

CFIM adalah alat yang sangat baik untuk memungkinkan perawat memberikan pendidikan di samping tempat tidur dan memungkinkan peningkatan hasil pasien dan keluarga. Penggunaan alat ini disarankan dalam situasi yang dapat meningkatkan tingkat layanan yang diberikan kepada pasien dan keluarga

Apa yang dimaksud dengan *Calgary Family Assessment Model (CFAM)*?

CFAM adalah struktur multidimensi yang dibentuk oleh tiga kategori dasar: struktural, perkembangan dan fungsional, dan beberapa subkategorinya yang menggabungkan elemen-elemen yang diperlukan untuk mendukung dan memandu perawatan keluarga.

Mengapa CfAM penting?

CFAM memungkinkan perawat untuk secara komprehensif menilai kekuatan keluarga saat ini, sumber daya, masalah, dan penderitaan penyakit melalui pertanyaan yang ditargetkan yang menilai struktur, perkembangan, dan fungsi keluarga.

Calgary Family Assessment Model (CFAM) adalah alat penilaian terkenal yang digunakan oleh perawat dalam mengkonsep dan mengatur data yang dikumpulkan saat bekerja dengan keluarga (Wright dan Leahey, 2009).

Besar harapan kami untuk mendapatkan kritikdan saran **Buku INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS CALGARY MODEL** ini akan lebih baik dan sempurna pada penerbitan mendatang.

ISBN : 978-623-94724-7-4



INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS
Calgary Model

Dr. PRIMA DEWI KUSUMAWATI, S.Kep. Ns. M.Kes



INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS



Calgary Model



**BUKU
MATERI AJAR
ILMU KEPERAWATAN KOMUNITAS**

EDISI PERTAMA

Buku Materi Ajar

INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS Calgary Model

Oleh:

Dr. PRIMA DEWI KUSUMAWATI, S.Kep.Ns. M.Kes.

Penerbit :



Buku Materi Ajar

INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS

Calgary Model

Penulis : Dr.PRIMA DEWI KUSUMAWATI, S.Kep.Ns. M.Kes.

ISBN : 978-623-94724-7-4

Editor : Drs. Achmad Baihaqi, M.Sc.

Cover Designer : Vanity, Jocelyne

Tata letak : Tim SICH PRESS

Penerbit : SICH PRESS

Redaksi : Jl. Manila37 Kota Kediri Jawa Timur Indonesia

Website : <https://press.thesich.org>

Email : sichstrada@gmail.com

Kontak : 085748959055

Cetakan : Pertama, 2025

© 2025 SICH Press

Penerbit Anggota Resmi IKAPI Indonesia

Hak cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin dari Penerbit



Diterbitkan oleh



KATA PENGANTAR

Calgary Family Intervention Model (CFIM) pertama kali diperkenalkan pada tahun 1994 oleh Lorraine M. Wright, RN, PhD, adalah Direktur, Unit Keperawatan Keluarga dan Profesor, Fakultas Keperawatan, Universitas Calgary, 2500 University Drive NW, Calgary, Alberta, Kanada, T2N 1N4. Dan Maureen Leahey, RN, PhD, adalah Direktur, Program Kesehatan Mental Rawat Jalan dan Direktur, Program Pelatihan Terapi Keluarga, Calgary District Hospital Group, 1035 7 Ave. SW, Calgary, Alberta, Kanada, T2P 3E9.

Ini dimuat dalam Journal of Marital and Family Therapy 1994, Vol. 20, NO. 4, 381-395 dengan judul **CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL: ONE WAY TO THINK ABOUT CHANGE** MODEL (INTERVENSI KELUARGA CALGARY: SALAH SATU CARA BERPIKIR TENTANG PERUBAHAN)

Artikel ini mendefinisikan dan menjelaskan Model Intervensi Keluarga Calgary (CFIM). CFIM adalah kerangka pengorganisasian yang mengonseptualisasikan keterkaitan antara domain tertentu (yaitu kognitif, afektif, atau perilaku) fungsi keluarga dan intervensi spesifik yang ditawarkan oleh profesional kesehatan. Contoh dan diskusi mengenai intervensi seperti menceritakan pengalaman sakit, mendorong istirahat, dan mengajukan pertanyaan intervensi disajikan. CFIM adalah salah satu cara para profesional kesehatan dapat membuat konsep tentang perubahan.

Penggunaan Calgary Family Intervention Model (CFIM) dalam pendidikan intervensi perawat di *Bedside Nursing* bisa mengetahui dampaknya terhadap kepatuhan pasien dan keluarga. CFIM Leahey dan Wright berasal dari Calgary Family Assessment Model yang diterbitkan pada tahun 1994, yang membahas perilaku sehari-hari yang ditampilkan individu dalam kaitannya satu sama lain dan peran mereka dalam keluarga. Fokus intervensi CFIM menciptakan kerangka kerja yang memberikan landasan teoretis untuk kolaborasi dalam perawatan yang sangat dapat diterapkan pada pemberdayaan anggota keluarga dan peningkatan komunikasi pilihan perawatan yang saling

menghormati. CFIM dapat membantu mengembangkan pemahaman perawat di *Bedside Nursing* dan dukungan terhadap protokol yang berpusat pada keluarga, dengan meningkatkan keterlibatan perawat dalam menerapkan dan mendukung dinamika keluarga di samping tempat tidur.

Lebih lanjut konsep dan petunjuk praktis Calgary Family Assessment Model (CFAM) dan Calgary Family As Intervention Model (CFIM) bisa di baca pada buku Asli ***Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*** / Lorraine M. Wright, Maureen Leahey. — 5th edition published Copyright © 2009 by F. A. Davis Company.

Buku ***INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS CALGARY MODEL*** memberikan gambaran konsep teori dan cara prakteknya CFAM dan CFIM dalam bahasa Indonesia dari buku Asli ***Nurses and families: a guide to family assessment and intervention***.

Apa yang dimaksud dengan ***Calgary Family Assessment Model (CFAM)***?

CFAM adalah struktur multidimensi yang dibentuk oleh tiga kategori dasar: struktural, perkembangan dan fungsional, dan beberapa subkategorinya yang menggabungkan elemen-elemen yang diperlukan untuk mendukung dan memandu perawatan keluarga.

Buku ***INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS CALGARY MODEL*** bisa digunakan sebagai buku panduan praktis untuk melaksanakan Profesi Perawat Komunitas dengan memahami isi buku ini mengenai tindakan medis apa yang bisa memberikan pelayanan profesional dan terpadu.

Besar harapan kami untuk mendapatkan kritik dan saran ***Buku INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS CALGARY MODEL*** ini akan lebih baik dan sempurna pada penerbitan mendatang.

Kediri, Januari 2025

Penulis.

DAFTAR ISI

Sampul.....	i
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Bab 1 KEPERAWATAN KESEHATAN KOMUNITAS	1
Bab 2 PENGELOLAAN PELAYANAN KEPERAWATAN	13
Bab 3 KONSEP KESEHATAN DI KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT (KOMUNITAS).....	35
Bab 4 KONSEP ASSESSMENT & INTERVENSI KEPERAWATAN KOMUNITAS	51
Bab 5 LANDASAN TEORI MODEL ASSESSMENT DAN INTERVENSI KELUARGA CALGARY.....	75
Bab 6 TEORI CALGARY FAMILY ASSESSMENT MODEL – (CFAM)	117
Bab 7 TEORI CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL – (CFIM)	263
Bab 8 KOMUNIKASI TERAPI KELUARGA	309
Bab 9 PENERAPAN KOMUNIKASI SKILL DALAM CFIM.....	343
Bab 10 PERTANYAAN TERAPAN DALAM WAWANCARA KELUARGA.....	397
Biodata Penulis	431

Bab 1

KEPERAWATAN KESEHATAN KOMUNITAS

Kompetensi Dasar:

Memahami Pengertian Keperawatan Kesehatan Komunitas

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Keperawatan Komunitas
2. Menjelaskan pengertian Kesehatan Komunitas
3. Menjelaskan pengertian Perbedaan Keperawatan Komunitas dengan Disiplin Keperawatan yang lain.
4. Menjelaskan pengertian Area Praktik Keperawatan Kesehatan Komunitas.
5. Menjelaskan pengertian Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas (DEPKES, 2006)
6. Menjelaskan pengertian Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas

Keperawatan kesehatan masyarakat adalah sintesis praktik keperawatan dan kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan penduduk. Ini menggabungkan semua elemen dasar keperawatan profesional, klinis dengan kesehatan masyarakat dan praktik masyarakat.

Keperawatan kesehatan masyarakat sangat penting terutama pada titik waktu ini karena memaksimalkan status kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui pendekatan langsung dengan mereka. Hari ini partisipasi dan keterlibatan masyarakat mendapatkan perhatian sebelum terjadinya penyakit sebagai perubahan gaya hidup untuk terus memainkan peran penting dalam morbiditas dan mortalitas. Penyakit Chronis, merokok tembakau, kecelakaan lalu lintas jalan (RTA) ... dll, dan perubahan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan terus menjadi perhatian utama

yang mempengaruhi kesehatan manusia di negara kita. Sebagai perawat abad ke-21 kita memiliki tugas dan tanggung jawab untuk menjaga keseimbangan dinamis dengan kebutuhan kesehatan masyarakat kita yang terus berubah. Untuk tetap mengikuti kebutuhan masyarakat ini, kita perawat profesional harus memahami konsep dan model keperawatan kesehatan masyarakat, pentingnya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dan perencanaan perawatan kesehatan, implementasi dan evaluasi upaya perawatan kesehatan untuk keuntungan masyarakat. Tujuan mempersiapkan catatan kuliah ini adalah untuk meningkatkan catatan kuliah yang telah disiapkan sebelumnya dan untuk menyajikan subjek dengan cara yang relatif disederhanakan dan terorganisir.

Pengertian Keperawatan Kesehatan Komunitas

1. Menurut American Nurses Association (ANA) mendefinisikan keperawatan kesehatan komunitas sebagai tindakan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dari populasi dengan mengintegrasikan ketrampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan keperawatan dan kesehatan masyarakat.
2. Menurut American Public Health Association, yaitu sintesis dari ilmu kesehatan masyarakat dan teori keperawatan profesional yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan pada keseluruhan komunitas.
3. Rapat kerja keperawatan kesehatan masyarakat mendefinisikan keperawatan komunitas sebagai suatu bidang perawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan dengan dukungan peran serta masyarakat secara aktif serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitative secara menyeluruh dan terpadu yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat sebagai kesatuan utuh melalui proses keperawatan untuk meningkatkan

- pertumbuhan kehidupan manusia secara optimal, sehingga mampu mandiri dalam upaya kesehatan.
4. Keperawatan Komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan kelompok risiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan rehabilitasi dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan (CHN, 1977).
 5. Di Indonesia dikenal dengan sebutan perawatan kesehatan masyarakat (PERKESMAS) yang dimulai sejak permulaan konsep Puskesmas diperkenalkan sebagai institusi pelayanan kesehatan profesional terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara komprehensif.

Keperawatan sebagai bentuk komprehensif melakukan penekanan tujuan untuk menekan stressor atau meningkatkan kemampuan komunitas mengatasi stressor melalui pencegahan primer, sekunder, tersier. Peningkatan kesehatan berupa pencegahan penyakit ini bisa melalui pelayanan keperawatan langsung dan perhatian langsung terhadap seluruh masyarakat dan mempertimbangkan bagaimana masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi kesehatan individu, keluarga, dan kelompok. Peningkatan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan merupakan suatu proses dimana individu, keluarga dan lembaga masyarakat termasuk swasta mengambil tanggung jawab terhadap masyarakat atas kesehatan diri keluarga dan masyarakat, mengembangkan kemampuan untuk menyehatkan diri, keluarga dan masyarakat serta menjadi pelaku atau perintis kesehatan dan pemimpin yang menggerakkan kegiatan masyarakat dibidang kesehatan berdasarkan azas kemandirian dan kebersamaan. Dari hal tersebut masyarakat dapat berperan serta dengan menyumbangkan tenaga, pikiran atau pengetahuan, sarana, dana yang dimilikinya untuk upaya kesehatan. Asuhan keperawatan komunitas dilakukan dengan

pendekatan proses keperawatan. Penerapan dari proses keperawatan bervariasi pada setiap situasi, tetapi prosesnya memiliki kesamaan. Elemennya menggunakan metode pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu kerangka operasional dalam pelaksanaan askep yang berupa rangkaian kegiatan secara sistematis sehingga masyarakat mampu secara mandiri dalam menghadapi masalah kesehatannya. Adanya kesungguhan, kesesuaian, bersiklus, berfokus pada klien, interaktif dan berorientasi pada komunitas, adalah elemen-elemen penting dalam asuhan keperawatan komunitas.

Dalam melaksanakan keperawatan kesehatan masyarakat, seorang perawat kesehatan komunitas harus mampu memberi perhatian terhadap elemen-elemen tersebut akan tampak pada rangkaian kegiatan dalam proses keperawatan yang berjalan berkesinambungan secara dinamis dalam suatu siklus melalui tahap pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bentuk kegiatan yang dilaksanakan adalah Praktek Keperawatan Komunitas atau rangkaian kegiatan masyarakat yang dilaksanakan atas dasar gotong royong dan swadaya dalam rangka menolong diri sendiri dalam memecahkan masalah untuk memenuhi kebutuhannya dibidang kesehatan dan dibidang yang berkaitan agar mampu mencapai kehidupan sehat sejahtera. Kegiatan ini merupakan aplikasi teori yang diperoleh melalui kegiatan belajar mengajar di kelas selama proses akademik yang disajikan dalam suatu tatanan nyata yang merupakan kegiatan lapangan di masyarakat melalui upaya pemenuhan kebutuhan dasar keluarga yang terpadu dengan program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas.

B. Perbedaan Keperawatan Komunitas dengan Disiplin Keperawatan yang lain.

Keperawatan kesehatan komunitas dibedakan dari spesialis keperawatan lainnya berdasarkan delapan prinsip dibawah ini:

1. Klien atau unit keperawatan merupakan suatu populasi. Selain memberikan asuhan pada individu, keluarga dan kelompok tetapi tanggung jawab tetap lebih dominan pada populasi.
2. Tugas utama adalah meraih yang terbaik bagi sejumlah orang atau populasi keseluruhan. Perawat kesehatan komunitas mengidentifikasi kemungkinan menemukan individu yang kebutuhannya tidak sesuai dengan prioritas kesehatan yang menguntungkan bagi populasi secara keseluruhan
3. Proses yang digunakan oleh perawat komunitas termasuk bekerja dengan klien sebagai mitra yang sejajar. Perawat kesehatan komunitas harus menggambarkan kesadaran mengenai kebutuhan yang komprehensif dari kesehatan dalam kemitraan dengan komunitas.
4. Pencegahan primer merupakan hal yang prioritas dalam memilih tindakan yang sesuai. Pencegahan primer meliputi promosi strategi kesehatan dan proteksi kesehatan.
5. Memilih strategi untuk menciptakan lingkungan sehat, kondisi social dan ekonomi pada populasi yang berkembang merupakan focus utama. Intervensi keperawatan kesehatan komunitas meliputi pendidikan, pengembangan masyarakat, perencanaan social, kebijakan pengembangan serta enforcement. Advokasi pada komunitas untuk menciptakan kondisi sehat merupakan hal yang penting.
6. Tanggung jawab mencakup keseluruhan populasi yang memerlukan intervensi atau pelayanan spesifik. Keperawatan kesehatan komunitas berfokus pada keseluruhan populasi dan tidak hanya pada masyarakat yang dating ke pelayanan.
7. Penggunaan sumber – sumber kesehatan yang optimal untuk mendapatkan perbaikan yang terbaik dari populasi merupakan kunci pokok dari kegiatan praktik. Perawat kesehatan komunitas harus terlibat dalam koordinasi

dan organisasi tindakan dalam merespon isu – isu yang berhubungan dengan kesehatan. Perawat komunitas harus memberikan masukan pada pembuat kebijakan berdasarkan bukti – bukti otentik.

8. Kolaborasi dengan berbagai jenis profesi, organisasi, dan perkumpulan merupakan cara paling efektif untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan populasi. Perawat kesehatan komunitas diharapkan bekerja sama dengan berbagai profesi dan disiplin ilmu dalam upaya peningkatan kesehatan populasi.

C. Area Praktik Keperawatan Kesehatan Komunitas.

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan praktik promotif dan proteksi kesehatan populasi yang menggunakan pengetahuan atau ilmu keperawatan, social dan kesehatan masyarakat (American Public Health Association, 1996).

Praktik yang dilakukan berfokus pada populasi dengan tujuan utama promosi kesehatan dan mencegah penyakit serta kecacatan untuk semua melalui kondisi yang diciptakan dimana orang bisa menjadi sehat.

Perawat kesehatan komunitas bisa bekerja sama dengan komunitas dan populasi untuk mengurangi risiko angka kesakitan serta meningkatkan, mempertahankan dan memperbaiki kembali kesehatan.

Perawat kesehatan komunitas melakukan advokasi pada tingkat system untuk mengubah kesehatan serta harus mengaplikasikan konsep pengorganisasian dan pengembangan komunitas, koordinasi perawatan, pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan dan ilmu kesehatan masyarakat.

Perawat kesehatan komunitas bekerja sama dengan populasi dan berbagai kelompok meliputi:

1. Anggota dari tim kesehatan masyarakat seperti epidemiologi, pekerja social, nutrisisionis dan pendidik kesehatan.

2. Organisasi kesehatan pemerintah.
3. Penyedia layanan kesehatan.
4. Organisasi dan koalisi masyarakat.
5. Unit pelayanan komunitas seperti sekolah, lembaga bantuan hukum dan unit gawat darurat.
6. Industry dan bisnis.
7. Institusi penelitian dan pendidikan.

Menurut Depkes RI (2006), pelayanan keperawatan komunitas dapat diberikan langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan seperti:

1. Unit pelayanan kesehatan yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap(RS, puskesmas, dll)
2. Rumah
Perawat home care memberikan pelayanan pada keluarga di rumah yang menderita penyakit akut maupun kronis. Peran home care adalah untuk meningkatkan fungsi keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang sakit ataupun yang berisiko.
3. Sekolah.
Perawat sekolah dapat melakukan perawat day care, selain itu dapat juga melakukan pemeriksaan secara keseluruhan (screening), mempertahankan kesehatan dan memberikan pendidikan kesehatan.
4. Tempat kerja atau industry.
Perawat melakukan kegiatan perawatan langsung dengan kasus kesakitan atau kecelakaan minimal ditempat kerja dan industry. Selain itu perawat juga memberikan pendidikan kesehatan.
5. Barak penampungan.
Perawat memberikan tindakan langsung pada kasus prnyakit akut, kronis serta kecacatan fisik ganda dan mental.
6. Kegiatan Pusling.
Diberikan kepada individu, kelompok masyarakat dipedesaan dan kelompok terlanter. Bentuk pelayanan seperti pengobatan sedeerhana, screening kesehatan, kasus penyakit akut dan kronis, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit.

7. Panti atau kelompok khusus lain seperti panti asuhan anak, panti wreda, panti social, Rutan.
8. Pelayanan pada kelompok resiko tinggi:
 - a. Kelompok wanita, anak dan lansia yang mendapat perlakuan kekerasan.
 - b. Pusat pelayanan kesehatan jiwa dan penyalahgunaan obat.
 - c. Tempat penampungan kelompok dengan HIV/AIDS dan Wanita Tuna Susila.

D. Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas (DEPKES, 2006)

1. Individu.

Sasaran prioritas individu adalah balita gizi buruk, ibu hamil resiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular (TB paru, kusta, malaria, demam berdarah, diare, ISPA atau pneumonia) dan penderita penyakit degenerative.

2. Keluarga.

Keluarga yang rentan terhadap masalah kesehatan (vulnerable group) atau risiko tinggi (highrisk group) dengan prioritas sebagai berikut :

- a. Keluarga miskin yang belum pernah kontak dengan sarana pelayanan kesehatan dan yang belum punya kartu sehat.
- b. Keluarga miskin yang sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan serta mempunyai masalah kesehatan terkait dengan TumBang (Tumbuh Kembang) balita, kesehatan reproduksi dan penyakit menular.
- c. Keluarga yang tidak termasuk miskin dan mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

3. Kelompok.

Kelompok yang masyarakat khusus yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan baik yang terikat maupun tidak terikat dalam satu institusi.

- a. Kelompok tidak terikat: posyandu, kelompok balita, ibu hamil, usia lanjut, penderita penyakit tertentu dan pekerja informal.

b. Kelompok terikat: sekolah, pesantren, panti asuhan, panti wreda, rutan.

4. Masyarakat. Masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan seperti berikut :

a. Masyarakat disuatu wilayah (RT, RW, Kelurahan, desa) yang mempunyai :

1) Jumlah bayi meninggal lebih tinggi disbanding daerah lain.

2) Jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi disbanding daerah lain.

3) Cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain.

b. Masyarakat didaerah endemis penyakit menular (malaria, diare, demam berdarah, dan lainnya.)

c. Masyarakat dilokasi atau barak pengungsian akibat bencana atau akibat lainnya.

d. Masyarakat didaerah dengan geografis sulit antara lain daerah terpencil dan perbatasan.

e. Masyarakat di daerah baru dengan transportasi sulit seperti daerah transmigrasi.

E. Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas

1. Proses kelompok (Group Proces)
Seseorang dapat mengenal dan mencegah penyakit tertentu setelah belajar dari pengalaman sebelumnya dan jika masyarakat sadar bahwa penanganan masalah yang bersifat individual tidak akan mampu mencegah maka mereka telah melakukan pendekatan dengan proses berkelompok.

2. Pendidikan kesehatan (Health Promotion).
Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar seseorang mampu:

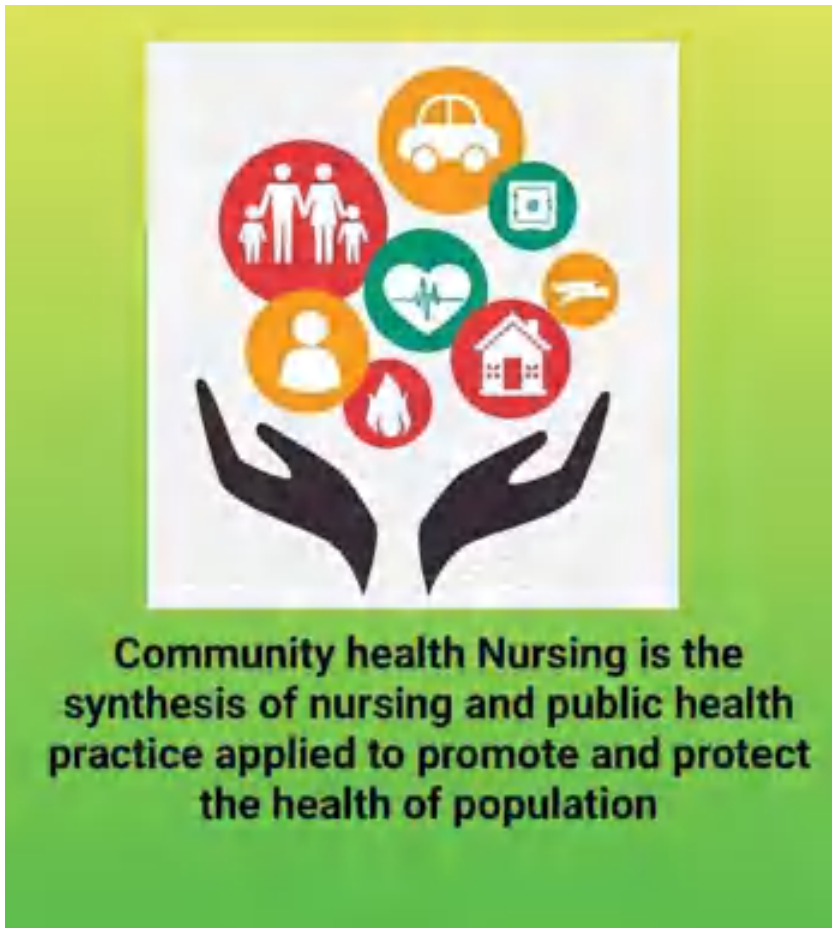
a. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri.

b. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya dengan sumber daya yang ada pada mereka dan ditambah dengan dukungan dari luar.

c. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna, untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan.

3. Kerjasama.

Kerjasama sangat dibutuhkan dalam upaya mencapai tujuan Askep Komunitas, melalui upaya ini berbagai persoalan didalam lingkungan masyarakat akan dapat diatasi dengan lebih cepat.



GAMBAR 1.1. Keperawatan Komunitas

F. Keperawatan Kesehatan Komunitas di Masa Mendatang

Saat ini permasalahan kesehatan yang dihadapi cukup kompleks, upaya kesehatan belum dapat menjangkau

seluruh masyarakat meskipun dapat dilihat beberapa terobosan dalam upaya pembangunan bidang kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi yaitu 35 per 1000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003) serta angka kematian ibu yaitu 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003), Masalah kesehatan lainnya adalah munculnya penyakit-penyakit (*emerging diseases*) seperti HIV/AIDS, SARS, Chikungunya, dan meningkatnya kembali penyakit penyakit menular (*re-emerging diseases*) seperti TBC, malaria, serta penyakit yang dapat dicegah dengan immunisasi. Sementara itu untuk penyakit-penyakit degeneratif seperti penyakit jantung dan penyakit pembuluh darah, juga terjadi peningkatan. Selain permasalahan penyakit, krisis dalam komunitas seperti bencana dan terjadinya kekerasan juga menjadi fokus perhatian kita, oleh sebab itu di tahun-tahun mendatang dapat diprediksi bahwa kebutuhan akan pelayanan keperawatan kesehatan komunitas yang berkualitas meningkat. Pada akhirnya kemampuan kita untuk menangkap peluang dan berespon terhadap perubahan dan tantangan di masa mendatang merupakan dasar yang kuat bagi perkembangan keperawatan kesehatan komunitas. Kompetensi perawat kesehatan komunitas, perawatan kesehatan di rumah, peran perawat Puskesmas di komunitas, kepemimpinan serta pemakaian teknologi informasi diprediksi menjadi fokus dari sistem kesehatan komunitas di masa mendatang.

Daftar Pustaka:

- Community Health Nurses Association of Canada. 2003. Canadian community health nursing standards of practice. Ottawa: Author.
- Daniel M. Equlinet M. 2006, Community Health Nursing, Lectures Notes For Nursing Students, the Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, the Ethiopia Ministry of Health, and the Ethiopia Ministry of Education
- Depkes RI. 1992. Pedoman Kerja Puskesmas Jilid IV, Jakarta Knollmueler. 1998. Buku Saku Keperawatan Komunitas Kesehatan Rumah, Jakarta: EGC
- Depkes RI. 2004a. Kajian Sistem Pembiayaan, Pendataan dan Kontribusi APBD untuk Kesiambungan Pelayanan

- Keluarga Miskin (Exit Strategy). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2004b. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Bab 2

PENGELOLAAN PELAYANAN KEPERAWATAN

Kompetensi Dasar:

Memahami Pengertian Pengelolaan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Konsep Dasar Keperawatan Komunitas
2. Menjelaskan pengertian Tujuan dan Fungsi Kesehatan Komunitas
3. Menjelaskan pengertian Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas
4. Menjelaskan pengertian Pusat Kesehatan Komunitas.
5. Menjelaskan pengertian Bentuk – Bentuk Pendekatan dan Partisipasi Masyarakat
6. Menjelaskan pengertian Model Konseptual Dalam Keperawatan Komunitas
7. Menjelaskan pengertian Hubungan Konsep Keperawatan Komunitas Dengan Pelayanan Kesehatan Utama
8. Menjelaskan pengertian Proses Pelaksanaan Keperawatan Komunitas

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

1. Definisi

Komunitas (community) adalah sekelompok masyarakat yang mempunyai persamaan nilai (values), perhatian (interest) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga (Sumijatun dkk, 2006). Misalnya di dalam kesehatan di kenal kelompok ibu hamil, kelompok ibu menyusui, kelompok anak balita, kelompok lansia, kelompok masyarakat dalam suatu wilayah desa binaan dan lain sebagainya. Sedangkan dalam kelompok masyarakat ada masyarakat petani, masyarakat pedagang, masyarakat

pekerja, masyarakat terasing dan sebagainya (Mubarak, 2005).

Keperawatan komunitas sebagai suatu bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat (public health) dengan dukungan peran serta masyarakat secara aktif serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan perawatan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok serta masyarakat sebagai kesatuan utuh melalui proses keperawatan (nursing process) untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal, sehingga mampu mandiri dalam upaya kesehatan (Mubarak, 2006).

Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontiniu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Wahyudi, 2010).

2. Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas

a. Tujuan keperawatan komunitas

Tujuan proses keperawatan dalam komunitas adalah untuk pencegahan dan peningkatan kesehatan masyarakat melalui upaya-upaya sebagai berikut.

- 1) Pelayanan keperawatan secara langsung (direct care) terhadap individu, keluarga, dan keluarga dan kelompok dalam konteks komunitas.
- 2) Perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat (health general community) dengan mempertimbangkan permasalahan atau isu kesehatan masyarakat yang dapat memengaruhi keluarga, individu, dan kelompok.

Selanjutnya, secara spesifik diharapkan individu, keluarga,

kelompok, dan masyarakat mempunyai kemampuan untuk:

- 1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami;
- 2) Menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut;
- 3) Merumuskan serta memecahkan masalah kesehatan;
- 4) Menanggulangi masalah kesehatan yang mereka hadapi;
- 5) Mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi, yang akhirnya dapat meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri (self care).

b. Fungsi keperawatan komunitas

- 1) Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
- 2) Agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dibidang kesehatan.
- 3) Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien serta melibatkan peran serta masyarakat.
- 4) Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang cepat dan pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan (Mubarak, 2006).

3. Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas

Strategi intervensi keperawatan komunitas adalah sebagai berikut:

a. Proses kelompok (group process)

Seseorang dapat mengenal dan mencegah penyakit, tentunya setelah belajar dari pengalaman sebelumnya, selain faktor pendidikan/pengetahuan individu, media masa, Televisi, penyuluhan yang dilakukan petugas kesehatan dan sebagainya. Begitu juga dengan masalah kesehatan di

lingkungan sekitar masyarakat, tentunya gambaran penyakit yang paling sering mereka temukan sebelumnya sangat mempengaruhi upaya penanganan atau pencegahan penyakit yang mereka lakukan. Jika masyarakat sadar bahwa penanganan yang bersifat individual tidak akan mampu mencegah, apalagi memberantas penyakit tertentu, maka mereka telah melakukan pemecahan-pemecahan masalah kesehatan melalui proses kelompok.

b. Pendidikan Kesehatan (Health Promotion)

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan hanya sekedar proses transfer materi/teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Akan tetapi, perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri. Sedangkan tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 maupun WHO yaitu "meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan; baik fisik, mental dan sosialnya; sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial.

c. Kerjasama (Partnership)

Berbagai persoalan kesehatan yang terjadi dalam lingkungan masyarakat jika tidak ditangani dengan baik akan menjadi ancaman bagi lingkungan masyarakat luas. Oleh karena itu, kerja sama sangat dibutuhkan dalam upaya mencapai tujuan asuhan keperawatan komunitas melalui upaya ini berbagai persoalan di dalam lingkungan masyarakat akan dapat diatasi dengan lebih cepat.

4. Pusat Kesehatan Komunitas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan komunitas dapat dilakukan di:

a. Sekolah atau Kampus

Pelayanan keperawatan yang diselenggarakan meliputi pendidikan pencegahan penyakit, peningkatan derajat

kesehatan dan pendidikan seks. Selain itu perawata yang bekerja di sekolah dapat memberikan perawatan untuk peserta didik pada kasus penyakit akut yang bukan kasus kedaruratan misalnya penyakit influenza, batu dll. Perawat juga dapat memberikan rujukan pada peserta didik dan keluarganya bila dibutuhkan perawatan kesehatan yang lebih spesifik.

b. Lingkungan kesehatan kerja

Beberapa perusahaan besar memberikan pelayanan kesehatan bagi pekerjanya yang berlokasi di gedung perusahaan tersebut. Asuhan keperawatan di tempat ini meliputi lima bidang. Perawata menjalankan program yang bertujuan untuk:

- 1) Meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja dengan mengurangi jumlah kejadian kecelakaan kerja
- 2) Menurunkan resiko penyakit akibat kerja
- 3) Mengurangi transmisi penyakit menular anatar pekerja
- 4) Memberikan program peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pendidikan kesehatan.
- 5) Mengintervensi kasus-kasus lanjutan non kedaruratan dan memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan (Mubarak, 2006).

c. Lembaga perawatan kesehatan di rumah

Klien sering kali membutuhkan asuhan keperawatan khusus yang dapat diberikan secara efisien di rumah. Perawat di bidang komunitas juga dapat memberikan perawatan kesehatan di rumah misalnya: perawata melakukan kunjungan rumah, hospice care, home care dll. Perawat yang bekerja di rumah harus memiliki kemampuan mendidik, fleksibel, berkemampuan, kreatif dan percaya diri, sekaligus memiliki kemampuan klinik yang kompeten.

d. Lingkungan kesehatan kerja lain

Terdapat sejumlah tempat lain dimana perawat juga dapat bekerja dan memiliki peran serta tanggungjawab yang bervariasi. Seorang perawat dapat mendirikan praktek

sendiri, bekerja sama dengan perawata lain, bekerja di bidang pendidikan, penelitian, di wilayah binaan, puskesmas dan lain sebagainya. Selain itu, dimanapun lingkungan tempat kerjanya, perawat ditantang untuk memberikan perawatan yang berkualitas (Mubarak, 2006).

5. Bentuk – Bentuk Pendekatan dan Partisipasi Masyarakat

a. Posyandu

Pos pelayanan terpadu atau yang lebih dikenal dengan posyandu. Secara sederhana dapat diartikan sebagai pusat kegiatan dimana masyarakat dapat sekaligus memperoleh pelayanan KB dan Kesehatan. Selain itu posyandu juga dapat diartikan sebagai wahana kegiatan keterpaduan KB dan kesehatan ditingkat kelurahan atau desa, yang melakukan kegiatan-kegiatan seperti:

- (1) kesehatan ibu dan anak,
- (2) KB,
- (3) imunisasi,
- (4) peningkatan gizi,
- (5) penanggulangan diare,
- (6) sanitasi dasar,
- (7) penyediaan obat esensial (Zulkifli, 2003).

Pelayanan yang diberikan di posyandu bersifat terpadu, hal ini bertujuan untuk memberikan kemudahan dan keuntungan bagi masyarakat karena di posyandu tersebut masyarakat dapat memperoleh pelayanan lengkap pada waktu dan tempat yang sama.

Posyandu dipandang sangat bermanfaat bagi masyarakat namun keberadaannya di masyarakat kurang berjalan dengan baik, oleh karena itu pemerintah mengadakan revitalisasi posyandu. Revitalisasi posyandu merupakan upaya pemberdayaan posyandu untuk mengurangi dampak dari krisis ekonomi terhadap penurunan status gizi dan kesehatan ibu dan anak. Kegiatan ini juga bertujuan untuk meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam menunjang upaya mempertahankan dan meningkatkan status gizi serta kesehatan ibu dan anak melalui peningkatan kemampuan kader, manajemen dan fungsi posyandu (Zulkifli, 2003).

Tujuan pokok penyelenggaraan Posyandu adalah untuk :

- (1) mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak,
- (2) meningkatkan pelayanan kesehatan ibu untuk menurunkan IMR,
- (3) mempercepat penerimaan NKKBS,
- (4) meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat,
- (5) pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan pada penduduk berdasarkan letak geografi,
- (6) meningkatkan dan pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi untuk swakelola usaha kesehatan masyarakat.

Menurut (Nasru effendi, 2000) untuk menjalankan kegiatan Posyandu dilakukan dengan system 5 meja, yaitu:

1. Meja I
 - a. Pendaftaran
 - b. Pencacatan bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui, dan PUS (Pasangan Usia Subur)
2. Meja II
Penimbangan Balita dan ibu hamil
3. Meja III Pengisian KMS
4. Meja IV
 - a. Diketahui BB anak yang naik/tidak naik, ibu hamil dengan resiko tinggi, PUS yang belum mengikuti KB
 - b. Penyuluhan kesehatan
 - c. Pelayanan PMT, oralit, Vit. A, Tablet zat besi, Pil ulangan, Kondom
5. Meja V
 - a. Pemberian iminisasi
 - b. Pemeriksaan Kehamilan
 - c. Pemeriksaan kesehatan dan pengobatan
 - d. Pelayanan kontrasepsi IUD, suntikan.

Peserta Posyandu mendapat pelayanan meliputi :

1) Kesehatan ibu dan anak :

- ☐ Pemberian pil tambah darah (ibu hamil)
 - ☐ Pemberian vitamin A dosis tinggi (bulan vitamin A pada bulan Februari dan Agustus)
 - ☐ PMT
 - ☐ Imunisasi.
 - ☐ Penimbangan balita rutin perbulan sebagai pemantau kesehatan balita melalui pertambahan berat badan setiap bulan. Keberhasilan program terlihat melalui grafik pada kartu KMS setiap bulan.
- 2) Keluarga berencana, pembagian Pil KB dan Kondom.
- 3) Pemberian Oralit dan pengobatan.
- 4) Penyuluhan kesehatan lingkungan dan penyuluhan pribadi sesuai permasalahan dilaksanakan oleh kader PKK melalui meja IV dengan materi dasar dari KMS baita dan ibu hamil. Keberhasilan Posyandu tergambar melalui cakupan SKDN

Menurut (Nasrul effendi, 2000), untuk meja I sampai meja IV dilaksanakan oleh kader kesehatan dan untuk meja V dilaksanakan oleh petugas kesehatan seperti dokter, bidan, perawat, juru imunisasi. Tetapi dilapangan yang kita temukan dari meja 1 sampai meja 5 dilakukan oleh semua perawat puskesmas, hanya di beberapa posyandu yang kader kesehatannya berperan aktif. Pendidikan dan pelatihan kader selama ini hanya sebatas wacana saja di masyarakat. Kader seharusnya lebih aktif berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu. Keadaan seperti ini masih perlu perhatian khusus untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

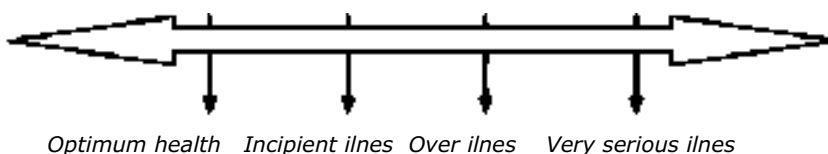
6. Model Konseptual Dalam Keperawatan Komunitas

Model adalah sebuah gambaran deskriptif dari sebuah praktik yang bermutu yang mewakili sesuatu yang nyata atau gambaran yang mendekati kenyataan dari konsep. Model praktik keperawatan didasarkan pada isi dari sebuah teori dan konsep praktik (Riehl & Roy, 1980 dalam Sumijatun, 2006).

Salah satu model keperawatan kesehatan komunitas yaitu Model Health Care System (Betty Neuman, 1972). Model konsep ini merupakan model konsep yang menggambarkan aktivitas keperawatan, yang ditujukan kepada penekanan penurunan stress dengan cara memperkuat garis pertahanan diri, baik yang bersifat fleksibel, normal, maupun resisten dengan sasaran pelayanan adalah komunitas (Mubarak & Chayatin, 2009).

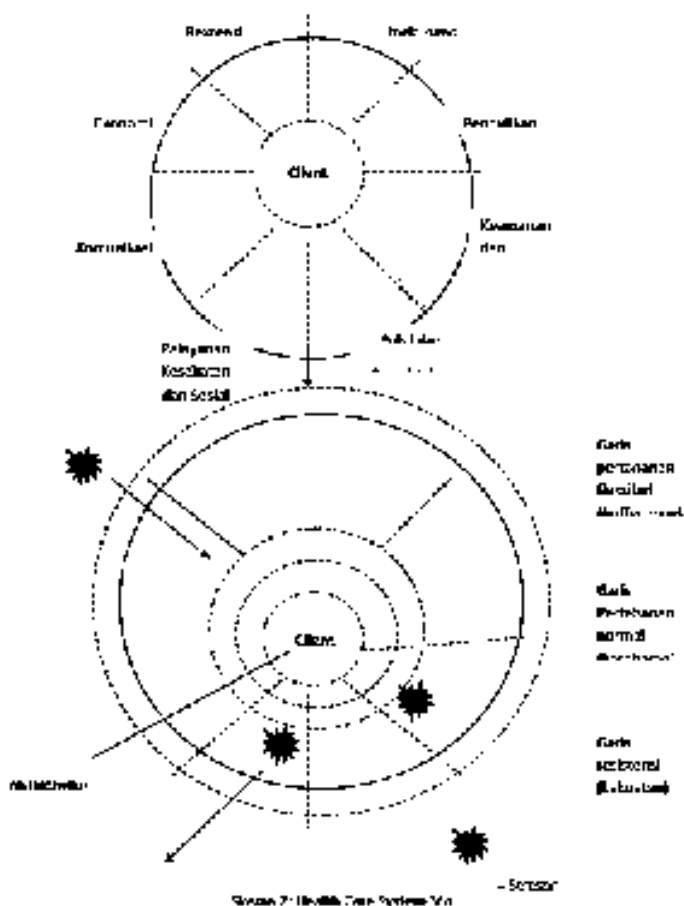
Menurut Sumijatun (2006) teori Neuman berpijak pada metaparadigma keperawatan yang terdiri dari yang terdiri dari klien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Asumsi Betty Neuman tentang empat konsep utama yang terkait dengan keperawatan komunitas adalah:

- a. Manusia, merupakan suatu sistem terbuka yang selalu mencari keseimbangan dari harmoni dan merupakan suatu kesatuan dari variabel yang utuh, yaitu: fisiologi, psikologi, sosiokultural, perkembangan dan spiritual
- b. Lingkungan, meliputi semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh-pengaruh dari sekitar atau sistem klien
- c. Sehat, merupakan kondisi terbebas dari gangguan pemenuhan kebutuhan. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan menghindari atau mengatasi stresor.



Skema 1. Sehat Bersifat Dinamis

GAMBAR 2.1 Skema 1



GAMBAR 2.2. Skema 2

Model ini menganalisis interaksi antara empat variabel yang menunjang keperawatan komunitas, yaitu aspek fisik atau fisiologis, aspek psikologis, aspek sosial dan kultural, serta aspek spiritual.

Sehat menurut Neuman adalah suatu keseimbangan bio, psiko, cultural dan spiritual pada tiga garis pertahanan klien, yaitu garis pertahanan fleksibel, normal dan resisten. Sehat dapat diklasifikasikan dalam delapan tahapan, yaitu:

- 1) Normally well, yaitu sehat secara psikologis, medis dan social
- 2) Pessimistic, yaitu bersikap atau berpandangan tidak mengandung harapan baik (misalnya khawatir sakit, ragu akan kesehatannya, dan lain-lain)
- 3) Socially ill, yaitu secara psikologis dan medis baik, tetapi kurang mampu secara social, baik ekonomi maupun interaksi social dengan masyarakat
- 4) Hypochondriacal, yaitu penyakit bersedih hati dan kesedihan tanpa alasan
- 5) Medically ill, yaitu sakit secara medis yang dapat diperiksa dan diukur
- 6) Martyr, yaitu orang yang rela menderita atau meninggal dari pada menyerah karena mempertahankan agama/kepercayaan. Dalam kesehatan, seseorang yang tidak memperdulikan kesehatannya, dia tetap berjuang untuk kesehatan/keselamatan orang lain
- 7) Optimistic, yaitu meskipun secara medis dan social sakit, tetapi mempunyai harapan baik. Keadaan ini sering kali sangat membantu dalam penyembuhan sakit medisnya
- 8) Seriously ill, yaitu benar-benar sakit, baik secara psikologis, medis dan sosial

7. Hubungan Konsep Keperawatan Komunitas Dengan Pelayanan Kesehatan Utama

Keperawatan komunitas adalah suatu dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat dengan menekankan kepada peningkatan peran serta masyarakat dalam melakukan upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan tindakan kuratif dan rehabilitatif sehingga diharapkan masyarakat mampu mengenal, mengambil keputusan dalam memelihara kesehatannya (Mubarak, 2009).

Selain menjadi subjek, masyarakat juga menjadi objek yaitu sebagai klien yang menjadi sasaran dari keperawatan kesehatan komunitas terdiri dari individu dan masyarakat.

Berdasarkan pada model pendekatan totalitas individu dari Neuman (1972 dalam Anderson, 2006) untuk melihat masalah pasien, model komunitas sebagai klien dikembangkan untuk menggambarkan batasan keperawatan kesehatan masyarakat sebagai sintesis kesehatan masyarakat dan keperawatan. Model tersebut telah diganti namanya menjadi model komunitas sebagai mitra, untuk menekankan filosofi pelayanan kesehatan primer yang menjadi landasannya.

Secara lebih rinci dijabarkan sebagai berikut :

a. Tingkat individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan maka perawat akan memberikan asuhan keperawatan pada individu tersebut. Pelayanan pada tingkat individu dapat dilaksanakan pada rumah atau puskesmas, meliputi penderita yang memerlukan pelayanan tindak lanjut yang tidak mungkin dilakukan asuhan keperawatan di rumah dan perlu kepuskesmas, penderita resiko tinggi seperti penderita penyakit demam darah dan diare. Kemudian individu yang memerlukan pengawasan dan perawatan berkelanjutan seperti ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan balita.

b. Tingkat keluarga

Keperawatan kesehatan komunitas melalui pendekatan keperawatan keluarga memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga yang mempunyai masalah kesehatan terutama keluarga dengan resiko tinggi diantaranya keluarga dengan sosial ekonomi rendah dan keluarga yang anggota keluarganya menderita penyakit menular dan kronis. Hal ini dikarenakan keluarga merupakan unit utama masyarakat dan lembaga yang menyakut kehidupan masyarakat. Dalam pelaksanaannya, keluarga tetap juga berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggotanya.

c. Tingkat komunitas

Keperawatan kesehatan komunitas di tingkat masyarakat dilakukan dalam lingkup kecil sampai dengan lingkup yang

luas didalam suatu wilayah kerja puskesmas. Pelayanan ditingkat masyarakat dibatasi oleh wilayah atau masyarakat yang mempunyai ciri-ciri tertentu misalnya kebudayaan, pekerjaan, pendidikan dan sebagainya.

Asuhan keperawatan komunitas diberikan dengan memandang komunitas sebagai klien dengan strategi intervensi keperawatan komunitas yang mencakup tiga aspek yaitu primer, sekunder dan tertier melalui proses individu dan kelompok dengan kerja sama lintas sektoral dan lintas program.

Pelayanan yang diberikan oleh keperawatan komunitas mencakup kesehatan komunitas yang luas dan berfokus pada pencegahan yang terdiri dari tiga tingkat yaitu:

1) Pencegahan primer

Pelayanan pencegahan primer ditunjukkan kepada penghentian penyakit sebelum terjadi karena itu pencegahan primer mencakup peningkatan derajat kesehatan secara umum dan perlindungan spesifik. Promosi kesehatan secara umum mencakup pendidikan kesehatan baik pada individu maupun kelompok. Pencegahan primer juga mencakup tindakan spesifik yang melindungi individu melawan agen-agen spesifik misalnya tindakan perlindungan yang paling umum yaitu memberikan imunisasi pada bayi, anak balita dan ibu hamil, penyuluhan gizi bayi dan balita.

2) Pencegahan sekunder

Pelayanan pencegahan sekunder dibuat untuk mendeteksi penyakit lebih awal dengan mengobati secara tepat. Kegiatan-kegiatan yang mengurangi faktor resiko dikalifikasikan sebagai pencegahan sekunder misalnya memotivasi keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu dan puskesmas.

3) Pencegahan tertier

Yang mencakup pembatasan kecacatan kelemahan pada seseorang dengan stadium dini dan rehabilitasi pada orang yang mengalami kecacatan agar dapat secara optimal berfungsi sesuai dengan kemampuannya, misalnya mengajarkan latihan fisik pada penderita patah tulang.

