan sejak dini dan dengan intensif dengan terapi-terapi yang lain.

4) Terapi okupasi/fisik

Intervensi ini dilakukan agar individu dengan autisme dapat melakukan gerakan, memegang, menulis, melompat dengan terkontrol dan teratur sesuai kebutuhan saat itu.

5) Sensori integrasi

Adalah pengorganisasian informasi semua sensori yang ada (gerakan, sentuhan, penciuman, pengecapan, penglihatan, pendengaran) untuk menghasilkan respon yang bermakna. Melalui semua indera yang ada otak menerima informasi mengenai kondisi fisik dan lingkungan sekitarnya, sehingga diharapkan semua gangguan akan dapat teratasi.

6) AIT (Auditory Integration Training)

Pada intervensi autisme, awalnya ditentukan suara yang mengganggu pendengaran dengan audimeter. Lalu diikuti dengan seri terapi yang mendengarkan suara-suara yang direkam, tapi tidak disertai dengan suara yang menyakitkan. Selanjutnya dilakukan desensitasi terhadap suara-suara yang menyakitkan tersebut.

7) Intervensi keluarga

Pada dasarnya anak hidup dalam keluarga, perlu bantuan keluarga baik perlindungan, pengasuhan, pendidikan, maupun dorongan

untuk dapat tercapainya perkembangan yang optimal dari seorang anak, mandiri dan dapat bersosialisasi dengan lingkungannya. Untuk itu diperlukan keluarga yang dapat berinteraksi satu sama lain (antar anggota keluarga) dan saling mendukung

b. Medikamentosa

Individu yang destruktif seringkali menimbulkan suasana yang tegang bagi lingkungan pengasuh, saudara kandung dan guru atau terapisnya. Kondisi ini seringkali memerlukan medikasi dengan medikamentosa yang mempunyai potensi untuk mengatasi hal ini dan sebaiknya diberikan bersama-sama dengan intervensi edukational, perilaku dan sosial

a. Jika perilaku destruktif yang menjadi target terapi, manajemen terbaik adalah dengan dosis rendah antipsikotik/neuroleptik tapi dapat juga dengan agonis alfa adrenergik dan antagonis reseptor beta sebagai alternatif

1) Neuroleptik

- a) Neuroleptik tipikal potensi rendah-thioridazin-dapat menurunkan agresifitas dan agitasi
- b) Neuroleptik tipikal potensi tinggi-haloperidol-dapat menurunkan agresifitas, hiperaktifitas, iritabilitas dan stereotipik
- c) Neuroleptik atipikal-risperidon-akan tampak perbaikan dalam hubungan sosial, atensi dan absesif

2) Agonis reseptor alfa adrenergic

- a) Klonidin, dilaporkan dapat menurunkan agresifitas, impulsifitas dan hiperaktifitas.

3) Beta adrenergic blocker

- a) Propanolol dipakai dalam mengatasi agresifitas terutama yang disertai dengan agitasi dan anxietas.

b. Jika perilaku repetitif

Menjadi target terapi neuroleptik (risperidon) dan ssri dapat dipakai untuk mengatasi perilaku stereotipik seperti melukai diri sendiri, resisten terhadap perubahan hal-hal rutin dan ritual obsesif dengan anxietas tinggi.

c. Jika inatensi menjadi target terapi

Methylphenidat (ritalin, concerta) dapat meningkatkan atensi dan mengurangi destruksibilitas.

d. Jika insomnia menjadi target terapi

Dyphenhidramine (benadryl) dan neuroleptik (tioridazin) dapat mengatasi keluhan ini.

e. Jika gangguan metabolisme menjadi problem utama

Gangguan metabolisme yang sering terjadi meliputi gangguan pencernaan, alergi makanan, gangguan kekebalan tubuh, keracunan logam berat yang terjadi akibat ketidak mampuan anak-anak ini untuk membuang racun dari dalam tubuhnya. Intervensi biomedis dilakukan setelah hasil tes laboratorium diperoleh. Semua gangguan metabolisme yang ada diperbaiki dengan obat-obatan maupun pengaturan diet.

B. Konsep keluarga

1. Defisi keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana inividu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Aminullah, 2019).

Menurut Duval, keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan,adopsi,kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan upaya yang umum,meningkatkan perkembangan fisik mental, emosional dan sosial dari tiap anggota keluarga (Aminullah, 2019).

Menurut Helvie, keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah,hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga,berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Aminullah, 2019).

Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan melalui ikatan perkawinan,darah,adopsi serta tinggal dalam satu rumah.

2. **Fungsi keluarga**

Fungsi keluarga menurut Friedman (2003) dalam (Aminullah, 2019) sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif dan coping; dimana keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas, dan mempertahankan saat terjadi stres.
- b. Fungsi sosialisasi; keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme coping, memberikan feedback dan saran dalam penyelesaian masalah.
- c. Fungsi reproduksi; dimana keluarga melanjutkan garis keturunannya dengan melahirkan anak.
- d. Fungsi ekonomi; keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat.

- e. Fungsi pemeliharaan kesehatan; keluarga memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat juga penyembuhan dari sakit.