Selanjutnya agar dapat memberikan arahan pelaksanaan kegiatan, berikut ini diuraikan falsafah keperawatan komunitas dan pengorganisasian masyarakat (Mubarak, 2009):

a. Falsafah Keperawatan Kesehatan Komunitas

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan pelayanan yang memberikan perhatian terhadap pengaruh lingkungan (bio-psiko-sosio-kultural-spiritual) terhadap kesehatan masyarakat dan memberikan prioritas pada strategi pada pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Falsafah yang melandasi yang mengacu pada paradigma keperawatan secara umum dengan empat komponen dasar yaitu; manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan.

b. Pengorganisasian masyarakat

Tiga model pengorganisasian masyarakat menurut Rothman (1998) meliputi peran serta masyarakat (locality developmen), perencanaan sosial melalui birokrasi pemerintah (social developmant) dan aksi sosial berdasarkan kejadian saat itu (social action) (Mubarak, 2009).

Pelaksanaan pengorganisasian masyarakat dilakukan melalui tahapan-tahapan berikut:

1) Tahap persiapan

Dilakukan dengan memilih area atau daerah yang menjadi prioritas, menentukan cara untuk berhubungan dengan masyarakat, mempelajari dan bekerjasama dengan masyarakat.

2) Tahap pengorganisasian

Dengan persiapan pembentukan kelompok dan penyesuaian dengan pola yang ada di masyarakat dengan pembentukan kelompok kerja kesehatan.

3) Tahap pendidikan dan pelatihan

Melalui kegiatan-kegiatan pertemuan teratur dengan kelompok masyarakat melalui pengkajian, membuat pelayanan keperawatan langsung pada individu, keluarga dan masyarakat.

4) Tahap formasi kepemimpinan

Memberikan dukungan latihan dan mengembangkan keterampilan yang mengikuti perencanaan, pengorganisasian, pergerakan dan pengawasan kegiatan pendidikan kesehatan.

5) Tahap koordinasi

Kerjasama dengan sektor terkait dalam upaya memandirikan masyarakat

6) Tahap akhir

Supervisi bertahap dan diakhiri dengan evaluasi dan pemberian umpan balik dan masing-masing evaluasi untuk perbaikan untuk kegiatan kelompok kesehatan kerja selanjutnya.

8. Proses Pelaksanaan Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan suatu bidang khusus keperawatan yang merupakan gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu sosial yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit (mempunyai masalah kesehatan/keperawatan), secara komprehensif melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat secara terorganisir bersama tim kesehatan lainnya untuk dapat mengenal masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi serta memecahkan masalah-masalah yang mereka miliki dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sesuai dengan hidup sehat sehingga dapat meningkatkan fungsi kehidupan dan derajat kesehatan seoptimal mungkin dan dapat diharapkan dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya (Chayatin, 2009). Menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan profesional yang

merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi (Efendi, 2009).

Keperawatan komunitas merupakan Pelaksanaan keperawatan komunitas dilakukan melalui beberapa fase yang tercakup dalam proses keperawatan komunitas dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dinamis. Fase-fase pada proses keperawatan komunitas secara langsung melibatkan komunitas sebagai klien yang dimulai dengan pembuatan kontrak/partner ship dan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Efendi, 2009).



GAMBAR 2.3. Sistem Keperwatan Kesehatan

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada komunitas atau kelompok adalah (Mubarak, 2005):

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat baik individu, keluarga atau kelompok yang menyangkut permasalahan pada fisiologis, psikologis, sosial ekonomi, maupun spiritual dapat ditentukan.

a. Pengumpulan Data

Hal yang perlu dikaji pada komunitas atau kelompok antara lain :

1) Inti (Core) meliputi : Data demografi kelompok atau komunitas yang terdiri atas usia yang beresiko, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, agama, nilai-nilai, keyakinan, serta riwayat timbulnya kelompok atau komunitas.

2) Mengkaji 8 subsistem yang mempengaruhi komunitas, antara lain:

a. Perumahan, bagaimana penerangannya, sirkulasi, bagaimana kepadatannya karena dapat menjadi stresor bagi penduduk

b. Pendidikan komunitas, apakah ada sarana pendidikan yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat

c. Keamanan dan keselamatan, bagaimana keselamatan dan keamanan tempat tinggal, apakah masyarakat merasa nyaman atau tidak, apakah sering mengalami stres akibat keamanan dan keselamatan yang tidak terjamin

d. Kualiti dan kebijakan pemerintah terkait kesehatan, apakah cukup menunjang, sehingga memudahkan masyarakat mendapatkan pelayanan di berbagai bidang termasuk kesehatan

- e. Pelayanan kesehatan yang tersedia, untuk deteksi dini atau memantau gangguan yang terjadi
- f. Pelayanan kesehatan yang tersedia, untuk melakukan deteksi dini dan merawat atau memantau gangguan yang terjadi
- g. Sistem komunikasi, serta komunikasi apa saja yang dapat dimanfaatkan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan yang terkait dengan gangguan penyakit
- h. Sistem ekonomi, tingkat sosial ekonomi masyarakat secara keseluruhan, apakah pendapatan yang diterima sesuai dengan Upah Minimum Registrasi (UMR) atau sebaliknya
- i. Rekreasi, apakah tersedia sarana rekreasi, kapan saja dibuka, apakah biayanya dapat dijangkau masyarakat

b. Jenis Data

Jenis data secara umum dapat diperoleh dari data subjektif dan data objektif (Mubarak,2005):

1) Data Subjektif

Yaitu data yang diperoleh dari keluhan atau masalah yang dirasakan oleh individu, keluarga, kelompok, dan komunitas, yang diungkapkan secara langsung melalui lisan.

2) Data Objektif

Data yang diperoleh melalui suatu pemeriksaan, pengamatan dan pengukuran

c. Sumber Data

1) Data primer

Data yang dikumpulkan oleh pengkaji dari individu, keluarga, kelompok, masyarakat berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengkajian.

2) Data sekunder

Data yang diperoleh dari sumber lain yang dapat dipercaya, misalnya: kelurahan, catatan riwayat kesehatan pasien atau medical record.

3) Cara Pengumpulan Data

- a. Wawancara yaitu: kegiatan timbale balik berupa Tanya jawab
- b. Pengamatan yaitu: melakukan observasi dengan panca indra
- c. Pemeriksaan fisik: melakukan pemeriksaan pada tubuh individu

4) Pengelolaan Data

- a. Klasifikasi data atau kategorisasi data
- b. Perhitungan presentase cakupan dengan menggunakan telly
- c. Tabulasi data
- d. Interpretasi data

5) Analisa Data

Kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat apakah itu masalah kesehatan atau masalah keperawatan.

6) Penentuan Masalah atau Perumusan Masalah Kesehatan

Berdasarkan analisa data dapat diketahui masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat sehingga dapat dirumuskan masalah kesehatan.

7) Prioritas Masalah

Prioritas masalah dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan Abraham H Maslow:

- Keadaan yang mengancam kehidupan

- Keadaan yang mengancam kesehatan
- Persepsi tentang kesehatan dan keperawatan

2. *Diagnosa Keperawatan*

Kesehatan Diagnosis keperawatan ialah respon individu pada masalah kesehatan baik yang actual maupun potensial. Diagnose keperawatan komunitas akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan masyarakat baik yang nyata dan yang mungkin terjadi. Diagnosa ditegakkan berdasarkan tingkat rekreasi komunitas terhadap stresor yang ada. Selanjutnya dirumuskan dalam tiga komponen, yaitu problem/masalah (P), etiology atau penyebab (E), dan symptom atau manifestasi/data penunjang (S) (Mubarak, 2005).

- ▶ Problem : merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya terjadi.
- ▶ Etiologi : penyebab masalah kesehatan atau keperawatan yang dapat memberikan arah terhadap intervensi keperawatan.
- ▶ Symptom : tanda atau gejala yang tampak menunjang masalah yang terjadi.

3. *Perencanaan/ Intervensi*

Perencanaan keperawatan merupakan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang sudah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien. Perencanaan intervensi yang dapat dilakukan berkaitan dengan diagnosa keperawatan komunitas yang muncul diatas adalah (Mubarak, 2005):

- a. Lakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit
- b. Lakukan demonstrasi ketrampilan cara menangani penyakit
- c. Lakukan deteksi dini tanda-tanda gangguan penyakit

- d. Lakukan kerja sama dengan ahli gizi dalam menentukan diet yang tepat
- e. Lakukan olahraga secara rutin
- f. Lakukan kerja sama dengan pemerintah atau aparat setempat untuk memperbaiki lingkungan komunitas
- g. Lakukan rujukan ke rumah sakit bila diperlukan

4. Pelaksanaan/Implementasi

Pelaksanaan merupakan tahap realisasi dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun. Dalam pelaksanaannya tindakan asuhan keperawatan harus bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lain dalam hal melibatkan pihak puskesmas, bidan desa, dan anggota masyarakat (Mubarak, 2005). Perawat bertanggung jawab dalam melaksanakan tindakan yang telah direncanakan yang bersifat (Efendi, 2009), yaitu:

- a. Bantuan untuk mengatasi masalah gangguan penyakit
- b. Mempertahankan kondisi yang seimbang dalam hal ini perilaku hidup sehat dan melaksanakan upaya peningkatan kesehatan
- c. Mendidik komunitas tentang perilaku sehat untuk mencegah gangguan penyakit
- d. Advocat komunitas yang sekaligus memfasilitasi terpenuhinya kebutuhan komunitas

5. Penilaian/Evaluasi

Evaluasi memuat keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan antara proses dengan dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan tingkat kemandirian masyarakat dalam perilaku kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan masyarakat komunitas dengan tujuan yang sudah ditentukan atau dirumuskan sebelumnya (Mubarak, 2005). Adapun tindakan dalam melakukan evaluasi adalah:

- a. Menilai respon verbal dan nonverbal komunitas setelah dilakukan intervensi
- b. Menilai kemajuan oleh komunitas setelah dilakukan intervensi keperawatan
- c. Mencatat adanya kasus baru yang dirujuk ke rumah sakit

Daftar Pustaka:

- Anderson, E.T. & J. McFarlane, 2000. *Community as Partner Theory and Practice in Nursing* 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat* Edisi 2. EGC: Jakarta
- Effendi, Muh. Arief. 2009. *The Power Of Corporate Governance: Teori dan Implementasi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Mubarak, Wahit Iqbal, 2005. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas* 2. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika
- Neuman, B. (1972). *The Neuman System Model*. Norwalk, CT: Appleton-Century- Crofts.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman System Model* (3rd ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Riehl J.P. & Roy C. (1980). *Conceptual Models for Nursing Practice*, 2nd edn. Connecticut. Appleton-Century-Crofts
- Rothman, A. J., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121(1), 3-19.
- Rothman, A. J., Bartels, R. D., Wlaschin, J., & Salovey, P. (2006). The strategic use of gain- and loss-framed message to promote healthy behavior : How theory can inform practice. *Journal of communication*, 56, S202-S220.
- Sumijatun, dkk. 2006. *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (LNRI Tahun 1992 Nomor 100 TLNRI Nomor 3495) Undang Undang RI No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Wahyudi (2010). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta : EGC
- Zulkifli. 2003. *Manajemen Kearsipan*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

Bab 3

KONSEP KESEHATAN DI KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT (KOMUNITAS)

Kompetensi Dasar:

Memahami Pengertian Konsep Kesehatan Keperawatan
Kesehatan Komunitas

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Konsep Dasar Keperawatan Komunitas
2. Menjelaskan pengertian rangkaian penyakit kesehatan
3. Menjelaskan pengertian Host –Agent - Environment Model
4. Menjelaskan pengertian hubungan antara persepsi kesehatan masyarakat terhadap masyarakat dan masalah kesehatan terkait
5. Menjelaskan pengertian Analisis komponen praktik kesehatan masyarakat Menjelaskan pengertian Model Konseptual Dalam Keperawatan Komunitas
6. Menjelaskan pengertian karakteristik praktik kesehatan masyarakat

1 Pendahuluan

Didefinisikan secara luas, komunitas adalah kumpulan orang-orang yang berinteraksi satu sama lain dan yang memiliki minat atau karakteristik yang sama memberi mereka rasa persatuan dan kepemilikan. - Komunitas adalah sekelompok orang di wilayah geografis tertentu dengan tujuan dan sasaran bersamadan potensi untuk berinteraksi satu sama lain (ruang penering). Fungsi dari setiap komunitas termasuk rasa memiliki anggota dan identitas, nilai, norma, komunikasi, dan perilaku pendukung yang dibagikan. Beberapa komunitas yang mungkin berbagi hampir segalanya, sementara komunitas lain (besar, tersebar dan

terdiri dari individu) yang mungkin hanya berbagi di sana kepentingan bersama dan keterlibatan dalam tujuan tertentu. Suatu komunitas sering didefinisikan oleh batas-batas geografisnya dan oleh karena itu disebut komunitas geografis. Contoh, kota, kota, atau lingkungan adalah komunitas geografis. Suatu komunitas yang dibatasi oleh batas-batas geografis menjadi target yang jelas untuk analisis kebutuhan kesehatan untuk membentuk dasar bagi perencanaan program kesehatan dan komunitas geografis juga mudah dimobilisasi untuk tindakan. Komunitas juga dapat diidentifikasi berdasarkan minat atau tujuan bersama. Kumpulan orang, meskipun mereka tersebar secara geografis, dapat memiliki minat atau tujuan yang mengikat anggota-bersama-sama yang disebut komunitas minat bersama. (misalnya, individu Nonaktif yang tersebar di suatu kota besar dapat muncul sebagai komunitas melalui kepentingan bersama dalam kebutuhannya akan akses roda yang disempurnakan atau fasilitas cacat lainnya).

Tiga Fitur Komunitas

Komunitas memiliki tiga fitur, lokasi, populasi, dan sistem sosial. Lokasi: setiap komunitas fisik melakukan keberadaan sehari-harinya di lokasi geografis tertentu. Kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh lokasi ini, termasuk penempatan layanan, fitur geografis ... Populasi: terdiri dari agregat khusus, tetapi semua orang yang berbeda yang tinggal bersama dalam batas komunitas. Sistem sosial: berbagai bagian sistem sosial masyarakat yang berinteraksi dan mencakup sistem kesehatan, sistem keluarga, sistem ekonomi, dan sistem pendidikan.

2 Kesehatan

Kesehatan didefinisikan sebagai keadaan fisik, mental dan kesejahteraan sosial bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan (WHO, 1948). Kesehatan, dalam filosofi holistiknya sangat berbeda dari pengaturan perawatan akut. Kesehatan fisik menyiratkan fungsi mekanistik tubuh. Kesehatan mental berarti kemampuan untuk berpikir jernih dan koheren dan berkaitan dengan pemikiran dan perasaan

Anda dan bagaimana Anda menangani masalah Anda. Orang yang sehat secara mental memiliki kapasitas untuk hidup bersama orang lain, untuk memahami kebutuhan mereka, dan untuk mencapai hubungan yang saling memuaskan. Kesehatan sosial mengacu pada kemampuan untuk:

- Membuat dan memelihara hubungan dengan orang lain:
- Berinteraksi dengan baik dengan orang dan lingkungan.

Kesehatan menunjuk kemampuan untuk mengadopsi ke lingkungan yang berubah untuk tumbuh dan menua, untuk penyembuhan ketika rusak, untuk penderitaan dan harapan damai kematian (Illich 1975). Kemampuan sistem (misalnya Sel, organisme, keluarga, masyarakat) untuk merespon secara adaptif terhadap berbagai macam tantangan lingkungan (Brody 1994 dan Sobel, 1981). Lamberton (1978) melihat kebalikan dari kesehatan sebagai tidak ada kesehatan dan lawan dari penyakit sebagai tidak ada penyakit. Lebih lanjut, kematian tidak dipandang sebagai penyakit tertinggi tetapi sebagai bagian alami dari pertumbuhan dan perkembangan. Dia juga menganggap interaksi dengan ekologi sebagai pengaruh penting pada kesehatan dan penyakit. Kesehatan juga dikonseptualisasikan sebagai sumber untuk kehidupan sehari-hari. Ini adalah gagasan positif yang menekankan sumber daya sosial dan pribadi serta kemampuan fisik. (Daniel Mengistu & Equinet Misganaw; 2006)

3. Kesehatan dan Kebugaran

Kesehatan Setiap orang memiliki persepsi pribadi tentang kesehatan. Beberapa orang menggambarkan keadaan kesehatan mereka sebagai baik meskipun mereka sebenarnya mungkin memiliki satu atau lebih penyakit yang didiagnosis. Itu karena setiap orang merasakan kesehatan dalam kaitannya dengan harapan dan nilai-nilai pribadi. Konsep kesehatan harus memungkinkan variabilitas individunya. Kesehatan adalah keadaan dinamis di mana orang tersebut terus-menerus beradaptasi dengan perubahan di lingkungan internal dan eksternal. Sebagai contoh, seseorang dapat melihat dirinya sebagai sehat ketika mengalami infeksi pernafasan.

Wellness Wellness adalah gaya hidup yang ditujukan untuk mencapai kesejahteraan fisik, emosional, intelektual, spiritual dan lingkungan. Penggunaan langkah-langkah kesehatan dapat meningkatkan stamina, energi dan harga diri, kemudian meningkatkan kualitas hidup.

Konsep kesehatan juga memungkinkan untuk variabilitas individu. Kesehatan dapat dianggap sebagai keseimbangan aspek fisik, emosional, psikologis, sosial, dan spiritual dari kehidupan seseorang. Ini adalah keadaan dinamis. Setiap orang akan mendefinisikan kesehatan dalam kaitannya dengan harapan pribadi. Perilaku sehat adalah perilaku yang mempromosikan fungsi sehat dan membantu mencegah penyakit. Ini termasuk, misalnya, manajemen stres, kesadaran nutrisi, dan kebugaran fisik.

Model Kesehatan Ada berbagai model konsep kesehatan. Beberapa model didasarkan secara sempit pada ada atau tidak adanya penyakit yang dapat didefinisikan. Yang lain lebih berdasarkan pada keyakinan, kesehatan, dan holisme kesehatan.

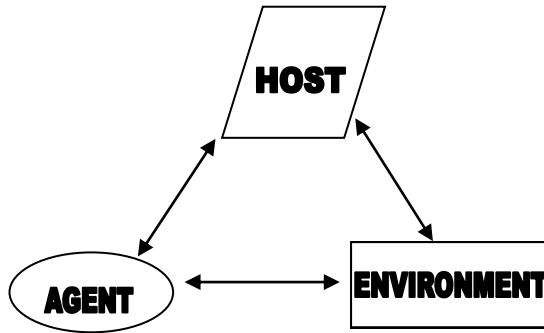
A. Model Klinis (Dunn, 1961) Dalam model ini, kesehatan diartikan sebagai tidak adanya tanda dan gejala penyakit atau cedera; jadi lawan dari kesehatan adalah penyakit. Dunn mendefinisikan, dalam model ini, "kesehatan sebagai keadaan bebas yang relatif pasif dari penyakit, dan kondisi homeostasis relatif." Penyakit adalah sesuatu yang terjadi pada seseorang. Banyak penyedia layanan kesehatan fokus pada keyakinan tanda dan gejala penyakit dan menyimpulkan bahwa ketika ini tidak lagi hadir, orang itu sehat.

N.B. Model ini mungkin tidak mempertimbangkan keyakinan kesehatan seseorang atau gaya hidup orang lain.

B. Host –Agent - Environment Model (Leavell, 1965)

Model ini membantu mengidentifikasi penyebab suatu penyakit. Dalam model ini: Host: Mengacu pada orang (atau kelompok) yang mungkin berisiko atau rentan terhadap suatu penyakit. Agen: apakah ada faktor (internal atau eksternal) yang dapat menyebabkan penyakit karena kehadirannya. Lingkungan: mengacu pada faktor-faktor

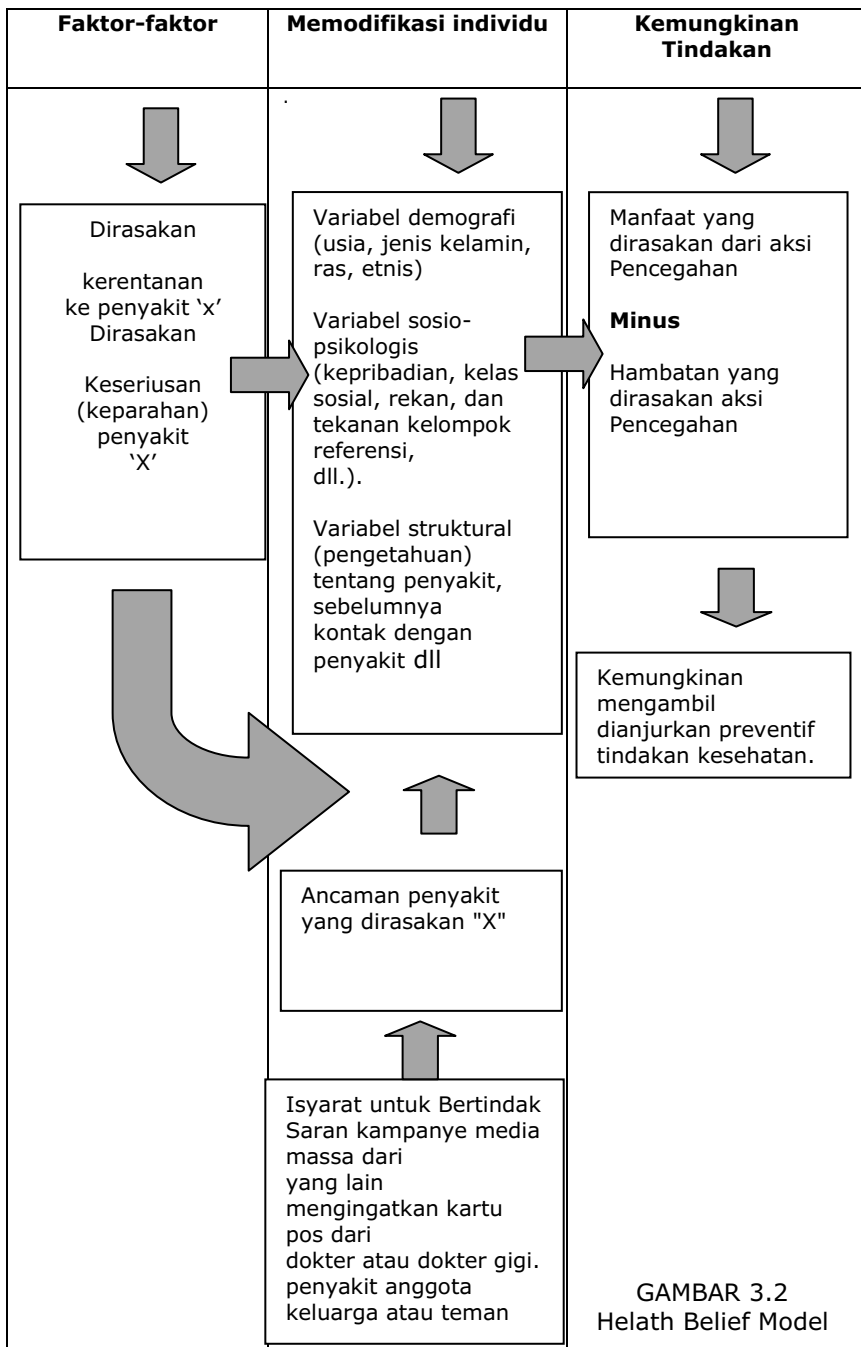
tersebut (fisik, sosial, ekonomi, emosional, spiritual) yang dapat menciptakan kemungkinan atau kecenderungan bagi orang untuk mengembangkan penyakit.



Gambar 3.1. Host - agent - model lingkungan. Dalam model ini kesehatan dan penyakit bergantung pada interaksi ketiga faktor ini.

C. Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1974, sebagaimana Dimodifikasi oleh Stone 1991).

Ada hubungan antara keyakinan dan tindakan seseorang. Faktor-faktor yang memengaruhi keyakinan orang: ?? Harapan pribadi sehubungan dengan kesehatan dan penyakit ?? Pengalaman sebelumnya dengan penyakit atau kesehatan ?? Usia dan perkembangan negara. Keyakinan kesehatan adalah gagasan, keyakinan, dan sikap seseorang tentang kesehatan dan penyakit. Mereka mungkin didasarkan pada informasi faktual, misinformasi, akal sehat atau mitos, atau kenyataan atau harapan yang salah. Kepercayaan kesehatan biasanya mempengaruhi perilaku kesehatan pengaruh ini bisa positif atau negatif.



Health Belief Model (HBM)

Mengatasi hubungan antara keyakinan dan perilaku orang Menyediakan cara untuk memahami dan memprediksi bagaimana klien akan berperilaku dalam hubungannya dengan kesehatan mereka dan bagaimana mereka akan mematuhi terapi perawatan kesehatan.

Komponen dalam HBM:

Komponen pertama (Persepsi Individu)

Persepsi individu tentang kerentanan terhadap penyakit: mis. keluarga seperti dengan penyakit jantung koroner (PJK), setelah hubungan diakui terutama jika satu orang tua atau kedua saudara kandung telah meninggal pada dekade ke-4 akibat infeksi miokardial (MI).

Komponen kedua (Memodifikasi Faktor)

Persepsi individu tentang keseriusan penyakit. Persepsi ini dipengaruhi dan dimodifikasi oleh variabel demografi dan sosio-psikologis, persepsi ancaman penyakit dan isyarat untuk bertindak.

Komponen ketiga (Kemungkinan Tindakan)

Kemungkinan bahwa orang tersebut akan mengambil tindakan pencegahan adalah hasil dari persepsi seseorang tentang manfaat dan hambatan untuk mengambil tindakan. Tindakan preventif mungkin termasuk: Modifikasi gaya hidup / perubahan, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi medis atau mencari saran medis atau pengobatan.

Implikasi HBM ke Keperawatan

Membantu perawat memahami faktor-faktor yang memengaruhi klien:

- Persepsi
- Keyakinan dan

- Perilaku

Rencanakan perawatan yang paling efektif membantu klien dalam mempertahankan atau memulihkan kesehatan dan mencegah penyakit.

D. Model Kesehatan Tingkat Tinggi (Dunn, 1961)

Menurut Dunn (1961), kesehatan diakui sebagai proses berkelanjutan menuju fungsi potensial tertinggi seseorang. Proses ini melibatkan orang, keluarga, dan Komunitas. Dunn menggambarkan kesehatan tingkat tinggi sebagai pengalaman orang yang hidup dengan pancaran kesehatan yang baik, hidup sampai ujung jari mereka dengan energi untuk membakar, kesemutan dengan vitalitas - pada saat seperti ini dunia adalah tempat yang mulia.

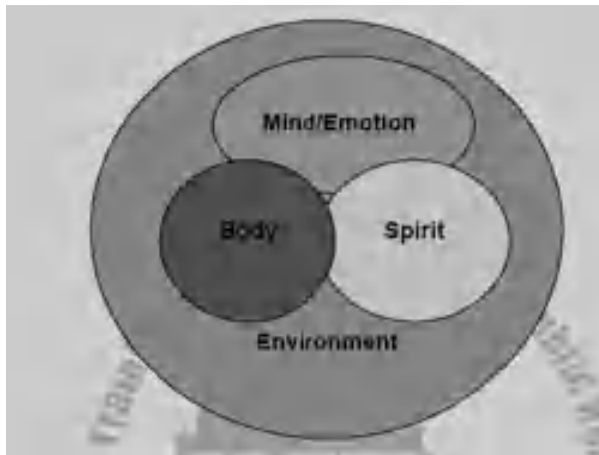
E. Model Kesehatan Holistik

Holisme dipandang sebagai model kesehatan "baru", tetapi sebenarnya itu tidak baru sama sekali. Holisme telah menjadi tema utama dalam humaniora, tradisi politik barat dan agama-agama besar sepanjang sejarah.

Holisme adalah pendekatan yang berbeda untuk kesehatan adalah yang mengakui dan menghormati interaksi pikiran, tubuh, dan jiwa seseorang dalam lingkungan. Holisme berasal dari holos Yunani (utuh), pertama kali digunakan oleh filsuf Afrika Selatan Jan Christian Smuts (1926) dalam Holisme dan Evolusi. Smuts memandang holisme sebagai penangkal pendekatan otistik sains kontemporer. Suatu pendekatan otomistik memisahkan semuanya, memeriksa orang tersebut secara sepotong demi memahami gambar yang lebih besar dengan memeriksa molekul atau atom yang lebih kecil.

Holisme didasarkan pada keyakinan bahwa orang (atau bahkan bagian mereka) tidak dapat sepenuhnya dipahami jika diperiksa hanya terpisah dari lingkungan mereka. Orang-orang dilihat sebagai setiap sistem energi yang berubah. Gambar di bawah menggambarkan, organisme dan sistem di

mana ia hidup dilihat sebagai lebih besar dan berbeda dari jumlah bagian mereka.



Gambar. 3.3. representasi skematis dari holisme.

4. Kesehatan dan penyakit

Daripada berfokus pada menyembuhkan penyakit, perawatan berbasis komunitas berfokus pada mempromosikan kesehatan dan mencegah penyakit. Filosofi holistik ini sangat berbeda dari pengaturan perawatan akut.

Peningkatan kesehatan tidak dilihat sebagai hasil dari jumlah dan jenis layanan medis atau ukuran rumah sakit. Perawatan yang disediakan dalam pengaturan perawatan akut biasanya diarahkan untuk menyelesaikan masalah kesehatan segera. Di masyarakat, perawatan berfokus pada memaksimalkan potensi individu untuk perawatan diri tanpa cedera atau sakit apa pun. Klien bertanggung jawab untuk keputusan perawatan kesehatan dan penyediaan perawatan. Di mana kesehatan adalah inti dari perawatan, kemampuan klien untuk berfungsi menjadi perhatian utama. Program berbasis pendidikan dan masyarakat dapat dirancang untuk mengatasi gaya hidup. Strategi perlindungan kesehatan terkait dengan tindakan lingkungan atau peraturan yang memberi perlindungan pada kelompok populasi besar. Perlindungan kesehatan melibatkan fokus

komunitas yang luas. Layanan pencegahan termasuk konseling, skrining, imunisasi, atau intervensi chemoprophylactic untuk individu dalam pengaturan klinis.

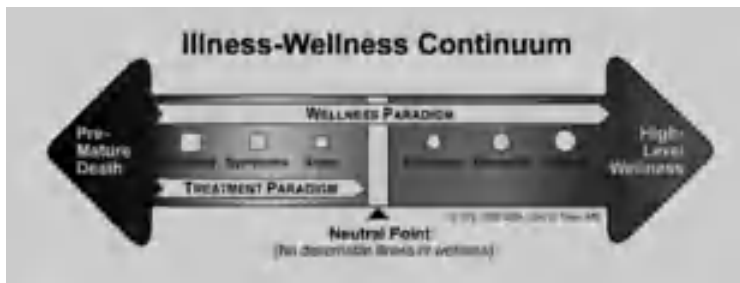
Fokus pencegahan adalah konsep kunci keperawatan berbasis komunitas. Pencegahan dikonseptualisasikan pada tiga tingkatan:

- Tingkat pencegahan primer
- Tingkat pencegahan sekunder
- Tingkat pencegahan tersier

5. Kesehatan - kesakitan penyakit

Kesinambungan penyakit kesehatan (Travis dan Ryan 1988) adalah perbandingan visual dari kesehatan tingkat tinggi dan pandangan obat tradisional tentang kesehatan. Di titik netral, tidak ada tanda atau gejala penyakit. Seseorang yang bergerak ke arah kiri mengalami kondisi kesehatan yang memburuk. Seseorang dengan tujuan yang berorientasi pada kesehatan ingin lebih di luar netral titik (lebih tidak adanya penyakit) ke kanan (menuju kesehatan tingkat tinggi).

Orang ini mengevaluasi perilaku saat ini dari hidupnya, belajar tentang pilihan yang tersedia, dan tumbuh ke arah aktualisasi diri dengan mengikat keluar dari pilihan ini dalam pencarian kesehatan tingkat tinggi.



Gambar. 3.4 Penyakit - model kontinum kesejahteraan (Travis dan Ryan, 1988)

6. Praktek kesehatan masyarakat

Ini adalah bagian dari upaya kesehatan masyarakat yang lebih besar yang berkaitan dengan pelestarian dan peningkatan kesehatan populasi dan masyarakat tertentu. Praktik kesehatan masyarakat menggabungkan enam elemen dasar:

Promosi kesehatan

Ini mencakup semua upaya yang berusaha untuk memindahkan orang lebih dekat ke kesehatan yang optimal atau tingkat kesehatan yang lebih tinggi.

Ini adalah kombinasi dukungan pendidikan dan lingkungan untuk tindakan dan kondisi hidup yang kondusif untuk kesehatan.

- Pencegahan masalah kesehatan
- Pengobatan gangguan

Ini berfokus pada akhir penyakit kontinum dan merupakan aspek perbaikan praktik kesehatan masyarakat. Ini dilakukan oleh:

Layanan langsung kepada orang-orang dengan masalah kesehatan; Misalnya. kunjungan rumah untuk orang tua, penyakit kronis, dll

Layanan tidak langsung; misalnya membantu orang dengan masalah kesehatan untuk mendapatkan perawatan dan rujukan.

Pengembangan program untuk memperbaiki kondisi tidak sehat; misalnya alkoholisme, penyalahgunaan narkoba, dll.

Rehabilitasi

Ini melibatkan upaya yang berusaha untuk mengurangi cacat, seperti sebanyak mungkin, dan memulihkan fungsi; misalnya rehabilitasi stroke.

Evaluasi

Ini adalah proses di mana praktik dianalisis, dinilai, dan diperbaiki sesuai dengan tujuan dan standar yang ditetapkan.

Ini membantu untuk memecahkan masalah dan memberikan arahan untuk perencanaan perawatan kesehatan di masa depan.

Penelitian

Ini adalah investigasi sistematis yang membantu menemukan fakta yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dan praktik kesehatan masyarakat, memecahkan masalah, dan mengeksplorasi metode peningkatan layanan kesehatan.

7. Keperawatan kesehatan masyarakat

Ini didefinisikan sebagai sintesis praktik keperawatan dan kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan penduduk. Ini adalah bidang keperawatan khusus yang berfokus pada kebutuhan kesehatan masyarakat, kelompok agregasi, dan khususnya populasi yang rentan. Ini adalah praktik yang berkelanjutan dan komprehensif yang diarahkan ke semua kelompok anggota masyarakat. Ini menggabungkan semua elemen dasar keperawatan profesional, klinis dengan kesehatan masyarakat dan praktik masyarakat. Itu mensintesis tubuh pengetahuan dari ilmu kesehatan masyarakat dan teori keperawatan profesional untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.

7.1. Karakteristik Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Enam karakteristik penting dari keperawatan kesehatan masyarakat sangat menonjol pada praktik spesialisasi ini.

1. Ini adalah bidang keperawatan khusus

2. Praktiknya menggabungkan kesehatan masyarakat dengan keperawatan
3. itu berfokus pada populasi.
4. itu menekankan pada kesehatan dan selain penyakit atau penyakit
5. ini melibatkan kolaborasi interdisipliner
6. itu mempromosikan tanggung jawab klien dan perawatan diri

7.2. Pengaturan komunitas perawatan keperawatan

Keperawatan kesehatan masyarakat terjadi di berbagai pengaturan yang mencakup mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, menjaga kesehatan, pemulihan, koordinasi, manajemen dan evaluasi perawatan individu, keluarga, dan agregat, termasuk masyarakat (Allender, J. A., & Spradley, B..2010) Dalam pengaturan komunitas, perawatan berfokus pada memaksimalkan potensi individu untuk perawatan diri tanpa cedera atau sakit apa pun. Klien bertanggung jawab untuk divisi perawatan kesehatan dan penyediaan perawatan.

Perubahan dalam layanan perawatan kesehatan mengakibatkan perubahan dalam asuhan keperawatan juga. Pengaturan diubah ke komunitas dan terutama ke rumah. Maksud perawatan bukan untuk memperbaiki dengan pengobatan tetapi untuk meningkatkan kualitas hidup dan tindakan dukungan yang membuat kehidupan klien nyaman mungkin.

Tabel 1. Perbandingan nilai saat ini dalam perawatan akut dan pengaturan berbasis komunitas

Konsep Perawatan	Pengaturan perawatan akut	Pengaturan berbasis komunitas
Klien	Klien atau pasien terpisah dari keluarga dan dicirikan oleh penyakit	Klien terlihat di isi dari keluarga dan komunitas
Lingkungan	Ruang standar,	Lingkungan alami

	bangsal atau unit khusus, akses keluarga dan klien kebebasan dikendalikan oleh fasilitas	dibagikan dengan keluarga dan masyarakat. Klien tidak terlepas dari lingkungan.
Kesehatan	Dikotomi dengan penyakit, dianggap kutubnya berlawanan, tujuan perawatan adalah untuk menghilangkan penyakit.	Penyakit dalam aspek hidup: tujuan perawatan adalah untuk memaksimalkan fungsi dan kualitas hidup.
Perawatan	Kegiatan sebagian besar didelegasikan oleh dokter, berpusat pada pengobatan penyakit, obat, dan teknologi, Shortterms, dapat diprediksi intervensi.	Praktek otonom dengan intervensi saling memutuskan pada nilai-nilai klien

7.3. Pengaturan Perawatan Akut

Istilah ini digunakan untuk orang yang menerima perawatan intensif di rumah sakit.

Perawatan yang disediakan dalam pengaturan perawatan akut biasanya diarahkan untuk menyelesaikan masalah kesehatan segera.

Pengaturan perawatan akut adalah bagian dari pengaturan rumah sakit yang juga dapat digunakan sebagai klinik rawat jalan atau klien bedah hari atau mereka memerlukan perawatan yang sangat teknis. Banyak dari klien ini memiliki kondisi yang mengancam jiwa dan membutuhkan pemantauan ketat dan perawatan yang konstan. Oleh karena itu, perawatan keperawatan akut berbeda dari perawatan berbasis masyarakat.

8. Perawatan Kesehatan Masyarakat

Ini adalah seni dan ilmu memperpanjang hidup, mempromosikan kesehatan dan mencegah penyakit melalui organisasi upaya masyarakat.



GAMBAR 3.5. Konsep Kesehatan Komunitas

Perawatan kesehatan masyarakat mengacu pada komposisi layanan keperawatan dan promosi kesehatan penduduk. Ini bertujuan untuk:

- meningkatkan sanitasi
- mengendalikan epidemi masyarakat
- mencegah penularan infeksi
- memberikan pendidikan tentang prinsip-prinsip dasar kebersihan pribadi
- mengatur layanan medis dan keperawatan untuk diagnosis dini, pencegahan dan pengobatan penyakit.

Daftar Pustaka

Allender, J. A., & Spradley, B. . 2010. *Community Health Nursing: Concept and Practice* (6th ed.). Philadelphia: Lippincot William & Walkins.

- Allender, Judith Ann., Cherie Rector., K. D. W. 2014. Community Public Health Nursing : Promoting the Public's Health (8th ed.). China: Lippincot William& Walkins
- Brody, T. (1994). Nutritional Biochemistry. Academic Press. USA
- Champion & Skinner (2008) The Health Belief Model. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Daniel Mengistu & Equinet Misganaw 2006, Community Health Nursing, Funded under USAID Cooperative Agreement No. 663-A-00-00-0358-00.
- Davis, B. and Stone. (1991). S. Food and Beverage Management, Second Edition. The Bath Press, Avon.
- Dunn H.L. 1959 High-level wellness for man and society. Am. J. Public Health Nations Health. 1959;49:786-792. doi: 10.2105/AJPH.49.6.786. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Dunn H.L.1961 Program and participants, third annual meeting; chair, preventive psychiatry. J. Am. Assoc. Soc. Psychiatr. 1961;2:333-334.
- Illich, Ivan, " Alternative Persekolahan" dalam Paulo Freire, Ivan Illich, Erich Fromm, dkk, Menggugat Pendidikan Fundamentalis, Konservatif, Liberal Anarkis, cet III, Alih Bahasa Omi Intan Naomi, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2001.
- _____, Deschooling Soceity, New York: Harper & Row, 1972.
- 'Ivan Illich: deschooling, conviviality and the possibilities for informal education and lifelong learning', the encyclopedia of informal education, <http://www.infed.org/thinkers/et-illic.htm>
- Lamberton and Minor. (2007). Human Relation Strategies For Success. New York: Mc Graw Hill/Irwin.
- Leavell, H.R dan Clark, E.G. 1965. Preventive Medicine for Doctor in His Community. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Michael E.Sobel. 1981. Lifestyle And Social Structure, Concepts, Definitions, Analyses.Academic Press, New York
- Rosenstock, I. M. (1974) „Historical origins of the health belief model“, Health Education & Behavior, 2(4), pp. 328-335. doi: 10.1177/109019817400200403.
- Sobel, M.E. (1982). "Asymptotic Intervals for Indirect Effects in Structural Equations Models". In: Leinhardt, S. (Ed.), Sociological Methodology. Jossey-Bass, San Francisco, pp. 290-312
- Smuts, General. The Right Hon. J.C. (1926). Holism and evolution. London: Macmillan.
- Travis, J.W. & Ryan, R.S.. 1988. The Wellness Workbook. New York: Ten Speed Press.

Bab 4

KONSEP

ASSESSMENT & INTERVENSI

KEPERAWATAN KOMUNITAS

Kompetensi Dasar:

Memahami Pengertian Konsep Assesment dan Intervensi Keperawatan Komunitas

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Konsep Assesment iKeperawatan Komunitas
2. Menjelaskan pengertian Strategi Assesment Keperawatan Komunitas
3. Menjelaskan penerapan Konsep Assesment Kesehatan Komunitas
4. Menjelaskan pengertian Konsep Intervensi Keperawatan Komunitas
5. Menjelaskan pengertian Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas
6. Menjelaskan penerapan Konsep Intervensi Kesehatan Komunitas

ASSESSMENT (PENILAIAN) KELUARGA

Banyak disiplin ilmu telah mencoba untuk mendefinisikan dan mengkonseptualisasikan konsep keluarga. Masing-masing disiplin ilmu mempunyai sudut pandang atau kerangka acuan tersendiri dalam memandang keluarga, dan semuanya mempunyai apresiasi yang semakin tinggi terhadap persoalan keberagaman. Para ekonom, misalnya, prihatin dengan bagaimana keluarga bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan materi. Sebaliknya, para sosiolog menaruh perhatian pada keluarga sebagai kelompok tertentu dalam masyarakat. Mischke-Berkey, Warner, dan Hanson (1989); Hanson dan Boyd (1996); dan Tarko & Reed (2002)

telah mengidentifikasi dan menjelaskan beberapa model dan instrumen penilaian keluarga yang dikembangkan oleh perawat dan non-perawat. Meskipun bermanfaat bagi perawat untuk menyadari banyaknya model yang ditawarkan oleh berbagai disiplin ilmu dan variabel berbeda yang ditekankan dalam setiap model, kami yakin tidak ada satu model penilaian yang dapat menjelaskan semua fenomena keluarga.

Pengertian Assessment:

Assessment atau penilaian merupakan berbagai aktivitas untuk mendapatkan informasi kualitatif dan kuantitatif ketika awal, sedang berlangsung, ataupun diakhir pembelajaran (Purnomo, 2014). Assessment adalah cara mengumpulkan berbagai informasi untuk menyimpulkan hasil pengukuran melalui analisis sistematis yang disesuaikan penilaian dengan kriteria masing-masing (Dariyanto, 2016). Assessment juga dapat diartikan sebagai proses mendapatkan informasi dalam bentuk apapun dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan peserta didik dari segi kurikulum, program pembelajaran, dan berbagai kebijakan (Kirbani, 2013).

Assessment mempunyai tiga tujuan utama yaitu Assessment of learning, Assessment for learning, dan Assessment as learning (Purnomo, 2014). Assessment yang sering digunakan di Indonesia yaitu assessment for learning untuk mengukur prestasi peserta didik tanpa adanya usaha perbaikan pembelajaran (Purnomo, 2014). Jadi, Assessment adalah suatu cara untuk mendapatkan berbagai informasi yang berupa kualitatif ataupun kuantitatif yang dilakukan pada awal, sedang berlangsung, dan diakhir pembelajaran untuk mendapatkn hasil pengukuran yang disesuaikan dengan kriteria masing-masing.

Tujuan Assessment:

Assessment memiliki tujuan yaitu untuk mengevaluasi dan mendiagnosa kebutuhan yang harus diperbaiki sehingga pendidik dan peserta didik dapat meneliti ulang, merencanakan, dan mengaplikasikan ulang. Tidak hanya untuk mendapatkan evaluasi dari kegiatan belajar mengajar, assessment dilakukan untuk dapat melakukan perbaikan

sesegera mungkin (Purnomo, 2014). Tujuan lain dari assessment menurut Sumardi & Sunaryo (2006), yaitu memperoleh data yang relevan, akurat, objektif, dan komprehensif tentang perkembangan peserta didik, mengetahui permasalahan dan hambatan belajar yang dihadapi, potensi yang dimiliki, daya dukung lingkungan, dan kebutuhan-kebutuhan khusus peserta didik, lalu dapat pula memonitor kemampuan yang dimiliki peserta didik.

Assessment tidak dapat dipisahkan dengan pembelajaran, maka tujuan assessment dapat difokuskan pada tiga kategori, yaitu penilaian terhadap pembelajaran (Assessment of Learning), penilaian untuk pembelajaran (Assessment for Learning), dan penilaian sebagai pembelajaran (Assessment as Learning). Assessment of learning berguna untuk mengetahui apa yang peserta didik mengerti dan dapat dilakukan, selain itu untuk mengevaluasi program pengajaran dan pelayanan efektif. Assessment for learning untuk mengetahui posisi peserta didik saat ini dan bagaimana cara untuk meningkatkan hasil belajar selanjutnya, sedangkan assessment as learning bertujuan agar peserta didik dengan pendidik dapat berkolaborasi, peserta didik dapat terlibat dalam penilaian yang kritis dan dapat menghubungkan pengetahuan yang didapatkan sebelumnya sehingga peserta didik dapat belajar sesuatu yang baru dari pengalamannya mendapatkan pengetahuan lama. Assessment as learning dapat dikembangkan menjadi proses self assessment, feedback, peer assessment, dan refleksi terhadap kriteria yang telah ditetapkan (Western and Northern Canadian Protocol for Collaboration in Education [WNCPE], 2006).

Dalam lingkungan praktik klinis mana pun, perawat mendapat manfaat dari penerapan kerangka konseptual atau peta keluarga yang jelas. Kerangka kerja ini mendorong sintesis data sehingga kekuatan dan permasalahan keluarga dapat diidentifikasi dan rencana pengelolaan yang berguna dapat disusun. Ketika tidak ada kerangka konseptual, sangat sulit bagi perawat untuk mengelompokkan data yang berbeda atau menguji hubungan antara berbagai variabel yang berdampak pada keluarga. Penggunaan kerangka

penilaian keluarga membantu mengatur sejumlah besar informasi yang tampaknya berbeda ini. Hal ini juga memberikan fokus untuk intervensi.

Penting untuk mengidentifikasi pedoman untuk menentukan keluarga mana yang secara otomatis akan dipertimbangkan untuk penilaian keluarga. Karena keluarga sekarang cenderung memiliki kesadaran dan pengetahuan pelayanan kesehatan yang meningkat, perawat menghadapi keluarga yang menampilkan diri mereka sebagai unit keluarga untuk mendapatkan bantuan dalam masalah kesehatan dan penyakit keluarga. Namun sering kali, penyakit ini muncul sebagai penyakit yang terisolasi pada anggota keluarga tertentu. Oleh karena itu, dalam setiap situasi penyakit, penilaian harus dibuat mengenai apakah masalah tertentu harus didekati dalam konteks keluarga.