3. Tipe Keluarga

Tipe keluarga dibedakan menjadi dua jenis yaitu :

- a. Tipe keluarga 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
 - 3) *Single parent* yaitu keluarga yang memiliki satu orang tua dengan anak yang terjadi akibat peceraian atau kematian.
 - 4) *Single adult* adalah kondisi dimana dalam rumah tangga hanya terdiri dari satu orang dewasa yang tidak menikah
 - 5) *Extended family* merupakan keluarga yang terdiri dari keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lainnya
 - 6) *Middle-aged or elderly couple* dimana orang tua tinggal sendiri dirumah dikarenakan anak-anaknya telah memiliki rumah tangga sendiri.
 - 7) *Kit-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersamaan dan menggunakan pelayanan Bersama.
- b. Tipe keluarga non tradisional
 - 1) *Unmarried parent and child family* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak tanpa adanya ikatan pernikahan.
 - 2) *Cohabitating couple* merupakan orang dewasa yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan perkawinan.
 - 3) *Gay and lesbian family* merupakan seorang yang memiliki persamaan jenis kelamin tinggal satu rumah layaknya suami-istri

- 4) *Nonmarital Heterosexual Cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama tanpa adanyanya pernikahan dan sering berganti pasangan
- 5) *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak memiliki hubungan darah dalam waktu sementara. (Widagdo,2016)

4. Tugas Keluarga

a. Mengenal masalah kesehatan

Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Dan sejauh mana keluarga mengenal dan mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan.

b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Hal ini meliputi sejauh mana kemampuan keluarga mengenal sifat dan luasnya masalah. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan, menyerah terhadap masalah yang dialami, adakah perasaan takut akan akibat penyakit, adalah sikap negatif terhadap masalah kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan, dan apakah keluarga mendapat informasi yang benar atau salah dalam tindakan mengatasi masalah kesehatan.

c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui beberapa hal seperti keadaan penyakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, keberadaan fasilitas yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, finansial, fasilitas fisik, psikososial), dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat

Hal-hal yang harus diketahui oleh keluarga untuk memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat yaitu sumbersumber keluarga yang dimiliki, manfaat dan keuntungan memelihara lingkungan, pentingnya dan sikap keluarga terhadap hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.

e. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

Hal-hal yang harus diketahui keluarga untuk merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan yaitu keberadaan fasilitas keluarga, keuntungankeuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga dan adanya pengalaman yang kurang baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, fasilitas yang ada terjangkau oleh keluarga.

5. **Tahapan Keluarga Sejahtera**

Tingkatan kesehatan kesejahteraan keluarga menurut Amin Zakaria, (2017) adalah :

a. Keluarga Prasejahtera

Keluarga yang belum bisa memenuhi kebutuhan dasar minimal, yaitu kebutuhan pengajaran agama, sandang, pangan, papan dan kesehatan. Dengan kata lain tidak bisa memenuhi salah satu atau lebih indikator keluarga sejahtera tahap I

b. Keluarga Sejahtera Tahap I

Keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimal, tetapi belum bisa memenuhi seluruh kebutuhan psikososial, seperti pendidikan, KB, interaksi dalam keluarga, lingkungan sosial dan transportasi.Indikator keluarga tahap I yaitu melaksanakan ibadah menurut kepercayaan masing-masing, makan dua kali sehari, pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan, lantai rumah bukan dari tanah, kesehatan (anak sakit, KB dibawa keperawatan pelayanan kesehatan).

c. Keluarga Sejahtera Tahap II

Pada tahap II ini keluarga sudah mampu memenuhi kebutuhan dasar minimal, dapat memenuhi seluruh kebutuhan psikososial, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan perkembangan (kebutuhan menabung dan memperoleh informasi. Indikator keluarga tahap II adalah seluruh indikator tahap I ditambah dengan melaksanakan kegiatan agama secara teratur, makan daging/ikan/telur sebagai lauk pauk minimal satu tahun terakhir, luas lantai rumah perorang 8 m² , kondisi anggota 17 keluarga sehat dalam 3 bulan terakhir, keluarga usia 15 tahun keatas memiliki penghasilan tetap, anggota keluarga usia 15-60 tahun mampu membaca dan menulis, anak usia 7-15 tahun bersekolah semua dan dua anak atau lebih PUS menggunakan Alkon

d. Keluarga Sejahtera Tahap III

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimal, setelah memenuhi keseluruhan kebutuhan psikososial, dan memenuhi kebutuhan perkembangan, tetapi belum bisa memberikan sumbangan secara maksimal pada masyarakat dalam bentuk material dan keuangan dan belum berperan serta dalam lembaga kemasyarakatan.

e. Keluarga Sejahtera Tahap IV

Plus Memenuhi indikator keluarga tahap sebelumnya ditambah dengan upaya keluarga menambahkan pengetahuan tentang agama, makan bersama minimal satu kali sehari, ikut serta dalam kegiatan masyarakat, rekreasi sekurangnya dalam enam bulan, dapat memperoleh berita dari media cetak maupun media elektronik, anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi.

C. Metode pola asuh

1. Pengertian pola asuh

Secara etimologi pengasuhan berasal dari kata “asuh” artinya pemimpin, pengelola, pembimbing, maka pengasuhan adalah orang yang melaksanakan tugas membimbing, memimpin, dan mengelola. Pengasuhan yang dimaksud di sini pengasuhan anak. Mengasuh anak maksudnya mendidik dan memelihara anak yaitu mengurus makan, minum, pakaian, dan keberhasilannya dalam periode yang pertama sampai dewasa (Amal dalam Rohmawati 2015)

Pola asuh orang tua adalah suatu keseluruhan interaksi orang tua dan anak, dimana orang tua memberikan dorongan bagi anak dengan mengubah tingkah laku, pengetahuan dan nilai-nilai yang dianggap paling tepat bagi orang tua agar anak bisa mandiri, tumbuh serta berkembang secara sehat dan optimal, memiliki rasa percaya diri, memiliki rasa percaya diri, memiliki sifat rasa ingin tahu, bersahabat dan berorientasi untuk sukses (Tridhonanto, 2014).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa pola asuh adalah interaksi orang tua di mana orang tua mendidik, memelihara anak seperti makan minum serta memberikan dorongan bagi anak dengan mengubah tingkah laku, pengetahuan dan nilai-nilai yang dianggap paling tepat bagi orang tua.

2. Dimensi pola asuh

Terdapat dua dimensi yang dianggap signifikan dalam pola asuh. Dua dimensi tersebut adalah control dan responsivitas (Santrock, 2014).

Dimensi kontrol meliputi tuntutan yang diberikan orang tua pada anak agar anak menjadi individu yang dewasa dan bertanggung jawab serta memberlakukan aturan dan batasan yang sudah ditetapkan (Nixon dan Halpenny, 2010).