Berikut beberapa contoh indikasi penilaian keluarga:

- Sebuah keluarga mengalami penderitaan atau gangguan emosional, fisik, atau spiritual yang disebabkan oleh krisis keluarga (misalnya, penyakit akut atau yang mengakhiri hidup, cedera, kematian).
- Sebuah keluarga mengalami penderitaan atau gangguan emosional, fisik, atau spiritual yang disebabkan oleh tahap perkembangan (misalnya, kelahiran, pernikahan, anak bungsu yang meninggalkan rumah).
- Sebuah keluarga mendefinisikan suatu penyakit atau masalah sebagai masalah keluarga dan terdapat motivasi untuk melakukan penilaian keluarga.
- Seorang anak atau remaja diidentifikasi oleh keluarganya sebagai orang yang mengalami kesulitan (misalnya, cyberbullying, ketakutan terhadap pengobatan kanker).
- Keluarga mengalami masalah yang membahayakan hubungan keluarga (misalnya penyakit mematikan, kecanduan).
- Seorang anggota keluarga akan dirawat di rumah sakit untuk perawatan psikiatrik atau kesehatan mental.
- Seorang anak akan dirawat di rumah sakit.

Melakukan dan menyelesaikan pengkajian keluarga tidak membebaskan perawat dari menilai risiko serius, seperti bunuh diri dan pembunuhan, atau penyakit serius pada masing-masing anggota keluarga. Penilaian keluarga bukanlah obat mujarab atau pengganti penilaian individu. Dalam praktik keperawatan tingkat lanjut, khususnya keperawatan sistem keluarga, penilaian individu dan penilaian sistem keluarga terjadi secara bersamaan (Wright & Leahey, 1990).

Beberapa situasi mengkontraindikasikan penilaian keluarga, termasuk ketika:

- penilaian keluarga membahayakan individuasi anggota keluarga (Misalnya, jika seorang dewasa muda baru saja meninggalkan rumah untuk pertama kalinya, wawancara keluarga mungkin tidak diperlukan.)
- konteks situasi keluarga hanya memungkinkan sedikit atau tidak ada pengaruh (misalnya, keluarga mungkin mempunyai keyakinan tetap bahwa perawat bekerja sebagai agen dari lembaga lain, misalnya pengadilan.)

Selama proses keterlibatan, perawat harus secara eksplisit menyajikan alasan penilaian keluarga. Keputusan perawat untuk melakukan pengkajian keluarga harus dipandu oleh prinsip dan penilaian klinis yang baik. Perawat dapat memanfaatkan kesempatan untuk berkonsultasi dengan rekan kerja dan supervisor jika ada pertanyaan tentang kesesuaian penilaian tersebut.

Setelah perawat menyelesaikan pengkajian keluarga, dia harus memutuskan apakah akan melakukan intervensi terhadap keluarga. Pada bagian selanjutnya dari bab ini, gagasan umum tentang intervensi dibahas. Ide-ide khusus yang perlu dipertimbangkan perawat ketika membuat keputusan klinis mengenai intervensi pada keluarga tertentu disajikan dalam Bab berikutnya di buku ini.

MODEL PENILAIAN KELUARGA CALGARY: KERANGKA TERPADU

Calgary Family Assessment Model (CFAM) adalah salah satu dari empat model yang diidentifikasi dalam monografi The

Family Nurse: Frameworks for Practice oleh Dewan Perawat Internasional (Schober & Affara, 2001).

CFAM adalah kerangka kerja multidimensi yang terdiri dari tiga kategori utama: struktural, perkembangan, dan fungsional (lihat Bab berikutnya buku ini.). Model ini didasarkan pada landasan teori yang melibatkan sistem, sibernetika, komunikasi, dan perubahan. Model ini diadaptasi dari model penilaian keluarga Tomm dan Sanders (1983) dan telah banyak dikembangkan sejak edisi pertama buku teks ini pada tahun 1984. Model ini juga tertanam dalam pandangan dunia postmodernisme, feminisme, dan biologi kognisi yang lebih luas. Isu keberagaman juga ditekankan dan diapresiasi dalam model khusus kami. Lihat Bab berikutnya buku ini untuk penjelasan rinci tentang CFAM.

INTERVENSI KEPERAWATAN: DISKUSI UMUM

Banyak istilah yang digunakan untuk membedakan dan pada akhirnya memberi label pada bagian pengobatan dari praktik keperawatan, termasuk intervensi, pengobatan, terapi, tindakan, aktivitas, gerakan, dan gerakan mikro (Bulechek & McCloskey, 1992b, 2000; Wright & Bell, in press).

Dalam praktik klinis dan penelitian kami dengan keluarga, kami lebih memilih intervensi penunjukan. Upaya paling ketat untuk membakukan bahasa intervensi keperawatan adalah karya Bulechek dan McCloskey (1992a, 1992b, 2000) dan rekan mereka di Universitas Iowa. Baru-baru ini, para penulis ini telah bekerja untuk membangun taksonomi seperti Klasifikasi Intervensi Keperawatan, yang didasarkan pada laporan perawat tentang praktik mereka (Bulechek, Butcher, & McCloskey Dochterman, 2007). Kami memuji upaya mereka yang ambisius dan diperlukan untuk mengembangkan dan memvalidasi label intervensi keperawatan.

Praktek kami berbeda karena setelah menilai sebuah keluarga, kami lebih memilih untuk membuat daftar kekuatan dan masalah daripada diagnosis. Kami mengkonseptualisasikan daftar tersebut sebagai sudut pandang seorang pengamat, bukan "kebenaran" tentang

sebuah keluarga. Kami memandang daftar masalah sebagai penyajian masalah yang dapat ditangani oleh perawat. Berdasarkan pengalaman kami, diagnosis keperawatan sayangnya menjadi terlalu kaku dan tidak cukup mempertimbangkan isu-isu etnis dan budaya. Kami lebih memilih untuk mengidentifikasi kekuatan sebuah keluarga dan menyusun daftarnya beserta permasalahannya (lihat Bab berikutnya di buku ini). Keuntungan dari jenis listing ini adalah memberikan gambaran yang seimbang tentang sebuah keluarga. Hal ini juga meminta perawat untuk tidak dibutakan oleh permasalahan keluarga namun menyadari bahwa setiap keluarga mempunyai kekuatan, bahkan dalam menghadapi permasalahan kesehatan potensial atau aktual.

Definisi Intervensi Keperawatan:

Bulechek dan McCloskey (2000) mendefinisikan intervensi keperawatan sebagai "pengobatan apa pun, berdasarkan penilaian klinis yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil pasien/klien. Intervensi keperawatan mencakup perawatan langsung dan tidak langsung; yang ditujukan untuk individu, keluarga, dan masyarakat; termasuk perawatan yang diprakarsai oleh perawat, perawatan yang diprakarsai oleh dokter, dan perawatan yang diprakarsai oleh penyedia layanan lainnya" (hal. xix). Wright dan Bell (in press) menawarkan definisi alternatif: "setiap tindakan atau respons dokter, yang mencakup tindakan terapeutik dokter yang terbuka dan respons kognitif-afektif internal, yang terjadi dalam konteks hubungan dokter-klien yang ditawarkan untuk mempengaruhi individu, , fungsi keluarga, atau komunitas yang menjadi tanggung jawab dokter." Wright & Bell (sedang diterbitkan) memperluas definisi intervensi dengan menyatakan bahwa intervensi "biasanya menyiratkan tindakan satu kali dengan batasan yang jelas, sering kali menawarkan sesuatu atau melakukan sesuatu kepada orang lain." Intervensi biasanya bertujuan dan sadar serta biasanya melibatkan perilaku perawat yang dapat diamati.

Konteks Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan harus fokus pada perilaku perawat dan respon keluarga. Hal ini berbeda dengan diagnosis keperawatan dan hasil keperawatan yang fokus pada perilaku klien (Bulechek & McCloskey, 1992a, 2000). Kami percaya bahwa perilaku perawat dan perilaku klien dikontekstualisasikan dalam hubungan perawat-klien. Oleh karena itu, terjadi fenomena interaksional dimana tanggapan perawat (intervensi) diundang oleh tanggapan klien (hasil) yang pada gilirannya diundang oleh tanggapan perawat. Fokus pada perilaku klien saja atau perilaku perawat tidak memperhitungkan hubungan antara perawat dan klien. Semua intervensi keperawatan kami bersifat interaksional; yaitu, tidak melakukan kepada atau untuk pasien, tetapi dengan pasien. Intervensi keperawatan hanya diaktualisasikan dalam suatu hubungan.

Maksud Intervensi Keperawatan

Tujuan dari setiap intervensi keperawatan adalah untuk menghasilkan perubahan. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang efektif adalah intervensi yang direspon klien dan keluarga karena "kesesuaian", atau keterhubungan, antara intervensi yang ditawarkan oleh perawat dan struktur biopsikososial-spiritual anggota keluarga. Dalam praktik relasional dengan keluarga, kita tidak mempunyai intervensi yang telah ditentukan sebelumnya dan terstandar untuk digunakan pada sejumlah keluarga. Sebaliknya, perawat, bekerja sama dengan keluarga tertentu, akan menentukan intervensi apa yang paling berguna bagi keluarga yang mengalami penyakit tertentu.

INTERVENSI KEPERAWATAN BAGI KELUARGA: PEMBAHASAN KHUSUS

Perawat dapat melakukan intervensi terhadap keluarga dengan berbagai cara. Bagian ini membahas beberapa aspek spesifik intervensi keluarga. Hal ini juga menyajikan indikasi dan kontraindikasi terhadap intervensi keluarga.

Konseptualisasi Intervensi dengan Keluarga

Gagasan tentang realitas yang diperoleh dari postmodernisme dan konstruksionisme sosial sangat membantu ketika membuat konsep gagasan tentang intervensi. Tidaklah bijaksana untuk mencoba memastikan apa yang "sebenarnya" terjadi pada sebuah keluarga tertentu atau apa masalah atau penderitaan yang "sebenarnya". Sebaliknya, perawat harus menyadari bahwa apa yang "nyata" bagi mereka sebagai perawat selalu merupakan konsekuensi dari konstruksi dunia yang dilakukan perawat. Maturana (1988) menyajikan gagasan menarik tentang realitas dengan menyatakan bahwa individu (sistem kehidupan) menghasilkan realitas—mereka tidak mengkonstruksinya dan realitas tersebut tidak ada secara independen dari mereka. Konsep ini mempunyai implikasi terhadap pekerjaan klinis perawat dengan keluarga; khususnya, apa yang dirasakan perawat tentang situasi tertentu dengan keluarga dipengaruhi oleh cara perawat berperilaku (yaitu intervensi mereka), dan cara mereka berperilaku bergantung pada apa yang mereka rasakan.

Oleh karena itu, salah satu cara untuk mengubah "realitas" yang dibangun oleh anggota keluarga adalah dengan membantu mereka mengembangkan cara-cara baru dalam berinteraksi dalam keluarga. Intervensi yang kami gunakan dalam upaya ini berfokus pada perubahan ranah kognitif, afektif, atau perilaku dalam fungsi keluarga. Ketika persepsi anggota keluarga tentang satu sama lain dan penyakit dalam keluarga mereka berubah, perilaku mereka juga berubah.

Efektivitas intervensi keluarga dalam pengobatan penyakit fisik telah diperiksa dalam dua tinjauan integratif yang dilakukan oleh Campbell dan Patterson (1995) dan Campbell (2003). Ulasan ini hanya mencakup penelitian yang menggunakan kelompok kontrol. Dukungan ditemukan untuk efektivitas intervensi yang diarahkan pada keluarga dan bukan hanya pada individu yang didiagnosis mengidap penyakit tersebut.

Weihs dan rekannya (2002) melaporkan upaya kelompok multidisiplin yang meninjau dan menyusun literatur yang ada tentang intervensi keluarga pada penyakit kronis. Tiga tujuan umum intervensi yang berfokus pada keluarga telah

diidentifikasi: membantu keluarga mengatasi tantangan pengelolaan penyakit kronis, memobilisasi dukungan keluarga, dan mengurangi permusuhan dan penderitaan dalam keluarga. Bukti telah ditemukan untuk penurunan yang signifikan dalam penggunaan layanan kesehatan setelah terapi individu, perkawinan, dan keluarga (Law, Crane, & Berge, 2003). Studi ini memperkuat perlunya lebih banyak penelitian intervensi keluarga dalam keperawatan. Sayangnya, data dari National Institute for Nursing Research menunjukkan bahwa hanya 25% dari seluruh penelitian keperawatan yang didanai berfokus pada keluarga dan bahkan lebih sedikit lagi penelitian yang berfokus pada intervensi keluarga.

Dokter perawat keluarga didasarkan pada kompleksitas dan keunikan sehari-hari dari setiap keluarga yang mereka layani. Meskipun para dokter dapat memperoleh manfaat dari literatur penelitian yang memberikan gambaran tentang respons keluarga terhadap kesehatan dan penyakit, mereka sangat terlibat dalam melakukan intervensi dan akibatnya merasa ingin mengetahui tentang praktik spesifik yang ditawarkan kepada keluarga.

Hal yang menggembirakan adalah saat ini terdapat beberapa penelitian yang mulai mengungkap intervensi keluarga dengan keluarga yang mengalami penyakit, khususnya tentang kegunaan intervensi keluarga yang menargetkan interaksi keluarga dan menguji pengaruh pengalaman sakit setiap anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya (Duhamel & Talbot, 2004; Duhamel & Dupuis, 2004; Noiseux & Duhamel, 2003; O'Farrell, Murray, & Hotz, 2000).

Dokumentasi pengalaman klinis menunjukkan bahwa intervensi yang biasanya diarahkan untuk menantang makna atau keyakinan yang diberikan keluarga terhadap peristiwa perilaku atau pengalaman penyakit mereka cenderung memiliki perubahan yang paling berkelanjutan (Bohn, Wright, & Moules, 2003; Duhamel & Talbot, 2004 ; Houger Limacher & Wright, 2003, 2006; Moules, 2002; Moules, Thirsk, & Bell, 2006; Moules, dkk, 2007; Wright & Bell, sedang dicetak).

Upaya untuk mengembangkan dan mengidentifikasi strategi intervensi untuk promosi kesehatan keluarga juga sedang dilakukan, meskipun hanya sedikit dokumentasi yang menunjukkan efektivitasnya (Loveland-Cherry & Bomar, 2004). Laporan tentang intervensi keluarga untuk meningkatkan pola makan dan perilaku olahraga menunjukkan keberhasilan yang terbatas (Nicklas, dkk, 2001). Promosi kesehatan keluarga adalah bidang keperawatan keluarga yang didalamnya terdapat peluang besar untuk pengembangan dan pengujian intervensi keluarga.

Perawat juga harus mengingat unsur waktu sehubungan dengan intervensi. Intervensi tidak dimulai hanya dengan tahap intervensi pekerjaan keluarga. Sebaliknya, hal ini merupakan bagian integral dari wawancara keluarga, mulai dari pertunangan hingga pemutusan hubungan kerja. Biasanya, intervensi yang digunakan selama wawancara keluarga didasarkan pada pengaruh perawat dan keluarga terhadap pengalaman penderitaan, masalah, atau penyakit. Jika keterlibatan dan penilaian sudah memadai, intervensi yang dilakukan secara umum akan lebih efektif. Misalnya, jika seorang perawat yang bekerja dengan keluarga Latin terus-menerus menyapa anggota keluarga selain ayahnya terlebih dahulu, maka keluarga tersebut mungkin akan melepaskan diri. Kesempatan untuk melakukan intervensi lebih lanjut akan dihilangkan. Dalam contoh ini, perawat tidak hanya perlu memiliki keterampilan mewawancarai keluarga tetapi juga memiliki kepekaan terhadap isu-isu etnis sebelum memulai intervensi yang berorientasi pada tujuan tertentu.

Indikasi dan Kontraindikasi Intervensi Keluarga

Setelah pengkajian keluarga, perawat harus memutuskan apakah akan melakukan intervensi pada keluarga. Perawat harus mempertimbangkan tingkat fungsi keluarga, tingkat keterampilannya, dan sumber daya yang tersedia. Kami merekomendasikan intervensi dalam keadaan berikut:

- Seorang anggota keluarga datang dengan penyakit yang jelas mempunyai dampak buruk terhadap anggota keluarga lainnya. Misalnya, seorang kakek yang mengidap penyakit

Alzheimer dapat menyebabkan cucu-cucunya takut kepadanya, atau perilaku cyberbullying seorang anak kecil mungkin terkait dengan kondisi ibunya yang memburuk karena multiple sclerosis.

- Seorang anggota keluarga berkontribusi terhadap gejala atau masalah anggota keluarga lainnya. Misalnya, kurangnya kunjungan dari anak-anak dewasa memperburuk gejala fisik atau psikologis pada orang tua lanjut usia.

- Perbaikan yang dialami salah satu anggota keluarga menyebabkan gejala atau kemunduran pada anggota keluarga lainnya. Misalnya, penurunan gejala asma pada satu anak berkorelasi dengan peningkatan nyeri perut pada saudara kandungnya.

- Seorang anak atau remaja mengalami masalah emosional, perilaku, atau fisik sehubungan dengan penyakit anggota keluarganya. Misalnya, seorang remaja penderita diabetes tiba-tiba meminta ibunya untuk memberikan suntikan insulin hariannya padahal dia sendiri sudah menyuntiknya selama 6 bulan terakhir.

- Penyakit pertama kali didiagnosis pada anggota keluarga. Jika anggota keluarga tidak memiliki pengetahuan atau pengalaman sebelumnya mengenai penyakit tertentu, mereka memerlukan informasi dan mungkin juga memerlukan kepastian dan dukungan.

- Kondisi seorang anggota keluarga semakin memburuk. Setiap kali terjadi kemunduran, pola keluarga mungkin memerlukan restrukturisasi dan intervensi diperlukan.

- Seorang anggota keluarga yang sakit kronis berpindah dari rumah sakit atau pusat rehabilitasi kembali ke masyarakat.

- Sebuah tonggak penting dalam perkembangan individu atau keluarga terlewatkan atau tertunda. Misalnya, seorang remaja tidak dapat keluar rumah pada waktu yang diperkirakan.

- Seorang pasien yang sakit kronis meninggal. Meskipun kematian pasien mungkin melegakan, keluarga mungkin akan merasakan kekosongan yang sangat besar ketika peran pengasuhan hilang.

Setelah perawat dan keluarga memutuskan bahwa intervensi diperlukan, mereka kemudian harus bersama-sama memutuskan durasi dan intensitas sesi keluarga. Jika sesi

dilakukan terlalu sering, keluarga mungkin tidak punya cukup waktu untuk mengkalibrasi ulang dan memproses perubahan. Jumlah hari, minggu, atau bulan optimal antar sesi sulit ditentukan secara pasti. Sebaiknya perawat bertanya kepada anggota keluarga kapan mereka ingin mengadakan pertemuan lagi. Keluarga merupakan penilai yang jauh lebih baik dibandingkan perawat mengenai seberapa sering mereka perlu ditemui untuk menyelesaikan masalah tertentu. Selain itu, perawat harus menyadari bahwa durasi dan intensitas sesi bergantung pada konteks di mana keluarga dilihat. Misalnya, jika perawat rumah sakit bekerja dengan sebuah keluarga, ia mungkin hanya mempunyai kesempatan untuk satu atau dua pertemuan sebelum pulang, sedangkan perawat kesehatan masyarakat mungkin dapat menjadwalkan serangkaian pertemuan. Konteks di mana perawat bertemu dengan keluarga biasanya menentukan frekuensi dan jumlah pertemuan keluarga. Apakah seorang perawat mengadakan 1 atau 10 pertemuan dengan keluarga untuk pengkajian atau intervensi, ada pertimbangan penting untuk mengakhiri hubungan dengan keluarga.

Intervensi keluarga tidak selalu diperlukan, dan terdapat kontraindikasi untuk intervensi keluarga, termasuk:

- Semua anggota keluarga menyatakan bahwa mereka tidak ingin mengadakan pertemuan keluarga atau berobat meskipun hal tersebut dianjurkan.
- Anggota keluarga menyatakan bahwa mereka setuju dengan rekomendasi pertemuan keluarga atau pengobatan namun lebih memilih untuk bekerja dengan profesional lain.

Kontraindikasi ini umumnya terlihat jelas pada perawat segera setelah pengkajian keluarga. Namun terkadang selama intervensi berlangsung, keluarga menunjukkan keinginan untuk menghentikan pengobatan. Situasi ini akan dibahas lebih lengkap di Bab berikutnya di buku ini.

Perawat yang bekerja dengan pasien dan keluarga di berbagai rangkaian layanan kesehatan perlu memiliki pemahaman yang baik tentang kapan keterlibatan keluarga diindikasikan dan kapan hal itu dikontraindikasikan. Tidak

hanya untuk keuntungan mereka sendiri tetapi juga untuk keuntungan setiap keluarga, perawat harus membedakan antara pengkajian keluarga dan intervensi keluarga. Keluarga sering kali bersedia datang untuk melakukan penilaian ketika mereka dapat bertemu langsung dengan perawat dan melakukan penilaian sendiri terhadap kompetensi perawat. Ketika seorang perawat melakukan penilaian yang cermat dan kredibel, dia akan lebih mudah memulai intervensi keluarga.

PERKEMBANGAN DAN IDENTIFIKASI INTERVENSI KEPERAWATAN PADA KELUARGA

Kami percaya bahwa lambatnya pengembangan intervensi keperawatan dengan keluarga sebagian disebabkan oleh kurangnya apresiasi terhadap hubungan antara penyakit dan dinamika keluarga (yaitu, aspek interaksi keluarga dan penyakit). Kami juga percaya bahwa kurangnya intervensi khusus terhadap keluarga disebabkan oleh kurangnya pendidik perawat yang merupakan dokter keluarga yang terampil. Karena intervensi yang berkaitan dengan keluarga merupakan tindakan keperawatan independen yang mana perawat bertanggung jawab, perawat-pendidik dan peneliti harus mulai memberi nama, menentukan, mengeksplorasi, memahami, dan menguji intervensi yang berkaitan dengan keluarga. Sangat sedikit intervensi keperawatan dengan keluarga yang telah diuji. Fakta ini tidak mengherankan mengingat profesi keperawatan masih berada pada tahap awal dalam mengidentifikasi dan menjelaskan intervensi keluarga.

Dalam editorial yang bijaksana dan menggugah pemikiran tentang keperawatan berbasis bukti, intervensi, dan keperawatan keluarga, Hallberg (2003) menawarkan rekomendasi khusus untuk intervensi keperawatan pada individu dan keluarga. Secara khusus, penulis merekomendasikan agar perawat mengembangkan dan mengkaji "intervensi yang mengakui anggota keluarga sebagai ahli dan mengakui peran mereka sebagai pemberi perawatan utama; intervensi yang ditujukan pada lansia, terutama mereka yang berusia antara 80 dan 100 tahun dan mereka yang bergantung pada orang lain dibandingkan

dengan lansia yang mandiri; dan intervensi yang menguraikan cara-cara di mana para profesional dapat bekerja sama dengan keluarga yang merawat lansia di rumah mereka dan yang menerapkan perspektif bahwa pengasuhan keluarga lebih kompleks daripada sekadar beban atau ketegangan” (hal. 21). Hallberg sangat menekankan keyakinan bahwa intervensi terhadap lansia dan keluarga mereka adalah kebutuhan yang paling mendesak dari ketiganya. Perawat yang melakukan kontak klinis langsung dengan keluarga memandang intervensi keluarga secara berbeda dengan perawat yang sebagian besar melakukan penelitian atau terlibat dalam pengembangan teori. Pendidikan dan pelatihan mahasiswa sarjana dalam pekerjaan klinis dengan keluarga terutama berfokus pada keluarga sebagai konteks (Wright & Leahey, 1990). Mahasiswa keperawatan yang berspesialisasi dalam keperawatan sistem keluarga melakukannya di tingkat pascasarjana atau praktik lanjutan (Wright & Leahey, 1990; Wright, & Bell, in press). Oleh karena itu, sangat penting bahwa upaya untuk memberi label intervensi harus konsisten dalam kerangka praktik tertentu (misalnya, dalam keluarga sebagai konteks, dalam sistem keperawatan keluarga, dalam terapi keluarga). Namun, beberapa intervensi yang diberi label sebagai salah satu domain praktik klinis dengan keluarga mungkin juga dapat diidentifikasi di domain praktik klinis lain.

RESPON KELUARGA TERHADAP INTERVENSI

Pembahasan sebelumnya mengenai intervensi dalam praktik keperawatan keluarga terutama berfokus pada perilaku perawat. Namun intervensi hanya diaktualisasikan dalam suatu hubungan. Oleh karena itu, sama pentingnya untuk memastikan tanggapan anggota keluarga terhadap intervensi yang ditawarkan. Sejak edisi terakhir buku ini, lebih banyak studi intervensi telah dilakukan. Studi-studi ini meningkatkan pemahaman perawat tentang apa yang bermanfaat bagi keluarga dan apa yang tidak. Bell & Wright (2007) menantang keyakinan utama dalam “ilmu pengetahuan yang baik” bahwa sebelum penelitian intervensi dapat dirancang dan dilaksanakan, pertama-tama harus ada pemahaman menyeluruh tentang fenomena tersebut, (yaitu, pengetahuan

mendalam tentang apa saja variabel-variabel yang ada di dalamnya. memediasi respons keluarga terhadap kesehatan dan penyakit). Mereka menawarkan pandangan alternatif bahwa dalam praktik keperawatan sehari-hari, perawat menghadapi keluarga yang menderita dalam berbagai situasi klinis yang memerlukan perawatan dan intervensi segera. Oleh karena itu, praktik keperawatan keluarga yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari perawat perlu dijelaskan, dieksplorasi, dan dievaluasi untuk mendapatkan pemahaman tentang apa yang sedang berjalan saat ini. Apa yang sebenarnya dilakukan dan dikatakan perawat yang bermanfaat bagi keluarga ketika mereka mengalami penyakit?

Penelitian yang dilakukan oleh Robinson dan Wright (1995) mengidentifikasi apa yang dilakukan perawat dapat memberikan perbedaan positif bagi keluarga. Mereka menemukan bahwa keluarga yang mengalami kesulitan mengelola kondisi kronis anggotanya dan mencari bantuan di klinik rawat jalan dapat dengan mudah mengidentifikasi intervensi yang meringankan atau meringankan penderitaan mereka. Intervensi keperawatan yang membuat perbedaan bagi keluarga-keluarga ini terbagi dalam dua tahap proses perubahan terapeutik:

- Menyatukan keluarga untuk terlibat dalam percakapan baru dan berbeda (hal ini termasuk dalam tahap "menciptakan keadaan untuk perubahan")
- Membangun hubungan terapeutik antara perawat dan keluarga, khususnya dalam bidang memberikan kenyamanan dan menunjukkan kepercayaan. (Dalam tahap "menciptakan keadaan untuk perubahan").

Dalam tahap "melampaui dan mengatasi masalah," keluarga mengidentifikasi empat intervensi yang mendorong penyembuhan:

- Mengundang percakapan yang bermakna
- Memperhatikan dan membedakan kekuatan dan sumber daya keluarga dan individu
- Memberikan perhatian yang cermat dan mengeksplorasi kekhawatiran
- Menempatkan masalah penyakit pada tempatnya.

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa perawat ingin belajar lebih banyak tentang kegunaan intervensi keluarga yang menargetkan interaksi keluarga dan menguji pengaruh pengalaman penyakit setiap anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya (O'Farrell, Murray, & Hotz, 2000).

Beberapa penelitian kualitatif berguna dalam mengkaji intervensi keluarga tertentu, seperti pujian (Houger Limacher & Wright, 2003, 2006), praktik spiritual (McLeod, 2003), surat terapi (Moules, 2002, 2003), intervensi untuk orang tua dengan anak-anak yang menjalani transplantasi sumsum tulang (Noiseux & Duhamel, 2003), intervensi dalam perawatan keluarga perinatal (Goudreau & Duhamel, 2003) intervensi untuk keluarga yang mengalami penyakit kronis (Robinson, 1998; Robinson & Wright, 1995), intervensi untuk keluarga yang mengalami penyakit jantung (Tapp, 2001), dan intervensi yang signifikan untuk perubahan terapeutik (Wright & Bell, in press; Duhamel & Talbot, 2004).

Duhamel dan Talbot (2004) melakukan penelitian yang ambisius dan padat karya untuk mengevaluasi kegunaan pendekatan keperawatan sistem keluarga yang memanfaatkan CFAM dan Calgary Family Intervention Model (CFIM) pada keluarga yang mengalami penyakit kardiovaskular dan serebrovaskular. Karena intervensi diaktualisasikan hanya dalam konteks hubungan antara perawat dan keluarga, penting untuk mempelajari proses itu sendiri dan bukan sekedar hasilnya. Penelitian Duhamel dan Talbot (2004) sangat bermanfaat karena didasarkan pada desain penelitian partisipatif yang memungkinkan adanya umpan balik terus menerus dan perbaikan intervensi selama penelitian berlangsung.

Dalam penelitian tersebut, partisipannya adalah semua orang yang peduli dengan masalah tersebut: perawat, pasien, pasangannya, dan perawatnya. Anggota keluarga menggambarkan "sikap humanistik perawat, menyusun genogram, pertanyaan intervensi, menawarkan informasi pendidikan, normalisasi, dan mengeksplorasi pengalaman penyakit di hadapan anggota keluarga lainnya" (Duhamel & Talbot, 2004, hal. 21) sebagai intervensi yang paling berguna. Meskipun semua intervensi ini merupakan bagian

dari CFAM dan CFIM, hasil studi Duhamel dan Talbot (2004) memberikan wawasan menarik untuk memperkuat kegunaannya.

Penelitian ini juga mempunyai dampak positif terhadap perawat yang terlibat sebagai rekan peneliti—sebuah temuan yang mengungkap. Misalnya, perawat menunjukkan bahwa mereka memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang dampak penyakit terhadap hubungan anggota keluarga; memperoleh apresiasi terhadap pentingnya mendengarkan secara aktif dan pendekatan humanistik dan personal; berpusat pada kekhawatiran khusus anggota keluarga untuk mengurangi kecemasan mereka; dan mengintegrasikan intervensi keperawatan sistem keluarga baru ke dalam praktik mereka.

Perawat juga kreatif dalam upayanya menerapkan intervensi keperawatan keluarga. Misalnya, penelitian yang dilakukan Davis (1998) menguji efektivitas pengembangan keterampilan berbasis telepon untuk mengurangi stres pengasuh dan meningkatkan kemampuan anggota keluarga dalam memberikan perawatan kepada individu dengan demensia. Temuannya menunjukkan bahwa “pembangunan keterampilan berbasis telepon dapat meningkatkan rasa dukungan sosial bagi pengasuh demensia, mengurangi gejala depresi, dan meningkatkan kepuasan hidup mereka di tengah-tengah pengasuhan” (hal. 265). Identifikasi intervensi ini menawarkan ide-ide yang sangat berguna untuk meningkatkan perawatan bagi keluarga yang mengalami penyakit. Namun, diperlukan lebih banyak penelitian untuk memastikan tanggapan keluarga terhadap intervensi terhadap tawaran yang ditawarkan.

MODEL INTERVENSI KELUARGA CALGARY: KERANGKA ORGANISASI

CFIM adalah kerangka pengorganisasian untuk mengkonseptualisasikan hubungan antara keluarga dan perawat yang membantu terjadinya perubahan dan penyembuhan dimulai. Secara khusus, model ini menyoroti hubungan keluarga-perawat dengan berfokus pada titik temu antara fungsi anggota keluarga dan intervensi yang

ditawarkan oleh perawat (lihat Bab 5). Di persimpangan inilah penyembuhan bisa terjadi. CFIM adalah model nonhierarki berbasis ketahanan dan kekuatan, kolaboratif yang mengakui keahlian anggota keluarga yang mengalami penyakit dan keahlian perawat dalam mengelola penyakit dan meningkatkan kesehatan. Model ini berakar pada gagasan postmodernisme dan biologi kognisi. Hal ini dapat diterapkan dan digunakan pada pasien dan keluarga dari berbagai budaya karena menekankan kesesuaian intervensi tertentu dari sudut pandang budaya tertentu. Sejauh pengetahuan kami, model ini merupakan satu-satunya model intervensi keperawatan keluarga yang saat ini didokumentasikan.

TINGKAT PRAKTIK KEPERAWATAN BERSAMA KELUARGA : UMUM DAN SPESIALIS

Schober dan Affara (2001) menekankan bahwa praktik keperawatan dengan keluarga diarahkan oleh apakah konsep keluarga diartikan sebagai keluarga sebagai konteks atau keluarga sebagai klien. Salah satu cara untuk mengurangi potensi kebingungan tingkat praktek adalah dengan jelas membedakan dua tingkat keahlian dalam keperawatan berkaitan dengan pekerjaan klinis dengan keluarga: generalis dan spesialis. Biasanya, generalis adalah perawat di tingkat sarjana muda yang sebagian besar menggunakan konsep keluarga sebagai konteks (Wright & Leahey, 1990), meskipun siswa sarjana muda tingkat atas mulai mengkonseptualisasikan keluarga sebagai unit perawatan. Sedangkan dokter spesialis adalah perawat tingkat pascasarjana (master atau doktoral) yang sebagian besar menggunakan konsep keluarga sebagai unit perawatan. Hal ini memerlukan spesialisasi dalam keperawatan sistem keluarga (Wright & Leahey, 1990). Spesialisasi keperawatan sistem keluarga mensyaratkan bahwa "fokusnya selalu pada interaksi dan timbal balik. Ini bukan 'salah satu/atau' melainkan 'keduanya/dan'" (Wright & Leahey, 1990, hal. 149).

Keperawatan sistem keluarga mengintegrasikan teori keperawatan, sistem, sibernatika, dan terapi keluarga

(Wright & Leahey, 1990). Hal ini memerlukan pemahaman terhadap pengetahuan yang luas: dinamika keluarga, teori sistem keluarga, penilaian keluarga, intervensi keluarga, dan penelitian keluarga. Hal ini juga memerlukan kompetensi pendampingan dalam keterampilan wawancara keluarga. Keperawatan sistem keluarga secara bersamaan berfokus pada sistem keluarga dan sistem individu (Wright & Leahey, 1990). Semua perawat harus memiliki pengetahuan dan kompeten dalam melibatkan keluarga dalam pelayanan kesehatan di semua bidang praktik keperawatan. Konsekuensinya, penekanan dalam praktik keperawatan keluarga pada tingkat generalis adalah pada keluarga sebagai konteks.

Sebaliknya, praktik keperawatan sistem keluarga pada tingkat spesialis menekankan keluarga sebagai unit perawatan. Namun, batasan-batasan ini dapat menjadi kabur, karena siswa sarjana muda tingkat atas menyadari pentingnya fokus pada interaksi dan timbal balik. Siswa ini sering mengembangkan kompetensi keperawatan dan mampu menangani sistem individu dan keluarga secara bersamaan.

Kami menganggapnya sebagai suatu kehormatan besar untuk bekerja dengan keluarga yang mengalami penyakit dan/atau penderitaan, kehilangan, dan kecacatan. Kami juga berterima kasih atas kesempatan untuk mengajar perawat profesional dan mahasiswa keperawatan bagaimana melibatkan keluarga dalam layanan kesehatan. Melalui proses ini, kami menyadari betapa pentingnya perawat memiliki penilaian keluarga yang baik dan pengetahuan intervensi serta kasih sayang.

Selanjutnya buku teks ini adalah upaya kami untuk membantu mahasiswa keperawatan, praktik perawat, dan perawat-pendidik mempelajari cara-cara baru untuk menyembuhkan keluarga.

Referensi:

Anderson, K.H. (2000). The family health system approach to family systems nursing. *Journal of Family Nursing*, 6, 103–119.

- Bell, J.M., & Wright, L.M. (2007). La recherche sur la pratique des soins infirmiers a la famille. In F. Duhamel (Ed.) *La sante et la famille: Une approche systemique en soins infirmieres* (2nd ed.) Montreal, Quebec, Canada: Gaetan Morin editeru, Cheneliere Education.
- Bohn, U., Wright, L.M., & Moules, N.J. (2003). A family systems nursing interview following a myocardial infarction: The power of commendations. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 151–165.
- Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (Eds.) (1992a). Defining and validating nursing interventions. *Nursing Clinics of North America*, 27(2), 289–299.
- Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (Eds.) (1992b). *Nursing interventions: Essential nursing treatments*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (2000). *Nursing interventions classification (NIC)*. St. Louis: Mosby.
- Bulechek, G.M., Butcher, H., & McCloskey Dochterman, J. (2007). *Nursing interventions classification (NIC)* (5th ed.) New York: Elsevier.
- Campbell, T.L., & Patterson, J.M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 545–583.
- Campbell, T.L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 545–583.
- Daryanto. (2016). *Media Pembelajaran*. Yogyakarta: Gava Media
- Davis, L.L. (1998). Telephone based interventions with family caregivers: A feasibility study. *Journal of Family Nursing*, 4, 255–270.
- Duhamel, F., & Talbot, L.R. (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 12–32.
- Hallberg, I.R. (2003). Evidence-based nursing, interventions, and family nursing: Methodological obstacles and possibilities. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 3–22.

- Hanson, S.M.H., & Boyd, S.T. (1996). Family health care nursing: Theory, practice, and research. Philadelphia: F. A. Davis.
- Houger Limacher, L., & Wright, L.M. (2003). Commendations: Listening to the silent side of a family intervention. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 130–135.
- Houger Limacher, L., & Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12, 307–331.
- Kirbani, (2013). Pengembangan Model Assessment For Learning (AfL) Melalui Penilaian Teman Sejawat untuk Pembelajaran Matematika Pada Pokok Bahasan Persamaan Garis Lurus Di Madrasah Tsanawiyah Pondok Pesantren Modern Islam Assalaam Sukoharjo. *Jurnal Pembelajaran Matematika*, 1 (2) : 123-132
- Law, D.D., Crane, D.R., & Berge, J.M. (2003). The influence of individual, marital, and family therapy on high utilizers of health care. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 353–363.
- Loveland-Cherry, C.J., & Bomar, P.J. (2004). Family health promotion and health protection. In P.J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Maturana, H. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 6(1), 25–83.
- Mischke-Berkey, K., Warner, P., & Hanson, S. (1989). Family health assessment and intervention. In P.J. Bomar (Ed.), *Nurses and family health promotion: Concepts, assessment, and interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Moules, N.J. (2002). Nursing on paper: Therapeutic letters in nursing practice. *Nursing Inquiry*, 9(2), 104–113.
- Moules, N.J. (2003). Therapy on paper: Therapeutic letters and the tone of relationship. *Journal of Systemic Inquiries*, 22(1), 33–49.
- Moules, N.J., Thirsk, L.M., & Bell, J.M. (2006) A Christmas without memories: Beliefs about grief and mothering—

- A Clinical Case Analysis. *Journal of Family Nursing*, 12(11), 426–441.
- Moules, N.J., et al. (2007). The soul of sorrow work: Grief and therapeutic interventions with families. *Journal of Family Nursing*, 13(2), 117–141.
- Nicklas, T.A., et al. (2001). Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice, and vegetable consumption. *Nutritional Reviews*, 59(7), 224–235.
- Noiseux, S., & Duhamel, F. (2003). La greffe de moelle osseuse chez l'enfant. Evaluation constructiviste de l'intervention auprès des parents. [Bone marrow transplantation in children. Constructive evaluation of an intervention for parents]. *Perspective Infirmiere*, 1(1), 12–24.
- O'Farrell, P., Murray, J., & Hotz, S.B. (2000). Psychological distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. *Heart and Lung*, 29(2), 97–104.
- Purnomo, (2014) Penggunaan Media Audio-Visual Pada Mata Pelajaran Ilmu Pengetahuan Alam Di Sekolah Menengah Pertama Negeri, Volume.2; Page 127-144 <https://media.neliti.com/media/publications/142050-ID-penggunaan-media-audio-visual-pada-mata.pdf> Diakses Pada: 18 oktober 2023
- Robinson, C.A., & Wright, L.M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing*, 1(3), 327–345.
- Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions: From burden to balance. *Journal of Family Nursing*, 4(3), 271–290.
- Schober, M. & Affara, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Tarko, M.A., & Reed, K. (2002). Taxonomy of family nursing diagnosis based upon the Neuman systems model of nursing [Unpublished manuscript]. New Westminster, British Columbia, Canada: Douglas College
- Tomm, K., & Sanders, G. (1983). Family assessment in a problem oriented record. In Hansen, J.C. & Keeney, B.F. (Eds.). *Diagnosis and assessment in family*

- therapy. London: Aspen Systems Corporation, pp. 101–102.
- Western and Northern Canadian Protocol for Collaboration in Education [WNCPE]. (2006). Rethinking Classroom Assessment With Purpose In Mind : Assessment for Learning, Assessment as Learning, Assessment of Learning, diambil dari <http://www.wncpe.ca/english/subjectarea/classassessment.t.spx> pada tanggal 24 oktober 2023
- Weihs, K., Fisher, L., & Baird, M. (2002). Families, health, and behavior. *Families, Systems, & Health*, 20(1), 7–46.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 148–154.

Bab 5

LANDASAN TEORI MODEL ASSESSMENT DAN INTERVENSI KELUARGA CALGARY

Kompetensi Dasar:

Memahami Landasan Teori Assesment dan Intervensi Keluarga Clagary

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Landasan Teori Assesment iKeperawatan Komunitas
2. Menjelaskan pengertian Intervensi Keluarga Keperawatan Komunitas
3. Menjelaskan penerapan Landasan Teori Assesment dan Intervensi Keluarga Calgary

Model adalah cara yang berguna untuk membawa kumpulan ide, gagasan, dan konsep ke dalam kesadaran kita. Namun model tidak bisa berdiri sendiri. Misalnya, model praktik keperawatan dibangun di atas landasan banyak pandangan dunia, teori, keyakinan, premis, dan asumsi. Model-model ini lebih mudah dipahami dan bermakna jika teori, asumsi, dan premis yang mendasarinya diartikulasikan. Oleh karena itu, untuk memahami dan menggunakan Calgary Family Assessment Model (CFAM) (lihat Bab 3) dan Calgary Family Intervention Model (CFIM) (lihat Bab 4) dalam praktik keperawatan dengan individu, pasangan, dan keluarga, perawat harus mengetahui asumsi teoretis yang mendasari model ini. Asumsi teoretis yang mendasari model penilaian dan intervensi keluarga penting untuk dinyatakan karena asumsi tersebut menjadi jelas ketika model tersebut diterapkan dalam praktik klinis.

Enam landasan teoretis dan pandangan dunia yang menginformasikan CFAM dan CFIM serta pedoman praktik keperawatan keluarga yang disajikan dalam sisa buku teks ini adalah postmodernisme, teori sistem, sibernetika, teori

komunikasi, teori perubahan, dan biologi kognisi. Setiap teori atau pandangan dunia dan beberapa konsep pembedanya disajikan dan dikaitkan dengan praktik klinis dengan individu, pasangan, dan keluarga. Kami ingin menekankan bahwa tidak ada model keperawatan keluarga yang menyeluruh. "Tidak ada satu pun kerangka teoritis atau konseptual yang cukup menggambarkan hubungan kompleks struktur, fungsi, dan proses keluarga. Tidak ada perspektif teoritis tunggal yang memberikan perawat dasar pengetahuan dan pemahaman yang cukup luas untuk digunakan sebagai panduan dalam pengkajian keluarga dan intervensi dengan keluarga. Dengan demikian tidak ada landasan teori tunggal yang menjadi pedoman asuhan keperawatan keluarga. Sebaliknya, perawat harus memanfaatkan berbagai teori dan kerangka kerja untuk memandu pekerjaan mereka dengan keluarga dan mengambil pendekatan terpadu dalam praktik, penelitian, dan pendidikan keperawatan keluarga" (Kaakinen & Hanson, 2004, hal. 111). Kami setuju.

POSTMODERNISME

Manusia tampaknya senang memikirkan kembali, mengkaji ulang, merekonstruksi, dan mendekonstruksi sejarah dan budayanya. Salah satu cara populer untuk melakukan hal ini adalah melalui kacamata postmodernisme. Segala sesuatu sebelum pandangan dunia yang "tercerahkan" saat ini dianggap modernis dan oleh karena itu kurang diminati oleh mereka yang secara kaku menganut keyakinan postmodernis. Akibatnya, pengaruh gagasan, kondisi, dan kepercayaan postmodernisme telah ditunjukkan dalam seni, sastra, arsitektur, ilmu pengetahuan, budaya, agama, filsafat dan, yang terbaru, keperawatan (Burnard, 1999; Glazer, 2001; Kermode & Brown, 1996; Moules, 2000; Tapp & Wright, 1996). Popularitas dan meningkatnya penerimaan ide-ide postmodern terlihat jelas dalam literatur.

Kita juga telah dipengaruhi dan menganut banyak gagasan postmodernisme. Ide-ide ini telah terbukti berguna dalam praktik keperawatan klinis kami dengan keluarga. Namun, kami tidak ingin menyatakan bahwa kami telah berhasil menjauhkan diri dari semua gagasan modernis, dan kami juga tidak ingin melakukannya. Kami sependapat dengan

Glazer (2001), yang mengkritik gerakan postmodern karena mengabaikan dasar biologis keperawatan. Kita tidak dapat menyangkal sejarah dan budaya kita dan bagaimana hal-hal tersebut merupakan fungsi dari siapa kita dulu dan sekarang. Oleh karena itu, kami mengakui pengaruh paradigma modernis dan postmodernis sebelumnya dan yang berkelanjutan terhadap kehidupan kita, hubungan kita, dan praktik keperawatan keluarga relasional.

KONSEP 1

Pluralisme adalah fokus utama postmodernisme.

Postmodernisme menawarkan akhir dari pandangan dunia tunggal dan penolakan terhadap penjelasan tunggal, serta penghormatan terhadap perbedaan. Salah satu gagasan utama pemikiran postmodern adalah gagasan pluralisme, atau kepercayaan terhadap keberagaman— dengan kata lain, bahwa ada banyak cara untuk memahami dan mengalami dunia sebanyak jumlah orang yang mengalaminya (Moules, 2000; Wright & Bell, sedang dicetak). Dalam praktik keperawatan keluarga, gagasan ini menjadi operasional dengan menyadari bahwa ada banyak cara untuk memahami dan mengalami penyakit seperti halnya jumlah keluarga yang mengalami penyakit. Dalam praktik keperawatan keluarga yang etis dan relasional, hal ini menjadi operasional dengan mengakui keragaman keyakinan budaya, etnis, dan agama serta pengaruhnya terhadap berbagai struktur keluarga yang kompleks.

KONSEP 2

Postmodernisme adalah perdebatan tentang pengetahuan.

Postmodernisme sebagian merupakan reaksi terhadap klaim modernis bahwa pengetahuan terutama muncul dari sains dan teknologi (Glazer, 2001). Keyakinan bahwa teknologi progresif akan mengarah pada dunia yang lebih baik telah menjadi hal yang perlu dikaji ulang, dipertanyakan, dan diragukan (Tapp & Wright, 1996). Oleh karena itu, kritik yang intens dilontarkan terhadap meta-narasi dan sistem kepercayaan besar yang telah menjadi landasan bagi banyak gerakan dan institusi ilmiah, keagamaan, dan politik. Ketika

narasi besar ini dipertanyakan, muncul peluang untuk mendekonstruksi atau mengungkap keyakinan dan praktik tertentu yang "dianggap remeh", untuk mendengarkan suara kelompok marginal, dan untuk menilai pengetahuan dari berbagai bidang yang selama ini tidak dilegitimasi (Tapp & Wright, 1996). Dalam pertemuan dengan keluarga yang mengalami penyakit, penekanan lebih banyak diberikan pada narasi penyakit dan pengalaman anggota keluarga dalam konteks budaya khusus mereka, bukan hanya pada narasi medis. Menghormati suara keluarga tentang narasi penyakit mereka memiliki implikasi besar terhadap praktik keperawatan bersama keluarga. Hal ini mengundang kolaborasi dan konsultasi antara perawat dan keluarga untuk menghormati pengetahuan dan keahlian perawat dan anggota keluarga. Praktik-praktik ini adalah landasan keperawatan relasional. Mengundang narasi penyakit keluarga juga meningkatkan kemungkinan penyembuhan ketika cerita mereka didengar, dipahami, dan disaksikan.

Beberapa cabang postmodernisme meliputi konstruktivisme, konstruksionisme sosial, dan biologi kognisi (juga disebut "bring forwardism") (Maturana & Varela, 1992; Moules, 2000; Wright & Bell, in press). Yang terakhir, biologi kognisi, adalah cabang yang kami temukan paling berguna dalam penelitian klinis kami dan, oleh karena itu, akan dibahas lebih rinci nanti dalam bab ini.

Gerakan postmodernis mendapat kritik keras dari para feminis, yang menyatakan bahwa suara perempuan terus diremehkan atau diabaikan karena narasi besar patriarki dan penindasan (Kermode & Brown, 1996). Ini bukan pengalaman kami bekerja dengan keluarga. Bukti pentingnya mengakui suara perempuan dan beban penyakit mereka dalam praktik keperawatan sistem keluarga dapat ditemukan dalam penelitian Robinson (1998). Ia menemukan bahwa perempuan dalam keluarga yang menderita penyakit kronis rentan terhadap tuntutan tanggung jawab penyakit, pekerjaan karena penyakit, dan masalah penyakit. Ketika keseimbangan yang lebih adil antara tuntutan penyakit diupayakan oleh perawat dan anggota keluarga, perempuan dalam penelitian ini menemukan kehidupan yang lebih baik untuk diri mereka sendiri dan mampu hidup melampaui penyakit dan masalah yang mereka alami. Mereka juga

mengambil pandangan baru mengenai situasi mereka dan dengan demikian berperilaku berbeda. Pengakuan studi ini terhadap suara perempuan sebagai sesuatu yang berbeda dan berbeda dari "suara keluarga" kolektif tampaknya sejalan dengan hal terbaik yang ditawarkan oleh gerakan postmodernis.

TEORI SISTEM

Para profesional kesehatan telah menerapkan teori sistem umum, yang diperkenalkan pada tahun 1936 oleh von Bertalanffy, untuk memahami keluarga selama beberapa tahun. Selain tulisan asli tentang teori sistem oleh von Bertalanffy (1968, 1972, 1974), banyak artikel dan bab dalam buku telah ditulis tentang teori sistem dan konsepnya. Perkembangan sistem informasi ini juga terlihat dalam literatur keperawatan. Kami sependapat dengan Kaakinen dan Hanson (2004) dalam keyakinan mereka bahwa "teori sistem dan ekstrapolasinya terhadap keluarga merupakan kerangka kerja keluarga yang paling berpengaruh" (hal. 100).

Salah satu analogi paling berguna yang menyoroti konsep sistem yang diterapkan pada keluarga ditawarkan oleh Allmond, Buckman, dan Gofman (1979). Mereka menyarankan bahwa, ketika menganggap keluarga sebagai suatu sistem, ada gunanya membandingkannya dengan ponsel:

Visualisasikan sebuah ponsel dengan empat atau lima buah tergantung di langit-langit, bergerak perlahan di udara. Keseluruhannya seimbang, stabil namun bergerak. Beberapa bagian bergerak cepat; yang lainnya hampir tidak bergerak. Beberapa di antaranya lebih berat dan tampaknya membawa lebih banyak beban ke arah akhir pergerakan ponsel; yang lain sepertinya ikut serta. Angin sepoi-sepoi yang hanya menangkap satu bagian ponsel akan segera memengaruhi pergerakan setiap bagian, beberapa bagian lebih kuat dari bagian lainnya, dan kecepatannya meningkat seiring dengan beberapa bagian yang menjadi tidak seimbang dan bergerak secara kacau selama beberapa waktu. Perlahan-lahan, keseluruhan memberikan pengaruhnya pada bagian-bagian yang salah dan keseimbangan dibangun kembali tetapi tidak sebelum terjadi perubahan yang menentukan dalam arah

keseluruhan. Anda juga akan melihat perubahan terkait kedekatan dan jarak antar bagian, dampak kontak aktual satu sama lain, dan pentingnya hierarki vertikal. Koalisi gerakan dapat diamati antara dua bagian. Atau satu bagian mungkin tampak terisolasi dari yang lain; namun posisinya yang terisolasi sangat penting untuk menyeimbangkan keseluruhan sistem (hal. 16).

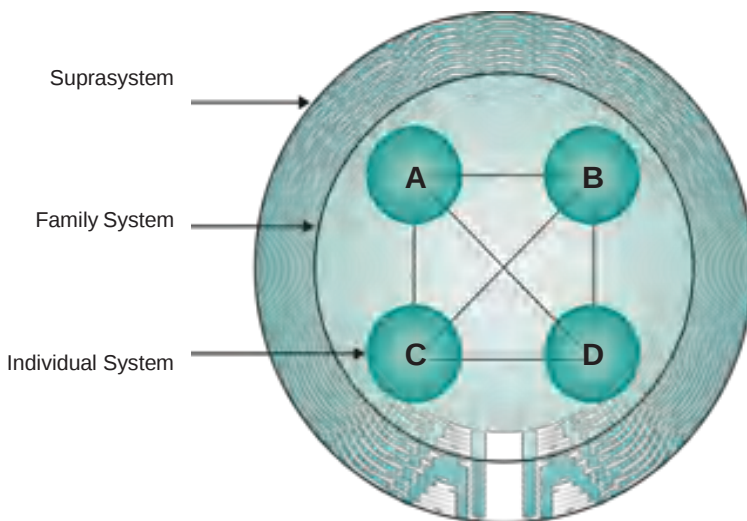
Dengan mengingat analogi ponsel, beberapa konsep teori sistem yang paling berguna, yang sering diterapkan dalam praktik klinis dengan keluarga, disorot dalam paragraf berikut. Konsep sistem ini memberikan landasan teoritis untuk memahami keluarga sebagai suatu sistem. Suatu sistem dapat didefinisikan sebagai suatu kompleks elemen-elemen yang saling berinteraksi. Ketika definisi ini diterapkan pada keluarga, hal ini memungkinkan kita untuk memandang keluarga sebagai suatu unit dan dengan demikian fokus pada mengamati interaksi antar anggota keluarga, dan antara keluarga dan penyakit atau masalah daripada mempelajari anggota keluarga secara individu. Namun, ingatlah bahwa setiap anggota keluarga merupakan subsistem dan sistem tersendiri. Sistem individu merupakan bagian dan keseluruhan, seperti halnya sebuah keluarga.

KONSEP 1

Sistem keluarga adalah bagian dari suprasistem yang lebih besar dan terdiri dari banyak subsistem.

Konsep hierarki sistem sangat berguna bila diterapkan pada keluarga. Hal ini sangat membantu bagi perawat yang kesulitan dalam membuat konsep situasi keluarga yang kompleks. Sebuah keluarga terdiri dari banyak subsistem, seperti subsistem orang tua-anak, perkawinan, dan saudara kandung. Subsistem ini juga terdiri dari subsistem individu. Individu adalah sistem yang sangat kompleks yang terdiri dari berbagai subsistem, beberapa di antaranya bersifat fisik (seperti sistem kardiovaskular dan reproduksi) atau psikologis (sistem kognitif, afektif, dan perilaku). Pada saat yang sama, keluarga hanyalah satu unit yang berada dalam

suprasistem yang lebih besar, seperti lingkungan tempat tinggal, organisasi, atau komunitas gereja. Menggambar lingkaran besar dan menempatkan elemen, bagian, atau variabel di dalam lingkaran dapat menjadi cara yang berguna untuk memvisualisasikan suatu sistem. Di dalam lingkaran, garis dapat digambar di antara bagian-bagian komponen untuk mewakili hubungan antar elemen. Di luar lingkaran terdapat konteks yang lebih luas, dimana semua faktor lain yang mempengaruhi sistem dapat ditempatkan. Dengan demikian, perawat dapat menggambar lingkaran untuk memvisualisasikan sebuah keluarga dan kemudian menempatkan masing-masing anggota keluarga di dalamnya (Gbr. 5-1).



GAMBAR 5-1: Keluarga yang berkaitan dengan sistem lain.

Sistem ditentukan secara sewenang-wenang berdasarkan batas-batasnya, yang membantu dalam menentukan apa yang ada di dalam atau di luar sistem. Biasanya, batasan yang terkait dengan sistem kehidupan bersifat fisik, seperti jumlah anggota keluarga atau warna kulit seseorang. Dimungkinkan juga untuk membangun batasan dan, oleh karena itu, menciptakan sistem seputar ide, keyakinan,

harapan, atau peran. Misalnya, seseorang mungkin mempunyai sistem peran ganda, seperti anak perempuan, pasangan, kolega, istri, saudara perempuan, perawat, ibu, dan nenek. Namun, dari waktu ke waktu, mungkin berguna untuk menarik batasan khayalan dan menciptakan, misalnya, sistem keyakinan orang tua mengenai penggunaan obat-obatan non-medis oleh anak-anak mereka.

Ketika bekerja dengan keluarga, perawat pada awalnya harus mempertimbangkan:

- Siapa yang termasuk dalam sistem keluarga ini?
- Apa saja subsistem yang penting?
- Apa saja suprasistem penting yang terdapat dalam keluarga?

Selain itu, dalam sistem keluarga dan subsistemnya, perawat harus menilai permeabilitas batas-batas tersebut. Dalam sistem keluarga, batas-batas tersebut harus dapat ditembus dan juga membatasi. Jika batasan keluarga terlalu mudah ditembus, sistem akan kehilangan identitas dan integritasnya (misalnya, anggota keluarga mungkin terlalu terbuka terhadap masukan dari lingkungan luar, seperti keluarga besar, teman, atau profesional kesehatan) dan oleh karena itu tidak mengizinkan keluarga untuk menggunakan sistem tersebut. Sumber dayanya sendiri dalam pengambilan keputusan. Namun, jika perbatasan terlalu tertutup atau tidak dapat ditembus, interaksi yang diperlukan dengan dunia yang lebih besar akan terhenti (misalnya, sebuah keluarga imigran dari Afganistan yang pindah ke Pennsylvania pada awalnya mungkin secara tidak sengaja tetap tertutup karena perbedaan besar dalam bahasa dan budaya). Dengan meningkatnya penggunaan telepon seluler, internet, Personal Digital Assistants, email, Skype, ruang obrolan, situs jejaring sosial seperti Facebook, Twitter, dan teknologi serupa, permeabilitas batas telah berubah secara dramatis dalam dekade terakhir.

Hierarki sistem dan batas-batas yang menciptakan sistem adalah konsep yang berguna untuk diterapkan ketika bekerja dan mencoba mengkonseptualisasikan keunikan setiap keluarga tertentu. Di antara kelompok etnis tertentu—

misalnya, keluarga Iran—menghormati hierarki dan batasan adalah hal yang penting.

KONSEP 2

Keluarga secara keseluruhan lebih besar daripada jumlah bagian-bagiannya.

Ketika diterapkan pada keluarga, konsep teori sistem ini menekankan bahwa “keutuhan” keluarga lebih dari sekadar penambahan setiap anggota keluarga. Hal ini juga menekankan bahwa individu paling baik dipahami dalam konteks mereka yang lebih luas, yang biasanya adalah keluarga. Mempelajari anggota keluarga secara individu secara terpisah tidak sama dengan mempelajari keluarga sebagai satu kesatuan. Dengan mempelajari seluruh keluarga, kita dapat mengamati interaksi di antara anggota keluarga, yang sering kali menjelaskan secara lebih lengkap fungsi masing-masing anggota keluarga. Pertimbangkan skenario klinis ini: seorang ibu muda Filipina yang anaknya berusia 3 tahun mengalami amarah yang tidak dapat dia kendalikan, meminta bimbingan dari perawat kesehatan komunitas (CHN). CHN – Community Health Nurse dapat melakukan intervensi dengan berbagai cara:

- Temui ibu secara individu dan diskusikan beberapa metode perilaku yang dapat digunakan untuk membantu mengendalikan amarah anaknya.
- Periksa anak secara individu dan lakukan penilaian individu.

- Temui seluruh keluarga (ibu, ayah, dan anak) dan lakukan penilaian terhadap anak dan keluarga (lihat Bab 3) untuk memahami anak tersebut, perilaku anak dalam konteks keluarga, dan keyakinan keluarga Filipina tentang disiplin.

Karena CHN memahami pentingnya Konsep 2, dia memilih untuk menemui seluruh keluarga. Pada sesi pertama dengan keluarga, anak tersebut berperilaku baik selama setengah jam pertama wawancara. Kemudian anak tersebut mengamuk, yang ditanggapi oleh ibunya menjadi kesal dan

ayahnya menarik diri. CHN cukup cerdas untuk mengamati urutan interaksi sebelum mengamuk. Saat anak sedang tantrum, orang tua bertengkar sengit mengenai gaya pengasuhan mereka. Begitu amukan dimulai, orang tua berhenti berdebat dan fokus pada anak. Anak ini mungkin merespons ketegangan antara orang tuanya dan menggunakan amarahnya untuk menghentikan konflik orang tuanya. Oleh karena itu, temper tantrum dipahami secara berbeda dalam konteks keluarga dibandingkan jika anak tersebut dinilai secara terpisah. Dalam contoh ini, keluarga adalah klien, namun anggota keluarga individu adalah alasan untuk memulai perawatan (Schober & Affara, 2001). Kapan pun sebuah keluarga mencari bantuan karena adanya kekhawatiran atau masalah pada salah satu anggota keluarga, perawat dapat memulai keperawatan keluarga dengan seluruh unit keluarga.

Oleh karena itu, bila memungkinkan, perawat harus melihat seluruh keluarga dan mengamati interaksi keluarga untuk lebih memahami fungsi anggota keluarga. Jenis observasi ini memungkinkan penilaian terhadap hubungan antar anggota keluarga serta fungsi individu anggota keluarga. Kita tidak dapat memahami bagian-bagian suatu tubuh, suatu keluarga, suatu praktik, suatu teori, kecuali kita mengetahui cara kerja keseluruhannya, karena bagian-bagian itu hanya dapat dipahami dalam kaitannya dengan keseluruhan. Sebaliknya, kita tidak dapat memahami bagaimana keseluruhan bekerja kecuali kita memahami bagian-bagiannya.

KONSEP 3

Perubahan pada salah satu anggota keluarga berdampak pada seluruh anggota keluarga.

Konsep ini membantu pengakuan bahwa setiap peristiwa atau perubahan signifikan dalam satu anggota keluarga mempengaruhi semua anggota keluarga pada tingkat yang berbeda-beda, seperti yang diilustrasikan dalam analogi ponsel. Hal ini dapat sangat berguna bagi perawat mengingat dampak penyakit terhadap keluarga. Misalnya, ayah dari keluarga Malaysia mengalami infark miokard. Peristiwa ini

berdampak pada seluruh anggota keluarga dan berbagai hubungan keluarga. Ayah dan ibu tidak dapat melanjutkan partisipasi mereka dalam olahraga, dan ibu meningkatkan pekerjaannya dari paruh waktu menjadi penuh waktu untuk menambah pendapatan yang berkurang secara signifikan selama masa pemulihan ayah. Putri tertua, yang telah diasingkan dari keluarga sejak menikah, mulai lebih sering mengunjungi ayahnya. Putri bungsu, dengan memberikan dukungan emosional, menjadi lebih dekat dengan ibunya. Dengan demikian, semua anggota keluarga terkena dampaknya, dan organisasi serta fungsi keluarga berubah. Konsep ini juga dapat digunakan untuk memahami bagaimana seorang perawat dapat mengubah sistem keluarga dengan menerapkan intervensi keluarga. Artinya, jika salah satu anggota keluarga berubah maka anggota keluarga yang lain tidak dapat memberikan tanggapan seperti sebelumnya karena individu anggota keluarga tersebut sekarang berperilaku berbeda.

KONSEP 4

Keluarga mampu menciptakan keseimbangan antara perubahan dan stabilitas.

Selama beberapa tahun terakhir, telah terjadi pergeseran dari keyakinan bahwa keluarga cenderung menjaga keseimbangan. Sebaliknya, kepercayaan populer saat ini adalah bahwa keluarga benar-benar berada dalam kondisi yang terus berubah dan selalu berubah. Pendulum kini telah berayun ke ujung lain kontinum. Namun, von Bertalanffy (1968) telah memperingatkan beberapa tahun yang lalu untuk menghindari pandangan yang terpolarisasi tentang keluarga. Ia menyatakan bahwa sistem, dalam hal ini sistem keluarga, dapat mencapai keseimbangan antara kekuatan-kekuatan yang bekerja di dalam dan di dalam sistem tersebut, serta bahwa perubahan dan stabilitas dapat hidup berdampingan dalam sistem kehidupan (lihat "Teori Perubahan" di bagian selanjutnya dalam bab ini).

Namun ketika terjadi perubahan dalam sebuah keluarga, gangguan tersebut dapat menyebabkan pergeseran posisi

keseimbangan yang baru. Keluarga melakukan reorganisasi dengan cara yang berbeda dari organisasi keluarga sebelumnya. Misalnya, jika seorang anggota keluarga didiagnosis mengidap penyakit kronis jangka panjang, seperti multiple sclerosis, seluruh keluarga harus menata ulang dirinya dengan cara yang sama sekali berbeda dari cara pengorganisasiannya sebelum diagnosis. Keseimbangan antara perubahan dan stabilitas terus berubah selama periode remisi dan eksaserbasi; namun, keseimbangan antara perubahan dan stabilitas adalah hal yang paling umum dilakukan.

Konsep perubahan dan stabilitas hidup berdampingan mungkin merupakan salah satu konsep teori sistem yang paling sulit dipahami oleh perawat. Hal ini sebagian disebabkan karena, dalam praktik klinis sebenarnya, keluarga sering kali menampilkan diri mereka berada dalam keseimbangan yang kaku atau dalam perubahan yang konstan daripada mewujudkan keseimbangan yang dapat diamati di antara keduanya. Namun, semakin berpengalaman seseorang dalam keperawatan keluarga, semakin besar apresiasi yang dimilikinya terhadap kompleksitas keluarga. Dalam banyak kasus, ketika keluarga "terjebak" atau mengalami kesulitan yang parah, mereka terpolarisasi dalam menjaga keseimbangan yang kaku atau berada dalam fase perubahan yang terlalu banyak. Pada akhirnya, keluarga perlu mencari cara untuk memperoleh keseimbangan yang lebih seimbang antara fenomena stabilitas dan perubahan. Dalam praktik kami selama beberapa tahun terakhir, kami telah memperhatikan bagaimana keluarga militer dan keluarga lain yang terkena dampak langsung terorisme dan perang telah mengembangkan solusi kreatif untuk mengatasi fluktuasi stabilitas dan perubahan.

KONSEPT 5

Perilaku anggota keluarga paling baik dipahami dari sudut pandang kausalitas melingkar, bukan kausalitas linier.

Salah satu metode untuk menangani sejumlah besar data yang disajikan dalam wawancara keluarga adalah dengan mengamati polanya. Tomm (1981) menawarkan

pembahasan yang sangat berguna mengenai perbedaan antara pola linier dan melingkar:

Salah satu perbedaan utama antara pola linier dan lingkaran terletak pada keseluruhan struktur hubungan antar elemen pola. Pola linier terbatas pada barisan (misalnya $A \rightarrow B \rightarrow C$) sedangkan pola melingkar membentuk lingkaran tertutup dan bersifat rekursif (misalnya $A \rightarrow B \rightarrow C \rightarrow A \rightarrow \dots$ or $A \rightarrow B, B \rightarrow C, C \rightarrow A$). Perbedaan yang kurang kentara namun lebih signifikan terletak pada kepentingan relatif yang biasanya diberikan pada waktu dan makna ketika membuat koneksi atau kaitan dalam pola. Linearitas berakar kuat pada kerangka perkembangan waktu yang berkesinambungan... Sirkularitas... lebih bergantung pada kerangka hubungan timbal balik berdasarkan makna (hal. 85).

Kausalitas linier, yang didefinisikan sebagai hubungan di mana satu peristiwa menyebabkan peristiwa lain, dapat memberikan fungsi yang berguna dan bermanfaat bagi individu dan keluarga. Misalnya, ketika jam menunjukkan pukul 6 sore, sebuah keluarga rutin makan malam. Ini adalah contoh kausalitas linier karena kejadian A (jam menunjukkan pukul 6 sore) dipandang sebagai penyebab kejadian B (makan malam), atau $A \rightarrow B$; sedangkan kejadian B tidak mempengaruhi kejadian A.

Namun kausalitas sirkular terjadi jika peristiwa B memang mempengaruhi peristiwa A. Misalnya, jika seorang suami menaruh perhatian pada perawatan ostomi istrinya (peristiwa A) dan istri merespons dengan menjelaskan tata cara sehari-hari (peristiwa B), maka kemungkinan besar akan terjadi. mengakibatkan suami tetap menaruh perhatian dan memberikan dukungan mengenai perawatan ostomi istrinya dan istri terus merasa didukung; dengan demikian, siklus berlanjut ($A \rightarrow B \rightarrow A$). Perilaku masing-masing individu mempunyai pengaruh dan mempengaruhi perilaku individu lainnya. Sebuah metode untuk membuat diagram pola interaksi melingkar yang sangat berguna ini dibahas di Bab 3.

Penerapan konsep-konsep ini dalam praktik klinis mempengaruhi gaya bertanya perawat selama wawancara keluarga. Pertanyaan linier cenderung mengeksplorasi karakteristik deskriptif (seperti, "Apakah ayah takut terkena serangan jantung lagi?"), sedangkan pertanyaan melingkar cenderung mengeksplorasi karakteristik interaksional. Jenis pertanyaan melingkar mencakup pertanyaan perbedaan (seperti, "Siapa yang paling khawatir jika Sunil terkena serangan jantung lagi?"), pertanyaan tentang efek perilaku (seperti, "Apa yang Anda lakukan Amal, ketika rasa sakit istri Anda menjadi tak tertahankan bagi Anda?"), pertanyaan hipotetis atau berorientasi masa depan (seperti, "Apa yang mungkin kamu lakukan di masa depan untuk mencegah ayahmu yang lanjut usia terjatuh?"), dan pertanyaan triadik (seperti, "Saat Ayahmu menunjukkan dukungan kepada adikmu Manisha, bagaimana caranya apakah ibumu merasakannya?") (Selvini-Palazzoli, dkk. 1978; Loos & Bell, 1990; Tomm, 1984, 1985, 1987a, 1987b, 1988; Wright, & Bell, in press). Bateson (1979) menawarkan gagasan bahwa "informasi terdiri dari perbedaan-perbedaan yang membuat perbedaan" (hal. 99). Tomm (1981) menghubungkan gagasan "perbedaan" dengan hubungan:

Perbedaan antara persepsi, objek, peristiwa, ide, dan lain-lain dianggap sebagai sumber dasar semua informasi dan pengetahuan konsekuensinya. Jika diamati lebih dekat, kita dapat melihat bahwa hubungan seperti itu selalu bersifat timbal balik atau sirkular. Jika dia lebih pendek darinya, maka dia lebih tinggi darinya. Kalau dia dominan, maka dia penurut. Jika salah satu anggota keluarga dianggap jahat, maka anggota keluarga lainnya dianggap baik. Bahkan pada tingkat yang sangat sederhana, orientasi melingkar memungkinkan informasi implisit menjadi lebih eksplisit dan menawarkan sudut pandang alternatif. Sebaliknya, orientasi linier bersifat sempit dan membatasi serta cenderung menutupi data penting (hal. 93).

Berbagai jenis penilaian dan pertanyaan intervensi yang dapat diajukan selama wawancara keluarga disorot dalam Bab bab berikutnya di buku ini.

Berkenaan dengan interaksi anggota keluarga, diasumsikan bahwa setiap orang berkontribusi terhadap interaksi adaptif dan maladaptif. Misalnya, di fasilitas layanan kesehatan geriatri, orang tua lanjut usia sering mengeluh karena anak-anak mereka yang sudah dewasa kurang mendapat kunjungan sehingga menarik diri; Sebaliknya, anak-anak yang sudah dewasa mengeluh karena orang tua mereka yang lanjut usia terus-menerus mengomeli mereka saat mereka berkunjung. Setiap anggota keluarga “benar” dalam persepsi anggota keluarga lainnya, namun tidak ada yang menyadari bagaimana perilakunya sendiri mempengaruhi perilaku anggota keluarga lainnya.

Biasanya, keluarga dan masing-masing anggota keluarga memerlukan bantuan untuk beralih dari perspektif linier terhadap situasi mereka ke sudut pandang yang lebih interaksional, timbal balik, dan sistemik. Pergeseran ini hanya mungkin terjadi jika perawat menghindari pemikiran linier ketika mencoba memahami dinamika keluarga.

Kelima konsep yang disebutkan di atas tidak berarti mencakup seluruh konsep sistem, namun mencerminkan konsep-konsep yang dianggap paling signifikan dan penting bagi landasan teoritis dalam bekerja dengan keluarga.

SIBERNETIKA

Sibernetika adalah ilmu teori komunikasi dan kontrol. Istilah sibernetika awalnya diciptakan oleh ahli matematika Norbert Wiener. Kami percaya bahwa penting untuk membedakan antara teori sistem umum dan sibernetika, dan kami tidak menggunakan istilah-istilah tersebut secara sinonim, meskipun beberapa orang menganggap keduanya sebagai cabang dari yang lain. Teori sistem terutama berkaitan dengan perubahan fokus konseptual kita dari bagian menjadi keseluruhan, sedangkan sibernetika berkaitan dengan perubahan fokus dari substansi ke bentuk.

KONSEP 1

Sistem keluarga memiliki kemampuan mengatur diri sendiri.

Sistem interpersonal, khususnya sistem keluarga, “dapat dipandang sebagai putaran umpan balik, karena perilaku

setiap orang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perilaku orang lain” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967, P. 31). Kami telah menemukan gagasan ini sebagai salah satu gagasan yang paling berguna dalam pekerjaan keluarga karena menyadari bahwa perilaku masing-masing anggota keluarga mempengaruhi anggota keluarga lainnya dan, pada gilirannya, orang tersebut dipengaruhi oleh perilaku anggota keluarga lainnya menghilangkan segala kecenderungan atau dorongan dari suatu keluarga. perawat menyalahkan satu orang dalam sebuah keluarga atas kesulitan yang dihadapi seluruh keluarga. Agar perubahan substansial dapat terjadi dalam suatu hubungan, batas-batas peraturan harus disesuaikan sehingga serangkaian perilaku baru dapat dilakukan atau pola yang sama sekali baru dapat muncul (transformasi). Tomm (1980) menawarkan metode yang berguna dalam menerapkan konsep regulasi cybernetic pada wawancara klinis aktual. Metodenya dalam membuat diagram pola komunikasi melingkar dibahas di Bab 3.

KONSEP 2

Proses umpan balik dapat terjadi secara bersamaan pada beberapa tingkat sistem dengan keluarga.

Pada awalnya penerapan konsep cybernetic dalam pekerjaan keluarga diawali dengan pengamatan terhadap fenomena sederhana (misalnya istri mengkritik, suami menarik diri); ini umumnya disebut sebagai sibernetika sederhana. Namun, ketika para ahli sibernetika mulai memeriksa tatanan fenomena yang lebih kompleks, mereka mengenali tatanan umpan balik yang berbeda (seperti umpan balik dari umpan balik dan perubahan dari perubahan). Maturana dan Varela (1980) menyarankan sibernetika tingkat tinggi yang menghubungkan organisasi proses kehidupan dan kognisi. Oleh karena itu, fenomena umpan balik sederhana yang diamati dalam pola interaksi mengkritik istri-suami yang menarik diri juga dapat dipahami sebagai bagian dari lingkaran umpan balik yang lebih besar yang melibatkan hubungan pasangan dengan keluarga asal mereka, yang mungkin mengkalibrasi ulang lingkaran umpan balik tingkat rendah pasangan tersebut. interaksi. Konsep ini dapat sangat

membantu perawat yang menangani situasi keluarga yang kompleks. Dengan demikian, siberetika bergerak ke dalam konteks yang lebih luas yang mencakup baik pengamat maupun yang diamati.

TEORI KOMUNIKASI

Studi komunikasi berfokus pada bagaimana individu berinteraksi satu sama lain. Dalam keluarga, fungsi komunikasi adalah untuk membantu anggota keluarga dalam memperjelas aturan-aturan keluarga mengenai perilaku, untuk membantu mereka belajar tentang lingkungan mereka, untuk menjelaskan bagaimana konflik diselesaikan, untuk memelihara dan mengembangkan harga diri bagi semua anggota, dan untuk memberi contoh ekspresi perilaku. perasaan menyatakan secara konstruktif dalam keluarga sebagai satu kesatuan. Salah satu kontribusi paling signifikan terhadap pemahaman proses interpersonal adalah buku klasik *Pragmatics of Human Communication* (1967) karya Watzlawick, Beavin, dan Jackson. Konsep-konsep yang disajikan di sini terutama diambil dari buku penting tentang komunikasi ini dan telah diperbarui melalui penelitian Dr. Janet Beavin Bavelas pada tahun 1992.

KONSEP 1

Semua komunikasi nonverbal bermakna.

Konsep ini membantu kita untuk menyadari bahwa tidak ada yang namanya tidak berkomunikasi karena semua komunikasi nonverbal yang dilakukan seseorang membawa pesan di hadapan orang lain (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). Dalam komunikasi pribadi dan publikasinya pada tahun 1992, Dr. Beavin Bevelas menyatakan bahwa dia sekarang membedakan antara perilaku nonverbal (NVB) dan komunikasi nonverbal (NVC). NVC dipandang sebagai bagian dari NVB. NVB melibatkan "pengamat yang membuat kesimpulan", sedangkan NVC melibatkan "orang yang berkomunikasi" (encoder). Dalam teks asli yang ditulis oleh Watzlawick, Beavin, dan Jackson, disajikan konsep bahwa semua NVB bermakna. Komponen penting dari konsep ini adalah konteks. Perilaku menjadi relevan dan bermakna hanya jika konteks langsungnya dipertimbangkan. Misalnya,

jika seorang ibu mengeluh kepada CHN bahwa dia mengalami insomnia selama 2 bulan dan merasa mudah tersinggung karena kurang tidur berkepanjangan, perilaku ibu harus dipahami dalam konteks langsungnya. Pada eksplorasi lebih lanjut, perawat menemukan bahwa ibu ini memiliki anak yang dipantau apnea dan ayahnya tidur nyenyak. Selain itu, apartemen keluarga ini dekat dengan kereta bawah tanah. Dengan informasi konteks tambahan ini, informasi ibu insomnia dapat lebih dipahami dan diobati dengan CHN.

KONSEP 2

Semua komunikasi memiliki dua saluran utama untuk transmisi: digital dan analog.

Komunikasi digital biasa disebut dengan komunikasi verbal. Ini terdiri dari isi pesan yang sebenarnya, atau fakta kasar. Misalnya, seorang pria mungkin dengan bangga mengatakan, "Berat badan saya turun 15 pon dalam sebulan terakhir," atau seorang anak perempuan berusia 10 tahun mungkin berkata, "Sekarang saya bisa memberikan insulin sendiri." Namun, ketika komunikasi analogis juga diperhitungkan, arti dari pernyataan-pernyataan ini mungkin berubah secara dramatis.

Komunikasi analogis tidak hanya terdiri dari jenis-jenis NVC biasa, seperti postur tubuh, ekspresi wajah, dan nada, tetapi juga musik, puisi, dan lain-lain.

dan melukis. Misalnya, seorang pria yang mengalami obesitas dan dengan bangga menyatakan bahwa berat badannya turun 15 pon dalam sebulan mengirimkan pesan yang lebih positif, baik secara digital maupun analog, dibandingkan pria yang kurus dan menyatakan bahwa berat badannya turun 15 pon.

Dalam membahas dua jenis komunikasi, kami tidak ingin menyiratkan bahwa saluran terpisah didedikasikan untuk komunikasi verbal dan nonverbal. Ketika terdapat perbedaan antara komunikasi analogis dan digital, maka pesan analogis dianggap lebih relevan dengan pengamatan mata perawat. Misalnya, seorang remaja yang dipasang gips yang tidak

praktis karena patah tulang paha mungkin berkata, "Itu tidak mengganggu saya," namun matanya berkaca-kaca. Dalam situasi ini, perawat harus menyadari pentingnya pesan analogis. Bagi pacar remaja tersebut, komunikasi digital mungkin merupakan hal yang paling relevan. Dia mungkin tidak memahami pentingnya komunikasi analogis. Saran lebih lanjut untuk mengoperasionalkan konsep ini disertakan dalam CFAM di Bab buku ini.

KONSEP 3

Hubungan diadik memiliki tingkat simetri dan saling melengkapi yang berbeda-beda.

Istilah simetri dan saling melengkapi berguna dalam mengidentifikasi pola interaksi keluarga yang khas. Jackson (1973) mendefinisikan istilah-istilah ini:

Hubungan yang saling melengkapi terdiri dari satu individu yang memberi dan yang lainnya menerima. Dalam hubungan yang saling melengkapi, kedua orang tersebut mempunyai status yang tidak setara dalam artian yang satu tampak berada pada posisi yang lebih unggul, artinya dialah yang memulai suatu tindakan dan yang lain tampak mengikuti tindakan tersebut. Dengan demikian kedua individu tersebut cocok atau saling melengkapi. Hubungan pelengkap yang paling jelas dan mendasar adalah ibu dan bayi. Hubungan simetris adalah hubungan antara dua orang yang berperilaku seolah-olah mempunyai status yang setara. Setiap orang mempunyai hak untuk memulai tindakan, mengkritik orang lain, memberikan nasihat, dan sebagainya. Jenis hubungan ini cenderung bersifat kompetitif; jika seseorang menyebutkan bahwa ia telah berhasil dalam suatu usaha, maka orang yang lain menyebutkan bahwa ia telah berhasil dalam usaha yang sama pentingnya. Individu-individu dalam hubungan seperti itu menekankan kesetaraan atau kesimetrisan mereka satu sama lain. Hubungan simetris yang paling nyata adalah hubungan teman sebaya pra-remaja (hal. 189).

Hubungan yang saling melengkapi dan simetris adalah tepat dan sehat dalam situasi tertentu. Misalnya, seorang staf perawat harus selalu mengambil posisi "satu-bawah"

terhadap manajer perawatnya. Jika staf perawat tidak dapat melakukan hal ini, konflik dapat terjadi dan hubungan akan menjadi simetris. Peningkatan simetris ini dapat mengakibatkan manajer perawat mengajukan laporan insiden tentang staf perawat atau staf perawat yang berhenti karena alasan yang tidak menyenangkan. Contoh hubungan simetris yang sehat adalah hubungan antara pasangan, yang misalnya berdebat di mana mereka akan menghabiskan liburan berikutnya.

Dalam hubungan keluarga, dominasi perilaku yang saling melengkapi atau simetris biasanya menimbulkan masalah. Beberapa kelompok budaya mungkin lebih menyukai satu gaya dibandingkan gaya lainnya. Pasangan perlu menyeimbangkan simetri dan saling melengkapi dalam berbagai pengalaman mereka. Namun, hubungan orang tua-anak biasanya berangsur-angsur berubah dari hubungan yang saling melengkapi menjadi hubungan yang lebih simetris dan egaliter ketika anak memasuki masa remaja dan dewasa muda.

KONSEP 4

Semua komunikasi memiliki dua tingkatan: isi dan hubungan.

Komunikasi tidak hanya terdiri dari apa yang dikatakan (isinya) tetapi juga informasi yang mendefinisikan sifat hubungan antara mereka yang berinteraksi. Misalnya, seorang ayah mungkin berkata kepada putranya, "Kemarilah, Nak. Aku ingin memberitahumu sesuatu," atau dia mungkin berkata, "Kemarilah. Ada sesuatu yang ingin kukatakan padamu!" Pernyataan-pernyataan ini serupa isinya, namun masing-masing menyiratkan hubungan yang sangat berbeda. Pernyataan pertama dapat dipandang sebagai bagian dari hubungan cinta, sedangkan pernyataan kedua menyiratkan hubungan konfliktual. Dalam hal ini, nada isilah yang memberikan bukti adanya hubungan tertentu. Oleh karena itu, "komunikasi keluarga tidak hanya mengungkapkan pesan tentang 'siapa mengatakan apa dan kapan', tetapi juga menyampaikan pesan tentang struktur dan fungsi hubungan keluarga dalam kaitannya dengan basis kekuasaan, proses

pengambilan keputusan, kasih sayang, kepercayaan, dan koalisi” (Crawford & Tarko, 2004, hal. 162).

PERUBAHAN TEORI

Proses perubahan merupakan fenomena yang menarik, dan para peneliti memiliki beragam gagasan tentang bagaimana dan apa yang dimaksud dengan perubahan dalam sistem keluarga. Dalam pembahasan teori perubahan berikut ini, poin-poin paling mendalam dan menonjol dari tinjauan literatur yang ekstensif disintesis dan disajikan bersama dengan keyakinan kita tentang perubahan dan kondisi-kondisi yang mempengaruhi proses perubahan.

Sistem hubungan tampaknya memiliki kecenderungan menuju perubahan progresif. Namun, sebuah pepatah Perancis menyatakan, “semakin banyak sesuatu berubah, semakin besar pula hal itu tetap sama.” Paradoks ini dengan indah menyoroti dilema yang sering dihadapi dalam bekerja dengan keluarga. Perawat harus belajar menerima tantangan hubungan paradoks antara ketekunan (stabilitas) dan perubahan. Maturana (1978) menjelaskan sifat rekursif perubahan dan stabilitas sebagai berikut: Perubahan adalah perubahan dalam struktur keluarga yang terjadi sebagai kompensasi atas gangguan dan bertujuan untuk menjaga struktur dan stabilitas. Perubahan itu sendiri dialami sebagai gangguan terhadap sistem, sehingga perubahan menghasilkan perubahan lebih lanjut serta stabilitas. Perubahan keadaan ditunjukkan sebagai perilaku; oleh karena itu, perbedaan pola interaksi keluarga harus dieksplorasi. Perubahan perilaku mungkin disertai atau tidak disertai dengan wawasan. Namun, “perubahan yang paling mendalam dan berkelanjutan adalah perubahan yang terjadi dalam sistem kepercayaan (kognisi) keluarga” (Wright & Bell, in press).

Watzlawick, Weakland, dan Fisch (1974) adalah orang pertama yang menyatakan bahwa ketekunan dan perubahan harus dipertimbangkan bersama-sama meskipun sifatnya berlawanan. Para peneliti ini menawarkan gagasan perubahan yang diterima secara luas dan menyarankan bahwa ada dua jenis atau tingkat perubahan yang berbeda. Mereka merujuk pada satu jenis sebagai perubahan yang

terjadi dalam sistem tertentu yang tetap tidak berubah. Dengan kata lain, sistem itu sendiri tetap tidak berubah, namun elemen atau bagiannya mengalami beberapa jenis perubahan. Perubahan seperti ini disebut perubahan orde pertama. Ini adalah perubahan kuantitas, bukan kualitas. Perubahan tingkat pertama melibatkan penggunaan strategi pemecahan masalah yang sama berulang kali. Setiap permasalahan baru didekati secara mekanis. Jika solusi terhadap permasalahan sulit ditemukan, strategi lama akan digunakan dan biasanya diterapkan dengan lebih giat. Contoh perubahan tingkat pertama adalah pembelajaran strategi perilaku baru untuk menghadapi penggunaan komputer yang berlebihan oleh anak. Orang tua yang dulunya mendisiplinkan anaknya dengan membatasi akses anak terhadap komputer dikatakan telah mengalami perubahan tingkat pertama ketika ia kemudian membatasi pengeluaran uang anaknya.

Jenis perubahan kedua, yang disebut perubahan orde kedua, adalah perubahan yang mengubah sistem. Dengan demikian, perubahan tingkat kedua adalah "perubahan perubahan". Tampaknya pepatah Perancis hanya berlaku untuk perubahan tingkat pertama. Agar perubahan tingkat kedua dapat terjadi, perubahan aktual dalam peraturan yang mengatur sistem harus terjadi dan, oleh karena itu, sistem tersebut mengalami transformasi struktural. Penting untuk dicatat bahwa perubahan tingkat kedua sering kali bersifat diskontinuitas atau lompatan dan bisa terjadi secara tiba-tiba dan radikal. Di lain waktu, perubahan tingkat kedua terjadi dalam urutan logis di mana orang tersebut hampir tidak menyadari perubahan tersebut sampai diketahui oleh orang lain.

Jenis perubahan ini mewakili lompatan kuantum dalam sistem ke tingkat fungsi yang berbeda. Perubahan tingkat kedua bisa dikatakan terjadi, misalnya ketika sebuah keluarga kini lebih banyak menghabiskan waktu bersama dan mampu mengangkat isu konflik satu sama lain sebagai akibat dari penyelesaian penolakan remajanya untuk makan bersama keluarga.

Watzlawick, Weakland, dan Fisch (1974) juga merujuk pada jenis perubahan yang paling jelas, yaitu perubahan spontan. Dalam perubahan spontan, penyelesaian masalah terjadi

dalam kehidupan sehari-hari tanpa masukan dari para profesional atau teori canggih. Misalnya, seorang wanita muda yang menderita anoreksia tiba-tiba dan secara spontan mulai makan secara teratur setelah 2 tahun tidak makan, atau seorang pria yang menderita herpes zoster (herpes zoster) melaporkan bahwa nyeri kronisnya hilang dalam semalam.

Bateson (1979) memberikan pernyataan yang paling menggugah pikiran sehubungan dengan perubahan ketika ia menyatakan bahwa kita hampir selalu tidak menyadari adanya perubahan. Ia berpendapat bahwa perubahan dalam interaksi sosial dan lingkungan kita terjadi secara dramatis dan terus-menerus, namun kita menjadi terbiasa dengan "keadaan baru sebelum indra kita dapat memberi tahu kita bahwa hal tersebut baru" (hal. 98). Bateson (1979) juga menawarkan gagasan bahwa, sehubungan dengan persepsi perubahan, pikiran hanya dapat menerima berita tentang perbedaan. Oleh karena itu, sebagaimana dinyatakan Bateson (1979), perubahan dapat diamati sebagai "perbedaan yang terjadi sepanjang waktu" (hal. 452). Pemikiran tersebut sejalan dengan pemikiran Maturana dan Varela (1992) yang mengemukakan gagasan bahwa perubahan terjadi pada manusia dari waktu ke waktu. Perubahan ini dipicu oleh interaksi atau gangguan dari lingkungan di mana sistem (anggota keluarga) berada atau merupakan akibat dari dinamika internal sistem (anggota keluarga) itu sendiri.

Pandangan kami tentang perubahan dalam pekerjaan keluarga diambil dari para penulis di atas serta pengalaman klinis kami dalam bekerja dengan keluarga. Ringkasnya, kami setuju dengan Bateson, Maturana, dan Varela bahwa perubahan terus terjadi dalam keluarga dan sering kali orang tidak menyadarinya. Jenis perubahan yang terus menerus atau spontan ini terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan berkembang melalui tahap perkembangan individu dan keluarga. Perubahan ini mungkin terjadi atau tidak terjadi dengan masukan profesional.

Kami juga percaya bahwa transformasi besar dalam seluruh sistem keluarga dapat terjadi dan dapat dipicu oleh peristiwa-peristiwa besar dalam hidup, seperti penyakit

serius, kecacatan, perceraian, pengangguran, kecanduan, terorisme, pengungsian dari rumah akibat terorisme, perang, dan lain-lain. angin topan atau tsunami, atau kematian anggota keluarga; atau melalui intervensi yang ditawarkan oleh perawat. Perubahan dalam sebuah keluarga dapat terjadi dalam ranah kognitif, afektif, atau perilaku, namun perubahan dalam satu ranah berdampak pada ranah lainnya. Oleh karena itu, intervensi keperawatan keluarga dapat ditujukan pada domain mana pun atau ketiga domain tersebut. Intervensi dibahas lebih lanjut di Bab 4, yang menyajikan CFIM. Kami percaya bahwa menghubungkan intervensi secara langsung dengan perubahan yang dihasilkan adalah hal yang mustahil; oleh karena itu, memprediksi hasil atau jenis perubahan yang akan terjadi dalam keluarga juga tidak mungkin dilakukan.

Peran penting perawat (beroperasi dari perspektif sistem) adalah dengan hati-hati mengamati hubungan antar sistem. Untuk melakukan perubahan dalam sistem asli (individu), perlu dilakukan intervensi pada tingkat sistem yang lebih tinggi atau pada tingkat meta (sistem keluarga [lihat Gambar 5-1]). Dengan kata lain, jika perawat ingin melakukan perubahan dalam sistem keluarga, mereka harus mampu mempertahankan metaposisi pada setiap keluarga. Mereka harus secara bersamaan mengonseptualisasikan interaksi sistem keluarga dan interaksi mereka sendiri dengan keluarga. Namun, jika timbul masalah antara perawat dan keluarga, masalah ini harus diselesaikan pada tingkat yang lebih tinggi daripada sistem perawat-keluarga, sebaiknya oleh supervisor, yang dapat memeriksa masalah tersebut dari metaposisi lebih lanjut.

KONSEP 1

Perubahan tergantung pada persepsi masalah.

Dalam pernyataannya yang kini terkenal, Alfred Korzybski menyatakan bahwa “peta bukanlah wilayahnya.” Dengan kata lain, nama berbeda dengan benda yang diberi nama, dan uraian berbeda dengan yang dideskripsikan. Dalam menerapkan konsep ini pada wawancara keluarga, “pemetaan” kita terhadap situasi tertentu atau persepsi kita

terhadap suatu masalah mengikuti cara kita, sebagai perawat, memilih untuk melihatnya. Cara kita memandang suatu masalah mempunyai implikasi besar terhadap cara kita melakukan intervensi dan, oleh karena itu, bagaimana perubahan akan terjadi dan apakah perubahan tersebut akan efektif.

Salah satu jebakan paling umum bagi perawat yang bekerja dengan keluarga adalah penerimaan persepsi atau perspektif salah satu anggota keluarga sebagai "kebenaran" tentang keluarga. Tidak ada satu "kebenaran" atau "realitas" mengenai fungsi keluarga, atau mungkin lebih tepat jika dikatakan bahwa jumlah "kebenaran" atau "realitas" sama banyaknya dengan jumlah anggota keluarga (Maturana & Varela, 1992). Kesalahan dalam memihak dalam keperawatan keluarga relasional dibahas di Bab 10. Tugas penting perawat adalah menerima persepsi, perspektif, dan keyakinan semua anggota keluarga dan menawarkan pandangan lain kepada keluarga mengenai masalah kesehatan, penyakit, atau masalah mereka. Setiap anggota keluarga membangun realitas situasi mereka sendiri berdasarkan sejarah interaksi mereka dengan orang-orang sepanjang hidup mereka dan sejarah genetik mereka (Maturana & Varela, 1992). Maturana, dalam wawancara dengan Simon (1985), menawarkan gagasan yang lebih radikal sehubungan dengan persepsi anggota keluarga yang berbeda:

Teori sistem pertama kali memungkinkan kita untuk mengenali bahwa semua pandangan berbeda yang disajikan oleh anggota keluarga yang berbeda memiliki validitas tertentu. Namun, teori sistem menyiratkan bahwa ini adalah pandangan berbeda dari sistem yang sama. Apa yang saya katakan berbeda. Saya tidak mengatakan bahwa deskripsi berbeda yang dibuat oleh anggota keluarga merupakan pandangan berbeda terhadap sistem yang sama. Saya mengatakan bahwa tidak ada satu cara pun dalam sistem ini; bahwa tidak ada keluarga yang absolut dan objektif. Saya mengatakan bahwa setiap anggota mempunyai keluarga yang berbeda; dan masing-masingnya benar-benar sah (hlm. 36).

Maturana dan Varela (1992) menekankan bahwa sistem manusia "memunculkan" realitas, dalam bahasa dan hidup bersama orang lain. Kami sepakat bahwa masalah dapat dilihat dengan cara yang sangat berbeda, namun valid. Namun, sebagai perawat, kita adalah bagian dari sistem masyarakat yang lebih besar dan karenanya terikat oleh norma-norma moral, hukum, budaya, dan masyarakat yang mengharuskan kita untuk bertindak sesuai dengan norma-norma tersebut mengenai perilaku ilegal atau berbahaya (Wright & Bell, dalam tekan).