Dimensi responsivitas meliputi dukungan kehangatan dan kasih sayang yang ditunjukkan orang tua kepada anak (Nixon dan Halpenny, 2010).

3. Macam macam pola asuh

Balson membagikan empat bentuk pola asuh dari dimensi arahan atau disiplin di dalam keluarga, yaitu pola asuh authoritarian (otoritatif), pola asuh authoritative (demokratis), pola asuh permisif (serba membolehkan), dan pola asuh penelantar (Balson, 1999 dalam Fitria 2016). Berikut penjelasannya:

a. Pola asuh otoriatif

Pola asuh ini cenderung menetapkan standar yang mutlak yang harus dituruti biasanya disertai dengan ancaman-ancaman dan ditandai dengan adanya aturan-aturan yang kaku dari orang tua. Kebebasan anak sangat dibatasi dan orang tua memaksa anak untuk berperilaku seperti yang diinginkan. Hal ini dapat menyebabkan si anak akan kehilangan kepercayaan diri dan tidak mampu untuk mengambil keputusan serta cenderung sulit untuk mempercayai orang-orang disekitarnya.

Adapun ciri-ciri dari pengasuhan otoritatif ini seperti cenderung akan menetapkan peraturan dan tata tertib yang kaku dan dibuat hanya sepihak orang tua, memperlakukan anak dengan kasar, komunikasi dengan anak serta anggota keluarga yang bersifat searah, menjaga jarak dengan anak dan tidak adanya keramahan dalam keluarga.

b. Pola asuh demokrasi

Pola asuh demokratis adalah pola asuh yang bercirikan adanya hak dan kewajiban orang tua dan anak adalah sama dalam arti saling melengkapi, anak dilatih untuk bertanggung jawab dan menentukan perilakunya sendiri agar dapat berdisiplin. Orang tua

yang menerapkan pola asuh demokratis banyak memberikan kesempatan kepada anak untuk berbuat keputusan secara bebas, berkomunikasi dengan lebih baik, mendukung anak untuk memiliki kebebasan sehingga anak mempunyai kepuasan sedikit menggunakan hukuman badan untuk mengembangkan disiplin.

c. Pola asuh permisif

Pola ini ditandai oleh sikap orang tua yang membiarkan anak mencari dan menemukan sendiri tata cara yang memberikan batasan-14 batasan dari tingkah lakunya. Pada saat terjadi hal yang berlebihan barulah orang tua bertindak. Orang tua bersikap membiarkan atau mengizinkan setiap tingkah laku anak, dan tidak memberikan hukuman kepada anak. Pada pola asuh ini pengawasan menjadi sangat longgar. Pola pengasuhan permisif ini sangat bertolak belakang sekali dengan pola pengasuhan otoritatif (authoritarian). Dalam pola pengasuhan permisif, anak diberikan kebebasan sepenuhnya untuk melakukan apapun yang dia inginkan dimana orang tua cenderung untuk mendukung tindakan si anak serta memanjakannya secara berlebihan

d. Pola asuh panelantar

Pola pengasuhan ini mempunyai indikator bahwasanya orang tua cenderung kurang memberikan perhatian kepada anaknya, sibuk dengan pekerjaan masing-masing dan menganggap anak sebagai beban dalam hidupnya. Pola pengasuhan ini lebih mengarahkan kepada tidak mempedulikan anak sama sekali, dimana orang tua sudah pada taraf apatis terhadap tanggung jawabnya sebagai orang tua

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi pola asuh

Menurut Tridhonanto (2014) ada beberapa elemen yang dapat mempengaruhi pola asuh anak dengan baik, yaitu:

a. Usia orang tua

Rentang usia tertentu adalah baik untuk menjalankan peran pengasuhan. Bila terlalu muda atau terlalu tua, maka tidak akan dapat menjalankan peran-peran tersebut secara optimal karena diperlukan kekuatan fisik dan psikososial.

b. Keterlibatan orang tua

Kedekatan hubungan antara ibu dan anaknya sama pentingnya dengan ayah dan anak walaupun secara kodrati akan ada perbedaan, tetapi tidak mengurangi makna penting hubungan tersebut.

c. Pendidikan orang tua

Bagaimanapun pendidikan dan pengalaman orang tua dalam perawatan anak akan memengaruhi kesiapan mereka menjalankan peran pengasuhan

d. Pengalaman sebelumnya pengasuhan anak

Orang tua yang telah memiliki pengalaman sebelumnya dalam merawat anak akan lebih siap menjalankan peran pengasuhan dan lebih tenang. Dalam hal lain, mereka akan lebih mampu mengamati tanda-tanda pertumbuhan dan perkembangan anak.

e. Stress orang tua

Stress yang dialami oleh ayah atau ibu atau keduanya akan memengaruhi kemampuan orang tua dalam menjalankan peran sebagai pengasuh, terutama dalam kaitannya dengan strategi menghadapi masalah yang dimiliki dalam menghadapi permasalahan anak.

f. Hubungan suami istri

Hubungan yang kurang harmonis antara suami dan istri akan berpengaruh atas kemampuan mereka dalam menjalankan perannya sebagai orang tua dan merawat serta mengasuh anak

dengan penuh 17 rasa bahagia karena satu sama lain dapat saling memberi dukungan dan menghadapi segala masalah dengan strategi yang positif.