Jika seorang perawat tidak mengkonseptualisasikan masalah manusia dari perspektif sistem atau sibernetika, persepsi perawat tentang keluarga dan penyakit, masalah, dan kekhawatiran mereka akan didasarkan pada konsep "realitas" yang sama sekali berbeda berdasarkan asumsi teoritis yang berbeda. Kami ingin menekankan asumsi-asumsi teoretis yang berbeda dibandingkan dengan pandangan-pandangan yang lebih benar atau "benar" mengenai permasalahan.

KONSEP 2

Perubahan ditentukan oleh struktur.

Perubahan yang terjadi dalam sistem kehidupan (yaitu sistem manusia), diatur oleh struktur sistem tersebut saat ini. Konsep determinisme struktural (Maturana & Varela, 1992) menawarkan gagasan bahwa struktur biopsikososial-spiritual setiap individu adalah unik dan merupakan produk dari sejarah genetik (filogeni) individu serta sejarah interaksinya terhadap lingkungan. waktu (ontogeni).

Implikasinya terhadap praktik keperawatan adalah bahwa struktur individu saat ini menentukan pengaruh interpersonal, intrapersonal, dan lingkungan yang dialami sebagai gangguan (yaitu, memicu perubahan struktural). Oleh karena itu, kita tidak dapat mengatakan sebelumnya intervensi keperawatan keluarga mana yang akan berguna dalam mendorong perubahan bagi anggota keluarga tertentu saat ini dan mana yang tidak. Oleh karena itu, individu secara selektif merasa terganggu dengan intervensi yang ditawarkan oleh perawat berdasarkan apa yang "cocok" atau tidak "sesuai" dengan struktur biopsikososial-spiritual

mereka yang unik. Kita tidak dapat memprediksi intervensi keperawatan keluarga mana yang cocok untuk orang tertentu dan mana yang akan mengganggu struktur orang tersebut. Asumsi teoretis inilah yang menjadi alasan kami lebih memilih intervensi yang disesuaikan dengan masing-masing keluarga dibandingkan intervensi yang terstandarisasi untuk jenis masalah tertentu.

Rasa hormat yang mendalam, kekaguman, dan keingintahuan tentang anggota keluarga berkembang pada perawat yang sadar akan gagasan determinisme struktural. Ketika determinisme struktural diterapkan pada pekerjaan klinis dengan keluarga, Wright dan Levac (1992) menyatakan bahwa deskripsi keluarga sebagai keluarga yang tidak patuh, menolak, atau tidak termotivasi bukan hanya “kesalahan epistemologis tetapi juga ketidakmungkinan biologis” (hal. 913). Konsep ini telah membuat perbedaan dramatis dalam cara kita berpikir tentang keluarga dan intervensi yang kami tawarkan.

KONSEP 3

Perubahan bergantung pada konteks.

Upaya untuk mendorong perubahan dalam sistem keluarga harus selalu mempertimbangkan variabel konteks yang penting. Intervensi harus direncanakan dengan pengetahuan yang memadai tentang kendala dan sumber daya kontekstual. Hal ini sangat penting mengingat industri layanan kesehatan menekankan pada akuntabilitas, efektivitas biaya, efisiensi, dan intervensi yang hemat waktu. Perawat perlu menyadari posisi mereka dalam sistem pemberian layanan kesehatan dibandingkan dengan keluarga. Misalnya, apakah profesional lain terlibat dalam keluarga dan, jika ya, apa peran mereka dalam keluarga? Apa perbedaan peran ini dengan peran perawat, dan bagaimana perawat dan keluarga dipengaruhi oleh dan berpengaruh pada konteks di mana mereka berada, baik itu rumah sakit, klinik perawatan primer, atau fasilitas perawatan lanjutan? Kami merasa sangat berguna untuk menggarisbawahi kontribusi positif yang dapat diberikan oleh setiap pemangku kepentingan layanan kesehatan terhadap layanan keluarga dibandingkan mengaitkan atau

mengasumsikan motif kepentingan diri sendiri kepada para pemangku kepentingan yang memiliki kepentingan berbeda dalam layanan keluarga (seperti membatasi biaya).

Sistem yang lebih besar (misalnya sekolah, lembaga kesehatan mental, rumah sakit, sistem pemberian layanan publik) sering kali memaksakan "aturan" tertentu pada keluarga yang pada akhirnya berfungsi untuk menjaga stabilitas sistem yang lebih besar dan menghambat perubahan (Imber Coppersmith, 1983; Imber-Black, 1991). Salah satu contohnya adalah aturan menyalahkan linier. Artinya, institusi cenderung menyalahkan keluarga atas kesulitan yang mereka alami (misalnya kurangnya motivasi) dan cenderung memberikan rujukan untuk pengobatan keluarga guna "menyembuhkan" keluarga tersebut. Proses ini mirip dengan proses yang digunakan keluarga untuk merujuk anggota keluarga lainnya untuk "disembuhkan".

Karena anggota sistem yang lebih besar, khususnya staf perawat, menjadi sangat terlibat dalam kehidupan pasien atau anggota keluarga, mereka biasanya cenderung tidak memikirkan hal-hal yang bersifat langsung. Hasil akhirnya adalah pasien di rumah sakit dan keluarga mereka dibanjiri dengan layanan yang biasanya menghabiskan sumber daya keluarga mereka sendiri. Hal ini kemudian menempatkan keluarga pada posisi "terbawah" dalam mengartikulasikan apa yang mereka anggap sebagai kebutuhan mereka saat ini. Ketika seorang perawat diminta untuk menyelesaikan pengkajian keluarga, perawat tersebut mungkin menjadi salah satu pengganggu dalam kehidupan keluarga dan dapat dilumpuhkan bahkan sebelum memulai karena banyaknya profesional yang terlibat. Ini adalah alasan lain mengapa perawat harus hati-hati menilai konteks yang lebih luas yang dihadapi oleh keluarga dan staf. Dalam beberapa kasus, masalah yang lebih serius terjadi pada hubungan keluarga dengan profesional lain, bukan di dalam keluarga itu sendiri. Oleh karena itu, intervensi yang ditujukan pada sistem keluarga-profesional perlu dilakukan sebelum intervensi tersebut mengatasi permasalahan pada tingkat sistem keluarga.

Situasi lain yang dapat timbul adalah ketidakjelasan keahlian dan kepemimpinan. Keluarga mungkin berada dalam sistem

yang lebih besar, seperti klinik penilaian obat dan pengobatan rawat jalan. Mereka mungkin menerima gagasan yang berbeda tentang cara menangani masalah tertentu (misalnya kecanduan kokain) tergantung pada apakah mereka diperiksa di klinik, di rumah, atau di kelas. Hal ini biasanya terjadi karena tidak ada satu pun klinik atau program pendidikan yang ditawarkan di rumah sakit yang memiliki wewenang lebih besar dalam pengambilan keputusan dibandingkan program lain terkait rencana perawatan keluarga tertentu.

Konflik juga dapat terjadi antara sistem yang lebih besar atau antara keluarga dan sistem yang lebih besar. Konflik yang tidak diketahui atau diselesaikan biasanya menimbulkan tiga serangkai, yang menghambat perilaku sehat. Misalnya, jika orang tua ingin mengirim putra/remajanya ke pusat rehabilitasi narkoba namun perawat dan direktur rehabilitasi berkonflik mengenai kebijakan rehabilitasi, keluarga tersebut berada dalam situasi di mana ada tekanan dari sistem yang lebih besar (sistem perawat-direktur rehabilitasi).) mengarahkan mereka untuk menyelaraskan atau memihak perawat atau direktur rehabilitasi.

Bagaimana keluarga dipengaruhi dan memberikan pengaruh pada keterlibatan mereka dengan suprasistem ini merupakan informasi penting. Perubahan dalam sebuah keluarga dapat digagalkan, disabotase, atau tidak mungkin terjadi jika permasalahan konteks tidak ditangani.

KONSEP 4

Perubahan bergantung pada tujuan pengobatan yang berkembang bersama.

Perubahan mengharuskan tujuan antara perawat dan keluarga berkembang bersama dalam jangka waktu yang realistis. Dalam banyak kasus, alasan utama kegagalan dalam bekerja dengan keluarga adalah penetapan tujuan yang tidak realistis atau tidak tepat oleh perawat atau keluarga. Diskusi yang jujur dan terbuka dengan anggota keluarga mengenai tujuan pengobatan dapat membantu menghindari kesalahpahaman dan kekecewaan di kedua sisi.

Karena salah satu tujuan utama intervensi keluarga adalah untuk mengubah pandangan atau keyakinan keluarga terhadap masalah atau penyakit (Wright & Bell, in press), perawat harus membantu anggota keluarga untuk mencari alternatif respons perilaku, kognitif, dan afektif terhadap masalah. Oleh karena itu, salah satu tujuan perawat adalah membantu keluarga menemukan atau mendapatkan kembali solusi mereka sendiri terhadap permasalahan.

Tugas menetapkan tujuan spesifik untuk pengobatan dicapai melalui kolaborasi dengan keluarga. Bagian dari proses penilaian adalah untuk mengidentifikasi penderitaan atau masalah yang paling dikhawatirkan oleh keluarga saat ini dan perubahan apa yang ingin mereka lihat. Hal ini memberikan landasan untuk tujuan wawancara keluarga dan menjadi kontrak terapeutik.

Kontrak dengan keluarga dapat dilakukan secara lisan atau tertulis. Dalam praktik klinis kami dan dalam praktik mahasiswa keperawatan, kami biasanya membuat kontrak lisan dengan keluarga yang menyatakan masalah spesifik mana yang akan ditangani selama periode waktu atau jumlah sesi tertentu. Pada akhir periode tersebut, kemajuan dievaluasi dan kontak dengan keluarga dihentikan atau kontrak baru dibuat jika diperlukan upaya terapeutik lebih lanjut.

Dalam kebanyakan kasus, tujuan yang jelas (dalam bentuk kontrak) dapat ditetapkan bersama keluarga melalui komitmen lisan dari anggota keluarga untuk mengatasi masalah yang telah digariskan. Pada akhir kontrak, evaluasi harus mencakup penilaian perubahan dalam sistem keluarga selain perubahan pada pasien yang teridentifikasi.

Singkatnya, penilaian dan intervensi keluarga seringkali lebih efektif dan berhasil jika didasarkan pada tujuan terapeutik yang jelas. Namun, keluarga jarang datang ke wawancara keluarga dengan pemahaman bahwa perubahan keluarga diperlukan. Oleh karena itu, selain penetapan tujuan, perawat harus membantu keluarga untuk memperoleh pandangan berbeda terhadap masalahnya. Pertama, perawat perlu melibatkan keluarga; Hal ini dapat dengan mudah dicapai dengan terlebih dahulu berfokus pada pemahaman dan eksplorasi penderitaan mereka saat ini, permasalahan dan kekhawatiran yang ada, serta perubahan yang

diinginkan keluarga sehubungan dengan penderitaan tersebut. Informasi lebih rinci tentang penetapan tujuan, kontrak, dan penghentian diberikan dalam Bab bab berikutnya di buku ini.

KONSEP 5

Pemahaman saja tidak membawa perubahan.

Perubahan dalam pekerjaan keluarga jarang terjadi melalui peningkatan pemahaman keluarga terhadap permasalahan, melainkan melalui perubahan keyakinan dan perilaku mereka. Seringkali, para profesional kesehatan yang terlibat dalam pekerjaan keluarga berasumsi bahwa memahami suatu masalah akan menghasilkan solusi bagi keluarga. Namun dari sudut pandang sistem, solusi terhadap masalah muncul ketika keyakinan tentang kesehatan dan penyakit, masalah dan pola berubah, terlepas dari apakah hal ini disertai dengan wawasan (Wright & Bell, in press).

Ada kecenderungan dalam keperawatan untuk percaya bahwa seseorang harus memahami “mengapa” untuk memecahkan suatu masalah. Dengan demikian, perawat dengan niat baik menghabiskan banyak waktu untuk mencoba mendapatkan banyak data (biasanya data historis) untuk memahami “mengapa” suatu masalah. Dalam banyak kasus, pasien dan keluarga mendorong perawat dalam upaya ini dan berpartisipasi di dalamnya. Misalnya, seorang pasien mungkin bertanya: “Mengapa saya terkena serangan jantung?” “Mengapa anak saya tidak mau menyerah saja?” atau “Mengapa istri saya harus meninggal begitu muda?” Kami sangat tidak menyarankan untuk mencari jawabannya karena kami tidak merasa bahwa hal ini merupakan prasyarat untuk perubahan; sebaliknya, hal ini menjauhkan seseorang dari upaya perubahan yang efektif. Kami sangat menyarankan bahwa prasyarat perubahan bukanlah memahami “mengapa” suatu situasi, melainkan memahami “apa”. Oleh karena itu, sebaiknya perawat bertanya, “Apa dampak serangan jantung yang dialami ayah terhadap dirinya dan keluarganya?” dan “Apa dampak serangan jantung yang dialami sang ayah terhadap pekerjaannya?” Pertanyaan-pertanyaan ini memiliki tujuan yang jauh lebih berguna dalam membuka jalan bagi intervensi yang mungkin

dilakukan dibandingkan dengan pertanyaan yang berfokus pada “mengapa” situasi tersebut.

Pertanyaan “Mengapa” tampaknya tertanam dalam akar psikoanalitik yang melahirkan psikopatologi. Perspektif ini tidak selaras dengan sistem atau landasan siberetik dalam memahami dinamika keluarga yang berfokus pada masalah manusia seperti pengalaman sakit, kehilangan, atau kecacatan sebagai krisis atau dilema antarpribadi. Sekalipun “mengapa” suatu masalah kadang-kadang dipahami, hal itu jarang memberikan kontribusi terhadap solusi. Oleh karena itu, akan lebih bermanfaat jika kita mengeksplorasi apa yang sedang dilakukan saat ini dan apa yang dapat melanggengkan masalah, serta apa yang dapat dilakukan saat ini untuk melakukan perubahan. Pencarian penyebab sebaiknya dihindari karena secara tidak sengaja dapat mengajak anggota keluarga untuk melihat permasalahan dari sudut pandang yang linier dibandingkan dari sudut pandang yang sistemik. Dengan kata lain, kami lebih memilih untuk percaya bahwa masalah berada di antara orang-orang dan bukan di dalam diri orang-orang.

KONSEP 6

Perubahan tidak serta merta terjadi secara merata pada seluruh anggota keluarga.

Ingat kembali analogi ponsel yang disajikan sebelumnya dalam bab ini. Bayangkan ponsel setelah angin melewatinya. Beberapa bagian berputar atau bereaksi lebih cepat atau penuh semangat dibandingkan bagian lainnya. Hal ini serupa dengan perubahan dalam sistem keluarga di mana salah satu anggota keluarga mungkin mulai merespons atau berubah lebih cepat dibandingkan yang lain dan, melalui proses ini, memberikan peluang bagi seluruh anggota keluarga lainnya untuk melakukan perubahan. Hal ini terjadi karena anggota keluarga lainnya tidak dapat memberikan respons yang sama terhadap anggota keluarga yang berubah dan oleh karena itu, efek riak perubahan terjadi melalui sistem. Kami telah mengamati fenomena ini dalam praktik keluarga militer ketika pasangannya pulang ke rumah dari perang atau misi

penjaga perdamaian. Keinginan anggota keluarga untuk “kembali ke keadaan normal” (dengan kata lain, ke fungsi mereka sebelum pasca penempatan) sering kali bertentangan dengan pengalaman perubahan yang dialami anggota angkatan bersenjata yang kembali. Peristiwa ini biasanya memicu masa penyesuaian yang intens bagi semua anggota keluarga.

Penelitian Robinson (1998) juga menyoroti konsep bahwa ketika keluarga mengalami penyakit kronis, semua anggota keluarga akan terkena dampaknya, namun belum tentu sama. Dalam studinya, perempuan lebih menderita secara emosional dibandingkan anggota keluarga lainnya, baik penyakit yang diderita oleh mereka sendiri, pasangan, atau anak mereka.

Perubahan bergantung pada sifat rekursif (cybernetic) dari sistem keluarga. Oleh karena itu, intervensi kecil dapat menimbulkan berbagai reaksi, di mana beberapa anggota keluarga berubah lebih dramatis atau lebih cepat dibandingkan yang lain.

KONSEP 7

Memfasilitasi perubahan adalah tanggung jawab perawat.

Kami percaya bahwa tanggung jawab perawat untuk memfasilitasi perubahan dalam kolaborasi dengan setiap keluarga. Memfasilitasi perubahan tidak berarti bahwa perawat dapat memprediksi hasil, dan perawat tidak boleh berinvestasi pada hasil tertentu. Namun, ada perbedaan yang jelas antara memfasilitasi perubahan dan menjadi ahli dalam menyelesaikan masalah keluarga atau berasumsi apa yang harus diubah. Kami percaya bahwa keluarga memiliki keahlian mengenai pengalaman mereka mengenai kesehatan, penyakit, dan kecacatan, sedangkan perawat memiliki keahlian dalam gagasan tentang promosi kesehatan dan pengelolaan penyakit serius dan kecacatan. Penting juga bagi perawat untuk menghindari membuat penilaian tentang bagaimana seharusnya keluarga berfungsi. Jika tidak, perubahan atau hasil dalam sistem keluarga mungkin tidak memuaskan perawat jika mereka tidak sesuai dengan persepsi perawat tentang seharusnya fungsi keluarga. Yang

lebih penting adalah kepuasan keluarga terhadap tingkat fungsi mereka yang baru dibandingkan kepuasan perawat. Dari waktu ke waktu, perawat harus mengevaluasi tingkat atau tingkat tanggung jawab yang mereka rasakan terhadap pengobatan. Tingkat tanggung jawab menjadi tidak proporsional jika seorang perawat merasa lebih prihatin, lebih khawatir, atau lebih bertanggung jawab terhadap masalah keluarga dibandingkan perasaan keluarga itu sendiri. Sebaliknya, terdapat ketidakpedulian atau kurangnya kepedulian, kasih sayang, atau tanggung jawab perawat dalam memfasilitasi perubahan dalam keluarga. Kedua respon ekstrim ini menunjukkan perlunya mendapatkan pengawasan klinis.

Seberapa besar perubahan yang diharapkan perawat untuk dapat difasilitasi dalam pekerjaan keluarga bergantung pada kompetensi mereka sendiri, kapasitas kasih sayang mereka, konteks perawatan keluarga, dan respons keluarga. Perawat perlu menyadari bahwa mereka bukanlah agen perubahan; mereka tidak bisa dan tidak mengubah siapa pun (Wright & Levac, 1992). Perubahan anggota keluarga ditentukan oleh struktur biopsikososial-spiritual anggota keluarga itu sendiri, bukan oleh orang lain (Maturana & Varela, 1992). Oleh karena itu, merupakan tanggung jawab perawat untuk memfasilitasi konteks perubahan.

KONSEP 8

Perubahan terjadi melalui “kesesuaian” atau keterkaitan antara penawaran terapeutik (intervensi) perawat dan struktur biopsikososial-spiritual anggota keluarga.

Konsep “fit” muncul dari pengertian determinisme struktural (Maturana & Varela, 1992). Artinya, struktur anggota keluarga, bukan tawaran terapeutik perawat, yang menentukan apakah intervensi dialami sebagai gangguan yang memicu atau menstimulasi perubahan. Konsep ini selaras dengan prinsip panduan bahwa perawat bukanlah agen perubahan (Wright & Levac, 1992) melainkan seseorang yang, antara lain, menciptakan konteks perubahan (Wright & Bell, in press). Dalam pengalaman klinis kami, anggota keluarga yang memberikan respons

terhadap tawaran terapi tertentu melakukan hal tersebut karena adanya kesesuaian, atau keterkaitan, antara struktur biopsikososial-spiritual mereka saat ini dan intervensi keperawatan keluarga yang ditawarkan. (Untuk informasi lebih lanjut mengenai hal ini, lihat Bab berikutnya dan pembahasan CFIM.) Hal ini mencakup kepekaan perawat terhadap ras, etnis, orientasi seksual, dan kelas sosial dalam keluarga.

Konsep “fit” memungkinkan perawat untuk tidak menyalahkan pasien dan diri mereka sendiri ketika “non-fit” terjadi dan, oleh karena itu, “ketidakpatuhan” dan “non-tindak lanjut” terjadi (Wright & Bell, in press; Wright & Levac, 1992). Perawat yang menerapkan sikap terapeutik yang menghargai kecocokan bisa sangat ingin tahu tentang cara meningkatkan kesesuaian intervensi untuk anggota keluarga tertentu pada waktu tertentu. Ketika konsep kecocokan diabaikan, diabaikan atau tidak dihargai, perawat bertindak dengan lebih banyak mengulahi, meresepkan perilaku dan sering memberi label pada anggota keluarga sebagai orang yang tidak patuh, tidak siap untuk perubahan, atau menentang sistem profesional.

KONSEP 9

Perubahan dapat disebabkan oleh berbagai hal.

Perubahan dipengaruhi oleh begitu banyak variabel berbeda sehingga, dalam banyak kasus, sulit untuk mengetahui secara spesifik apa yang memicu, menstimulasi, atau memicu perubahan. Perubahan tidak selalu merupakan hasil dari intervensi yang dipikirkan dengan matang. Umumnya, hal ini dapat merupakan hasil dari metode penyelidikan terhadap permasalahan keluarga. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan intervensi (lihat Bab berikutnya untuk diskusi mendalam tentang pertanyaan-pertanyaan dalam CFIM dan Bab berikutnya untuk bagaimana menggunakan pertanyaan-pertanyaan dalam wawancara keluarga) dengan sendirinya dapat mendorong perubahan. Lebih penting bagi perawat untuk menghubungkan perubahan dengan keluarga daripada memperhatikan apa yang mereka lakukan untuk menciptakan perubahan (lihat Bab berikutnya untuk informasi lebih lanjut tentang penutupan pertemuan dengan

keluarga). Mencari atau menerima penghargaan yang tidak semestinya atas perubahan adalah hal yang tidak pantas pada tahap pengetahuan kita tentang proses perubahan dalam keluarga.

BIOLOGI KOGNISI

Biologi kognisi telah dijelaskan dan diartikulasikan oleh dua ahli neurobiologi, Maturana dan Varela (1992), dalam publikasi penting mereka *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*. Mereka menawarkan gagasan bahwa manusia memunculkan pandangan berbeda terhadap pemahaman mereka tentang peristiwa dan pengalaman dalam hidup mereka. Gagasan ini bukanlah hal baru, namun perspektif Maturana dan Varela mengenai cara kita sebagai manusia melakukan dan mengklaim pengamatan jauh lebih radikal: hal ini didasarkan pada biologi dan fisiologi, bukan filsafat (Wright & Bell, in press; Wright & Levac, 1992). Jika seorang perawat mengadopsi pandangan tertentu tentang realitas, maka perawat kini mencakup pandangan tertentu tentang orang-orang dan fungsinya, hubungan, dan penyakitnya.

KONSEP 1

Dua cara yang mungkin untuk menjelaskan dunia kita adalah objektivitas dan subjektivitas dalam tanda kurung (Maturana & Varela, 1992; Wright & Levac, 1992; Wright, Watson, & Bell, 1990).

Pandangan objektivitas mengasumsikan bahwa ada satu domain acuan utama untuk menjelaskan dunia. Dalam domain ini, entitas diasumsikan ada secara independen dari pengamat. Entitas-entitas tersebut sangat banyak dan luas sesuai imajinasi dan dapat diidentifikasi secara eksplisit atau implisit pikiran, pengetahuan, kebenaran, dan sebagainya. Melalui penjelasan ini, kita menjadi yakin bahwa kita mempunyai akses terhadap pandangan yang benar dan tepat mengenai dunia dan peristiwa-peristiwa di dalamnya, suatu realitas obyektif. Dari pandangan "objektivistik" ini, "suatu sistem dan komponen-komponennya mempunyai keteguhan

dan stabilitas yang tidak bergantung pada pengamat yang memunculkannya” (Mendez, Coddou, & Maturana, 1988, P. 154). Diagnosis keperawatan, konflik emosional, harga diri, dan politik semuanya merupakan produk dari pandangan “objektif” terhadap realitas.

Ketika objektivitas “ditempatkan dalam tanda kurung,” orang mengakui bahwa benda-benda memang ada tetapi benda-benda tersebut tidak terlepas dari sistem kehidupan yang melahirkannya. Satu-satunya “kebenaran” yang ada hanyalah kebenaran yang diungkapkan oleh pengamat, seperti perawat dan anggota keluarga. Pandangan setiap orang bukanlah suatu distorsi terhadap penafsiran yang dianggap benar. Alih-alih satu alam semesta objektif yang menunggu untuk ditemukan atau dideskripsikan dengan benar, Maturana mengusulkan sebuah “multiverse,” di mana banyak “ayat” pengamat hidup berdampingan, masing-masing valid dengan sendirinya. Untuk meningkatkan pilihan dan kemungkinan bagi keluarga untuk mengatasi penyakit dengan menggunakan berbagai strategi atau untuk meningkatkan kesejahteraan mereka, perawat perlu membantu anggota keluarga menuju ke arah objektivitas. Ketika perawat mampu mempertahankan sikap obyektif, mereka semakin mampu mengajak anggota keluarga untuk melawan “dosa kepastian”, yaitu menolak anggapan bahwa hanya ada satu cara yang benar atau benar untuk mengelola kesehatan atau penyakit, kehilangan. , atau kecacatan.

KONSEP 2

Kita mewujudkan realitas kita melalui interaksi dengan dunia, diri kita sendiri, dan orang lain melalui bahasa.

Realitas tidak berada “di luar sana” untuk diserap; sebaliknya, manusia berada dalam banyak wilayah realitas yang mereka kemukakan untuk menjelaskan pengalaman mereka (Maturana & Varela, 1992). Kemampuan untuk memunculkan makna pribadi dan merespons serta berinteraksi dengan dunia dan satu sama lain, namun selalu mengacu pada serangkaian koherensi internal, dapat dilihat sebagai kualitas hidup yang esensial. Maturana dan Varela

(1980) menegaskan bahwa pernyataan ini berlaku untuk semua organisme, dengan atau tanpa sistem saraf. Mereka lebih lanjut menyarankan bahwa yang terbaik adalah memikirkan kognisi sebagai interaksi berkelanjutan antara apa yang kita harapkan untuk dilihat (premis atau keyakinan bawah sadar kita) dan apa yang kita hasilkan. Dalam sebuah wawancara telepon, Maturana (1988) menguraikan gagasan tentang realitas sebagai berikut:

Kita ada di banyak wilayah realitas yang kita lahirkan... Apa yang saya katakan dalam jangka panjang adalah bahwa tidak ada kemungkinan untuk mengatakan apa pun secara mutlak mengenai apa pun yang independen dari kita. Jadi apa pun yang kita lakukan selalu menjadi tanggung jawab kita sepenuhnya dalam artian bergantung sepenuhnya pada kita, dan semua ranah realitas yang kita lahirkan sama-sama sah meskipun tidak sama-sama diinginkan. atau menyenangkan untuk ditinggali. Namun hal-hal tersebut selalu dihasilkan oleh kita, dalam hidup berdampingan dengan manusia lain. Jadi jika kita menciptakan sebuah komunitas yang penuh dengan kesengsaraan, maka inilah saatnya. Jika kita melahirkan sebuah komunitas yang di dalamnya terdapat kesejahteraan, inilah saatnya. Namun kitalah yang selalu hidup berdampingan dengan orang lain... yang mewujudkan kenyataan. Realitas memang merupakan penjelasan tentang dunia yang kita tinggali bersama orang lain.

Singkatnya, dunia yang dilihat setiap orang bukanlah dunia melainkan dunia yang mereka lahirkan bersama orang lain (Maturana & Varela, 1992). Ketika perawat mengadopsi sikap etis ini, mereka akan merasa lebih ingin tahu tentang dunia yang dibawa oleh setiap anggota keluarga dan bagaimana "dunia" ini memengaruhi kemampuan atau ketidakmampuan seseorang untuk mengatasi atau mengelola penyakitnya.

Keperawatan berusaha untuk mengartikulasikan dan menggambarkan dengan lebih jelas teori-teori yang menginformasikan model praktik klinis. Dalam tinjauan studi dan intervensi keluarga yang penting dan berguna, Hallberg (2003) menemukan "kurangnya kesesuaian antara kerangka teoritis, intervensi, dan ukuran hasil" (hal. 9). Bab ini

merupakan upaya kami untuk lebih transparan mengenai teori-teori yang menjadi landasan CFAM dan CFIM. Kami berharap model praktik kami memiliki lebih banyak relevansi, lebih bermakna, dan tentu saja lebih berguna dalam praktik klinis bersama keluarga karena transparansi ini. Perawat perlu terus melakukan praktik berbasis penelitian dan penelitian berbasis praktik yang meningkatkan pemahaman kita tentang teori mana yang paling penting untuk menginformasikan praktik, khususnya penawaran intervensi.

Referensi

- Allmond, B.W., Buckman, W., & Gofman, H.F. (1979). *The family is the patient: An approach to behavioral pediatrics for the clinician*. St. Louis: Mosby.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature*. New York: E.P. Dutton.
- Bavelas, J.B. (1992). Research into the pragmatics of human communication. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 11(2), 15–29.
- Becvar, D.S., & Becvar, R.J. (1992). *Family therapy: A systemic integration*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Burnard, P. (1999). Carl Rogers and postmodernism: Challenges in nursing and health sciences. *Nursing and Health Sciences*, 1(4), 241–256.
- Crawford, J.A., & Tarko, M.A. (2004). Family communication. In P.J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Furth, H.G. (1987). *Knowledge as desire: An essay on Freud and Piaget*. New York: Columbia University Press.
- Glazer, S. (2001). Therapeutic touch and postmodernism in nursing. *Nursing Philosophy*, 2(3), 196–230.
- Hallberg, I.R. (2003). Evidence-based nursing, interventions, and family nursing: Methodological obstacles and possibilities. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 3–22.
- Imber-Black, E. (1991). The family-larger-system perspective. *Family Systems Medicine*, 9(4), 371–396.
- Imber Coppersmith, E. (1983). The place of family therapy in the homeostasis of larger systems. In M. Aronson & R.

- Wolberg (Eds.), *Group and family therapy: An overview* (pp. 216–27). New York: Brunner/Mazel.
- Jackson, D.D. (1973). Family interaction, family homeostasis and some implications for conjoint family psychotherapy. In D.D. Jackson (Ed.), *Therapy, communication and change* (4th ed.) (pp. 185–203). Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Kaakinen, J.R. & Hanson, S.M.H. (2004). Theoretical foundations for family health nursing practice. In P.J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Kermode, S., & Brown, C. (1996). The postmodernist hoax and its effects on nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 375–384.
- Loos, F., & Bell, J.M. (1990). Circular questions: A family interviewing strategy. *Dimensions in Critical Care Nursing*, 9(1), 46–53.
- Maturana, H. (1978). Biology of language: The epistemology of reality. In G.A. Miller & E. Lenneberg (Eds.), *Psychology and biology of language and thought* (pp. 27–63). New York: Academic Press.
- Maturana, H.R. (1988). Telephone conversation: Calgary/Chile coupling [Telephone transcript]. Calgary, Canada: University of Calgary.
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Dordrecht, Holland: D. Reidel Pub. Co.
- Maturana, H.R., & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications, Inc.
- Mendez, C.L., Coddou, F., & Maturana, H.R. (1998). The bringing forth of pathology. *Irish Journal of Psychology*, 9(1), 144–172.
- Moules, N.J. (2000). Postmodernism and the sacred: Reclaiming connection in our greater-than-human worlds. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 229–240.
- Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions: From burden to balance. *Journal of Family Nursing*, 4(3), 271–290.

- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1978). A ritualized prescription in family therapy: Odd days and even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(3), 3-9.
- Simon, R. (1985). Structure is destiny: An interview with Huberto Maturana. *Family Therapy*, May-June, 32-43.
- Tapp, D.M., & Wright, L.M. (1996). Live supervision and family systems nursing: Postmodern influences and dilemmas. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(4), 225-233.
- Tomm, K. (1980). Towards a cybernetic-systems approach to family therapy at the University of Calgary. In D.S. Freeman (Ed.), *Perspectives on family therapy* (pp. 3-18). Toronto: Butterworths.
- Tomm, K. (1981). Circularity: A preferred orientation for family assessment. In A.S. Gurman (Ed.), *Questions and answers in the practice of family therapy* (Vol. 1) (pp. 874-887). New York: Brunner/Mazel.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(3), 253-271.
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell & R. Draper (Eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan approach* (pp. 33-45). London: Grune & Stratton.
- Tomm, K. (1987a). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26(1), 3-13.
- Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26(6), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15.
- Varela, F.J. (1979). *Principles of biological autonomy*. New York: Elsevier North Holland.

- von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller.
- von Bertalanffy, L. (1972). The history and status of general systems theory. In G.J. Klir (Ed.), Trends in general systems theory. New York: Wiley-Interscience.
- von Bertalanffy, L. (1974). General systems theory and psychiatry. In S. Arieti (Ed.), American handbook of psychiatry (pp. 1095-1117). New York: Basic Books.
- von Glaserfeld, E. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), The invented reality: Contributions to constructivism (pp. 17-40). New York: Norton.
- Watzlawick, P. (Ed.). (1984). The invented reality: Contributions to constructivism. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). Change: Principles of problem formulation and problem resolution. New York: Norton.
- Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). Beliefs and illness: A model for healing. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L.M., & Levac, A.M. (1992). The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. Journal of Advanced Nursing, 17(8), 913-917.
- Wright, L.M., & Watson, W.L. (1988). Systemic family therapy and family development. In C.J. Falicov (Ed.), Family transitions: Continuity and change over the life cycle (pp. 407-430). New York: Guilford Press.
- Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (1990). The family nursing unit: A unique integration of research, education, and clinical practice. In J.M. Bell, W.L. Watson, & L.M. Wright (Eds.), The cutting edge of family nursing (pp. 95-109). Calgary, Alberta: Family Nursing Unit Publications.

Bab 6

TEORI CALGARY FAMILY ASSESSMENT MODEL – (CFAM)

Kompetensi Dasar:

Memahami Calgary Family Assessment Model (CFAM)

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Calgary Family Assessment Model (CFAM)
2. Menjelaskan penerapan Calgary Family Assessment Model (CFAM)

Calgary Family Assessment Model (CFAM) adalah kerangka kerja multidimensi yang terintegrasi berdasarkan landasan sistem, sibernetika, komunikasi, dan teori perubahan serta dipengaruhi oleh postmodernisme dan biologi kognisi. Edisi kelima ini mencakup diskusi tentang perbedaan antara penggunaan CFAM untuk menilai sebuah keluarga dan penggunaan CFAM sebagai kerangka pengorganisasian, atau template, untuk bekerja dengan keluarga guna membantu mereka menyelesaikan masalah.

CFAM telah mendapat pengakuan luas sejak tahun 1984. CFAM telah diadopsi oleh banyak fakultas dan sekolah keperawatan di Australia, Inggris Raya, Amerika Utara, Brasil, Hong Kong, Jepang, Finlandia, Swedia, Korea, Taiwan, Portugal, Singapura, Spanyol, Islandia, dan Thailand. Hal ini telah sering dirujuk dalam literatur, khususnya Jurnal Keperawatan Keluarga. Selain itu, Dewan Perawat Internasional telah mengakuinya sebagai salah satu dari empat model penilaian keluarga terkemuka di dunia (Schober & Affara, 2001). Awalnya diadaptasi dari kerangka penilaian keluarga yang dikembangkan oleh Tomm dan Sanders (1983), CFAM direvisi secara substansial pada tahun 1994, 2000, dan 2005 dan kini lebih banyak penyempurnaan pada saat ini.

CFAM terdiri dari tiga kategori utama:

1. Struktural
2. Perkembangan
3. Fungsional

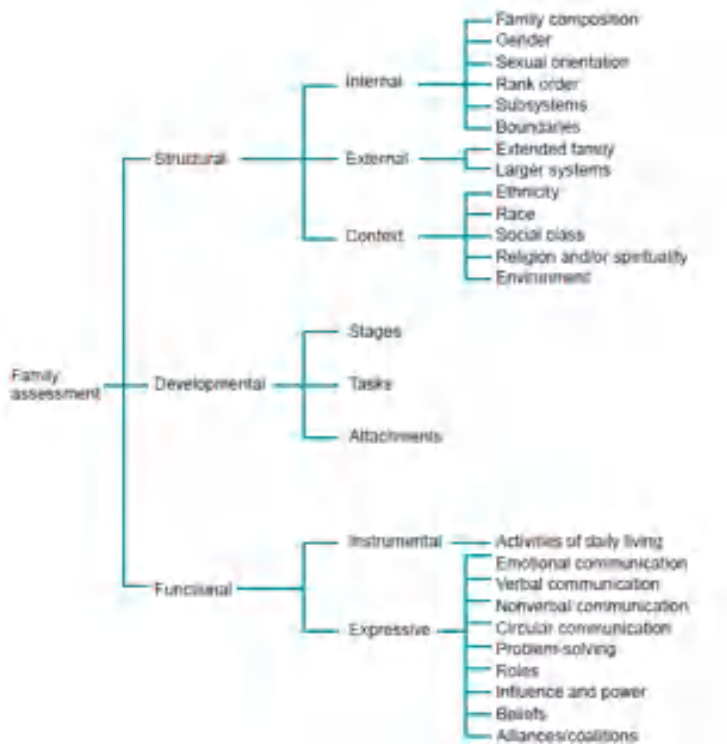
Setiap kategori berisi beberapa subkategori. Penting bagi setiap perawat untuk memutuskan subkategori mana yang relevan dan tepat untuk dieksplorasi dan dinilai bersama setiap keluarga pada setiap waktu. Artinya, tidak semua subkategori perlu dinilai pada pertemuan pertama dengan keluarga, dan beberapa subkategori tidak perlu dinilai. Jika perawat menggunakan terlalu banyak subkategori, dia mungkin kewalahan dengan semua data. Jika perawat dan keluarga membahas terlalu sedikit subkategori, masing-masing mungkin memiliki pandangan yang menyimpang mengenai kekuatan atau masalah keluarga dan situasi keluarga.

Hal ini berguna untuk mengkonseptualisasikan ketiga kategori penilaian ini dan subkategorinya sebagai diagram percabangan (Gambar 3-1). Saat perawat menggunakan subkategori di sebelah kanan diagram percabangan, perawat mengumpulkan lebih banyak data mikroskopis. Penting bagi perawat untuk dapat bergerak bolak-balik pada diagram untuk mengumpulkan semua informasi yang relevan ke dalam penilaian terpadu. Proses sintesis data ini membantu perawat menangani situasi keluarga yang kompleks.

Penting juga bagi perawat untuk menyadari bahwa penilaian keluarga didasarkan pada pengalaman hidup pribadi dan profesional, keyakinan, dan hubungan perawat dengan orang yang diwawancarai. "Hal ini tidak boleh dianggap sebagai 'kebenaran' tentang keluarga, melainkan sebuah perspektif pada suatu titik waktu tertentu" (Levac, Wright, & Leahey, 2002, hal. 12).

Kami yakin akan berguna bagi perawat untuk menentukan apakah mereka menggunakan CFAM sebagai model untuk menilai sebuah keluarga atau sebagai kerangka pengorganisasian untuk pekerjaan klinis dengan keluarga tertentu untuk membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan. Saat mempelajari CFAM, pelajar dan perawat praktik yang baru mengenal pekerjaan keluarga

kemungkinan besar akan merasakan manfaat dari model ini untuk menilai keluarga secara langsung. Demikian pula, para peneliti yang ingin menilai keluarga akan merasakan manfaat dari model ini. Penggunaan model ini melibatkan pengajuan pertanyaan kepada keluarga tentang diri mereka sendiri dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran tentang struktur, perkembangan, dan fungsi keluarga pada suatu waktu tertentu.



GAMBAR 6-1: Diagram percabangan CFAM.

Namun, cara kami menggunakan CFAM bukan dalam bentuk penelitian melainkan secara klinis. Setelah seorang perawat menjadi berpengalaman dengan kategori dan subkategori CFAM, dia dapat menggunakan CFAM sebagai kerangka pengorganisasian klinis untuk membantu keluarga

memecahkan masalah atau permasalahan. Misalnya, keluarga dengan orang tua tunggal dalam tahap perkembangan keluarga dengan remaja akan memiliki banyak pengalaman positif dari tahap perkembangan awal yang dapat digunakan untuk mengatasi penyakit tak terduga yang dialami remaja mereka. Perawat, yang diingatkan tentang tahapan perkembangan keluarga dengan menggunakan CFAM, akan mengembangkan ketahanan tersebut. Dia akan mengajukan pertanyaan dan secara kolaboratif mengembangkan intervensi dengan keluarga untuk meningkatkan fungsi mereka selama episode layanan kesehatan ini.

Keluarga pada umumnya tidak datang ke petugas kesehatan untuk "dinilai". Sebaliknya, mereka menampilkan diri atau ditemui oleh perawat saat menghadapi suatu penyakit atau mencari bantuan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. CFAM membantu membimbing perawat dalam membantu keluarga.

Dalam bab ini, setiap kategori penilaian dibahas secara terpisah. Istilah-istilah telah ditentukan dan contoh pertanyaan yang relevan dengan setiap kategori CFAM diusulkan agar perawat dapat bertanya kepada anggota keluarga. Kami tidak menyarankan perawat menanyakan pertanyaan-pertanyaan ini tanpa ekspresi. Sebaliknya, contoh klinis dalam kehidupan nyata disediakan di Bab 4, 7, 8, 9, dan 10 sehingga pembaca dapat melihat bagaimana menggunakan contoh pertanyaan dan menerapkan CFAM. Seri Keperawatan Keluarga "How to" yang tersedia dalam DVD (lihat Lampiran 1) memberikan wawancara klinis aktual yang menunjukkan penggunaan CFAM (www.familynursingresources.com) Penggunaan pertanyaan asesmen dan intervensi akan dibahas dalam Bab 4 (Model Intervensi Keluarga Calgary [CFIM]). Sekali lagi, kami ingin menekankan bahwa tidak semua pertanyaan tentang berbagai subkategori model perlu ditanyakan pada wawancara pertama, dan pertanyaan tentang setiap subkategori tidak sesuai untuk setiap keluarga. Keluarga jelas terdiri dari individu-individu, namun fokus penilaian keluarga kurang pada individu dan lebih pada interaksi di antara semua individu dalam keluarga.

PENILAIAN STRUKTURAL

Dalam pengkajian sebuah keluarga, perawat perlu memeriksa strukturnya—yaitu, siapa yang ada dalam keluarga, apa hubungan antar anggota keluarga secara langsung, orang-orang di luar keluarga, dan apa konteks keluarga tersebut. Tiga aspek struktur keluarga yang paling mudah diperiksa: struktur internal, struktur eksternal, dan konteks. Masing-masing dimensi penilaian struktural keluarga ini dibahas secara terpisah.

SRUKTUR INTERNAL

Struktur internal mencakup enam subkategori:

1. Komposisi keluarga
2. Jenis Kelamin
3. Orientasi seksual
4. Urutan peringkat
5. Subsistem
6. Batasan

Komposisi Keluarga

Komposisi keluarga subkategori memiliki banyak arti karena banyak definisi yang diberikan kepada keluarga. Wright dan Bell (in press) mendefinisikan keluarga sebagai sekelompok individu yang terikat oleh ikatan emosional yang kuat, rasa memiliki, dan hasrat untuk terlibat dalam kehidupan satu sama lain. Ada lima atribut penting pada konsep keluarga:

1. Keluarga adalah suatu sistem atau unit.
2. Para anggotanya mungkin mempunyai hubungan keluarga atau tidak, dan mungkin hidup bersama atau tidak.
3. Unit ini mungkin berisi anak-anak atau tidak.
4. Terdapat komitmen dan keterikatan antar anggota unit termasuk kewajiban di masa depan.
5. Fungsi unit pengasuhan terdiri dari perlindungan, nutrisi, dan sosialisasi anggotanya.

Dengan menggunakan ide-ide ini, perawat dapat memasukkan berbagai bentuk keluarga yang lazim dalam masyarakat saat ini, seperti keluarga biologis prokreasi, keluarga inti (keluarga asal), keluarga dengan orang tua tunggal, keluarga tiri, keluarga komunal, dan keluarga komunal. pasangan atau keluarga lesbian, gay, biseksual,

queer, interseks, transgender, atau berjiwa kembar (LGBQITT). Menunjuk sekelompok orang dengan istilah seperti "pasangan", "keluarga inti", atau "keluarga dengan orang tua tunggal" akan menentukan ciri-ciri keanggotaannya, namun perbedaan pengelompokan ini tidak lebih atau kurang "keluarga" karena alasan pelabelan. Sebaliknya, atribut kasih sayang, ikatan emosional yang kuat, rasa memiliki, dan ketahanan keanggotaan menentukan komposisi keluarga.

Perawat perlu menemukan definisi keluarga yang melampaui batas-batas tradisional yang membatasi keanggotaan dengan menggunakan kriteria darah, adopsi, dan pernikahan. Kami telah menemukan definisi keluarga berikut ini yang paling berguna dalam pekerjaan klinis kami: keluarga adalah apa yang mereka katakan. Dengan definisi ini, perawat dapat menghormati gagasan masing-masing anggota keluarga tentang hubungan mana yang penting bagi mereka dan pengalaman mereka dalam kesehatan dan penyakit. Misalnya, apakah keluarga tersebut mencakup ibu pengganti dan pasangan yang menugaskan? Donor sperma yang tidak diketahui? Dolbin-Macnab dan Rausch (2006) telah membahas variabilitas antar negara sehubungan dengan anonimitas donor. Beberapa negara akan merilis informasi identitas tentang donor kepada anak yang sudah dewasa, jika ada izin kesehatan, sementara negara lain akan merilis informasi identitas ketika anak tersebut mencapai usia dewasa.

Penelitian telah menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat dan timbal balik antara kesehatan dan sifat hubungan jangka panjang seseorang (Post & Neimark, 2007). Yang penting bukan hanya lamanya suatu hubungan, tapi kualitas hubungan itu. Sebuah penelitian menemukan bahwa pasangan yang menahan amarahnya ketika diserang secara verbal oleh pasangannya memiliki risiko kematian dini yang lebih tinggi dibandingkan pasangan yang mengungkapkan amarahnya (Harburg, Kaciroti, & Gleiberman, 2008).

Meskipun kami mengenali tipe keluarga inti yang dominan di Amerika Utara, definisi kami memungkinkan kami untuk membahas hubungan emosional di masa lalu, sekarang, dan

masa depan yang diantisipasi dalam sistem keluarga. Misalnya, kami mendukung kebijakan American Academy of Pediatrics (2002) yang menganjurkan bahwa anak-anak yang dilahirkan atau diadopsi oleh salah satu anggota pasangan sesama jenis berhak mendapatkan keamanan dari dua orang tua yang ditetapkan secara hukum. Kita tahu bahwa kaum gay dan lesbian sering menyebut jaringan pertemanan mereka sebagai "keluarga", dan bagi banyak kaum gay dan lesbian, "keluarga" ini sering kali sama pentingnya dan berpengaruh dengan keluarga asal mereka, dan kadang-kadang, bahkan lebih penting lagi.

Konfigurasi keluarga lainnya mencakup kakek-nenek sebagai pengasuh utama bagi cucu-cucu mereka, sebuah pengaturan yang telah meningkat lebih dari 40 persen sejak tahun 1990 (Brown-Standridge & Floyd, 2000), terkadang menimbulkan dampak negatif pada kesehatan nenek (Haglund, 2000). Di Amerika Serikat, 4,5 juta anak tinggal bersama kakek dan nenek sebagai pengasuh utama (Haskell, 2003).