D. Konsep asuhan keperawatan keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan sistematis untuk berkerja sama dengan keluarga dan anggota keluarga lainnya meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, penyusunan rencana, dan pelaksanaan perencanaan serta penilaian (Andi Fachruddin, 2019)

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan mendasar dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan mengumpulkan data yang berkaitan dengan kondisi kesehatan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.(Endriani et al., 2020)

Pengkajian keperawatan keluarga adalah tahapan awal yang dilakukan oleh perawat dalam mengkaji informasi tentang anggota keluarga yang diasuhnya berkaitan dengan kondisi kesehatan anggota keluarga. Pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan metode/cara melalui observasi, wawancara dan pemeriksaan kesehatan pada anggota keluarga(Endriani et al., 2020)

a. Data umum

- 1) Kepala keluarga
- 2) Umur
- 3) Alamat
- 4) Pekerjaan
- 5) Pendidikan keluarga
- 6) Komposisi keluarga :

Table 2.2
Status imunisasi

Keterangan :

1. Imunisasi BCG
 2. Imunisasi polio
 3. Imunisasi DPT
 4. Imunisasi Hepatitis
 5. Imunisasi campak

a. Status imunisasi

Bila status imunisasi tidak lengkap atau belum memasuki jadwal imunisasi sesuai usianya, lanjutkan dengan pengkajian berikut ini

- 1) Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan perilaku pencegahan penyakit infeksi
 - 2) Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan pengenalan terhadap kemungkinan masalah terkait imunisasi

3) Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan pengenalan tentang pemberian imunisasi

4) Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan status imunisasi

5) Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan pengetahuan tentang standard imunisasi

b. Geonogram : minimal 3 garis keturuan

7) Tipe keluarga

Berikut adalah tipe – tipe keluarga menurut (Andi Fachruddin, 2019)

a) *The Nuclear Family* (keluarga inti) : keluarga terdiri dari suami, istri dan anak (kandung/angkat)

b) *The Exended Family* (keluarga besar) : Keluarga terdiri dari 3 generasi atau lebih yang hidup bersama dalam 1 rumah seperti keluarga inti di tambah : nenek, kakek, paman, keponakan dll

c) *The Dyad Family* (keluarga tanpa anak) : keluarga yang terdiri dari suami istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam 1 rumah

d) *The single perant family* : keluarga yang terdiri dari satu orang (ayah/ibu) dengan anak, hal ini terjadi karna perceraian, kematian dan ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan)

e) *Bladed family* : keluarga yang terbentuk oleh duda dan janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya

8) Suku dan bangsa

Asal suku bangsa, pengaruh terhadap keyakinan – keyakinan yang tidak sesuai dengan norma kesehatan (baik kebiasaan perilaku, makanan dll), apakah keluarga menggunakan bahasa

Indonesia/daerah, apakah perilaku dan kebiasaan beresiko munculnya masalah kesehatan.

9) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Ramadia et al., 2023)

10) Status ekonomi keluarga

Pendapatan / gaji kepala keluarga atau anggota keluarga yang lain (dalam 1 bulan), pengeluaran kebutuhan kehari – hari apakah mencukupi dengan kebutuhan yang di miliki (hitung out-input), bila anggota keluarga yang sakit darimana biaya yang digunakan untuk mengobati sakitnya (askes, BPJS, tabungan dll).

11) Aktifitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi. Seseorang yang jarang atau tidak pernah melakukan aktivitas fisik mempunyai resiko sebesar 6,463 kali terhadap kejadian stroke usia dewasa muda dibandingkan dengan seseorang yang melakukan aktivitas fisik (Ramadia et al., 2023)

b. Riwayat Dan Tahap Perkembangan Keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini menurut (Ramadia et al., 2023)

a) Pasangan baru / keluarga baru : dimulai saat inividu laki-laki dan perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan, meninggalkan keluarga mereka masing-masing baik fisik maupun psikologi

- b) Keluarga kelahiran anak pertama : keluarga memantik kelahiran dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama, berusia 30 bulan (2,5 tahun)
 - c) Keluarga anak pra sekolah : dimulai saat anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun
 - d) Keluarga anak sekolah : dimulai saat anak pertama masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir saat anak pada usia 12 tahun.
 - e) Keluarga anak remaja : dimulai saat anak remaja meninggalkan rumah dan berakhir saat pension atau salah satu pasangan meninggal
 - f) Keluarga anak dewasa (pelepasan): dimulai saat anak peratama meninggalkan rumah, dan berakhir saat anak terakhir meninggalkan rumah.
 - g) Keluarga usia pertengahan : dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pension atau salah satu pasangan meninggal
 - h) Keluarga usia lanjut : dimulai saat salah satu pasangan pensiun sampai salah satu / keduanya meninggal
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- a) Pasangan baru/ keluarga baru : membina hubungan intim yang memuaskan, membinah hubungan dengan keluarga lain, teman, kelompok sosial dan mendiskusikan rencana memiliki anak (KB)
 - b) Keluarga kelahiran anak pertama : persiapan menjadi orang tua, adaptasi dengan perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, hubungan sexsuak ,kegiatan lain), mempertahankan, hubungan yang memuaskan dengan pasangan.

- c) Keluarga anak pra sekolah : memenuhi kebutuhan anggota keluarga (tempat tinggal, privasi dan rasa nyaman), membantu anak bersosialisasi, beradaptasi dengan anak yang baru lahir, mempertahankan hubungan yang sehat, membagi waktu untuk individu, pasangan dan anak, membagi tanggung jawab anggota keluarga, kegiatan dan waktu lain untuk simulasi tumbang.
 - d) Keluarga anak sekolah : membantu sosialisasi anak pada lingkungan, sekolah dan tetangga, mempertahankan keintiman pasangan, memenuhi kebutuhan dan biaya hidup
 - e) Keluarga anak remaja : memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, mempertahankan hubungan intim dalam keluarga, mempertahankan komunikasi terbuka, hindari perdebatan dan permusuhan,
 - f) Keluarga anak dewasa (pelepasan) : memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, mempertahankan keintiman pasangan, membantu orang tua suami/istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua. Membantu anak untuk mandiri.
 - g) Keluarga usia pertangahan : mempertahankan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman lansia dan anak-anak meningkatkan keakraban pasangan.
 - h) Keluarga usia lanjut : mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, adaptasi dengan perubahan , mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat, mempertahankan hubungan dengan anak, melakukan life review
- 3) Riwayat kesehatan inti
- a) Riwayat kesehatan KK : penyakit yang pernah diderita, dirawat, kondisi kesehatan yang sering dirasakan, bantuan

kesehatan yang sering digunakan, pengetahuan tentang pencegahan penyakit, sikap terhadap kondisi kesehatan.