Beberapa penulis, seperti Penn (2007), mempertanyakan keyakinan umum bahwa semua pasangan ingin hidup bersama. Ia membahas tentang "commuter couple" (pasangan komuter), sebuah bentuk hubungan alternatif di mana masing-masing pasangan tetap tinggal di tempat tinggal masing-masing namun tetap berada dalam hubungan yang penuh komitmen, monogami, dan penuh cinta. Irama yang memastikan kesendirian dan hubungan yang penuh gairah sangat dihargai oleh pasangan ini. Duo tempat tinggal ganda (DDD) dan struktur ikatan pasangan alternatif baru lainnya, seperti hidup bersama dan mengasuh bersama di luar nikah, juga telah muncul. Definisi kami tentang keluarga didasarkan pada konsepsi keluarga tentang keluarga, bukan pada siapa yang tinggal dalam rumah tangga tersebut.

Perubahan komposisi keluarga penting untuk diperhatikan. Perubahan ini bisa bersifat permanen, seperti kehilangan anggota keluarga atau penambahan orang baru seperti bayi baru lahir, orang tua lanjut usia, pengasuh anak, atau perbatasan. Perubahan komposisi keluarga juga bisa bersifat sementara. Misalnya, keluarga tiri biasanya memiliki komposisi keluarga yang berbeda pada akhir pekan atau selama masa liburan ketika anak-anak dari hubungan

sebelumnya tinggal bersama. Keluarga yang memiliki anak yang ditempatkan atau mereka yang menjadi tunawisma sering kali tinggal sementara bersama kerabat lainnya dan kemudian pindah. Di New York City pada tahun 2002, lebih dari 13.000 anak menghabiskan malam mereka berpindah-pindah antara tempat penampungan dan akomodasi tempat tinggal lainnya (Egan, 2002).

Kerugian cenderung lebih parah tergantung pada seberapa baru kejadian tersebut terjadi, semakin muda beberapa anggota keluarga ketika kehilangan terjadi, semakin kecil jumlah anggota keluarga, semakin besar ketidakseimbangan jumlah anggota keluarga laki-laki dan perempuan akibat kehilangan tersebut, semakin besar pula ketidakseimbangan jumlah anggota keluarga laki-laki dan perempuan akibat kehilangan tersebut. Semakin besar jumlah kerugiannya, dan semakin besar jumlah kerugian sebelumnya. Keadaan sekitar kehilangan mungkin menjadi perhatian besar bagi perawat. Misalnya, beberapa orang tua yang anaknya sakit jiwa parah melaporkan bahwa mereka didorong untuk menyerahkan hak asuh atas anak mereka untuk mendapatkan pengasuhan sebagai cara untuk mendapatkan perawatan kesehatan intensif bagi mereka.

Penyakit serius atau kematian salah satu anggota keluarga, terutama karena kekerasan atau perang, dapat menimbulkan kekacauan besar dalam keluarga. Kematian kedua orang tua secara bersamaan karena kecelakaan mobil atau pesawat, pembunuhan/bunuh diri, bencana alam seperti Badai Katrina, perang, aksi teroris seperti 11 September, terorisme domestik seperti pembunuhan di Virginia Tech, atau ketidakhadiran salah satu orang tua di penjara dan kematian salah satu orang tua dapat mengakibatkan bibi dan paman membesarkan keponakan laki-laki atau perempuan, atau kakek dan nenek membesarkan cucu, sebuah tatanan struktural keluarga yang sering kali kurang diperhatikan. Pengaturan keluarga lainnya dapat terjadi ketika salah satu orang tua berada di fasilitas rehabilitasi karena cedera militer. Besarnya dampak kematian terhadap keluarga bergantung pada makna kematian secara sosial dan etnis, riwayat kehilangan sebelumnya, waktu kematian dalam

siklus hidup, dan sifat kematian (Becvar, 2001, 2003) . Penelitian yang dilakukan oleh Bowse dkk (2003) menunjukkan bahwa tingkat pengambilan risiko pada manusia yang mengalami defisiensi imun akibat virus di masa dewasa berhubungan positif dengan kematian tak terduga yang dialami di awal kehidupan dan terkait dengan duka yang tidak memadai. Kami setuju dengan rekomendasi mereka bahwa upaya pencegahan harus lebih berbasis keluarga dan fokus pada keluarga.

Refleksi kami sendiri setelah peristiwa 11 September dan refleksi keluarga-keluarga tempat kami bekerja hanya meningkatkan kepekaan kami terhadap kehilangan, maknanya dalam budaya kami, dan maknanya yang sangat spesifik bagi setiap keluarga dalam hal cara mereka mengatasi dan menghadapinya. ketakpastian. Setiap keluarga yang terkena dampak tragedi dihadapkan pada tugas untuk memahami apa yang terjadi, mengapa hal itu terjadi, dan bagaimana menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi. Keluarga dapat menemukan inspirasi dari banyak sumber untuk mengatasi tragedi yang belum pernah terjadi sebelumnya.

Kedudukan dan fungsi orang yang meninggal dalam sistem keluarga serta keterbukaan sistem keluarga juga harus diperhatikan. Kami merasa ada gunanya mencatat kerugian dan kematian keluarga selama proses penilaian struktural, namun jangan langsung berasumsi bahwa kerugian ini mempunyai arti penting bagi keluarga. Dengan mengambil sikap ini, kami tidak setuju dengan posisi yang diambil oleh beberapa dokter yang menyatakan bahwa penting untuk melacak pola adaptasi terhadap kehilangan sebagai bagian rutin dari penilaian keluarga bahkan ketika pola tersebut pada awalnya tidak dianggap relevan dengan keluhan utama. Dalam praktik klinis yang kami lakukan dengan keluarga, kami merasakan manfaatnya jika kita bertanya pada diri sendiri pertanyaan-pertanyaan berikut untuk menentukan komposisi keluarga: Siapa saja yang termasuk dalam keluarga ini? Siapa yang keluarga ini anggap sebagai "keluarga"?

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Bisakah Anda memberi tahu saya siapa anggota keluarga Anda? Apakah ada orang lain yang tinggal bersama Anda, misalnya kakek-nenek, penghuni asrama? Jadi, keluarga Anda terdiri dari Anda dan Faris, putra Anda yang berusia 35 tahun yang baru saja kembali dari Afghanistan—ada lagi? Adakah yang baru saja pindah? Apakah ada orang lain yang Anda anggap sebagai keluarga namun tidak tinggal bersama Anda? Adakah yang tidak memiliki hubungan biologis?

Jenis kelamin

Subkategori gender merupakan suatu konstruksi dasar, suatu pengorganisasian yang fundamental prinsip. Kami percaya pada posisi konstruktivis “keduanya/dan”—yaitu, kami memandang gender sebagai “realitas” universal yang beroperasi dalam hierarki dan kekuasaan, dan sebagai realitas yang dibangun oleh kami sendiri berdasarkan kerangka acuan khusus kami. Kami mengakui gender sebagai dasar fundamental bagi seluruh umat manusia dan sebagai premis individu. Gender penting untuk dipertimbangkan oleh perawat karena perbedaan cara pria dan wanita memandang dunia adalah inti dari percakapan terapeutik. Kita dapat membantu keluarga dengan berasumsi bahwa perbedaan antara perempuan dan laki-laki dapat diubah, membuang naskah budaya yang tidak membantu perempuan dan laki-laki, dan mengakui serta memperhatikan isu-isu kekuasaan yang tersembunyi.

Dalam hubungan berpasangan, permasalahan yang dideskripsikan oleh laki-laki dan perempuan umumnya mencakup konflik tak terucapkan antara persepsi mereka mengenai gender—yakni, bagaimana keluarga dan masyarakat atau budaya memberi tahu mereka bahwa laki-laki dan perempuan harus merasakan, berpikir, atau berperilaku—dan masalah mereka sendiri. pengalaman.

Kami berargumen atas nama integrasi atribut laki-laki dan perempuan dalam diri setiap orang. Pembangunan manusia merupakan sebuah proses bentuk keterkaitan dan integrasi yang semakin kompleks dan bukan sebuah kemajuan dari keterikatan ke keterpisahan. Gender, dalam pandangan

kami, adalah seperangkat keyakinan atau harapan terhadap perilaku dan pengalaman laki-laki dan perempuan. Keyakinan ini dikembangkan oleh pengaruh budaya, agama, dan keluarga serta kelas dan orientasi seksual. Dalam beberapa hal, perbedaan tersebut lebih penting daripada perbedaan anatomi meskipun orang dengan alat kelamin ambigu sering disebut memiliki orientasi interseks.

Gender memegang peranan penting dalam pelayanan kesehatan keluarga, khususnya pelayanan kesehatan anak. Perbedaan peran orang tua dalam merawat anak yang sakit mungkin menjadi sumber stres keluarga yang signifikan. Misalnya, ketika seorang anak sakit, sebagian besar pencarian pertolongan diprakarsai oleh ibunya. Robinson (1998) menemukan adanya ketegangan peran di kalangan keluarga dimana penyakit kronis menjadi beban yang tidak diinginkan, dominan, dan kuat: "Menjadi jelas bahwa perempuan—istri dan ibu dalam keluarga tersebut—bertanggung jawab atas aktivitas sehari-hari, 24 jam, perlindungan sehari-hari" (hlm. 277). Perempuan memikul beban tanggung jawab dan sebagian besar beban kerja. Gender juga dapat menjadi variabel penting dalam merancang intervensi layanan kesehatan. Misalnya, Hoff et al (2005) menemukan efek pengobatan yang berbeda sebagai fungsi gender orang tua dalam studi intervensi mereka untuk mengurangi ketidakpastian dan tekanan bagi orang tua dari anak yang baru didiagnosis menderita diabetes tipe I.

Levac, Wright, dan Leahey (2002) merekomendasikan bahwa penilaian terhadap pengaruh gender sangat penting ketika keyakinan masyarakat, budaya, atau keluarga tentang peran laki-laki dan perempuan menciptakan ketegangan dalam keluarga. Dalam situasi ini, pasangan mungkin ingin menjalin hubungan yang lebih setara, dengan ciri-ciri seperti:

- Mitra mempunyai status yang setara (misalnya, hak yang sama atas tujuan, kebutuhan, dan keinginan pribadi).
- Akomodasi dalam hubungan bersifat timbal balik (misalnya, jadwal diatur secara merata sesuai kebutuhan masing-masing pasangan).
- Perhatian satu sama lain dalam hubungan bersifat timbal balik (misalnya, kedua pasangan menunjukkan ketertarikan

yang sama terhadap kebutuhan dan keinginan satu sama lain).

■ Peningkatan kesejahteraan masing-masing pasangan bersifat timbal balik (misalnya, hubungan tersebut sama-sama mendukung kesehatan psikologis masing-masing pasangan).

Dalam pengawasan klinis kami dengan perawat yang melakukan praktik keluarga relasional, kami menemukan manfaatnya jika mereka mempertimbangkan gagasan mereka sendiri tentang laki-laki, perempuan, interseks, dan transgender. Contoh pertanyaan yang kami minta agar mereka pertimbangkan antara lain: Sebagai seorang wanita, menurut Anda bagaimana sebaiknya Anda bersikap terhadap pria? Bagaimana Anda mengharapkan mereka berperilaku terhadap Anda? Menurut Anda, bagaimana seharusnya laki-laki bersikap terhadap anggota keluarga yang sakit? Menurut Anda, cara apa yang digunakan pria untuk mengekspresikan emosi? Apa pendapat Anda tentang pasangan yang memilih jenis kelamin anak? Pekerjaan siapa yang lebih Anda minati: pekerjaan suami atau istri? Siapa yang menurut Anda lebih nyaman diundang untuk wawancara: suami atau istri? Jika seorang ayah menjawab telepon, dengan siapa Anda akan meminta untuk membuat janji temu: ayah, ibu, atau keduanya?

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Sabeen, apa pengaruh gagasan orang tuamu terhadap gagasanmu tentang maskulinitas dan feminitas? Jika pertengkaran Anda dengan anak laki-laki Anda adalah tentang bagaimana tetap terhubung dan bukan bagaimana berpisah, apakah argumen Anda akan berbeda? Jika kamu mau menunjukkan perasaan yang kamu sembunyikan, Hashim, apakah istrimu akan lebih atau kurang memikirkanmu? Bagaimana bisa Ibu memikul tanggung jawab yang lebih besar terhadap cuci darah dibandingkan Ayah?

Orientasi Seksual

Subkategori orientasi seksual meliputi mayoritas seksual dan seksual populasi minoritas. Heteroseksisme, preferensi orientasi heteroseksual dibandingkan orientasi seksual

lainnya, merupakan bentuk bias multikultural yang berpotensi merugikan keluarga dan penyedia layanan kesehatan. Populasi minoritas seksual termasuk orang-orang LGBTQITT. Akronim ini digunakan untuk merujuk pada komunitas lesbian, gay, biseksual, queer, interseks, transgender, dan dua roh yang beragam secara seksual. Ini merupakan upaya untuk menjadi akronim yang inklusif namun tidak bersifat definitif. Queer mengacu pada individu yang identitas gendernya tidak sepenuhnya sesuai dengan norma-norma masyarakat yang secara tradisional dianggap berasal dari laki-laki atau perempuan dan yang mendefinisikan dirinya di luar definisi tersebut. Interseks menggambarkan seseorang dengan kelainan genital atau kromosom yang ambigu. Berjiwa dua menunjukkan individu dalam budaya Aborigin yang memiliki hubungan dekat dengan dunia roh dan mungkin atau mungkin tidak mengidentifikasi dirinya sebagai lesbian, gay, biseksual, atau transgender. Secara keseluruhan, ini menunjukkan adanya dualitas dalam diri seseorang.

Diskriminasi, kurangnya pengetahuan, stereotip, dan ketidakpekaan mengenai orientasi seksual sedang ditangani di masyarakat Amerika Utara. Namun, diskusi mengenai pernikahan sesama jenis terkadang mengaburkan isu mengenai perlakuan yang setara. Terlepas dari kenyataan bahwa sekitar 1% dari seluruh rumah tangga di AS diidentifikasi terdiri dari pasangan sesama jenis (USA Today, 2003), topik orientasi seksual adalah salah satu pendekatan yang dilakukan perawat dengan berbagai tingkat penerimaan, kenyamanan, dan pengetahuan. Misalnya, pertemuan pertama perawat dengan orang transgender sering kali menimbulkan tantangan yang tidak biasa. Kelompok lesbian, laki-laki gay, kaum queer, serta perempuan dan laki-laki heteroseksual hidup dalam budaya yang sebagian tumpang tindih namun sebagian lagi terpisah, dan pengembangan peran gender mereka sering kali mengikuti lintasan berbeda yang mengarah pada hasil yang berbeda. Selain itu, para imigran mungkin juga dihadapkan pada keyakinan yang berbeda-beda mengenai budaya gay. Samir (2002) menyatakan "sama sekali tidak ada budaya gay di Irak. Tidak sedikitpun itu. Satu-satunya negara Arab

yang menerapkan budaya gay adalah Lebanon... Homoseksualitas di sebagian besar negara Arab tidak disukai dan di beberapa negara lain hal ini merupakan kejahatan yang dapat dihukum dengan hukuman ekstrem” (hal. 98).

Dalam pengawasan klinis kami terhadap keperawatan keluarga relasional, kami merasakan manfaatnya untuk merefleksikan secara kritis sikap tentang orientasi seksual. Saat membandingkan pasangan lesbian dengan pasangan heteroseksual, kami menggunakan istilah paralel dan bukan pasangan “normal”. Artinya, kami tidak mengatakan bahwa pasangan lesbian dibandingkan dengan pasangan “normal” memiliki keterampilan mengatasi masalah yang lebih baik. Sebaliknya, kami mengatakan bahwa pasangan lesbian mempercayai hal ini dan pasangan heteroseksual mempercayai hal tersebut. Kami tidak berasumsi bahwa apa yang berlaku pada hubungan gay dapat diterapkan pada hubungan lesbian atau bahwa pasien adalah heteroseksual jika pasien mengatakan bahwa dia sedang berkencan. Kami percaya bahwa perawat harus mampu mendukung pasien sepanjang jalur orientasi seksual apa pun yang dia ambil dan bahwa rasa integritas dan keterhubungan antarpribadi pasien adalah tujuan yang paling penting. Jika penyedia layanan kesehatan tidak mampu mendukung eksplorasi atau keputusan pasien untuk hidup sebagai seorang heteroseksual, homoseksual, biseksual, queer, interseks, atau transgender, perawat harus meminta izin untuk tidak merawat pasien tersebut.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Elsbeth, pada usia berapa Anda pertama kali melakukan aktivitas seksual (bukan pada usia berapa Anda pertama kali melakukan hubungan seksual)? Saat LaCheir pertama kali memberi tahu ibumu bahwa dia lesbian, apa pengaruhnya terhadap cara ibumu mengasuhnya? Ketika kakakmu, LeeArius, mengumumkan bahwa dia gay dan meninggalkan pernikahannya, bagaimana tanggapan orang tuamu? Apa yang orang tuamu katakan padamu, Lilah, tentang alat kelaminmu yang ambigu?

Urutan peringkat

Urutan peringkat subkategori mengacu pada posisi anak-anak di keluarga sehubungan dengan usia dan jenis kelamin. Urutan kelahiran, jenis kelamin, dan jarak usia antar saudara kandung merupakan faktor penting yang perlu dipertimbangkan ketika melakukan penilaian. Toman (1988) telah menjadi kontributor utama penelitian tentang konfigurasi saudara kandung. Dalam tesis utamanya, teorema duplikasi, ia menyatakan bahwa semakin banyak hubungan sosial baru yang menyerupai hubungan sosial intrakeluarga sebelumnya, maka semakin bertahan dan sukses hubungan tersebut. Misalnya, perkawinan antara kakak laki-laki (dari adik perempuan) dan adik perempuan (dari kakak laki-laki) mempunyai potensi keberhasilan yang baik karena hubungan keduanya saling melengkapi. Jika perkawinan terjadi antara dua anak sulung, mungkin akan terjadi hubungan kompetitif yang simetris, dimana masing-masing anak bersaing untuk mendapatkan posisi kepemimpinan.

Faktor-faktor berikut juga mempengaruhi konstelasi saudara kandung: waktu kelahiran masing-masing saudara kandung dalam riwayat keluarga, karakteristik anak, "program" ideal keluarga untuk anak, dan sikap serta bias orang tua mengenai perbedaan jenis kelamin. Misalnya, kami menemukan bahwa saudara kandung dari anak-anak dengan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (ADHD) merasa menjadi korban dari saudara kandungnya yang ADHD dan bahwa pengalaman mereka sering kali diremehkan atau diabaikan dalam keluarga.

Meskipun kami percaya bahwa pola saudara kandung penting untuk diperhatikan, kami mendesak perawat untuk mengingat bahwa pola pengasuhan anak yang berbeda juga muncul sebagai akibat dari meningkatnya penggunaan alat kontrasepsi, pergerakan perempuan, banyaknya jumlah perempuan dalam angkatan kerja, dan berbagai macam konfigurasi keluarga. Kami berpandangan bahwa posisi saudara kandung merupakan pengaruh pengorganisasian terhadap kepribadian, namun bukan merupakan pengaruh yang tetap. Setiap periode kehidupan baru membawa

evaluasi ulang terhadap pengaruh-pengaruh ini. Seseorang mentransfer atau menggeneralisasi pengalaman keluarga ke lingkungan sosial di luar keluarga, seperti taman kanak-kanak, sekolah, dan klub. Mengingat ketersediaan dan pengaruh kuat internet, jangkauan hubungan dan pengalaman yang tersedia menjadi sangat luas. Karena seseorang dipengaruhi oleh lingkungan, maka hubungannya dengan kolega, teman, dan pasangannya juga umumnya terpengaruh. Seiring berjalannya waktu, berbagai pengaruh selain konstelasi saudara kandung dapat memengaruhi organisasi kepribadian.

Sebelum bertemu dengan keluarga, kami mendorong perawat untuk membuat hipotesis tentang pengaruh potensial urutan peringkat terhadap alasan wawancara keluarga. Misalnya, perawat dapat bertanya pada diri sendiri, "Jika anak ini adalah anak bungsu dalam keluarga, apakah hal ini dapat memengaruhi keengganan orang tuanya untuk mengizinkan dia memberikan suntikan insulin sendiri?" Perawat juga dapat mempertimbangkan pengaruh urutan kelahiran terhadap motivasi, prestasi, dan pilihan kejuruan. Misalnya, apakah anak sulung berada dalam tekanan untuk berprestasi secara akademis? Jika anak bungsu sudah mulai bersekolah, apa dampaknya terhadap upaya gigih pasangan tersebut dalam melakukan program bayi tabung? Kami mendesak para dokter untuk tidak hanya mempertimbangkan urutan peringkat ketika anak-anak masih kecil namun juga relevansinya ketika bekerja dengan saudara kandung di kemudian hari. Mengabaikan fakta bahwa individu mungkin dipengaruhi oleh konflik lama atau yang sedang berlangsung dapat menyebabkan hilangnya kesempatan untuk melakukan penyembuhan.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Berapa anak yang kamu punya, Amber? Siapa yang tertua? Berapa umurnya? Siapa yang berikutnya dalam antrean? Apakah pernah terjadi keguguran atau aborsi? Jika kakak perempuanmu, Gerda, lebih bersikap lembut dan kurang mengontrol ibumu, maukah kamu berbicara lebih banyak dengan ibumu? Apakah Anda bersedia membicarakan

masalah-masalah sulit seperti dia berhenti mengemudi karena degenerasi makula yang dideritanya?

Subsistem

Subsistem adalah istilah yang digunakan untuk membahas atau menandai tingkatan sistem keluarga diferensiasi; sebuah keluarga menjalankan fungsinya melalui subsistemnya. Pasangan, seperti suami-istri atau ibu-anak, dapat dilihat sebagai subsistem. Subsistem dapat digambarkan berdasarkan generasi, jenis kelamin, minat, fungsi, atau sejarah.

Setiap orang dalam keluarga termasuk dalam beberapa subsistem yang berbeda. Pada masing-masingnya, orang tersebut memiliki tingkat kekuatan yang berbeda dan menggunakan keterampilan yang berbeda. Seorang wanita berusia 65 tahun dapat menjadi nenek, ibu, istri, dan anak perempuan dalam satu keluarga. Anak laki-laki tertua merupakan anggota subsistem saudara kandung, subsistem laki-laki, dan subsistem orang tua-anak. Di setiap subsistem, dia berperilaku sesuai dengan posisinya. Dia harus mengakui kekuasaan yang dia berikan atas adik laki-laknya di subsistem saudara ketika dia berinteraksi dengan ibu tirinya di subsistem orang tua-anak. Seorang anak perempuan tunggal yang tinggal dalam rumah tangga dengan orang tua tunggal memiliki tantangan subsistem yang berbeda ketika dia tinggal di akhir pekan bergantian bersama ayahnya, istri barunya, dan kedua putri mereka. Kemampuan beradaptasi terhadap tuntutan tingkat subsistem yang berbeda merupakan keterampilan yang diperlukan setiap anggota keluarga.

Dalam praktik klinis kami, kami merasa berguna untuk mempertimbangkan apakah ada batasan generasi yang jelas dalam keluarga. Jika ya, apakah keluarga menganggapnya bermanfaat atau tidak? Misalnya, kita bertanya pada diri sendiri apakah seorang anak berperilaku seperti orang tua atau suami pengganti. Apakah anak tersebut adalah anak-anak, atau adakah subsistem pasangan pengganti? Dengan menghasilkan hipotesis-hipotesis ini sebelum dan selama pertemuan keluarga, kami dapat menghubungkan potongan-

potongan data yang terisolasi untuk mengkonfirmasi atau menyangkal suatu hipotesis.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Beberapa keluarga memiliki subkelompok khusus; misalnya perempuan melakukan hal tertentu sedangkan laki-laki melakukan hal lain. Apakah ada subkelompok yang berbeda di keluarga Anda? Jika ya, apa dampaknya terhadap tingkat stres keluarga Anda? Saat Ibu dan adikmu, DeRong, begadang di malam hari dan membicarakan tentang penggunaan crack oleh Ayah, apa yang dilakukan anak laki-laki tersebut? Subkelompok manakah dalam keluarga yang paling terkena dampak masalah crack Cleve dan bagaimana caranya? Siapa yang berkumpul di keluarga untuk membicarakan perilaku Shabana yang melukai diri sendiri?

Orangtua-anak: Bagaimana hubungan Anda dengan Caitylin berubah sejak dia didiagnosis mengidap sindrom pernapasan akut parah?

Perkawinan: Berapa banyak waktu berpasangan yang dapat Anda dan Sherwinn habiskan setiap bulan tanpa membicarakan anak?

Saudara: Pada skala 1 sampai 10, dengan 10 sebagai yang terbanyak, seberapa takutkah kamu ketika AhPoh mengalami gagal jantung kongestif?

Batasan

Batasan subkategori mengacu pada aturan "mendefinisikan siapa yang berpartisipasi dan bagaimana" (Minuchin, 1974, hal. 53). Sistem dan subsistem keluarga mempunyai batas-batas yang fungsinya untuk mendefinisikan atau melindungi diferensiasi sistem atau subsistem tersebut. Misalnya, batasan sistem keluarga ditentukan ketika seorang ayah memberi tahu putrinya yang masih remaja bahwa pacarnya tidak boleh ikut serta dalam rumah tangga tersebut. Batasan subsistem orang tua-anak dibuat eksplisit ketika seorang ibu memberi tahu putrinya, "Kamu bukan orang tua dari saudara laki-lakimu. Jika dia tidak minum obatnya, saya akan mendiskusikannya dengannya."

Batasnya bisa menyebar, kaku, atau permeabel. Ketika batasan-batasan menjadi kabur, diferensiasi sistem keluarga pun berkurang. Misalnya, anggota keluarga mungkin menjadi dekat secara emosional dan saling memiliki ikatan yang kuat. Anggota keluarga ini mungkin memiliki rasa memiliki yang tinggi terhadap keluarga dan berkurangnya otonomi individu. Batasan subsistem yang tersebar jelas terlihat ketika seorang anak "diasuh", atau diberi tanggung jawab dan kekuasaan sebagai orang dewasa dalam pengambilan keputusan.

Ketika terdapat batasan yang kaku, subsistem cenderung menjadi terlepas. Seorang suami yang secara kaku percaya bahwa hanya istri yang boleh mengunjungi orang lanjut usia dan istrinya setuju dengannya dapat menjadi tidak terlibat atau tidak lagi berada dalam subsistem orang dewasa-anak yang lanjut usia. Sebaliknya, batas-batas yang jelas dan dapat ditembus memberikan fleksibilitas yang sesuai. Dalam kondisi ini, peraturan dapat diubah. Kami tidak mendukung patologisasi koalisi atau subsistem hanya karena mereka ada. Saat bekerja dengan keluarga-keluarga yang berbeda budaya, ras, dan kelas sosial atau mereka yang berasal dari daerah pedesaan, kami menemukan bahwa membina ikatan sentral lainnya mungkin akan memberikan manfaat yang paling besar bagi keluarga.

Batasan cenderung berubah seiring waktu. Boss (2002) mengemukakan bahwa batasan keluarga menjadi ambigu selama proses reorganisasi setelah akuisisi atau kehilangan anggota. Hal ini terutama terlihat pada keluarga yang mengalami perpisahan atau perceraian. Ketika pasangan melakukan transisi menjadi orang tua, mereka mungkin mengalami anak yang diinginkan sebagai anggota keluarga yang hadir secara psikologis namun tidak hadir secara fisik. Hal ini sangat relevan jika ada ibu pengganti atau donor sperma yang diketahui terlibat selama kehamilan. Keluarga yang merawat anggotanya yang mengidap penyakit Alzheimer mungkin mengalami fenomena sebaliknya: anggota keluarga tersebut hadir secara fisik tetapi sering kali tidak hadir secara psikologis.

Variasi lainnya mencakup ambiguitas yang dialami oleh beberapa keluarga ketika salah satu anggota keluarganya dipenjara dan kemudian kembali ke rumah. Dengan sekitar 650.000 mantan narapidana meninggalkan penjara negara bagian atau federal Amerika pada tahun 2006 (Penn, 2007), dampaknya terhadap keluarga sangatlah signifikan. Batasan keluarga juga dapat ditantang ketika anggota keluarga, terutama orang tua muda, menjadi tentara dalam perang, atau tinggal di rumah sakit rehabilitasi setelah menjalankan tugas. Konsep batas-batas yang ambigu cukup terlihat pada hari-hari setelah 11 September atau Badai Katrina, ketika banyak orang hilang. Boss (2002) menyebut situasi ini sebagai "kehilangan yang ambigu" dan selanjutnya menggambarkan sebagai kehilangan yang paling sulit yang pernah ada, karena keluarga dan teman-teman merasa tidak berdaya dan kecenderungan budaya di Amerika Serikat adalah mencari penyelesaian. Pada masa-masa awal pasca 11/9, hanya ada sedikit penutupan bagi keluarga-keluarga yang sanak saudaranya hilang. Banyak warga Arab-Amerika dan kelompok imigran lainnya mengalami kilas balik teror dan terhubung dengan sejarah penindasan di Timur Tengah. Gaya batasan dapat memfasilitasi atau membatasi fungsi keluarga. Misalnya, sebuah keluarga imigran yang pindah ke budaya baru mungkin sangat protektif terhadap anggotanya sampai mereka secara bertahap beradaptasi dengan lingkungan budaya tersebut. Batasannya terhadap sistem luar mungkin cukup tegas dan kaku namun lambat laun bisa menjadi lebih fleksibel. Misalnya, preferensi beberapa keluarga Muslim terhadap keterhubungan yang lebih besar, struktur keluarga yang lebih hierarkis, mengikuti pakaian tradisional, dan gaya komunikasi yang implisit dapat menjadi tantangan bagi remaja mereka untuk menyesuaikan diri dengan gaya hidup perkotaan di Amerika Utara.

Dimensi batasan kedekatan-pengasuhan adalah aspek lain yang perlu dipertimbangkan perawat. Pembagian wilayah secara relatif dapat dinilai berdasarkan aspek waktu kontak (waktu bersama), ruang pribadi (kedekatan fisik, sentuhan), ruang emosional (berbagi pengaruh), ruang informasi (informasi yang diketahui tentang satu sama lain), percakapan pribadi bersama. terpisah dari yang lain, dan

ruang keputusan (sejauh mana keputusan dilokalisasi dalam berbagai individu atau subsistem). Dimensi kedekatan-pengasuhan dari sebuah batasan mungkin sangat penting untuk dinilai oleh perawat ketika menangani orang lanjut usia dengan penyakit kronis dan anak-anak mereka yang sudah dewasa.

Dalam pengawasan klinis kami dengan perawat, kami mendorong mereka untuk mempertimbangkan bagaimana setiap keluarga membedakan dirinya dari keluarga lain di lingkungan sekitar dan di kota. Perawat mempertimbangkan apakah ada subsistem orang tua, subsistem perkawinan, subsistem saudara kandung, dan sebagainya. Apakah batasannya jelas, kaku, atau tersebar? Apakah gaya pembatas memfasilitasi atau membatasi keluarga? Jika terdapat beberapa keluarga tiri, batasan mana yang lebih dominan?

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Perawat dapat menyimpulkan batasan-batasan tersebut, misalnya dengan menanyakan kepada suami apakah ada orang yang dapat diajak bicara ketika dia merasa stres karena masa pensiunnya yang akan datang. Perawat dapat menanyakan pertanyaan yang sama kepada istri. Kepada siapa kamu akan pergi jika kamu merasa bahagia? Jika kamu merasa sedih? Apakah ada anggota keluarga Anda yang menentang pembicaraan Anda dengan orang tersebut? Siapa yang paling mendukung pembicaraan Anda dengan orang itu? Apa dampaknya terhadap kemampuan ibu Anda dalam menangani penyakit ayah Anda jika dia mendapat lebih banyak dukungan dari kakek dan nenek Anda?

Struktur Eksternal

Struktur eksternal mencakup dua subkategori:

1. Keluarga besar
2. Sistem yang lebih besar

Keluarga besar

Subkategori keluarga besar meliputi keluarga asal dan keluarga prokreasi serta generasi sekarang dan anggota keluarga tiri. Ikatan loyalitas ganda terhadap anggota

keluarga besar mungkin tidak terlihat namun mungkin merupakan kekuatan yang sangat berpengaruh dalam struktur keluarga. Hubungan dan dukungan khusus dapat terjalin pada jarak geografis yang jauh. Selain itu, hubungan yang penuh konflik dan menyakitkan bisa tampak segar dan dekat meskipun keluarga besar tinggal jauh atau tidak sering berhubungan. Bagaimana setiap anggota memandang dirinya sebagai individu terpisah namun menjadi bagian dari "massa ego keluarga" (Bowen, 1978) merupakan area struktural yang penting untuk dinilai.

Levac, Wright, dan Leahey (2002) merekomendasikan penilaian kuantitas dan jenis kontak dengan keluarga besar untuk memberikan informasi mengenai kualitas dan kuantitas dukungan. Misalnya, Weingarten (2000) menceritakan manfaat interaksi situs web yang dialami oleh keluarga besar seorang pemuda yang lumpuh setelah cedera olahraga. Anak muda tersebut menyatakan, "Situs web ini memberikan pengaruh yang luar biasa pada saya. Ini adalah cara yang bagus bagi saya dan keluarga untuk berkomunikasi...Situs ini membantu orang memahami apa yang terjadi pada saya, orang yang tidak saya ajak bicara setiap hari, tanpa menjadi rumit bagi saya...Situs ini menghubungkan orang-orang dari semua bidang kehidupan saya bukan hanya untuk saya tetapi untuk satu sama lain" (hal. 159). Weingarten (2000) menawarkan gagasan bahwa interaksi penghubung seperti itu "memberikan harapan", sebuah gagasan yang kami dukung dan temukan penyembuhannya.

Dalam pekerjaan klinis kami, kami mempertimbangkan apakah ada banyak referensi mengenai keluarga besar. Seberapa pentingkah keluarga besar terhadap fungsi keluarga tertentu? Apakah mereka tersedia untuk mendapatkan dukungan pada saat dibutuhkan? Jika ya, bagaimana caranya? Melalui telepon seluler atau darat, email, webcam, Skype, ichat, dan grup obrolan internet? Apakah mereka berada dalam jarak fisik yang dekat?

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Dimana orang tuamu tinggal, Syafiq? Seberapa sering Anda

melakukan kontak dengan mereka? Bagaimana dengan saudara laki-laki, perempuan, saudara tiri Anda? Anggota keluarga mana yang tidak pernah Anda lihat? Siapakah di antara kerabat Anda yang paling dekat dengan Anda? Siapa yang menelepon siapa? Dengan frekuensi berapa? Kepada siapa kamu meminta bantuan ketika masalah muncul di keluargamu, Zabin? Bantuan apa yang Anda minta? Apakah keluarga Anda di Irlandia bersedia membantu jika Anda membutuhkan bantuan mereka? Apakah Anda merasa lebih nyaman menghubungi mereka melalui email atau di ruang obrolan?

Sistem yang Lebih Besar

Subkategori sistem yang lebih besar mengacu pada lembaga sosial yang lebih besar dan personel dengan siapa keluarga memiliki kontak yang berarti. Sistem yang lebih besar umumnya mencakup sistem kerja, dan untuk beberapa keluarga, sistem tersebut mencakup kesejahteraan masyarakat, kesejahteraan anak, panti asuhan, pengadilan, dan klinik rawat jalan. Ada juga sistem yang lebih besar yang dirancang untuk populasi khusus, seperti lembaga yang diberi mandat untuk memberikan layanan kepada penyandang cacat mental atau fisik atau lansia yang lemah. Bagi banyak keluarga, keterlibatan dengan sistem yang lebih besar tidak menjadi masalah dan dapat menguatkan kehidupan. Kami percaya bahwa sistem profesional yang lebih besar dapat menjadi audiens yang apresiatif dan mendukung narasi keluarga tentang harapan dan kehidupan baru yang mereka sukai. Kami mendorong perawat untuk memperhatikan bahasa mereka dalam mendiskusikan klien dengan sistem pembantu yang lebih besar sehingga dapat mendukung kisah keluarga tentang keberanian, pertumbuhan, dan kegigihan daripada mengabadikan cerita tentang keputusan dan masalah. Mengadakan konferensi kelompok keluarga seperti yang dimulai sebagai proses hukum di Selandia Baru dapat menjadi cara lain untuk mengembangkan model pengambilan keputusan partisipatif dengan keluarga dalam perlindungan anak (Connolly, 2006). Praktik seperti ini memperkuat keluarga. Kami khususnya tertarik pada karya Fraenkel (2006), yang melibatkan keluarga sebagai ahli dan menciptakan program berbasis

komunitas untuk keluarga dengan menggunakan model pengembangan program keluarga kolaboratif. Dia menganjurkan agar para profesional mengadopsi sikap menjadi pembelajar yang penuh hormat dan membentuk hubungan profesional kolaboratif dengan keluarga.

Namun, beberapa keluarga dan sistem yang lebih besar mungkin mengembangkan hubungan yang sulit sehingga berdampak buruk pada perkembangan normatif anggota keluarga. Beberapa profesional layanan kesehatan di sistem yang lebih besar turut menyebabkan keluarga diberi label "multimasalah", "resisten", "tidak patuh", atau "tidak kooperatif". Para profesional layanan kesehatan ini membatasi perspektif mereka dalam menggunakan label-label ini. Dalam penelitian mereka yang mengevaluasi kualitas koordinasi perawatan yang diberikan kepada anak-anak dengan disabilitas perkembangan, Nolan, Orlando, dan Liptak (2007) menemukan bahwa 50% dari 83 keluarga mengatakan bahwa tenaga medis tidak pernah atau jarang berkomunikasi dengan sekolah dan 27% tidak pernah atau jarang berkomunikasi dengan sekolah. jarang melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan. Komunikasi tentang kepedulian antar sistem adalah kunci kepuasan terhadap layanan.

Hubungan sistem lain yang lebih besar yang harus dipertimbangkan perawat adalah jaringan komputer. Papan buletin elektronik, ruang obrolan, pesan teks, dan kelompok diskusi berlimpah. Topik perselingkuhan di internet dan cybersex sebagai awal dari perselingkuhan dan seringkali kecanduan seksual, merupakan topik perbincangan hangat bagi banyak pasangan dan perawat. Kami percaya bahwa perselingkuhan terdiri dari pengambilan energi dalam bentuk apa pun (pikiran, perasaan, dan perilaku) di luar hubungan yang telah disepakati sedemikian rupa sehingga merusak hubungan tersebut. Romansa internet mungkin dimulai di luar konteks kehidupan nyata, namun dengan cepat dapat meningkat ke konteks tersendiri.

Internet dapat menawarkan bantuan berharga kepada keluarga dalam hal informasi, validasi, empati, nasihat, dan dorongan. Beberapa telah menggunakan email untuk

menambah, memperluas, memperdalam, menginformasikan, memperkaya, dan mempersiapkan psikoterapi tatap muka. Namun kami menemukan bahwa dialog online kadang-kadang lebih bersifat berkelanjutan dibandingkan transformatif—dengan kata lain, dialog-dialog ini cenderung mendukung status quo dibandingkan mendorong perubahan.

Perhatian yang kuat harus diberikan pada cara-cara yang menggabungkan keahlian profesional dan konektivitas elektronik. Telenursing adalah salah satu contohnya. Pertanyaan yang perlu dipertimbangkan dalam memberikan layanan Telehealth yang berpusat pada keluarga mencakup bagaimana profesional kesehatan memastikan bahwa suara seluruh anggota keluarga menjadi bagian dari diskusi antara perawat dan keluarga? Menggunakan konferensi video untuk mengumpulkan semua sistem yang membantu dalam satu ruang bersama keluarga untuk berdiskusi, merencanakan, dan mengevaluasi perawatan dapat menjadi solusi.

Dalam pengawasan klinis kami dengan perawat, kami mendorong mereka untuk menemukan apakah sistem yang bermakna adalah keluarga saja atau keluarga dan sistem pendukungnya yang lebih besar. Perawat dapat bertanya pada dirinya sendiri pertanyaan-pertanyaan seperti: Siapa saja profesional layanan kesehatan yang terlibat? Apa hubungan antara keluarga dan sistem yang lebih besar? Seberapa sering mereka berinteraksi? Apakah hubungan mereka simetris atau saling melengkapi? Apakah sistem yang lebih besar terlalu khawatir? Terlalu terlibat? Kurang peduli? Kurang terlibat? Apakah sistem yang lebih besar menyalahkan keluarga atas permasalahannya? Apa yang diinginkan para pembantu untuk keluarga? Apakah perawat diminta untuk mengambil tanggung jawab atas tugas sistem lain? Bagaimana keluarga dan pembantu mendefinisikan masalahnya? Seorang remaja putri yang menderita kanker payudara, ketika ditanya, "Menurut Anda, siapa yang seperti keluarga?" menjawab, "Saya mempunyai tiga keluarga: keluarga saya sendiri, keluarga gereja saya, dan 'keluarga' saya di pusat kanker."

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Agen profesional apa yang terlibat dengan keluarga Anda, Tuan Rajwani? Berapa banyak agensi yang secara rutin berinteraksi dengan Anda? Apakah keluarga Anda berpindah dari satu sistem layanan kesehatan ke sistem layanan kesehatan lainnya? Siapa yang paling berpendapat bahwa keluarga Anda perlu dilibatkan dalam sistem ini? Siapa yang paling berpendapat sebaliknya? Apakah akan ada kesepakatan antara definisi Anda mengenai masalah dan definisi sistem mengenai masalah tersebut? Bagaimana antara definisi solusinya? Apa saran terbaik atau terburuk yang diberikan oleh para profesional untuk masalah ini, Atul? Bagaimana hubungan kerja kita sejauh ini, Laura? Jika tidak berjalan dengan baik, maukah kamu memberitahuku?

Konteks

Konteks dijelaskan sebagai keseluruhan situasi atau latar belakang yang relevan dengan suatu peristiwa atau kepribadian. Setiap sistem keluarga tertanam dalam sistem yang lebih luas, seperti lingkungan, kelas, wilayah, dan negara, dan dipengaruhi oleh sistem-sistem ini. Konektivitas yang dialami oleh orang-orang yang menggunakan internet adalah konteks lain yang perlu dipertimbangkan. Karena konteksnya meresap dan membatasi baik individu maupun keluarga, konsekuensinya pun luas. Konteks mencakup namun tidak terbatas pada lima subkategori berikut:

1. Etnis
2. Ras
3. Kelas sosial
4. Spiritualitas dan/atau agama
5. Lingkungan

Etnis

Etnisitas mengacu pada konsep "kemanusiaan" sebuah keluarga dan merupakan turunan dari kombinasi sejarah, ras, kelas sosial, dan agama. Ini menggambarkan kesamaan proses terbuka dan halus yang diturunkan oleh keluarga dari generasi ke generasi dan biasanya diperkuat oleh masyarakat sekitar. Etnisitas merupakan faktor penting yang mempengaruhi interaksi keluarga. Kami percaya bahwa

perawat harus menyadari keragaman yang besar baik di dalam maupun di antara kelompok etnis. Beberapa orang merupakan imigran generasi kedua, ketiga, atau keempat, dengan nenek moyang yang lahir di negara asing. Yang lainnya mungkin berasal dari keluarga imigran yang "baru tiba", baik yang tiba secara resmi maupun tidak berdokumen, dan beberapa di antaranya adalah pengungsi. Kategori lainnya adalah keluarga "imigran-Amerika", yang mana orang tuanya lahir di negara asing namun anak-anak mereka lahir di Amerika Serikat.

Menurut sensus tahun 2000, jumlah penduduk Amerika Serikat yang lahir di luar negeri berjumlah 31,1 juta jiwa, meningkat sebesar 57 persen dibandingkan tahun 1990 dan merupakan kelanjutan dari tren peningkatan yang dimulai pada tahun 1970an (Biro Sensus Amerika Serikat, 2002). Sekitar seperlima anak-anak di Amerika Serikat tumbuh di rumah imigran, dan banyak di antara mereka yang terpisah dari salah satu atau kedua orang tuanya dalam jangka waktu yang lama. Suarez-Orozco, Todorova, dan Louie (2002) melaporkan bahwa hasil penelitian mereka terhadap 385 remaja awal yang berasal dari Tiongkok, Amerika Tengah, Republik Dominika, Haiti, dan Meksiko menunjukkan bahwa "anak-anak yang terpisah dari orang tuanya lebih mungkin mengalami melaporkan gejala depresi dibandingkan anak-anak yang tidak dipisahkan" (hal. 625). Pengalaman imigrasi merupakan hal yang penting, bukan insidental, dalam pelayanan kesehatan.

Bagi sebagian keluarga imigran, dampak penyesuaian budaya dapat dilihat sebagai kesulitan transisi, dimana isu-isu seperti kelangsungan ekonomi, rasisme, dan perubahan dalam keluarga besar serta sistem pendukung perlu ditangani. Pengalaman hidup tertentu, seperti pendidikan di sekolah perdagangan atau perguruan tinggi, kesuksesan finansial dalam bisnis, atau perkawinan antar keluarga, dapat mendorong asimilasi ke dalam budaya yang dominan, sedangkan isolasi di daerah pedesaan atau ghetto perkotaan cenderung mendorong kesinambungan pola etnis. Namun, penting untuk menyadari bahwa pandangan tentang asimilasi dan isolasi ini berasal dari "perspektif pengamat" kita. Yang

penting adalah narasi budaya keluarga, bagaimana narasi tersebut didekonstruksi dan dikonstruksi bersama.

Perbedaan etnis dalam struktur keluarga dan implikasinya terhadap intervensi sering kali ditonjolkan secara stereotip. Misalnya, orang Italia di Amerika Utara biasanya memiliki hubungan keluarga besar dan loyalitas yang kuat. Keluarga Afrika-Amerika cenderung memiliki batasan keluarga yang fleksibel, dan beberapa di antaranya mungkin melibatkan nenek dalam mengasuh anak. Anggota beberapa budaya Amerika Latin mendorong emosi antar kerabat dan antar generasi, sedangkan orang Irlandia di Amerika Utara cenderung memiliki batasan antar generasi yang lebih tegas. Beberapa peneliti telah mencoba untuk melampaui stereotip. Misalnya, Lonczak dkk (2007) melakukan studi pendahuluan yang meneliti hubungan antara struktur keluarga dan kehidupan dengan keluarga besar serta penggunaan narkoba di kalangan 97 remaja Indian Amerika/Penduduk Asli Alaska (AI/AN). Meskipun upaya yang dilakukan masih dalam tahap awal, mereka berpendapat bahwa tinggal di rumah dengan dua orang tua mungkin merupakan mekanisme perlindungan yang penting di kalangan kelompok pemuda AI/AN ini. Mereka menemukan hubungan positif antara tinggal bersama keluarga besar dan inisiasi merokok di kalangan remaja.

Dalam penelitian klinis kami, kami merasa penting untuk mengenali keragaman yang tak terbatas dan kurangnya stereotip di antara keluarga dari berbagai kelompok etnis. Hal ini sangat penting karena situs kencan internet memperkenalkan lebih banyak lajang yang beragam dibandingkan sebelumnya. Keberagaman budaya adalah soal keseimbangan antara mengakui perbedaan di antara kita dan menghargai kekuatan kemanusiaan kita. Kami percaya bahwa narasi budaya membantu kita mengatur pemikiran dan menjadi landasan dalam hidup kita, namun narasi tersebut juga dapat membutakan kita terhadap hal-hal yang tidak kita kenal dan tidak dapat kita kenali, serta dapat menumbuhkan ketidakadilan. Misalnya, pentingnya mendengarkan sejarah dan konteks dalam merawat pengungsi perempuan imigran tidak bisa dianggap remeh.