- b) Riwayat kesehatan istri : penyakit yang pernah diderita, dirawat, kondisi kesehatan yang sering dirasakan, bantuan kesehatan yang sering digunakan, pengetahuan tentang pencegahan penyakit, sikap terhadap kondisi kesehatan.
- c) Riwayat kesehatan anak : penyakit yang pernah diderita, penyakit infeksi yang berulang (berapa kali dalam 1 tahun), pengetahuan orang tua terhadap pertolongan pertama pada kondisi anak, riwayat kondisi gizi anak, riwayat tumbuh kembang anak.

4) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

- a) Penyakit yang pernah diderita, dirawat, bantuan kesehatan yang pernah digunakan, penyakit yang diturunkan dari KK maupun istri

c. **Data lingkungan**

1) Karakteristik rumah

- a) Denah rumah
- b) Karakteristik lingkungan rumah

Data obyektif :terdapat gangguan lingkungan rumah, (dijelaskan : kebisingan, ventilasi tidak sesuai, lantai tanah licin atau tidak, listrik tidak aman, polusi udara, adakah anggota keluarga yang merokok, dan anggota keluarga yang terpapar asap rokok dll), ketidaktepatan suhu tempat tinggal, terdapat bau rumah yang menyengat, jumlah anggota keluarga yang terlalu besar, adanya hewan-hewan pembawa penyakit di dalam rumah (nyamuk, kecoak lalat, tikus dll)

Data subyektif : anggota rumah tangga mengekspresikan kesulitan dalam mempertahankan rumah mereka dalam

keadaan bersih dengan menggunakan cara nyaman, anggota rumah tangga meminta bantuan dalam memelihara rumah.

- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas
 - a) Tipe lingkungan (desa/ kelurahan dan kota), type tempat tinggal (hunian, industry atau agraris), jalan (baik, rusak atau diperbaiki)
 - b) Bila lingkungan industry (polusi udara, kebisingan) sanitasi saluran air pembuangan
 - c) Pelayanan kesehatan dasar yang ada : pukesmas, poliklinik, dokter, bidan praktik, apotik dll
- 3) Mobilitas geografi keluarga
 - a) Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini
 - b) Bagaimana riwayat mobilitas geografisnya
 - c) Dari mana keluarga tersebut asal / pindah
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi terhadap masyarakat
 - a) Bagaimana keluarga memandang komunitasnya, bagaimana keluarga menjalin interaksi komunitasnya
 - b) Apakan keluarga menyadari pentingnya peran komunitas
- 5) System pendukung keluarga
 - a) Siapa yang menolong keluarga saat membutuhkan bantuan kesehatan maupun bantuan orang lain
 - b) System informal (teman, tetangga, kerabat)
 - c) System pendukung formal (pelayanan kesehatan, konseling dll

d. **Struktur keluarga**

Berikut adalah struktur keluarga menurut (Andi Fachruddin, 2019)

- 1) Pola komunikasi keluarga yaitu menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

- 2) Struktur kekuatan keluarga yaitu kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.
- 3) Struktur peran yaitu menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.
- 4) Nilai atau norma keluarga yaitu menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan

e. Fungsi keluarga

Berikut adalah 5 fungsi keluarga menurut (Andi Fachruddin, 2019)

- 1) Fungsi efektif
 - a) Apakah keluarga telah memenuhi kebutuhan anggota keluarga
 - b) Apakah keluarga telah memberikan perhatian, perasaan akrab,intim, dan menunjukan kasih sayang antara yang satu dengan yang lainya
 - c) Apakah keluarga saling mendukung antara 1 dengan yang lainya
- 2) Fungsi sosial
 - a) Bagaimana anak – anak dihargai dalam keluarga ini untuk mendapatkan fungsi sosialisasi
 - b) Keyakinan – keyakinan apa yang mempengaruhi pola membesarkan anak, bagaimana faktor sosial berpengaruh
 - c) Apakah lingkungan rumah memadai untuk anak- anak bermain
- 3) Fungsi perawatan keluarga

Tugas keluarga di bidang kesehatan menurut (Endriani et al., 2020)

- a) Tugas keluarga di bidang kesehatan
 - (1) Mengenal masalah kesehatan
 - (2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan
 - (3) Kemampuan keluarga dalam merawata anggota keluarga yang sakit
 - (4) Kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat
 - (5) Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan
- b) Kebutuhan nutrisi keluarga
 - (1) Mengomsumsi asupan makanan pada malam hari, terlihat menggunakan makanan sebagai tindakan yang menyenangkan
 - (2) Melakukan aktifitas dibarengi dengan makan (nonton tv, belajar dll, adanya gaya hidup monoton)
 - (3) Transisi cepat melewati batas normal bb pada anak dan anggota keluarga
 - (4) kurang pengetahuan tentang mamajement diabetes, kurang penerimaan terhadap diagnolstik, kurang patut terhadap rencanan managemen diabetic
 - (5) Tingkat aktifitas, status kesehatan fisik, kehamilan, stress, penabahan berat badan / penurunan berat badan
 - (6) Perilaku makan anggota keluarga mal adaptif
 - (7) Tanda – tanda mal nutrisi pada anggota keluarga
- c) kebiasaan tidur istirahat dan latihan
 - (1) Adakah anggota keluarga yang mengeluh perubahan pola tidurnya, merasa tidak puas terhadap kebutuhan tidur, menyatakan sering terjaga tidurnya, merasa tidak cukup tidur

(2) Kebiasaan olahraga dari keluarga : jalan sehat, bersepeda, renang dll

(3) Bila anggota keluarga memiliki kebiasaan olahraga : ditanyakan kenapa/ tahukan keluarga manfaat olahraga, berapa sering melakukan olahraga.

4) Fungsi reproduksi

Berikut adalah fungsi reproduksi menurut (Endriani et al., 2020)

- a) Melakukan kunjungan prenatal secara teratur, menunjukkan respek pada bayi yang dikandungnya
- b) Melaporkan kesediaan sistem pendukung, melaporkan gejala kehamilan yang mengganggu rasa nyaman
- c) Mencari pengetahuan tentang persalinan dan perawatan pada bayi
- d) Kunjungan prenatal tidak teratur
- e) Kurang pengetahuan tentang persalinan, melahirkan dan perawatan pada bayi baru lahir
- f) Kurang percaya diri, kehamilan yang tidak nyaman, kehamilan tidak diinginkan
- g) Nutrisi ibu kurang optimal, kurang perencanaan kelahiran yang realistic

5) Fungsi ekonomi

- a) Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dan meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga

f. Stress dan coping keluarga

1) Stress jangka panjang dan pendek

- a) Apakah keluarga memiliki masalah stressor yang sedang dihadapi keluarga yang mengakibatkan stress jangka pendek

- b) Apakah keluarga memiliki masalah (stressor) yang sedang dihadapi yang mengakibatkan strees jangka panjang
 - 2) Kemampuan keluarga berespon terhadap streesor
 - a) Apakah keluarga memilih atau mengidentifikasi pengalaman yang mengoptimalkan kesejahteraan pengalaman untuk menghadapi stress
 - b) Apakah keluarga berupaya menjelaskan dampak setrees atau masalah yang dihadapi
 - c) Keluarga menghendaki promosi kesehatan untuk menyelesaikan masalahnya
 - d) Keluarga mencoba mencari kelompok yang mempunyai masalah yang sama
 - 3) Strategi coping yang digunakan
 - a) Tidak menghormati kebutuhan klien, gangguan realitas mengenai masalah klien / penolakan.
 - b) Perawatan yang mengabaikan klien dalam kebutuhan manusia, seperti pengobatan
 - c) Perasaan yang terlalu khawatir
 - 4) Strategi adaptasi disfungsional
 - a) Apakah ada keluarga yang menggunakan strategi adaptasi disfungsinal : kekerasan keluarga, perlakuan kejam, mengguakan ancaman, pengabaian anak
- g. Pemeriksaan fisik tiap individu anggota keluarga**
- 1) Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* atau dari kepala ke kaki
 - a) Kaji keadaan umum atau status kesehatan umum, meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda- tanda vital

- b) Kepala meliputi rambut (warna, bersih atau tidak, rontok atau tidak), alis (mudah di cabut atau tidak), mata (keadaan konjungtiva, skera), muka (oedema atau tidak, khususnya di pagi hari, kloasma grafidarium), hidung (kebersihan, ada polip atau tidak), mulut (warna bibir, stomatitis atau tidak), gigi (kebersihan, ada karies atau tidak, ada ginggivitas atau tidak) telinga (kesimetrisan, kebersihan, ada serumen atau tidak)
 - c) Leher, yang dikaji adakah pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis
 - d) Dada dan axilla yang di kaji adakah pembesaran kelembenjar limfe atau tidak
 - e) Ekstermitas yang dikaji adalah superior (kesimetrisan, keadaan kuku bersih atau tidak, panjang atau pendek, pucat atau tidak), inferior (kesimetrisan keadaan kuku bersih atau tidak, panjang atau pendek, pucat atau tidak ada varies atau tidak ada tromboplebitis atau tidak)
- 2) Konteks DDST

Dever 11 terdiri atas 11 tugas perkembangan yang sesuai dengan umur anak 0-6 tahun dan terbagi dalam 4 sektor yaitu sebagai berikut :

- a) Kepribadian / tingkah laku sosial (personal sosial) Aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan
- b) Gerakan motorik halus (*fine motor adaptive*) aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk menggarnasi sesuatu serta melakukan gerakan yang melibatkan bagian – bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan oleh otot-otot kecil,tetapi memerlukan koordinasi yang cermat,

Contohnya kemampuan untuk menggambar, menulis, mencoret, melempar, menangkap bola, mencoret manik-manik, memegang suatu benda dan lain – lain.

- c) Bahasa (*language*) bahasa adalah suatu kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan. Bahasa menyangkup segala bentuk komunikasi apakah itu lisan, tulisan, bahasa isyarat, bahasa tubuh, ekspresi wajah pantomim atau seni. Bicara adalah bahasa lisan yang merupakan bentuk paling efektif dalam komunikasi, juga paling penting dan paling banyak digunakan.
- d) Perkembangan motorik kasar (*gross motor*) merupakan suatu aspek yang berhubungan dengan perkembangan pergerakan dan sikap tubuh. Aktifitas motorik yang menyangkup ketrampilan otot-otot besar seperti merangkak, berjalan, berlari, melompat/berenang.

h. Harapan keluarga

- 1) Keluarga berharap masalah kesehatan dapat dipahami sehingga dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang sedang dihadapi
- 2) Keluarga berharap mendapatkan jalan keluar untuk masalah kesehatan keluarganya
- 3) Keluarga berharap dapat mendapatkan bantuan baik dari tenaga kesehatan atau pelayanan kesehatan untuk masalah yang dihadapinya

2. Diagnosa keperawatan keluarga

a. Analisa dan sistensa data

Berdasarkan pengkajian asuhan keperawatan keluarga di atas maka diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul adalah

No	HARI /TAN GGA	Data fokus	Diagnosa keperawatan
1	Ds : Do : L	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan (00099) Definisi : ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan mencara bantuan untuk mempertahankan kesehatan	
2		Ketidakefektifan management kesehatan diri (00078) Definisi : pola pengaturan dan pengintegrasian dalam kebiasaan teraperutik hidup sehari hari untuk pengobatan penyakit dan skuelnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik Beda dengan ketidakefektifan managemen regimen teraperutik : suatu program untuk pengobatan penyakit	
3		Hambatan pemeliharaan rumah (00098) Definisi : ketidakmampuan mempertahankan secara mandiri lingkungan yang meningkatkan pertumbuhan secara aman	
4		Ketidakefektifan management regimen teraperutik keluarga (00080)	