Perawat harus peka terhadap perbedaan keyakinan dan nilai-nilai keluarga dan bersedia mengubah “filter etnis” mereka. Kami percaya penting bagi perawat untuk mengenali titik buta etnis mereka dan menyesuaikan intervensi mereka. Kita tidak pernah “ahli”, “benar”, atau memiliki sepenuhnya “kebenaran” tentang etnis suatu keluarga. Selain itu, jika kita mempekerjakan seorang penerjemah untuk membantu kita dalam pekerjaan keluarga, kita tidak boleh berasumsi bahwa penerjemah tersebut adalah “ahli” dalam hal etnis keluarga tersebut. Sebaliknya, baik kita maupun penerjemah harus berusaha untuk mendapatkan informasi dan rasa ingin tahu tentang diri kita sendiri dan keberagaman orang lain saat kita berkolaborasi dalam layanan kesehatan. Pentingnya model partisipatif dalam transfer dan pertukaran pengetahuan tidak dapat dianggap remeh baik dalam bekerja dengan komunitas Aborigin atau dengan kelompok etnis lainnya. Misalnya, temuan dari penelitian Hiott dkk (2006) mengenai perbedaan gender dalam hal kecemasan dan depresi di kalangan imigran Latin menunjukkan bahwa dokter harus mengajukan pertanyaan tentang isolasi sosial dan pemisahan dari keluarga. Jawaban atas pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat memberikan wawasan mengenai stres dan kontribusinya terhadap kecemasan dan depresi yang signifikan; hal ini juga harus dipertimbangkan ketika menyusun rencana pengobatan.

Beberapa pertanyaan yang menurut kami berguna untuk ditanyakan pada diri sendiri meliputi: Apa etnis keluarga tersebut? Apakah anak-anak dan orang tua pernah mengalami masa-masa perpisahan dalam pengalaman imigrasi mereka? Jika iya, apa dampaknya? Apakah jejaring sosial mereka berasal dari kelompok etnis yang sama? Apakah menurut mereka hal itu bermanfaat atau tidak? Jika layanan ekonomi, pendidikan, kesehatan, hukum, dan rekreasi yang tersedia serupa dengan nilai-nilai etnis keluarga, bagaimana percakapan kita akan berbeda? Apakah instrumen penilaian dan pengujian yang kami gunakan di klinik kami relevan untuk kelompok etnis ini? Apakah nilai-nilai tersebut sesuai dengan nilai-nilai dan keyakinan keluarga tersebut?

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Bisakah Anda ceritakan tentang praktik atau tradisi budaya Jepang Anda mengenai penyakit? Bagaimana menjadi seorang imigran dari Afganistan memengaruhi keyakinan Anda tentang kapan harus berkonsultasi dengan profesional kesehatan? Apa arti kesehatan bagi Anda? Bagaimana Anda tahu bahwa Anda sehat? Bagaimana saya tahu bahwa Anda sehat? Sebagai keluarga generasi kedua di Chili, bagaimana praktik layanan kesehatan Anda serupa atau berbeda dengan praktik kakek dan nenek Anda? Praktik manakah yang tampaknya paling berguna bagi Anda saat ini dalam kehidupan keluarga Anda?

Ras (Suku)

Subkategori ras adalah konstruksi dasar dan bukan variabel perantara. Ras mempengaruhi identifikasi inti individu dan kelompok. Misalnya, dalam penelitian yang dilakukan oleh Hill dan Thomas (2002), partisipan perempuan dalam hubungan pasangan heteroseksual kulit hitam-putih menggambarkan identitas yang membatasi dan memberdayakan. Kontributor identitas pemberdayaan mencakup peserta yang memiliki orientasi kelompok referensi ganda, kuat, dan menolak memihak kulit hitam atau putih. Ras bersinggungan dengan variabel mediasi seperti kelas, agama, dan etnis. Sikap rasial, stereotip, dan diskriminasi merupakan pengaruh yang kuat terhadap interaksi keluarga dan, jika tidak ditangani, dapat menjadi kendala negatif dalam hubungan antara keluarga dan perawat. "Mitos kesamaan" (Hardy, 1990) telah mendapat tantangan dan keunikan berbagai bentuk keluarga semakin ditekankan dalam dekade terakhir, terutama dengan meningkatnya penggunaan internet.

Dokter keluarga menghargai bahwa variasi dalam struktur keluarga dan perkembangan orang Afrika-Amerika, Asia, Hispanik, kulit putih, dan lainnya merupakan kekuatan potensial dalam membantu keluarga-keluarga ini berfungsi dalam berbagai kondisi ekonomi dan sosial. Terdapat kelangkaan literatur mengenai potensi kekuatan hubungan dalam hubungan antar budaya dan antar ras. Kami

mendorong perawat untuk mendapatkan kekuatan daripada tantangan dalam menangani pasangan ini.

Perubahan cepat pola ras di AS penting untuk diperhatikan. Sekitar satu dari setiap dua orang yang ditambahkan ke populasi negara antara tanggal 1 Juli 2005 dan 1 Juli 2006 adalah orang Hispanik (Biro Sensus Amerika Serikat, 2007b). Orang-orang asal Hispanik adalah etnis atau ras minoritas terbesar di negara ini dan merupakan 15% dari total populasi negara tersebut. Dalam rumah tangga Hispanik-Amerika, 64% keluarga adalah orang Meksiko, 9% orang Puerto Rico, 3,5% orang Kuba, 3% orang Salvador, dan 2,7% orang Dominika (Biro Sensus Amerika Serikat, 2007b). Persentase penduduk kulit hitam di Amerika Serikat diperkirakan mencapai 13,4% pada tanggal 1 Juli 2005; ini mencakup lebih dari satu ras (Biro Sensus Amerika Serikat, 2007a).

Perbedaan ras, baik intrakultural maupun antarbudaya, bukanlah suatu masalah. Sebaliknya, prasangka, diskriminasi, dan jenis agresi antarbudaya lainnya yang didasarkan pada perbedaan-perbedaan ini merupakan permasalahan. Dengan jumlah keluarga antar-ras yang terus meningkat di Amerika Serikat, kami percaya pada ras perpecahan akan berkurang dibandingkan sebelumnya. Penn (2007) melaporkan bahwa "pada tahun 2002, 20 persen remaja berusia 18-19 tahun mengatakan bahwa mereka berkencan dengan seseorang yang berbeda ras, naik dari angka di bawah 10 persen pada satu dekade sebelumnya. Dari anggota Match.com, 70 persen mengatakan mereka bersedia berkencan dengan seseorang yang berbeda ras" (hal. 63). Keluarga antar ras diam-diam mengikis banyak asumsi yang telah memandu politik, adat istiadat, dan kebiasaan Amerika selama beberapa dekade. Bagi sebagian orang, baik ras mayoritas maupun minoritas, kata "ras" sangat tidak disukai karena kita semua adalah anggota ras manusia. Mereka merasa bahwa kata itu sendiri menyiratkan batasan yang tegas antara sekelompok orang dalam ras manusia dan oleh karena itu tidak terlalu konstruktif dalam mengikat kita bersama. Penting bagi perawat untuk memahami keyakinan dan perilaku kesehatan keluarga yang dipengaruhi oleh identitas ras, hak istimewa, atau

penindasan. Dalam pekerjaan klinis kami dengan keluarga, kami merasakan manfaatnya jika kami secara kritis merefleksikan ide-ide kami sendiri tentang ras, marginalisasi, minoritas yang tidak terlihat dan terlihat, serta “mitos kesamaan” dan dengan penuh semangat menelusuri perbedaan antara dan dalam berbagai kelompok ras.

Misalnya, kita bertanya pada diri sendiri bagaimana keyakinan keluarga keturunan Jamaika-Amerika dengan keluarga keturunan Afrika-Amerika mengenai rawat inap atau bagaimana pasangan asal Vietnam mungkin berbeda dengan pasangan asal Jepang dalam keyakinan mereka mengenai perlu tidaknya melembagakan / memposisikan seorang nenek lanjut usia.

Kami percaya para profesional kesehatan harus kompeten secara ras dan budaya. Misalnya, orang-orang non-Afrika-Amerika yang bekerja dengan keluarga-keluarga Afrika-Amerika tidak boleh berasumsi bahwa mereka sudah familiar tetapi harus mengatasi isu-isu rasisme, melakukan intervensi secara multisistem, menggunakan fokus penyelesaian masalah, melibatkan para pemimpin agama seperti yang ditunjukkan, melibatkan ayah, dan mengakui kekuatan. Banyak dari pedoman ini berlaku sama untuk semua ras yang bekerja sama.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Perbedaan apa yang Anda perhatikan antara, misalnya, praktik pengasuhan anak yang dilakukan kerabat Anda di Hong Kong dan praktik Anda sendiri? Jika Anda dan saya berasal dari ras yang sama, apakah percakapan kita akan berbeda? Bagaimana? Apakah jenis percakapan kita yang berbeda akan membantu Anda mendapatkan kembali kesehatan Anda? Bisakah Anda membantu saya memahami apa yang perlu saya ketahui agar dapat membantu Anda?

Kelas sosial

Kelas sosial membentuk pencapaian pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan. Setiap Kelas, baik atas-atas, bawah-atas, menengah atas, menengah bawah, atas-bawah, atau bawah-bawah, mempunyai kelompok nilai, gaya hidup, dan perilaku

tersendiri yang mempengaruhi interaksi keluarga dan praktik layanan kesehatan. Kelas sosial mempengaruhi bagaimana anggota keluarga mendefinisikan dan mendefinisikan diri mereka sendiri; apa yang mereka hargai; bagaimana mereka mengatur kehidupan sehari-hari; dan bagaimana mereka menghadapi tantangan, perjuangan, dan krisis. Misalnya, orang lanjut usia dari kelas menengah cenderung membantu anak-anak mereka yang sudah dewasa, sedangkan orang lanjut usia dari kelas pekerja lebih cenderung menerima bantuan.

Kelas sosial telah disebut sebagai salah satu pembentuk utama sistem nilai dan kepercayaan keluarga. Banyak penelitian sosiologis dan psikologis telah dibingungkan oleh perbedaan kelas sosial di antara kelompok etnis. Kami percaya bahwa, dalam masyarakat yang rasis dan klasis, kelas dan ras bukanlah hal yang tidak dapat dipisahkan. Karena kemiskinan terkonsentrasi secara tidak proporsional di kalangan ras minoritas, banyak profesional menganggap subkelompok statistik Afrika-Amerika mewakili kelas berpendapatan rendah dan subkelompok statistik kulit putih mewakili kelompok kelas berpendapatan menengah atau atas. Selain itu, meskipun orang-orang Hispanik, termasuk orang-orang Meksiko, Puerto Rico, Kuba, dan orang-orang dari Amerika Selatan dan Tengah, jumlahnya telah meningkat secara signifikan dan menjadi kelompok yang cukup besar di Amerika Serikat, hingga saat ini data tentang pernikahan dan keluarga tidak menyertakan mereka. Data tersebut umumnya terbatas pada orang kulit hitam (Afrika-Amerika) dan kulit putih, tanpa memperhitungkan orang Hispanik atau Asia. Banyak literatur yang mengacaukan pengaruh ras dan kelas, belum lagi "mitos kesamaan" tentang keluarga dalam setiap ras atau kelas.

Sebagaimana keperawatan sering ditampilkan sebagai antar budaya, keperawatan juga ditampilkan sebagai antar kelas dan non-politik. Kami percaya bahwa banyak perawat yang mengejar penyakit dalam keluarga dengan mengesampingkan makna yang diberikan orang terhadap suatu peristiwa; standar hidup mereka sehari-hari; dan akses mereka terhadap pekerjaan, pendapatan, dan perumahan.

Permasalahan kelas sosial sering kali dianggap tidak terlalu berpengaruh jika dibandingkan dengan “pembicaraan serius” mengenai penyakit. Sudut pandang ini memungkinkan perawat untuk menghindari banyak masalah kelas yang terkait dengan ketidaksetaraan dan ketidakadilan. Namun, pengobatan harus mempertimbangkan konteks budaya, sosial, dan ekonomi orang yang mencari bantuan. Mulai dari pekerja pabrik, petani, hingga eksekutif bisnis, banyak keluarga yang berupaya mengatasi biaya layanan kesehatan yang lebih tinggi dan ancaman kehilangan perlindungan asuransi. Mereka terus-menerus membuat keputusan berdasarkan layanan kesehatan yang mampu mereka beli. Dengan tingginya biaya obat resep dan pertumbuhan populasi menua, banyak keluarga yang cemas akan perawatan jangka panjang dan kemampuan mereka untuk menafkahi orang yang mereka cintai. Ketidakpastian ekonomi, perang, ketakutan akan terorisme dan dampak serangan 11 September telah menciptakan kesulitan yang semakin besar bagi pekerja miskin.

Temuan dari penelitian yang dilakukan oleh Tubbs, Roy, dan Burton (2005) memberikan sedikit pencerahan tentang bagaimana keluarga berpenghasilan rendah membangun waktu keluarga. Empat kategori aktivitas memberikan konteks interaksi orang tua-anak: waktu bicara, waktu makan, waktu bermain, dan berbagi camilan (misalnya permen, kue). Waktu keluarga dimasukkan ke dalam aktivitas lain dan bukan ke aktivitas waktu senggang atau waktu “di luar jam kerja” untuk mengurus anak sehari-hari. Penilaian kelas sosial membantu perawat memahami dengan cara baru penyebab stres dan sumber daya keluarga. Secara umum, perempuan mengalami penurunan kelas sosial setelah perceraian, sedangkan laki-laki tidak. Mengenali perbedaan dalam keyakinan kelas sosial antara mereka dan keluarga dapat mendorong perawat untuk memanfaatkan strategi promosi dan intervensi kesehatan yang baru. Dalam pemberian layanan kesehatan, penting bagi perawat untuk mewaspadaikan pengaruh-pengaruh seperti “langit-langit kaca” dan pekerjaan paruh waktu sementara versus pekerjaan tetap penuh waktu dengan tunjangan. Risiko pelecehan yang dihadapi oleh mobilitas ke atas perempuan yang memasuki

lingkungan kerja yang didominasi laki-laki, seperti militer, juga harus diketahui oleh para profesional layanan kesehatan.

Dalam pekerjaan klinis kami, kami sering bertanya pada diri sendiri bagaimana kelas sosial sebuah keluarga dapat memengaruhi keyakinan, nilai-nilai, pemanfaatan layanan, dan interaksi mereka terhadap layanan kesehatan. Penyakit serius dapat memperparah masalah keuangan, mengurangi kemampuan untuk mengatasinya, dan memerlukan solusi yang bertentangan dengan kebijaksanaan keuangan konvensional. Kami bertanya-tanya tentang perbedaan intrafamilial sehubungan dengan kelas dan bagaimana hal ini dapat membantu atau menghalangi sebuah keluarga dalam menghadapi, misalnya, penyakit kronis.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Berapa kali Anda pindah dalam 5 tahun terakhir? Apakah langkah-langkah ini mempunyai pengaruh positif atau negatif terhadap kemampuan Anda menghadapi sindrom imunodefisiensi (AIDS) yang didapat putra Anda? Berapa banyak sekolah yang diikuti putri Anda, Frishta? Bagaimana situasi keuangan Anda mempengaruhi penggunaan sumber daya layanan kesehatan? Apa dampak kerja shift Nuar terhadap tingkat stres keluarga Anda?

Spiritualitas dan/atau Agama

Keyakinan, ritual, dan praktik spiritual dan keagamaan anggota keluarga dapat berpengaruh, pengaruh positif atau negatif pada kemampuan mereka untuk mengatasi atau mengelola penyakit atau masalah kesehatan. Oleh karena itu, perawat harus mengeksplorasi area yang sebelumnya terabaikan ini. Emosi seperti ketakutan, rasa bersalah, kemarahan, kedamaian, dan harapan dapat dipupuk atau diredakan oleh keyakinan spiritual atau agama seseorang. Wright (2005) mendorong pembedaan antara spiritualitas dan agama untuk tujuan penilaian dan percaya bahwa hal ini berpotensi mengundang lebih banyak keterbukaan anggota keluarga mengenai bidang penyelidikan yang berpotensi sensitif ini. Spiritualitas didefinisikan sebagai apa pun atau siapa pun yang memberikan makna dan tujuan akhir dalam

hidup seseorang dan mengundang cara-cara tertentu berada di dunia terhadap orang lain, diri sendiri, dan alam semesta (Wright, 2005). Agama didefinisikan sebagai afiliasi atau keanggotaan dalam komunitas agama tertentu yang berbagi seperangkat kepercayaan, ritual, moral, dan kadang-kadang kode kesehatan yang berpusat pada kekuatan yang lebih tinggi atau transenden yang paling sering disebut sebagai Tuhan (Wright , 2005).

Levac, Wright, dan Leahey (2002) merekomendasikan bahwa penilaian terhadap pengaruh agama adalah hal yang paling penting pada saat diagnosis penyakit kronis atau penyakit yang mengancam jiwa. Penilaian menjadi sangat penting dan relevan ketika terjadi krisis yang dapat menyebabkan penderitaan yang luar biasa, seperti kematian traumatis yang disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor; kematian mendadak karena penyakit, kekerasan, atau penganiayaan; atau diagnosis yang mengancam jiwa. Dalam situasi ini, penting bagi perawat untuk memastikan apa arti yang diberikan keluarga terhadap penderitaan mereka akibat peristiwa tragis tersebut dan pada akhirnya bagaimana anggota keluarga memahami penderitaan mereka (Wright, 2005). Kami berpendapat bahwa keyakinan, spiritualitas, dan transendensi adalah kunci ketahanan keluarga.

Spiritualitas dan agama juga mempengaruhi nilai-nilai keluarga, ukuran, layanan kesehatan, dan praktik sosialisasi. Misalnya, individualisme terkait erat dengan etos kerja Protestan. Dukungan masyarakat dan keluarga, di sisi lain, hal ini terbukti dalam agama Mormon dan Yahudi, yang menumbuhkan dukungan antargenerasi dan intragenerasi. Tradisi pengobatan tradisional yang menggabungkan praktik kesehatan dan keagamaan cukup umum di beberapa kelompok etnis. Dalam beberapa praktik spiritualistik, seorang medium, atau konselor, membantu mengusir roh penyebab penyakit. Misalnya, *espiritista*, atau penyembuh, dapat ditemukan di banyak komunitas Kuba dan Latin lainnya. Tabib, pemimpin agama, dukun, dan pendeta dapat menjadi sumber daya yang sangat berharga bagi keluarga yang menghadapi krisis dan memiliki kebutuhan jangka panjang seperti dukungan pengasuh.

Spiritualitas dan agama merupakan sumber daya yang tersembunyi dan sering kali kurang dimanfaatkan dalam pekerjaan keluarga. Hal ini melibatkan “aliran pengalaman yang mengalir melalui seluruh aspek kehidupan kita, mulai dari warisan keluarga hingga sistem kepercayaan pribadi, ritual dan praktik, serta afiliasi jemaat” (Walsh, 1999, hal. 3). Keberhasilan luar biasa dari Alcoholics Anonymous adalah salah satu contoh kekuatan program yang menggabungkan spiritualitas.

Kami mendorong perawat mengunjungi rumah keluarga untuk memperhatikan adanya tanda-tanda pengaruh agama di rumah—misalnya patung, lilin, bendera, dan teks agama, seperti Alkitab, Taurat, atau Alquran. Kami penasaran dengan pembatasan pola makan dan kebiasaan serta praktik kesehatan tradisional atau alternatif yang dipengaruhi oleh keyakinan agama. Namun kami berhati-hati untuk tidak berasumsi bahwa keyakinan spiritual atau agama yang kuat meningkatkan kebahagiaan atau interaksi perkawinan, meskipun hal tersebut dapat mengurangi kemungkinan perceraian.

Pekerjaan klinis kami dengan keluarga telah mengajarkan kami bahwa pengalaman penderitaan sering kali dialihkan ke spiritualitas ketika anggota keluarga mencoba menemukan makna dalam penderitaan mereka (Wright, 2005). Jika perawat ingin membantu, mereka harus mengakui bahwa penderitaan, dan dalam banyak kasus, ketidakberdayaan, pada akhirnya merupakan masalah spiritual. Oleh karena itu, dalam pekerjaan klinis kami, kami bertanya pada diri sendiri tentang pengaruh agama dan spiritualitas terhadap praktik layanan kesehatan keluarga. Untuk diskusi yang lebih mendalam mengenai ide-ide klinis dan contoh-contoh yang membahas hubungan antara spiritualitas dan penderitaan, serta bagaimana menilai dan melakukan intervensi, kami mendorong pembaca untuk membaca dengan teliti teks tahun 2005 *Spirituality, Suffering, and Illness: Ideas for Healing* by Lorraine M. Wright.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Apa makna spiritualitas atau agama bagi Anda dalam kehidupan sehari-

hari? Apakah Anda terlibat dengan masjid, kuil, atau sinagoga? Apakah berbicara dengan siapa pun di gereja Anda akan membantu Anda mengatasi penyakit Pierre? Apakah keyakinan spiritual Anda menjadi sumber dukungan bagi Anda dalam mengatasi penyakit Anda? Sumber stres bagi Anda? Untuk anggota keluarga lainnya? Siapa di antara anggota keluarga Anda yang paling mendorong penggunaan keyakinan spiritual Anda untuk mengatasi kanker Perminder? Apa sumber harapan Anda? Pernahkah Anda menemukan bahwa doa atau praktik keagamaan lainnya membantu Anda mengatasi skizofrenia Surinder yang diderita putra Anda? Jika ya, bolehkah saya bertanya apa yang Anda doakan? Apakah doamu terkabul? Apa yang agama Anda katakan tentang peran gender? Etnis? Orientasi seksual? Bagaimana keyakinan ini memengaruhi Anda, Davinderpal?

Lingkungan

Lingkungan subkategori mencakup aspek komunitas yang lebih besar, lingkungan sekitar, dan rumah. Faktor lingkungan seperti kecukupan ruang dan privasi serta aksesibilitas sekolah, tempat penitipan anak, rekreasi, dan transportasi umum mempengaruhi fungsi keluarga. Hal ini terutama relevan bagi orang lanjut usia, yang cenderung tetap tinggal di lingkungan yang miskin meskipun tinggal di sana berbahaya. Epstein (2003) mengangkat isu yang meresahkan mengenai lingkungan: "Di lingkungan perkotaan Amerika yang kumuh, penyakit yang berhubungan dengan usia tua menimpa generasi muda. Mungkinkah tinggal di sana saja sudah cukup membuatmu sakit?" Beberapa dari lingkungan ini mempunyai angka kematian tertinggi di negara ini karena prevalensi penyakit kronis dibandingkan luka tembak atau obat-obatan. Epstein berkomentar bahwa "tekanan berat yang dialami sehari-hari akibat hidup dalam kemiskinan di Amerika adalah 'pelapukan', suatu kondisi yang mirip dengan dampak paparan angin dan hujan terhadap rumah-rumah" (hlm. 76). Kami telah menyesuaikan persepsi kami tentang tunawisma dan memahami gagasan bahwa keluarga dengan anak-anak adalah kelompok tunawisma yang tumbuh paling cepat. Tunawisma bukanlah masalah perkotaan atau regional, melainkan masalah yang umum terjadi di Amerika Utara.

Dalam pekerjaan klinis kami dengan keluarga, kami bertanya pada diri sendiri dan perawat yang bekerja bersama kami untuk mempertimbangkan apakah rumah tersebut cukup untuk jumlah orang yang tinggal di sana. Apakah persepsi kita berbeda dengan persepsi keluarga? Layanan kesehatan dan dasar apa saja yang tersedia di rumah? Di lingkungan sekitar? Seberapa mudah akses layanan transportasi dan rekreasi dalam hal jarak, kenyamanan, dan sebagainya? Seberapa amankah area tersebut? Dengan menanyakan secara terbuka apa saja kekuatan kontekstual lain yang mungkin mempengaruhi keluarga, kita bisa memperoleh tanggapan yang lebih luas. Hal ini dapat bervariasi dari "kepercayaan pada politik" hingga "berbelanja di mal" hingga "musik" hingga CNN.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Layanan komunitas apa yang digunakan keluarga Anda? Apakah ada layanan komunitas yang ingin Anda pelajari tetapi tidak tahu cara menghubunginya? Dalam skala 1 sampai 10, dengan 10 sebagai skala paling nyaman, seberapa nyamankah Anda berada di lingkungan tempat tinggal Anda? Apa yang membuat Anda lebih nyaman agar bisa tetap beraktivitas mandiri di rumah?

Alat Penilaian Struktural

Genogram dan ecomap adalah dua alat yang sangat membantu dalam menguraikan struktur internal dan eksternal sebuah keluarga. Masing-masing mudah digunakan dan hanya membutuhkan selembar kertas dan pena. Genograf yang dirancang oleh Duhamel dan Campagna (2000) juga dapat digunakan untuk menggambar genogram. Alternatifnya, beberapa program komputer memiliki genogram sebagai fiturnya.

Genogram adalah diagram konstelasi keluarga. Sebaliknya, ecomap adalah diagram kontak keluarga dengan orang lain di luar keluarga dekat. Ini menggambarkan hubungan penting antara keluarga dan dunia. Kami menyadari kesewenang-wenangan dalam membedakan genogram dan ecomap pada beberapa kelompok budaya. Misalnya, genogram standar mungkin tidak memadai untuk orang

Afrika-Amerika karena asumsi yang mendasarinya bahwa keluarga hanyalah sebuah entitas biologis. Kami mendorong perawat untuk mengembangkan kesesuaian antara alat-alat ini untuk menggambarkan komposisi keluarga tertentu.

Alat-alat ini telah dikembangkan sebagai alat penilaian, perencanaan, dan intervensi keluarga. Mereka dapat digunakan untuk mengubah perilaku, hubungan, dan hubungan waktu dalam keluarga, serta untuk mendetoksifikasi dan menormalkan persepsi keluarga terhadap diri mereka sendiri. Dengan menunjuk ke masa depan serta masa lalu dan masa kini, genogram memfasilitasi interpretasi alternatif atas pengalaman keluarga. Mereka dapat membantu perawat dan keluarga melihat gambaran yang lebih besar dan melihat masalah dalam konteks historis dan terkini. Genogram juga dapat digunakan untuk mendorong pelatihan dokter yang kompeten secara budaya dan bagi perawat untuk meningkatkan kesadaran diri mereka. Rempel, Neufeld, dan Kushner (2007) menganjurkan penggunaan genogram dan ecomaps secara interaktif sebagai metode pembuatan data berdasarkan pengalaman mereka dalam mempelajari pengalaman interaksi suportif dan non-dukungan pengasuh laki-laki. Mereka menemukan bahwa alat-alat ini memberikan landasan kontekstual yang kaya yang meningkatkan pemahaman peneliti tentang pengalaman keluarga.

Kami setuju dengan McGoldrick, Gerson, dan Petry (2008) bahwa meskipun banyak yang bisa dikatakan tentang perluasan genogram untuk mencakup isu-isu dari konteks sosial yang lebih besar (genogram seksual, budaya, agama, atau spiritual), pada kenyataannya pemetaan seperti itu sangat sulit untuk dilakukan. menyelesaikan. Gendergram telah dikembangkan untuk memetakan hubungan gender sepanjang siklus hidup. Yang terbaik, kita mungkin hanya dapat mengeksplorasi beberapa dimensi pada satu waktu dan kami merekomendasikan bahwa dimensi ini dihubungkan langsung dengan tujuan pertemuan keluarga dengan perawat. Misalnya, seorang perawat yang bertemu dengan pasangan di pusat perawatan rehabilitasi untuk kecanduan

seksual mungkin akan mengeksplorasi riwayat seksual dan kecanduan sebuah keluarga pada genogram. Area konten ini mungkin tidak sesuai untuk pertemuan perawat dengan keluarga di unit perawatan intensif. McGoldrick, Gerson, dan Petry (2008) telah menguraikan isu-isu penting yang sulit ditangkap dalam genogram:

- ❖ Anggota keluarga yang terlibat dalam bisnis keluarga
- ❖ Hubungan anggota keluarga dengan sistem layanan kesehatan
- ❖ Masalah genogram budaya
- ❖ Rahasia keluarga
- ❖ Nuansa hubungan keluarga tertentu termasuk kekuasaan, pola penghindaran, dll.
- ❖ Pola persahabatan
- ❖ Hubungan dengan rekan kerja
- ❖ Genogram rohani
- ❖ Genogram komunitas
- ❖ Melacak pemicu stres medis dan psikologis

Genogram biasanya tidak menunjukkan hubungan emosional di antara anggota keluarga, sekarang atau di masa lalu. Hubungan kompleks dari mereka yang telah menghangatkan hati kita, membimbing dan mengasuh kita, memperburuk keadaan kita, atau menyebabkan kita mengalami trauma parah pada umumnya tidak digambarkan. Ini merupakan batasan genogram dan juga aset; genogram cenderung merupakan gambaran singkat dari masa kini.

Dengan bantuan komputer, kita dapat membuat peta tiga dimensi yang memungkinkan kita melacak pola genogram yang kompleks. Perhatian kami dalam praktik perawat adalah menggunakan genogram sebagai alat yang relevan secara klinis, bukan sebagai peta atau lembar pengumpulan data. Genogram yang terkomputerisasi memungkinkan kita mengeksplorasi pola keluarga tertentu, ketahanan, dan konstelasi gejala. Mengumpulkan, memetakan, dan melacak riwayat keluarga jauh lebih mudah menggunakan database komputer. Kami mendorong perawat untuk bertanya pada diri mereka sendiri: Apa tujuan mengumpulkan sejumlah besar informasi tentang riwayat keluarga ini, dan bagaimana

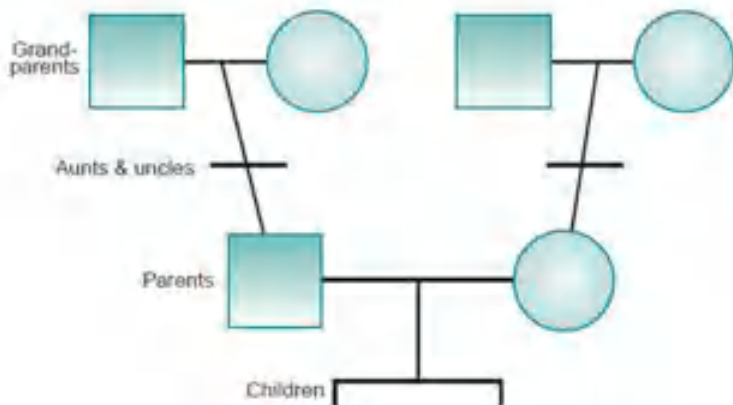
informasi ini dapat membantu tujuan pekerjaan saya dengan keluarga ini? Penggunaan komputer dan informasi genogram akan memberikan banyak data untuk penelitian keluarga, namun tidak diketahui seberapa berguna hal ini untuk perawatan keluarga dekat. Tentu saja, dengan menggunakan perangkat lunak genogram komputer, akan ada lebih banyak kemungkinan untuk menggambarkan permasalahan keluarga pada momen berbeda dalam sejarah keluarga. Dokter dan anggota keluarga akan memiliki kesempatan untuk memilih aspek genogram apa yang ingin mereka tampilkan untuk tujuan tertentu dan pada saat yang sama membuat database seluruh riwayat keluarga.

Genogram

Genogram menyampaikan banyak informasi dalam bentuk visual isyarat. Ketika kita mempertimbangkan jumlah kata yang diperlukan untuk menggambarkan fakta yang disajikan, menjadi jelas betapa sederhana dan bergunanya alat-alat ini. Genogram, ketika ditempatkan pada grafik pasien, bertindak sebagai pengingat visual bagi perawat untuk "memikirkan keluarga." Sebagai alat pertunangan, ada baiknya digunakan saat pertemuan pertama dengan keluarga. Ini memberikan banyak data tentang hubungan dari waktu ke waktu dan mungkin juga mencakup sejumlah kecil data tentang kesehatan, pekerjaan, agama, etnis, dan migrasi. Genogram dapat digunakan untuk memperoleh informasi yang bermanfaat bagi keluarga dan perawat tentang perkembangan dan bidang fungsi keluarga lainnya. Ini adalah alat yang memungkinkan dokter mengembangkan hipotesis untuk evaluasi tambahan dalam penilaian keluarga.

Kerangka genogram cenderung mengikuti bagan genetik dan silsilah konvensional. Ini adalah pohon keluarga yang menggambarkan struktur internal keluarga. Merupakan praktik yang biasa untuk memasukkan setidaknya tiga generasi. Anggota keluarga ditempatkan pada baris horizontal yang menandakan garis keturunan. Misalnya perkawinan atau hubungan hukum adat dilambangkan dengan garis mendatar. Anak-anak dilambangkan dengan garis vertikal. Urutan anak diurutkan dari kiri ke kanan,

dimulai dari anak sulung. Setiap individu terwakili. Genogram kosong ditunjukkan pada Gambar 6-2.

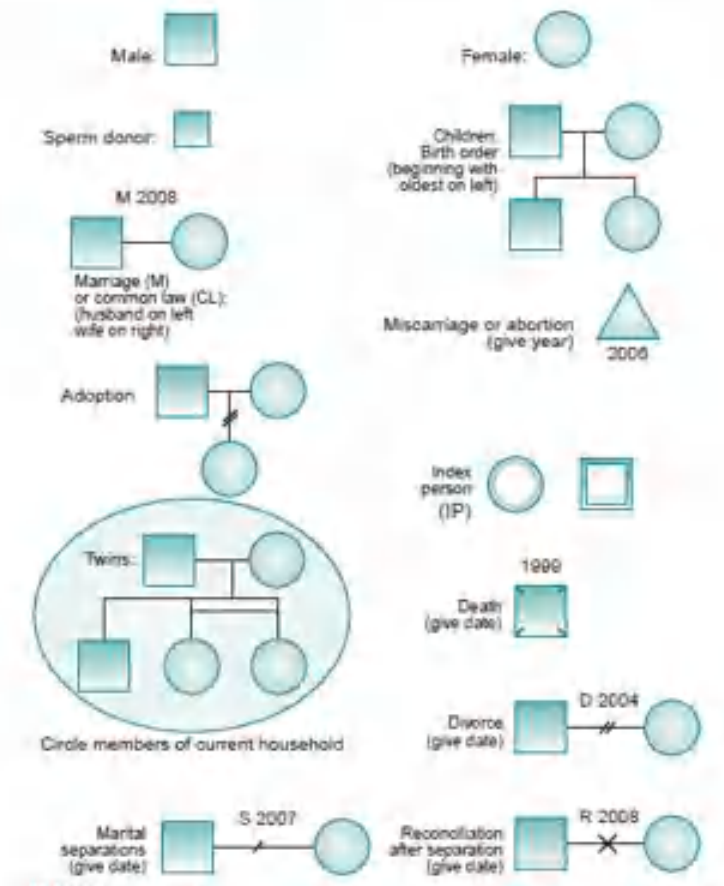


Gambar 6-2: Genogram Kosong

Beberapa penulis sedikit berbeda dalam simbol yang mereka gunakan untuk menunjukkan rincian genogram. Namun, simbol-simbol pada Gambar 6-3 umumnya disepakati. Dengan meningkatnya penggunaan genogram komputer, simbol dan kode warna akan menjadi standar.

Nama dan umur orang tersebut harus dicatat di dalam kotak atau lingkaran. Di luar simbol, data penting yang dikumpulkan dari keluarga (misalnya, sering bepergian, mengalami depresi, terlalu banyak terlibat dalam pekerjaan) harus dicatat. Jika ada anggota keluarga yang meninggal, tahun kematiannya dicantumkan di atas kotak atau lingkaran. Apabila lambang keguguran digunakan, maka jenis kelamin anak harus diketahui jika diketahui. Kotak kecil digunakan untuk menunjukkan donor sperma (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2008). Akan sangat membantu jika kita menggambar lingkaran di sekeliling rumah tangga yang berbeda. Kami menemukan bahwa ketika anak-anak tinggal dalam beberapa konteks (misalnya, keluarga kandung dekat, keluarga angkat, kakek-nenek, keluarga angkat), genogram

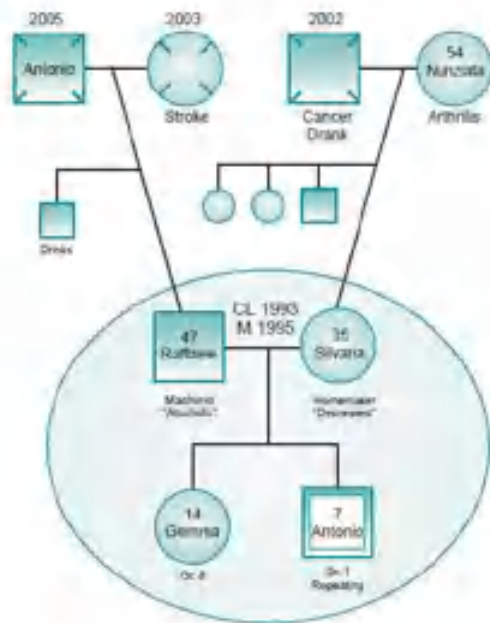
terpisah dapat membantu menunjukkan beberapa keluarga anak tersebut dari waktu ke waktu.



Gambar 6-3: Simbol dalam Genogram

Contoh genogram keluarga inti dan keluarga besar diberikan pada Gambar 6-4 untuk keluarga Lamensa. Raffaele, usia 47 tahun, telah menikah dengan Silvana, usia 35 tahun, sejak tahun 1995. Mereka hidup dalam hukum adat selama 2 tahun sebelum pernikahan mereka. Mereka memiliki dua anak: Gemma, usia 14 tahun, duduk di kelas 8, dan Antonio, usia 7 tahun, yang mengulang kelas 1. Raffaele bekerja

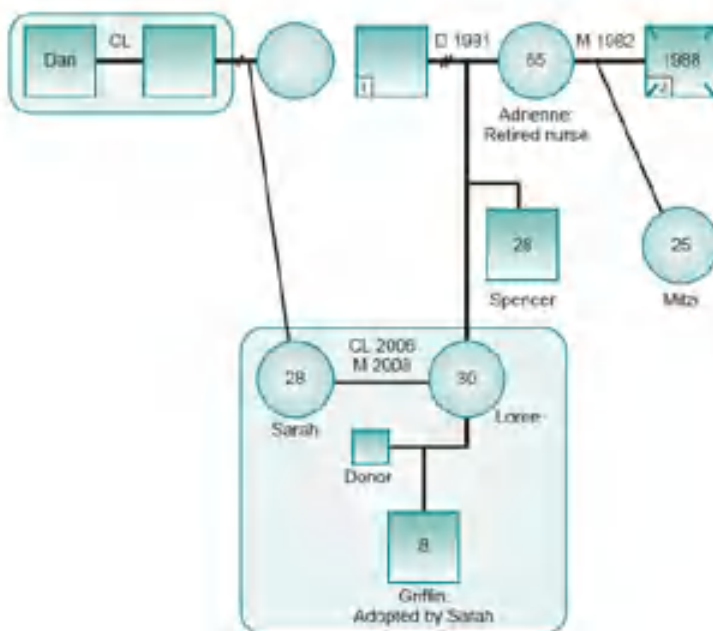
sebagai masinis, dan Silvana menyebutnya sebagai “pecandu alkohol”. Silvana adalah seorang ibu rumah tangga dan menyatakan bahwa dia telah “depresi” selama beberapa tahun. Kedua orang tua Raffaele sudah meninggal. Ayahnya meninggal pada tahun 2005, dan ibunya meninggal pada tahun 2003 karena stroke. Kakak Raffaele juga punya masalah minum. Antonio muda diberi nama sesuai nama kakeknya. Ibu Silvana, Nunziata, berusia 54 tahun, menderita radang sendi, yang kondisinya semakin parah sejak suaminya meninggal pada tahun 2002. Silvana memiliki dua kakak perempuan dan satu saudara laki-laki.



Gambar 6-4: Sampel Genogram Keluarga Lamensa

Gambar 6-5 mengilustrasikan pasangan lesbian dengan seorang anak yang lahir dari salah satu dari mereka, Loree (usia 30), dan diadopsi oleh yang lain, Sarah (usia 28). Loree dan Sarah telah hidup berpasangan sejak tahun 2006 dan telah menikah sejak tahun 2008. Putra kandung Loree, Griffin (usia 8), dikandung melalui inseminasi buatan. Donor sperma yang tidak diketahui digambarkan sebagai kotak kecil. Ibu Loree, Adrienne, seorang pensiunan perawat asal

Jamaika (usia 65), menceraikan ayah Loree pada tahun 1981, menikah lagi pada tahun 1982, mempunyai anak perempuan lagi, Mitzi, dari suami keduanya dan menjadi janda ketika ayah Loree meninggal pada tahun 1988. Mitzi sedang mempertimbangkan operasi transgender. Orang tua Sarah berpisah, dan ayahnya hidup serumah dengan Dan, rekan bisnisnya. Sarah tidak memiliki saudara kandung. Loree memiliki adik laki-laki, Spencer (usia 28), dan saudara tirinya, Mitzi (usia 25).



GAMBAR 6-5: Contoh genogram: Inseminasi buatan dan pasangan lesbian.

Cara Menggunakan Genogram

Pada awal wawancara, perawat melibatkan keluarga dengan memberi tahu mereka bahwa mereka akan melakukan percakapan sehingga perawat dapat memperoleh gambaran tentang siapa saja yang ada dalam keluarga dan situasi mereka. Perawat kemudian dapat menggunakan struktur genogram untuk mengetahui struktur internal dan eksternal

keluarga serta konteksnya. Dengan demikian, perawat memperoleh pemahaman tentang komposisi dan batasan keluarga.

Awalnya, perawat memulai dengan selembar kertas kosong dan menggambar garis atau lingkaran untuk orang pertama dalam keluarga yang menjadi sasaran pertanyaan. Berikut contoh wawancara dengan keluarga Manuyag.

Perawat: Elena, kamu bilang umurmu 23 tahun, dan Matias, berapa umurmu?

Matias: Tiga puluh empat.

Perawat : Sudah berapa lama anda menikah?

Matias: Kali ini atau pertama kali? Perawat: Kali ini. Dan kemudian untuk pertama kalinya. Matias: Hanya 2 tahun untuk Elena dan saya.

Perawat : Dan pertama kali?

Matias: Sepuluh tahun untuk yang pertama.

Perawat: Dan Elena, apakah kamu pernah menikah sebelumnya?

Elena: (Tertawa gugup) Umurku baru 23 tahun.

Perawat: Tentu saja, hanya saja banyak orang yang hidup bersama dalam perkawinan adat atau menikah ketika mereka masih sangat muda.

Elena: Tidak. Saya tinggal bersama orang tua saya sampai saya bertemu Matias. Perawat: Apakah salah satu dari Anda mempunyai anak dari hubungan sebelumnya? (Beralih ke Matias dan Elena)

Matias: Ya, saya mempunyai dua anak laki-laki.

Elena : Tidak.

Perawat : Selain Teresita disini (Melihat bayi di sofa), apakah kalian berdua mempunyai anak lain?

Elena: Ya, itu Manandro. Matias: Bau tua, maksudmu.

Perawat : Bau tua?

Matias: Dia belum terlatih menggunakan toilet.

Perawat: Oh, begitu. Dan berapa umurnya?

Elena: Umurnya hampir 3 tahun. Saya sudah mencoba melatihnya sejak saya tahu saya mengandung Teresita tetapi dia sepertinya tidak mau dilatih.

Perawat : (Mengangguk) Mm.

Matias: Ya, bau tua!

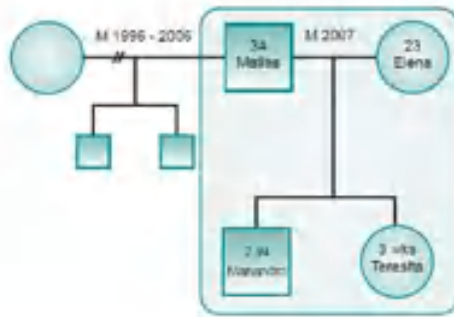
Perawat : Dan Teresita sekarang sudah berapa minggu?
Elena: Dia akan berusia 21 hari besok (Tersenyum pada bayi). Perawat : Apakah ada orang lain yang tinggal bersama anda?

Matias: Tidak. Orang tuanya tinggal bersebelahan.

Perawat sekarang memiliki genogram dasar keluarga Manuyag (Gbr. 6-6) dan telah mengumpulkan informasi yang mungkin signifikan atau tidak, tergantung pada cara keluarga tersebut merespons berbagai peristiwa dalam sejarah keluarga mereka. seperti:

- Manandro dikandung sebelum menikah.
- Manandro dengan tidak sayang disebut “bau tua” oleh ayahnya.
- Elena telah mencoba melatih toilet Manandro sejak dia berusia 24 bulan.
- Elena tinggal bersama keluarga asalnya sebelum menikah. Mereka tinggal bersebelahan.
- Matias telah menikah sebelumnya dan mempunyai dua orang putra lainnya.

Setelah menanyakan tentang keluarga inti, perawat dapat melanjutkan menanyakan tentang keluarga besar. Secara umum tidak terlalu penting untuk menjelaskan secara rinci tentang kerabat ini, namun penilaian klinis harus diutamakan. Jika, misalnya, kakek dan nenek terlibat dalam perawatan kolostomi pada anak, maka genogram tiga generasi harus dibuat. Sebaliknya, jika pergelangan tangan anak terkilir, genogram dua generasi sudah cukup. Setelah menanyakan pertanyaan tentang orang tua dan saudara kandung suami, perawat kemudian menanyakan asal usul keluarga istri. Penting bagi perawat untuk mendapatkan gambaran struktur keluarga tanpa teralihkan atau dibanjiri oleh banyak informasi. Kotak 6-1 berisi petunjuk berguna untuk menyusun genogram.



GAMBAR 6-6: Genogram keluarga Manuyag

Kotak 6-1 Petunjuk Bermanfaat untuk Membangun Genogram

- Menentukan prioritas pembuatan genogram berdasarkan situasi keluarga.
- Genogram tiga generasi mungkin berguna ketika masalah kesehatan anak (fisik atau emosional) dipengaruhi oleh atau berdampak pada generasi ketiga.
- Genogram singkat dua generasi umumnya paling berguna pada tahap awal, terutama bagi keluarga yang memiliki kebutuhan layanan kesehatan preventif (imunisasi) atau masalah kesehatan ringan (cedera olahraga). Perawat selalu dapat memperluas ke generasi ketiga jika diperlukan.
- Undanglah sebanyak mungkin anggota keluarga ke pertemuan atau kunjungan awal untuk mendapatkan pandangan masing-masing anggota keluarga dan mengamati interaksi keluarga.

Libatkan keluarga dalam latihan untuk melengkapi genogram.

- Gunakan genogram untuk "memecahkan kebekuan", memberikan struktur, dan memperkenalkan percakapan yang mempunyai tujuan.
- Tanyakan kepada anggota keluarga bagaimana anggota keluarga penting yang tidak hadir dapat menjawab sebuah pertanyaan.
- Hindari diskusi yang menyakitkan atau

menyalahkan, terutama jika ada anggota keluarga yang tidak hadir.