	Definisi : pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam proses keluarga, suatu program untuk pengobatan penyakit dan sekuelnya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan khusus
5	<p>Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan diri (00162)</p> <p>Definisi : suatu pola pengaturan pengintegrasian ke dalam kehidupan sehari-hari suatu regimen terapeutik untuk pengobatan penyakit dan skuelnya yang cukup untuk memenuhi tujuan terkait kesehatan dan dapat ditingkatkan</p>
6	<p>Ketidakmampuan coping keluarga (00073)</p> <p>Definisi : perilaku orang terdekat (anggota keluarga) yang membatasi kepasitas/kemampuannya dan kemampuan klien untuk secara efektif menangani tugas penting mengenai adaptasi keduanya terhadap masalah kesehatan</p>

b. Penilaian / scoring diagnosa keperawatan

Table 2.3

Scoring diangnosa keperawatan

Kriteria	Sk or	Bob ot	Nilai	Pembenaran

1) Sifat masalah	Skor yang di peroleh x bobot	Rasionalisasi yang menjelaskan tentang pilihan sifat masalah yang di tunjang dengan data – data al	yang mendukung dan relevan
2) Kemungkinan masalah yang dapat di ubah	Adakah faktor di bawah ini, semakin lengkap semakin mudah masalah di ubah		
a) Mudah	2	2	1) Pengetahuan yang ada, teknologi, tindakan untuk menangani masalah,
b) Sebagian	1		2) Sumber daya keluarga : fisik, keuangan, dan tenaga
c) Tidak dapat	0		3) Sumber daya tenaga kesehatan : pengetahuan, ketrampilan

			dan waktu
4)	Sumber daya lingkungan :		
	fasilitas,		
	organisasi, dan		
	dukungan		
	sosial.		
3)	Potensial masalah untuk di cegah	Adapun faktor di bawah ini, semakin kompleks, semakin lama semakin rendah potensi untuk di cegah	
a)	Tinggi 3 1	1) Kepelikan/ kompleksitas masalah berhubungan dengan penyakit dan masalah kesehatan	
b)	Cukup 2	2) Lamanya masalah (jangka waktu masalah)	
c)	Rendah 1	3) Tindakan yang sedang di jalankan atau yang tepat	

untuk
perbaikan
masalah

4) Adannya
kelompok
resiko untuk di
cegah agar
tidak aktual
atau semakin
parah

-
- | | | |
|--------------|--|--|
| 4) Menonjoln | ya masalah | Rasionalisasi yang
menjelaskan tentang
pilihan menonjolnya |
| a) Masala | h berat
harus segera
ditanga
ni | masalah yang di
tunjang dengan data –
data yang mendukung
dan relevan baik data
subyektif maupun
obyektif |
| b) Ada | 1
masala
h tetapi
tidak
perlu
ditanga
ni | 0 |
| c) Masala | 0
h tidak | |
-

dirasak
akn
TOTAL
SCORE

c. Prioritas diagnose keperawatan

Meliputi diagnosa keperawatan dan total score

Tabel 2.4

Diagnosa keperawatan

Prioritas	Diagnosa keperawatan	Skor
1		
2		
3		

3. Rencana asuhan keperawatan keluarga

- a) Defisit pengetahuan berhubungan dengan mengenal masalah kesehatan (D.0111)
 Kriteria hasil (L.12111)
- 1) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi
 - 2) Persepsi yang keliru terhadap masalah
 - 3) Perilaku sesuai anjuran
- Intervensi (I.12384)
- 1) Menjadwalkan pendidikan sesuai anjuran
 - 2) Mengidentifikasi kesiapan untuk menerima materi yang disampaikan
 - 3) Menyediakan materi / media pendidikan

- 4) Memberikan kesempatan untuk bertanya
 - 5) Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan
 - 6) Ajarkan perilaku hidup sehat
 - 7) Ajarkan strategi yang digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat
- b) Defisit perawatan diri hygiene berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan (D.0109)
- Kriteria hasil : (L.11103)
- 1) Kemampuan mandi meningkat
 - 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
 - 3) Kemampuan makan meningkat
 - 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)
 - 5) Melakukan perawatan diri /minat melakukan perawatan diri
- Intervensi (I. 11348)
- 1) Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri susuai usia
 - 2) Monitor tingkat kemandirian
 - 3) Identifikasi alat bantu kebersihan diri
 - 4) Sediakan lingkungan terapeutik
 - 5) Dampingi melakukan perawatan diri secara mandiri
 - 6) Jadwalkan rutin perawatan diri
 - 7) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
- c) Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan pertumbuhan fisik terganggu (D.0106)
- Kriteria hasil : (L.10101)
- 1) ketrampilan / perilaku sesuai usia
 - 2) kemampuan melakukan perawatan diri

Intervensi : (I.10339)

- 1) Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak
 - 2) Identifikasi isyarat perilaku dan fisiologis yang ditunjukan bayi
(mis : lapar, tidak nyaman)
 - 3) Pertahankan ruangan yang mendukung perkembangan optimal
 - 4) Motivasi anak berinteraksi dengan orang lain
 - 5) Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik terhadap perasaannya
 - 6) Pertahankan kenyamanan anak
 - 7) Fasilitasi anak melatih ketrampilan pemenuhan kebutuhan secara mendiri (mis : makan, sikat gigi, cuci tangan, memakai baju)
 - 8) Bernyayi bersama anak lagu – lagu yang di sukai
 - 9) Jelaskan orang tua dan/pengasuh tentang milestone perkembangan anak dan perilaku anak
 - 10) Ajarkan ketrampilan berinteraksi
- d) Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan hambatan perkembangan (D.0118)

Kriteria hasil : (L.13115)

- 1) Perasaan nyaman dengan situasi sosial
- 2) Perasaan mudah menerima atau mengkomunikasikan perasaan
- 3) Responsif pada orang lain
- 4) Perasaan tertarik pada orang lain
- 5) Minat melakukan kontak emosi

Intervensi : (i.13484)

- 1) Identifikasi penyebab kurangnya ketrampilan sosial
- 2) Identifikasi fokus pelatihan ketrampilan sosial
- 3) Motifasi untuk berlatih ketrampilan sosial
- 4) Beri umpan balik (mis : pujian / penghargaan) terhadap kemampuan sosialisasi

- 5) Libatkan keluarga selama melatih ketrampilan sosial
 - 6) Jelaskan tujuan latih ketrampilan sosial
 - 7) Jelaskan respond an konsekuensi ketrampilan sosial
 - 8) Latih ketrampilan sosial secara bertahap
- e) Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif berhubungan dengan mengenal masalah kesehatan (d.0115)

Kriteria hasil : (l.12105)

- 1) Kemampuan menjelaskan masalah kesehatan yang dialami
- 2) Aktifitas keluarga mengatasi masalah yang tepat
- 3) Verbalisasi kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan

Intervensi

- 1) Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini
- 2) Identifikasi beban prognosis secara psikologis
- 3) Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawatan setelah pulang
- 4) Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan keluarga
- 5) Terima nilai – nilai keluarga dengan cara tidak menghakimi
- 6) Diskusikan rencana medis dan perawatan
- 7) Fasilitasi mengungkapkan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga
- 8) Fasilitasi pengambilan keputusan dalam merencanakan perawatan jangka panjang
- 9) Fasilitasi keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah konflik nilai
- 10) Fasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar manusia (mis, tempat tinggal, pakaian dan makanan)
- 11) Diskusi rencana medis dan keperawatan

- 12) Fasilitasi memperoleh pengetahuan, ketrampilan, dan peralatan yang diperlukan untuk mempertahankan keputusan perawatan pasien
- 13) Bersikap menghargai pengganti keluarga untuk menenangkan pasien dan/ jika keluarga tidak dapat memberikan perawatan
- 14) Informasikan kemajuan pasien secara berkala
- 15) Informasikan fasilitas perawatan kesehatan yang tersedia
- 16) Rujuk untuk terapi keluarga

4. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan / implementasi merupakan salah satu tahap dari proses keperawatan keluarga dimana perawat mendapatkan kesempatan untuk membangkitkan minat keluarga untuk mendapatkan perbaikan kearah perilaku hidup sehat. Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga didasarkan kepada asuhan keperawatan yang telah disusun, (Ramadia et al., 2023)

5. Evaluasi

Menurut (Ramadia et al., 2023) implementasi keperawatan yang diintervensi, evaluasi biasanya berupa evaluasi proses dan evaluasi hasil, dimana evaluasi mengungkapkan 3 kemungkinan yaitu :

- a. Masalah dapat teratasi
- b. Masalah teratasi sebagian
- c. Muncul masalah baru

E. Metodologi penelitian

1. Jenis penelitian dan pendekatan

Menurut (Retnosari & Meirini, 2023) Jenis penelitian ini adalah Penelitian kualitatif dimana lebih berfokus pada menjaga kualitas penelitian dengan mengandalkan data subjektif (interview) dengan responden sebagai data utama penelitian

Pendekatan dalam penelitian ini dengan studikasus, studi kasus adalah suatu penelitian (penyelidikan), intensif, menyangkup semua informasi relevan terhadap seorang atau beberapa orang biasanya berkenaan dengan satu gejala psikologis tunggal

Metode penelitian dengan metode deskriptif dengan tujuan utama membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan atau area populasi tertentu yang bersifat factual sejarah objektif sistematis dan akurat

2. Subjek penelitian

Menyusun studi kasus dilakukan pada klien anak yang menderita autisme dengan jumlah 1 responden

3. Waktu dan tempat penelitian

Tempat pengambilan kasus adalah di SLB PGRI Purwodadi dan desa tanggungharjo

4. Fokus studi

Penelitian ini berfokus pada tindakan *pemberian pola asuh tentang perawatan diri* pada anak autisme untuk membantu keluarga cara perawatan diri dengan benar pada anak autisme

5. Instrument pengumpulan data

Instrument yang digunakan untuk penelitian ini adalah format pengkajian, Adapun instrumen lain yang digunakan dalam pengumpulan data misalkan, tensi meter, stetoskop, thermometer dan lain sebagainya.

6. Metode pengambilan data

Metode pengumpulan data menggunakan data primer, sekunder, maupun tersier

- a. Data primer merupakan data utama yang diambil dari klien langsung sebagai subjek penelitian
- b. Data sekunder merupakan data yang didapatkan dari pihak lain misalkan keterangan dari keluarga,

- c. Data tersier merupakan data yang berasal dari hasil pemeriksaan terdahulu atau ringkasan perjalanan penyakit klien terdahulu

7. Analisa data

Menurut (Retnosari & Meirini, 2023) analisa data adalah cara kita untuk menggali lebih dalam, analisa data dalam penulisan ini menggunakan naskah analisis isi, analisis isi merupakan sebuah analisa yang ditunjukan untuk menggali tentang proses dalam pemberian pola asuh pada keluarga.

8. Etika penelitian

Etika penelitian merupakan hal yang wajib dilakukan oleh peneliti untuk melindungi hak-hak calon responden yang akan menjadi bagian dari penelitian. Ada 3 jenis etika penelitian yang harus di perhatikan oleh peneliti, antara lain (Notoadmodjo, 2014)

a. *Informed Consent*

Merupakan sebuah persetujuan responden untuk ikut serta sebagai bagian dalam penelitian. Lembar persetujuan ini bertujuan agar responden mengetahui maksud tujuan dari penelitian. Apabila responden menolak untuk menjadi bagian dari penelitian, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-haknya sebagai responden.

b. *Anonymity*

Merupakan bentuk menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan identitas responden secara lengkap mulai dari nama responden, nomor CM, alamat responden, dan lain sebagainya tetapi peneliti akan memberikan inisial responden yang menunjukkan identitas dari responden tersebut.

c. *Confidentiality*

Yaitu sebuah usaha untuk menjaga kerahasiaan informasi responden yang telah diberikan. Cara ini dilakukan dengan cara menyimpan dalam bentuk file dan diberikan password. Selain itu, data yang berbentuk hardcopy (laporan askek) akan disimpan di ruang rekam medis rumah sakit / disimpan dalam bentuk dokumen oleh peneliti