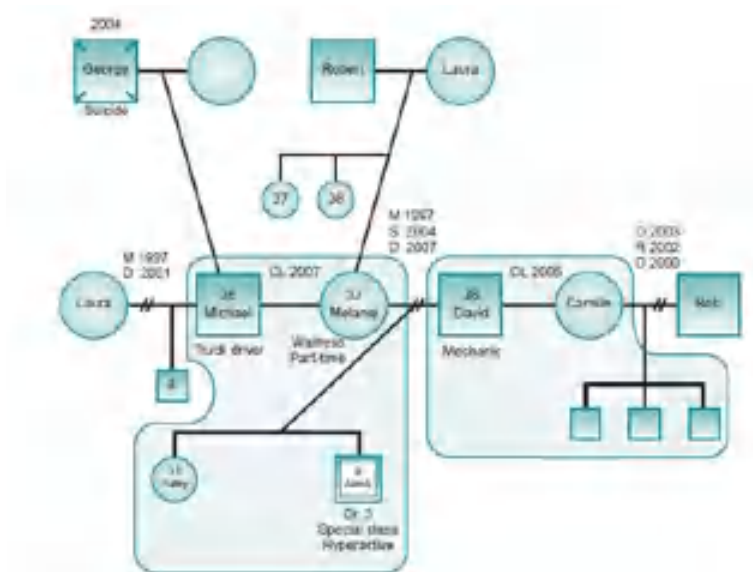
- Perhatikan setiap anggota keluarga, dan peka terhadap perbedaan perkembangan.
- Sesuaikan pertanyaan dengan tahap perkembangan anak sehingga mereka menjadi kontributor aktif.
- Perhatikan komentar nonverbal dan verbal anak.
- Jika ada anggota keluarga yang malu atau tampak tidak tertarik untuk berpartisipasi secara langsung (misalnya remaja), tanyakan kepada anggota keluarga lainnya tentang mereka.
- Mulailah dengan mengajukan pertanyaan "mudah" kepada individu yang diikuti dengan eksplorasi subsistem.
- Ajukan pertanyaan yang konkrit dan mudah dijawab kepada individu (terutama anak-anak) mengenai usia, pekerjaan, minat, status kesehatan, nilai sekolah, dan guru untuk meningkatkan tingkat kenyamanan mereka.
- Pindahkan diskusi tentang individu ke subsistem untuk memperoleh data relasional keluarga. Tanyakan tentang hubungan orang tua-anak atau saudara kandung, tergantung pada kekhawatiran orang tua.
- Dengan keluarga tiri, ajukan pertanyaan tentang kontak dengan orang tua tanpa hak asuh, hak asuh, kepuasan anak terhadap kunjungan, dan hubungan keluarga tiri.
- Amati interaksi keluarga.
- Selama pembuatan genogram, catatlah isi (apa yang dikatakan) dan prosesnya (bagaimana hal tersebut dikatakan).
- Beralih dari diskusi tentang situasi keluarga saat ini ke pertanyaan tentang keluarga besar jika hal tersebut relevan (misalnya, "Apakah orang tua Ruhi dapat membantu perawatan trakeostomi bayinya? Bagaimana dengan mengasuh anak?")
- Saat mendiskusikan generasi, perawat mungkin akan merasa berguna untuk menanyakan riwayat

kesehatan psikososial keluarga (misalnya, "Apakah ada riwayat penyalahgunaan alkohol [atau kekerasan, masalah pembelajaran, atau penyakit mental] di keluarga Anda?") Pertanyaan yang harus diajukan adalah disesuaikan dengan bidang perhatian khusus keluarga, bukan eksplorasi umum.

Sumber: Levac, AM, Wright, LM, & Leahey, M. (2002). Anak-anak dan keluarga: Model penilaian dan intervensi. Dalam J. Fox (Ed.), Pelayanan kesehatan primer pada bayi, anak-anak dan remaja (hal. 14). St.Louis: Mosby. Hak Cipta 2002. Diadaptasi dengan izin.

Format pertanyaan yang sama yang digunakan untuk keluarga inti juga digunakan untuk keluarga tiri, dengan satu pengecualian. Biasanya lebih mudah untuk menanyakan salah satu pasangan tentang hubungan mereka sebelumnya sebelum menanyakan pertanyaan yang sama kepada pasangan lainnya. Gagasan ini berlaku terutama dalam menangani situasi keluarga kompleks yang melibatkan banyak tokoh pengasuhan anak dan saudara kandung. Sekali lagi, tidak perlu mengumpulkan informasi spesifik mengenai seluruh anggota keluarga besar. Ada gunanya menggambarkan lingkaran di sekitar anggota keluarga saat ini untuk membedakan berbagai rumah tangga. Biasanya cara termudah untuk menunjukkan tahun perceraian daripada jumlah tahun yang lalu terjadinya perceraian.

Gambar 6-7 mengilustrasikan contoh genogram keluarga tiri. Dalam keluarga tiri ini, Michael (usia 35), telah hidup dalam pernikahan adat sejak tahun 2007 dengan Melanie (usia 33), yang merupakan seorang pramusaji paruh waktu.



GAMBAR 6-7: Contoh genogram keluarga tiri

Juga dalam rumah tangga tersebut terdapat dua anak Melanie dari pernikahan pertamanya, Kathy (usia 11) dan Jacob (usia 9), yang menderita ADHD dan berada di kelas khusus di kelas 3. Michael menikahi istri pertamanya, Laura, pada tahun 1997 Mereka bercerai pada tahun 2001. Michael dan Laura mempunyai seorang putra, yang kini berusia 8 tahun. Michael adalah anak tunggal. Ayahnya bunuh diri pada tahun 2004. Ibunya masih hidup. Melanie adalah anak bungsu dari tiga bersaudara, dan kedua orang tuanya masih hidup. Melanie menikah dengan David pada tahun 1997, berpisah pada tahun 2004, dan bercerai pada tahun 2007. David, usia 36, adalah seorang mekanik yang saat ini hidup dalam pernikahan adat dengan Camille dan ketiga putranya. Camille dan suami pertamanya, Rob, bercerai pada tahun 2000, berdamai pada tahun 2002, dan kemudian bercerai pada tahun 2003.

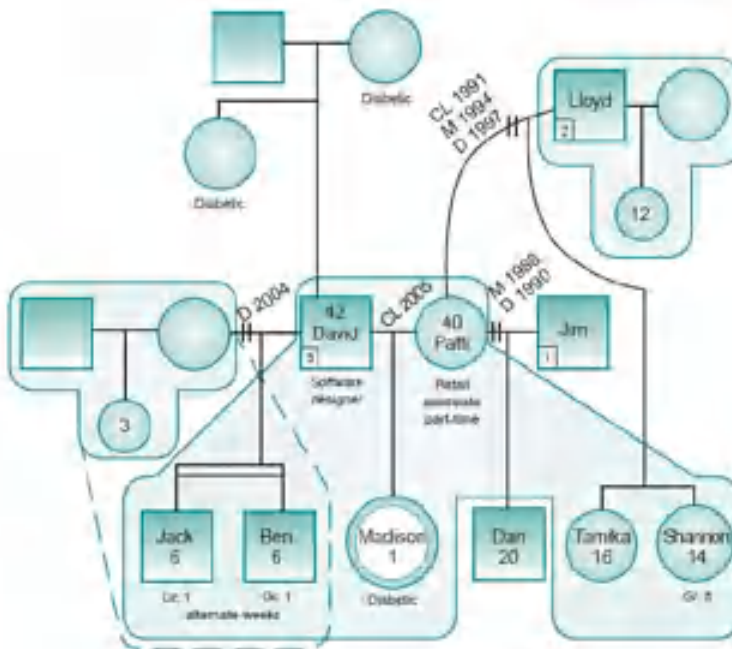
Tidak ada pedoman khusus untuk menggambar genogram yang menggambarkan situasi keluarga tiri yang kompleks. Namun secara umum, cara terbaik bagi perawat untuk

memulai adalah dengan mengumpulkan informasi tentang keluarga dekat. Setelah itu, perawat menggambar konstelasi masing-masing keluarga. Jika memungkinkan, yang terbaik adalah menunjukkan anak-anak dari perkawinan berbeda dalam urutan kelahiran yang benar, yang tertua di sebelah kiri dan yang termuda di sebelah kanan. Kami setuju dengan McGoldrick, Gerson, dan Petry (2008) bahwa aturan praktisnya adalah, jika memungkinkan, pernikahan yang berbeda akan mengikuti urutan kronologis dari kiri ke kanan. Terkadang kami merasa terbantu jika menunjukkan nomor hubungan atau pernikahan di pojok bawah ketika sudah ada beberapa hubungan. Lihat Gambar 3-5, di mana suami Adrienne diindikasikan sebagai #1 dan #2. Akan berguna untuk menggambar lingkaran di sekeliling setiap rumah tangga. Jika salah satu anggota pasangan terlibat perselingkuhan, maka hubungan mereka digambarkan dengan garis putus-putus, bukan garis padat. Informasi tambahan yang relevan, misalnya jumlah anak yang berpindah antara dua rumah tangga, dapat ditulis di sisi genogram. Penting bagi perawat untuk mengingat bahwa tujuan menggambar genogram adalah untuk memperoleh gambaran visual keluarga. Genogram tidak dimaksudkan sebagai bagan genetika yang pasti.

Masalah lain muncul ketika terjadi banyak perkawinan, perkawinan campur, dan perkawinan kembali dalam keluarga. Misalnya ketika sepupu atau saudara tiri menikah, dokter harus menggunakan halaman terpisah untuk memperjelas seluk-beluknya. Dengan situasi keluarga yang kompleks, perawat perlu memilih antara kejelasan dan tingkat detail. Ketika komputer digunakan untuk membuat diagram genogram, kompleksitas dapat dikurangi dengan memperbesar informasi penting yang relevan. Kami menyarankan perawat untuk membiarkan kepraktisan dan kemungkinan menjadi panduan mereka.

Kembangkan genogram yang bermanfaat dibandingkan genogram yang terlalu inklusif dan membingungkan. Kadang-kadang satu-satunya cara yang layak bagi perawat anak untuk memperjelas di mana anak-anak dibesarkan adalah dengan membuat catatan kronologis pada setiap anak

dan menggambar beberapa genogram dari waktu ke waktu untuk menunjukkan berbagai konstelasi keluarga yang dialami anak tersebut. Dengan perangkat lunak, genogram tertentu dapat dibuat untuk momen-momen tertentu dalam kehidupan seseorang. Ketika terdapat perbedaan dalam informasi yang dibagikan oleh berbagai anggota keluarga, kami menyarankan perawat untuk mencatat hal ini pada genogram tetapi tidak mengambil peran investigasi. Mungkin ada banyak kebenaran dan ingatan akan informasi.



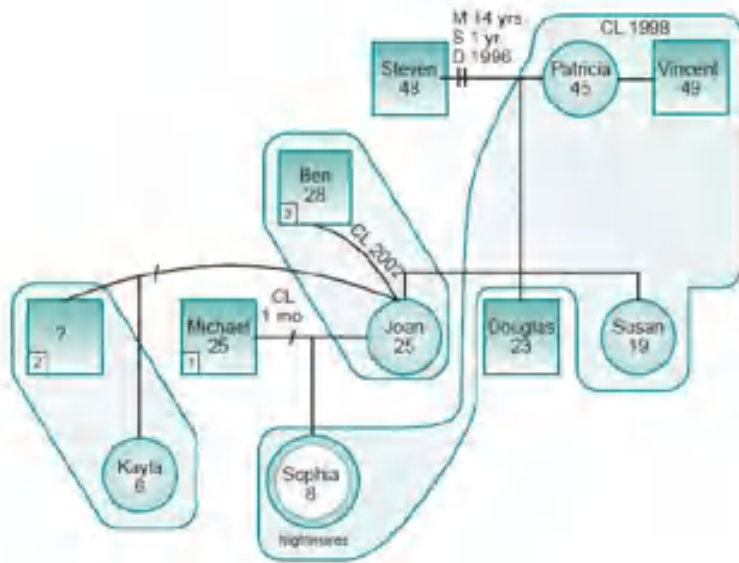
GAMBAR 6-8: Contoh genogram: keluarga tiri Faris.

Genogram keluarga tiri lainnya yang mungkin lebih khas digambarkan pada Gambar 6-8. Dalam genogram ini, keluarga Faris terdiri dari David (usia 42), seorang perancang perangkat lunak yang hidup bersama sejak tahun 2005 dengan Patti (usia 40), seorang rekanan ritel paruh waktu. Mereka memiliki seorang putri, Madison (usia 1 tahun), yang baru-baru ini didiagnosis menderita diabetes remaja. Kembaran David anak laki-lakinya, Jack dan Ben (usia 6), menghabiskan waktu berminggu-minggu di townhouse ibu mereka dan di apartemen ayah mereka.

David bercerai pada tahun 2004; mantan istrinya memiliki seorang putri, usia 3 tahun. Patti memiliki seorang putra, Dan (usia 20), dari suami pertamanya, Jim, yang ia cerai pada tahun 1990. Dan tinggal sendirian dan bekerja paruh waktu di beberapa bar. Patti juga memiliki dua anak perempuan lainnya: Tamika (usia 16), yang baru saja putus sekolah, dan Shannon (usia 14), yang duduk di kelas 8. Mereka berasal dari pernikahan keduanya, dengan Lloyd, yang berakhir dengan perceraian pada tahun 1997. Gadis remaja tinggal bersama ibu mereka dan mengunjungi Lloyd dan keluarganya selama 2 minggu hampir setiap musim panas. Masalah kesehatan saat ini adalah diabetes remaja di Madison; rumah tangga saat ini terdiri dari David, Patti, ketiga gadis itu, dan pada minggu-minggu berikutnya si kembar. Ibu David menderita diabetes, begitu pula kakak perempuannya.

Contoh situasi keluarga lainnya adalah keluarga Fitzgerald-Kucewicz, di mana seorang anak tinggal bersama nenek dan suaminya. Pasien yang teridentifikasi, Sophia Kucewicz, 8 tahun, tinggal bersama neneknya, Patricia Fitzgerald, 45 tahun; Vincent, rekan ipar Patricia selama 10 tahun; dan bibi Sophia yang berusia 19 tahun, Susan. Patricia sebelumnya menikah dengan Steven Fitzgerald selama 14 tahun. Patricia dan Steven memiliki tiga anak: Susan yang berusia 19 tahun, Douglas yang berusia 23 tahun, dan Joan yang berusia 25 tahun, yang merupakan ibu Sophia. Joan hamil Sophia ketika dia berusia 16 tahun. Ayah Sophia, Michael Kucewicz, dan ibunya Joan memiliki hubungan singkat, melalui mana dia dikandung. Meskipun Michael mengetahui kehamilannya, dia meninggalkan kota tak lama sebelum Sophia lahir, tidak pernah bertemu dengannya. Ketika Sophia berusia 2 tahun, Joan mempunyai anak lagi, Kayla, yang kemudian tinggal bersama ayah kandungnya ketika dia berusia 4 tahun. Ketika Sophia berusia 2 1/2 tahun, ibunya tinggal bersama Ben, yang kemudian Sophia kenal sebagai dia. ayah. Joan dan Ben mengalami kesulitan menyediakan lingkungan yang stabil untuk Sophia dan Kayla dan, dari waktu ke waktu, tinggal bersama Patricia dan Vincent. Patricia melaporkan bahwa Joan dan Ben menggunakan narkoba dan alkohol dan sering kali menganggur. Ben

melakukan kekerasan fisik dan verbal terhadap Joan dan, setelah kejadian menakutkan antara Joan dan Ben yang terjadi di ruang bawah tanah rumah Patricia, Joan menelepon polisi. Departemen kesejahteraan anak ikut terlibat, sehingga Patricia dan Vincent mengambil alih perwalian Sophia. Joan dan Ben pindah ke tempat mereka sendiri, setuju untuk membawa Sophia setiap akhir pekan. Masalah kesehatan keluarga ini menjadi mimpi buruk Sophia, terutama setelah kembali dari kunjungan ke trailer Joan dan Ben. Gambar 6-9 menunjukkan genogram keluarga Fitzgerald-Kucewicz.



GAMBAR 6-9: Genogram keluarga Fitzgerald-Kucewicz.

Sebagian besar keluarga sangat menerima dan tertarik untuk berkolaborasi dengan perawat untuk menyelesaikan genogram. Bagi beberapa orang, ini adalah pertama kalinya mereka melihat kehidupan keluarga mereka digambarkan seperti ini. Oleh karena itu, perawat perlu menyadari bahwa keluarga mungkin mempunyai reaksi terhadap kejadian penting. Sebuah keluarga, misalnya, mungkin mengungkapkan materi sensitif dengan cara yang sangat vulgar. Jika perceraian merupakan hal yang biasa terjadi di

keluarga asal mereka, mereka mungkin tidak akan segan-segan membicarakan beberapa pernikahan mereka dan pernikahan saudara kandung mereka. Di sisi lain, keluarga Katolik yang taat mungkin sangat sensitif melihat perawat menulis kata "perceraian".

Peta Eco (Ecomap)

Seperti halnya genogram, nilai utama ecomap ada pada dampak visualnya. Tujuan dari ecomap adalah untuk menggambarkan kontak anggota keluarga dengan sistem yang lebih besar. Hartman (1978) mencatat:

Peta lingkungan [sic] menggambarkan gambaran keluarga dalam situasi mereka; ini menggambarkan hubungan penting yang penuh pengasuhan atau sarat konflik antara keluarga dan dunia. Ini menunjukkan aliran sumber daya, atau kekurangan dan kekurangan. Prosedur pemetaan ini menyoroti sifat dari antarmuka dan menunjukkan konflik yang harus dimediasi, jembatan yang harus dibangun, dan sumber daya yang harus dicari dan dimobilisasi. (hal. 467).

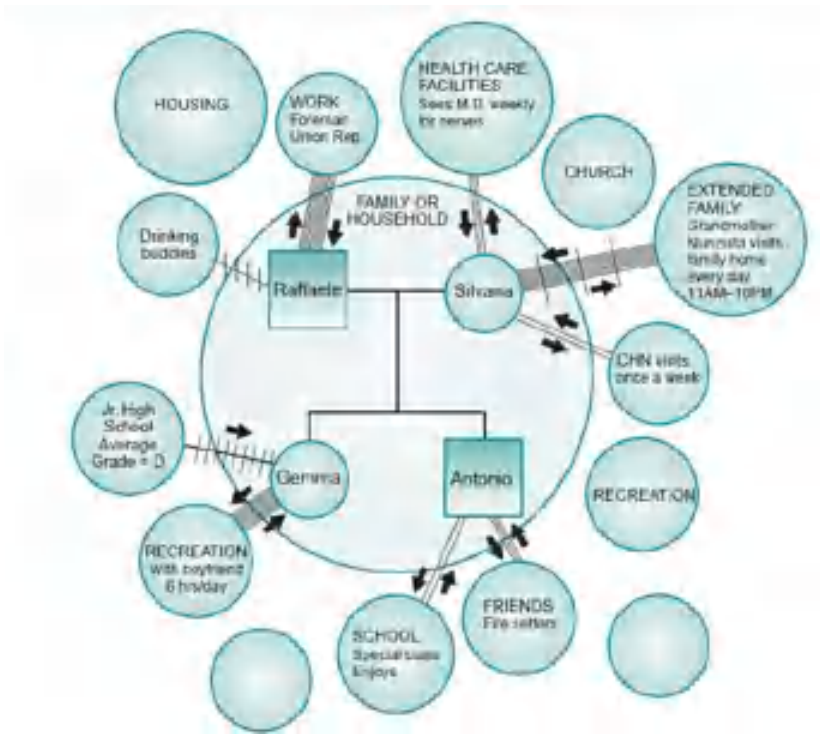
Ecomaps mengalihkan penekanan dari genogram historis ke fungsi keluarga saat ini dan konteks lingkungannya. Fokus pada masa kini merupakan pesan penting dalam iklim layanan kesehatan berbasis hasil. Ecomap menggambarkan hubungan timbal balik antara anggota keluarga dan institusi masyarakat yang lebih luas seperti sekolah, pengadilan, fasilitas layanan kesehatan, dan sebagainya.

Cara Menggunakan Ecomap

Seperti halnya genogram, anggota keluarga dapat berpartisipasi aktif dalam mengerjakan ecomap selama proses penilaian.

Genogram keluarga ditempatkan di tengah lingkaran, diberi label "Keluarga atau rumah tangga". Lingkaran luar mewakili orang-orang, lembaga, atau lembaga penting dalam konteks keluarga. Ukuran lingkaran tidaklah penting. Garis ditarik antara keluarga dan lingkaran luar untuk menunjukkan sifat hubungan yang ada. Garis lurus menunjukkan hubungan yang kuat, garis putus-putus menunjukkan hubungan yang lemah, dan garis miring menunjukkan hubungan yang penuh

tekanan. Semakin lebar garisnya, semakin kuat ikatannya. Panah dapat digambar di sepanjang garis untuk menunjukkan aliran energi dan sumber daya. Lingkaran tambahan dapat dibuat jika diperlukan, tergantung pada jumlah kontak penting yang dimiliki keluarga tersebut.



GAMBAR 6-10: Ecomap keluarga Lamensa.

Peta ecomap untuk keluarga Lamensa diilustrasikan pada Gambar 6-10. Di keluarga ini, Raffaele, Silvana, Gemma, dan Antonio ditempatkan di lingkaran tengah. Raffaele mempunyai hubungan yang kuat dengan tempat kerjanya, dimana dia menjabat sebagai mandor dan perwakilan serikat pekerja. Dia memiliki ikatan yang cukup kuat dengan “teman minumannya”. Namun, hubungan ini menimbulkan stres baginya. Koneksi Silvana terutama dengan ibunya dan sistem layanan kesehatan. Dia menemui dokter keluarganya setiap minggu “untuk mengatasi kegelisahan” dan menemui

perawat kesehatan komunitas (CHN) seminggu sekali. Ibu Silvana, Nunziata, mengunjungi Silvana setiap hari mulai pukul 11.00 hingga 22.00. Ada hubungan yang kuat antara Silvana dan ibunya, tapi Silvana mengatakan dia benar-benar "tidak suka Ibu sering datang." Antonio mempunyai beberapa teman, yang sebagian besar suka membakar. Dia berada di kelas khusus karena ketidakmampuan belajarnya dan menikmati guru dan sekolahnya. Gemma duduk di bangku sekolah menengah pertama, dengan nilai rata-rata D. Ia sering tidak bersekolah, dan ketika bersekolah, ia jarang berpartisipasi. Dia menghabiskan sekitar 6 jam sehari dengan pacarnya.

Saat CHN menyelesaikan ecomap bersama keluarga Lamensa, Ibu Lamensa (Silvana) berkomentar, "Sepertinya saya menghabiskan seluruh waktu saya dengan tenaga medis atau kesehatan." Pak Lamensa (Raffaele) kemudian berkata, "Kamu juga sangat sibuk dengan ibumu sehingga kamu tidak punya waktu untuk orang lain." Perawat dapat menggunakan informasi dari ecomap ini untuk berdiskusi lebih lanjut dengan keluarga tentang jenis hubungan yang mereka inginkan baik dengan orang-orang di dalam rumah mereka maupun dengan orang-orang di luar keluarga dekat. Singkatnya, genogram dan ecomap dapat digunakan di semua rangkaian layanan kesehatan, terutama di layanan primer, untuk meningkatkan kesadaran perawat terhadap seluruh keluarga dan interaksi keluarga dengan sistem yang lebih besar dan keluarga besarnya. Kotak 6-2 memberikan petunjuk berguna untuk menggambar peta ecomap.

ASSESSMENT (PENILAIAN) PERKEMBANGAN

Selain memahami struktur keluarga, perawat harus memahami siklus hidup perkembangan setiap keluarga. Kebanyakan perawat akrab dengan tahapan perkembangan anak dan literatur mengenai perkembangan orang dewasa. Banyak yang menjadi tertarik pada literatur yang berkembang mengenai pembangunan di usia lanjut, sebuah minat yang telah dipupuk oleh penuaan generasi Baby Boomer. Namun bagaimana dengan perkembangan keluarga? Hal ini lebih dari sekedar perkembangan bersamaan pada berbagai fase anak-anak, orang dewasa,

dan orang lanjut usia yang menyebut diri mereka sebagai “keluarga”. Kami percaya keluarga adalah orang-orang yang memiliki sejarah dan masa depan yang sama.

Kotak 6-2 Petunjuk Bermanfaat untuk Menggambar Ecomaps

- Ajukan pertanyaan yang mengeksplorasi hubungan keluarga dengan individu atau kelompok lain di luar keluarga, seperti:
- Lembaga komunitas apa yang saat ini Anda ikuti? Manakah yang paling bermanfaat dan paling tidak bermanfaat?
- Bagaimana Anda menggambarkan hubungan Anda dengan staf sekolah?
- Bagaimana Anda pertama kali terlibat dalam Layanan Perlindungan Anak? Apa sifat hubungan Anda saat ini dengan mereka?

Sumber: Levac, AM, Wright, LM, & Leahey, M. (2002). Anak-anak dan keluarga: Model penilaian dan intervensi. Dalam J. Fox (Ed.), Pelayanan kesehatan primer pada bayi, anak-anak dan remaja (hal. 14). St.Louis: Mosby. Hak Cipta 2002. Diadaptasi dengan izin.

Perkembangan keluarga merupakan konsep yang menyeluruh, namun setiap keluarga memiliki jalur perkembangannya sendiri, dipengaruhi oleh konteks masa lalu dan masa kini serta aspirasinya di masa depan. McGoldrick, Gerson, dan Petry (2008, p. 14) mendefinisikan keluarga “sebagai mereka yang terikat bersama melalui sejarah biologis, hukum, fisik, sosial, dan emosional yang sama dan melalui masa depan bersama yang tersirat.”

Tidak ada siklus hidup atau model perkembangan keluarga yang tunggal. Hal ini terutama terlihat seiring bertambahnya usia populasi kita. Fase-fase alamiah dari batasan-batasan generasi tidak sejelas di masa lalu, misalnya saja anak-anak menjadi dewasa pada usia yang lebih muda namun tinggal di rumah lebih lama, kecenderungan untuk menikah di usia yang lebih tua, dan para lansia yang terus bekerja hingga

usia 60-an. Kaburnya batasan ini terkadang dapat menimbulkan ketegangan dan kebingungan dalam keluarga. Sesuai dengan gagasan postmodernis, kami percaya bahwa ada batasan dalam mendeskripsikan perkembangan keluarga secara tepat, absolut, dan universal. Kaum post-modernis berbeda dengan kaum modernis karena mereka lebih tertarik pada pengecualian daripada aturan; rincian yang spesifik dan terkontekstualisasikan lebih dari sekadar generalisasi besar; perbedaan, bukan persamaan. Kami tidak peduli dengan kebenaran, fakta, dan aturan yang sah, namun lebih pada makna yang diberikan sebuah keluarga terhadap kisah perkembangannya seiring berjalannya waktu.

Dalam supervisi klinis kami dengan perawat, kami merasakan manfaatnya membedakan antara "perkembangan keluarga" dan "siklus hidup keluarga". Perkembangan keluarga menekankan pada jalur unik yang dibangun oleh sebuah keluarga. Hal ini dibentuk oleh kejadian-kejadian yang dapat diprediksi dan tidak dapat diprediksi, seperti penyakit, bencana (misalnya serangan teroris, kebakaran, gempa bumi, angin topan, banjir), dan tren sosial (misalnya penggunaan internet dan telepon seluler, fluktuasi pasar saham, merger perusahaan, dan lain-lain). perubahan tingkat kejahatan dan kelahiran). Siklus hidup keluarga mengacu pada jalur umum yang dilalui sebagian besar keluarga. Peristiwa siklus hidup yang khas berhubungan dengan datang dan perginya anggota keluarga. Misalnya, sebagian besar keluarga dalam siklus hidupnya mengalami peristiwa kelahiran, membesarkan anak, kepergian anak dari rumah tangga, pensiun, dan kematian. Peristiwa seperti ini menghasilkan perubahan yang memerlukan reorganisasi formal atas peran dan aturan dalam keluarga. Siklus hidup keluarga berkembang melalui serangkaian tahapan yang secara umum dapat diprediksi, meskipun terdapat variasi budaya dan etnis. Meskipun terdapat variasi individu, waktu, dan strategi penanggulangannya, jam waktu biologis dan ekspektasi masyarakat terhadap peristiwa seperti masuk sekolah dasar dan pensiun dari pekerjaan relatif umum terjadi di Amerika Utara.

Mengingat minat kami yang besar terhadap perkembangan spesifik keluarga tertentu dari waktu ke waktu, mungkin dipertanyakan mengapa kami menyertakan bagian perkembangan keluarga di CFAM sama sekali. Kami berpendapat bahwa sikap “tidak tahu” yang terinformasi berguna ketika bekerja dengan keluarga. Artinya, kami berupaya mendapatkan informasi dari literatur, penelitian, dan kisah perkembangan keluarga lainnya. Namun, kami “tidak tahu” namun penasaran dengan kisah perkembangan keluarga ini dalam kaitannya dengan kemajuan mereka seiring berjalannya waktu.

Sejarah yang kaya tentang perkembangan keluarga masih meresapi pemikiran para dokter. Kami percaya bahwa hal ini berguna bagi perawat untuk memiliki pemahaman tentang sejarah ini. Para pendukung awal siklus hidup keluarga (Duvall, 1977) mengembangkan model empat tahap yang kemudian diperluas menjadi model delapan tahap yang menampilkan tahap-tahap berturut-turut dalam perkembangan pernikahan primer. Dengan bertambahnya berbagai bentuk keluarga, desain yang lebih kompleks pun tercipta (Carter & McGoldrick, 1988, 1998, 1999a; McGoldrick & Carter, 2003). Sebagian besar analisis awal siklus hidup keluarga dimulai dengan diskusi tentang pernikahan pertama, namun juga mempertimbangkan aktivitas yang mendahului pernikahan pertama, seperti hidup bersama. Pada tahun 2000, lebih dari 3 juta pasangan yang belum menikah tinggal bersama (Fields & Casper, 2001). Median usia pernikahan pertama telah meningkat sejak tahun 1970 menjadi 27,1 tahun untuk laki-laki dan 25,3 tahun untuk perempuan di Amerika Serikat pada tahun 2003 (Biro Sensus Amerika Serikat, 2007c).

Di bidang terapi keluarga, terdapat “pelopor” dalam penerapan kerangka pengembangan keluarga. Banyak yang telah ditulis tentang hubungan antara perkembangan, fungsi, dan terapi keluarga. Carter dan McGoldrick (1988) percaya bahwa perspektif siklus hidup keluarga melihat gejala-gejala dalam kaitannya dengan fungsi normal dari waktu ke waktu dan bahwa “terapi” membantu membangun kembali momentum perkembangan keluarga. Terapis keluarga

seperti Haley (1977), Minuchin (1974), dan Milan Group (Selvini et al., 1980) mencatat frekuensi munculnya gejala dengan penambahan atau kehilangan anggota keluarga. Terapis ini bekerja dengan keluarga yang tidak berpindah dengan mulus atau otomatis dari satu tahap dalam siklus hidup keluarga ke tahap lainnya, dan mereka berfokus pada titik transisi stres antar tahap. Dalam melakukan penilaian dan merencanakan intervensi, para terapis ini menaruh perhatian besar pada peristiwa siklus hidup sebagai penanda perubahan. Meskipun pendekatan mereka berbeda, para terapis ini juga berupaya memahami hubungan antara psikopatologi dan tahap siklus hidup perkembangan keluarga. Misalnya, Minuchin memperhitungkan ekspektasi normatif ketika memvalidasi tujuan, sedangkan kelompok sistemik Milan sengaja menghindari arah normatif (Wright & Watson, 1988). Carter dan McGoldrick (1988, 1998) memasukkan dampak stres transgenerasi yang bersinggungan dengan transisi perkembangan keluarga. Mereka percaya bahwa jika tekanan vertikal (transgenerasi) terlalu tinggi, tekanan horizontal (arus) dalam jumlah kecil akan menyebabkan gangguan besar dan pembentukan gejala. Selama dekade terakhir telah terjadi banyak sekali perubahan dalam siklus hidup keluarga. Pertama, terdapat peningkatan literatur yang membahas keluarga dan fase perkembangannya (misalnya perceraian, pernikahan kembali, keluarga asuh, dampak imigrasi, penyakit kronis, terorisme). Kedua, sudah ada peningkatan kesadaran akan perbedaan perkembangan laki-laki dan perempuan dan pemikiran ulang mengenai arah perjalanan berbagai kelompok etnis dalam masyarakat Amerika Utara. Ketiga, angka kelahiran yang lebih rendah, angka harapan hidup yang lebih panjang, perubahan peran perempuan dan laki-laki, kesadaran akan tren mikro (Penn, 2007), serta meningkatnya angka perceraian dan pernikahan kembali. Keempat, konsepsi sejarah sebagai tatanan "objektif" atas "fakta" masa lalu telah berubah. Perkembangan keluarga kini dilihat sebagai sebuah proses interaktif di mana sejarahawan mempengaruhi kisah-kisah perkembangan yang diceritakan dan ditekankan. Semua perubahan ini memerlukan pemikiran ulang yang kritis terhadap asumsi kita tentang "normalitas" dan gagasan perkembangan "keluarga".

Hubungan antara perubahan demografi dan perubahan dalam prevalensi, waktu, dan urutan beberapa transisi keluarga yang penting juga harus diperhatikan.

Dalam penelitian klinis kami dengan keluarga yang hadir dalam berbagai bentuk dan pada semua tahap perkembangan, kami merasakan manfaatnya mengadopsi gagasan Falicov (2003, 2007) tentang perkembangan keluarga. Ia menekankan relativitas budaya dan gender dibandingkan universalitas, transisi dibandingkan tahapan, dimensi dan proses dibandingkan penanda, dan orientasi sumber daya dibandingkan defisit. Kami sependapat dengan gagasannya bahwa pendekatan sistem terhadap pembangunan keluarga memerlukan integrasi dialektis dari dua kecenderungan: stabilitas dan perubahan. Penekanannya adalah pada kedua kecenderungan tersebut dan bukan pada salah satu kecenderungan tersebut. Perubahan dan stabilitas harus ditangani secara bersamaan. Kami merasa tidak berguna secara klinis untuk menganggap keluarga sebagai "terjebak" dan tidak mampu membawa perubahan. Sebaliknya, kami merasa berguna secara klinis untuk mencari pola kontinuitas, identitas, dan stabilitas yang dapat dipertahankan ketika pola perilaku baru berubah.

Kami percaya bahwa ada banyak bukti yang mendukung posisi bahwa perawat akan menemukan nilai heuristik dalam kategori pengembangan keluarga CFAM. Namun mereka harus menyadari beberapa masalah dalam penerapan dan penerapannya yang sembarangan. Kami merasa tidak dapat dibenarkan jika beberapa perawat membuat generalisasi seperti, "Siklus hidup keluarga ditentukan secara genetis," atau, "Siklus hidup keluarga bersifat universal secara budaya." Kami mendesak perawat untuk hati-hati mempertimbangkan implikasi etnis, ras, dan kelas sosial dalam menerapkan kategori pengembangan keluarga.

Kami juga memperingatkan perawat agar tidak menerapkan kategori perkembangan keluarga secara sembarangan dan terlalu menekankan kemajuan yang mulus. Kontradiksi dan kesulitan yang melekat dalam kemajuan melalui siklus hidup adalah hal yang normal. Keluarga adalah sistem kompleks

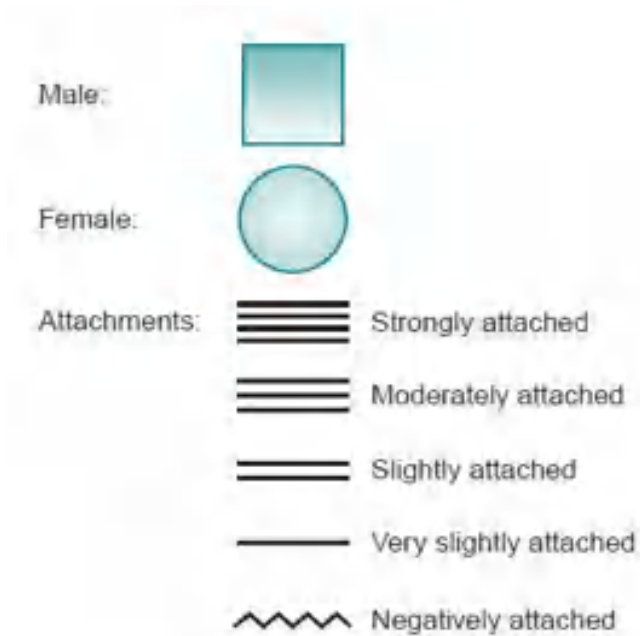
yang perlu menghadapi banyak perkembangan berbeda sekaligus—yakni, ada perkembangan biologis, psikologis, sosiologis, dan budaya. Ketegangan dan perubahan berkelanjutan yang disebabkan oleh kontradiksi antara kemajuan-kemajuan ini adalah hal yang wajar. Kehidupan keluarga jarang mulus atau hambar; sebaliknya, ia penuh semangat dan aktif. Oleh karena itu kami mendorong perawat, ketika menggunakan kategori pengembangan keluarga, agar keluarga mendiskusikan kegembiraan dan kepuasan mereka serta ketegangan dan stres yang mereka alami. Kisah perkembangan keluarga yang diceritakan oleh salah satu anggota keluarga berasal dari “perspektif pengamat” anggota tersebut (Maturana & Varela, 1992).

Selain menggambarkan tahapan dan tugas yang tersirat dalam siklus hidup keluarga, kami merasakan manfaatnya jika kita memperhatikan keterikatan antar anggota keluarga. Keterikatan mengacu pada ikatan emosional unik yang relatif bertahan lama antara dua orang tertentu. Setiap orang mempunyai kebutuhan akan hubungan emosional dan pada saat yang sama tetap merasa aman dalam individualitasnya sendiri. Ada kebutuhan untuk menyeimbangkan dua kekuatan hidup: (1) kebersamaan dan kapasitas untuk keintiman yang intens dalam hubungan dan individualitas, dan (2) kapasitas untuk berpikir mandiri dan tindakan yang berorientasi pada tujuan (Rovers, 2006). Bowlby (1977) mencatat:

Ikatan kasih sayang dan keadaan subjektif dari emosi yang kuat cenderung berjalan bersamaan... Jadi banyak emosi yang paling intensif muncul selama pembentukan, pemeliharaan, gangguan dan pembaruan ikatan kasih sayang yang oleh karena itu kadang-kadang disebut ikatan emosional. Dari segi pengalaman subjektif terbentuknya suatu ikatan digambarkan sebagai jatuh cinta, memelihara ikatan sebagai mencintai seseorang, dan kehilangan pasangan sebagai berduka atas seseorang. Demikian pula ancaman kehilangan menimbulkan kecemasan dan kehilangan yang sebenarnya menyebabkan kesedihan, sedangkan kedua situasi tersebut cenderung menimbulkan kemarahan. Pada akhirnya,

terpeliharanya suatu ikatan secara tak tertandingi dirasakan sebagai sumber keamanan dan pembaharuan suatu ikatan sebagai sumber kebahagiaan. (hal. 203)

Meskipun istilah “ikatan” dan “keterikatan” terkadang digunakan untuk menggambarkan hubungan yang berbeda, dalam buku ini dan dalam penelitian klinis kami, kami memilih untuk tidak membedakan istilah-istilah tersebut. Kami menyadari kompleksitas hubungan yang timbul dari hubungan internasional antar anggota keluarga, tekanan hubungan dan pilihan sulit yang dihadapi imigran ekonomi dan sosial dengan perpisahan dan reuni orang tua, anak kecil, dan anggota keluarga lanjut usia. Kami setuju dengan Falicov (2007) bahwa transformasi gender dan generasi yang sulit perlu dipertimbangkan ketika membahas keterikatan. Saat bekerja dengan keluarga, kita cenderung memberikan perhatian paling besar pada sifat timbal balik dari keterikatan dan kualitas ikatan kasih sayang. Kami mengilustrasikan ikatan antar anggota keluarga ini dengan menggambar diagram keterikatan. Simbol yang digunakan dalam diagram ini (Gbr. 6-11) serupa dengan yang digunakan dalam diagram penilaian struktural. Sekali lagi, penting bagi kami untuk menekankan bahwa tidak ada satu tingkat attachment yang tepat atau konfigurasi attachment terbaik.



GAMBAR 6-11: Simbol yang digunakan dalam diagram lampiran.

Kami tidak setuju dengan gagasan paradigma jaringan sebagai dasar yang berguna untuk mengintegrasikan teori keterikatan dan sistem keluarga. Paradigma seperti itu mengintegrasikan sistem diadik dan keluarga sebagai sesuatu yang berbeda sekaligus saling berhubungan. Dokter memegang berbagai perspektif, mempertimbangkan setiap level sistem sebagai bagian dan keseluruhan, dan mengalihkan fokus antar level sesuai kebutuhan. Kami menyukai konsep ini karena konsep ini memperluas keterikatan hingga mencakup berbagai tingkat sistem dan jaringan, yang khususnya penting seiring bertambahnya usia kelompok Baby Boomer. Teori keterikatan tidak hanya relevan dengan ikatan orang tua-bayi; ini penting untuk segala usia. Kami percaya bahwa elemen kunci dari proses keterikatan (mempengaruhi regulasi, pemahaman antarpribadi, pemrosesan informasi, dan penyediaan

kenyamanan dalam hubungan intim) dapat diterapkan pada sistem keluarga dan juga pada perkembangan individu.

Dalam kategori perkembangan CFAM, kami membahas tahapan siklus hidup keluarga, proses transisi emosional (yaitu, prinsip-prinsip utama), dan perubahan urutan kedua—masalah yang ditangani dan tugas yang sering diselesaikan pada setiap tahap. Dalam upaya untuk menekankan variabilitas perkembangan keluarga, kami membahas enam contoh jenis siklus hidup keluarga:

1. Siklus hidup keluarga kelas menengah di Amerika Utara
2. Siklus hidup keluarga perceraian dan pasca perceraian
3. Siklus hidup keluarga menikah lagi
4. Siklus hidup keluarga profesional dan berpenghasilan rendah
5. Siklus hidup keluarga angkat
6. Siklus hidup keluarga lesbian, gay, biseksual, queer, interseks, transgender, dan berjiwa kembar

Kehidupan Keluarga Kelas Menengah Amerika Utara

Kami berterima kasih kepada Carter dan McGoldrick (1988, 1999b) yang telah menggambarkan enam tahapan dalam siklus hidup keluarga kelas menengah di Amerika Utara (Tabel 6-1). Kami menyoroti perluasan, kontraksi, dan penataan kembali hubungan seiring terjadinya masuk, keluar, dan perkembangan anggota keluarga. Meskipun pola hubungan dan tema keluarga mungkin terdengar akrab, kami ingin menekankan bahwa struktur dan bentuk keluarga di Amerika Utara sedang berubah secara radikal. Kami percaya bahwa penting bagi perawat untuk memiliki kerangka konseptual yang positif tentang apa yang ada: keluarga berkarir ganda, rumah tangga dengan orang tua tunggal permanen, pasangan yang belum menikah, pasangan homoseksual, pasangan menikah lagi, dan adopsi orang tua tunggal. Krisis transisi tidak boleh dianggap sebagai trauma permanen. Kami percaya bahwa sangat penting untuk menghilangkan penggunaan bahasa yang menghubungkan kita dengan stereotip sebelumnya. Misalnya, kami mencoba menghilangkan frasa seperti “anak hasil perceraian”, “ibu yang bekerja”, “anak di luar nikah”, “rumah tanpa ayah”, dan

sebagainya, dari bahasa yang kami gunakan dalam kaitannya dengan keluarga. Selain itu, kami mendesak perawat untuk secara kritis merefleksikan bagaimana budaya, etnis, gender, ras, dan orientasi seksual mempengaruhi tahap perkembangan dan tugas serta keterikatan keluarga.

Table 6-1 The Stages of the Family Life Cycle

1. Meninggalkan rumah: Lajang muda Dewasa	Menerima tanggung jawab emosional dan finansial untuk diri sendiri	1. Diferensiasi diri dalam kaitannya dengan keluarga asal 2. Pengembangan hubungan intim dengan teman sebaya 3. Terbentuknya kemandirian dalam pekerjaan dan finansial
2. Bergabungnya keluarga melalui pernikahan: Pasangan baru	Komitmen terhadap sistem baru	1. Pembentukan sistem perkawinan 2. Penataan kembali hubungan dengan keluarga besar dan teman-teman termasuk pasangan
3. Keluarga dengan anak kecil	Menerima anggota baru ke dalam sistem	1. Menyesuaikan sistem perkawinan untuk memberi ruang bagi anak 2. Ikut serta dalam tugas mengasuh anak, keuangan, dan rumah tangga 3. Penyelarasan kembali hubungan dengan keluarga besar untuk memasukkan peran sebagai orang tua dan kakek-nenek
4. Keluarga dengan remaja	Meningkatkan fleksibilitas batasan keluarga untuk mencakup kemandirian anak dan kelemahan	1. Pergeseran hubungan orang tua-anak untuk memungkinkan remaja keluar masuk sistem

	kakek-nenek	2. Fokus kembali pada masalah perkawinan dan karier di usia paruh baya 3. Pergeseran awal menuju kepedulian bersama terhadap generasi tua
5. Medukung anak dan move on	Menerima banyak jalan keluar dan masuk ke dalam sistem keluarga	1. Negosiasi ulang sistem perkawinan sebagai pasangan 2. Perkembangan hubungan dewasa-ke-dewasa antara anak-anak yang sudah dewasa dan orang tuanya 3. Penataan kembali hubungan dengan mengikutsertakan mertua dan cucu 4. Menangani kecacatan dan kematian orang tua (kakek dan nenek)
6. Keluarga di kemudian hari	Menerima peralihan peran generasi	1. Mempertahankan fungsi dan minat diri sendiri dan pasangan dalam menghadapi penurunan fisiologis; eksplorasi keluarga baru dan pilihan peran sosial 2. Dukungan terhadap peran generasi menengah yang lebih sentral 3. Memberikan ruang dalam sistem bagi kebijaksanaan dan pengalaman para lansia, mendukung generasi yang lebih tua tanpa memberikan manfaat yang berlebihan bagi mereka

		4. Mengatasi kehilangan pasangan, saudara kandung, dan teman sejawat lainnya serta persiapan menghadapi kematian sendiri; tinjauan hidup dan integrasi
--	--	--

Sumber: Carter, B., & McGoldrick, M. (1999) Ikhtisar: Siklus hidup keluarga yang diperluas: Perspektif individu, keluarga dan sosial. Dalam B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), Siklus hidup keluarga yang diperluas: Perspektif individu, keluarga dan sosial (Edisi ke-3rd) (hal. 2). Boston: Allyn & Bacon. Hak Cipta 1999 oleh Allyn & Bacon. Ditetak ulang dengan izin

Tahap Satu: Peluncuran Single Young Adult

Dalam menguraikan tahapan siklus hidup keluarga kelas menengah di Amerika Utara, kami telah memilih untuk memulai dengan tahap dewasa muda. Tugas utama orang dewasa muda adalah berdamai dengan keluarga asal mereka dengan tetap terhubung namun tetap terpisah, tanpa terputus atau melarikan diri secara reaktif ke sumber emosi pengganti. Asal keluarga mempunyai pengaruh besar terhadap siapa, kapan, bagaimana, dan apakah orang dewasa muda akan menikah. Terdapat peningkatan tajam dalam proporsi mereka yang belum menikah, terutama di kalangan pria dan wanita berusia akhir 20-an dan awal 30-an yang tetap tinggal di rumah keluarga. Peningkatan ini terjadi pada orang Hispanik, kulit hitam, dan kulit putih. Pada tahun 2004 di Amerika Serikat, 86,4% pria berusia 20 hingga 24 tahun dan 56,6% berusia 25 hingga 29 tahun belum pernah menikah, sedangkan 75,4% wanita berusia 20 hingga 24 tahun dan 40,8% berusia 25 hingga 29 tahun belum pernah menikah (Biro Sensus Amerika Serikat, 2007d). Selain itu, median usia kawin pertama semakin meningkat. Lebih dari 50% remaja putra dan 46% remaja putri (usia 18 hingga 24 tahun) tinggal bersama orang tua mereka di Amerika Serikat pada tahun 2000 (Fields & Casper, 2001).

Tahap ini mungkin berlangsung selama beberapa tahun dalam perkembangan sebuah keluarga. Ini adalah kesempatan bagi para dewasa muda untuk memilah secara emosional apa yang akan mereka bawa dari keluarga asal,

apa yang akan mereka tinggalkan, dan apa yang akan mereka bangun sendiri seiring kemajuan mereka melalui tahap-tahap berikutnya dalam siklus kehidupan keluarga. Bagi pria dan wanita, ini adalah fase yang sangat penting. Pada tahap ini, laki-laki terkadang mengalami kesulitan dalam berkomitmen pada hubungan dan membentuk identitas pseudo-independen yang berpusat pada pekerjaan. Perempuan mungkin memilih untuk mendefinisikan dirinya dalam kaitannya dengan laki-laki dan menunda atau tidak membangun identitas independen.

Kami merasa terbantu jika kami memiliki rasa ingin tahu terhadap pekerjaan klinis kami dan mencoba memahami pandangan dan warisan klien mengenai status perkawinan dan fleksibilitas harapan kaum muda mengenai jalan menuju kedewasaan. Dengan sekitar satu dari empat orang Amerika lajang yang mencari pasangan romantis menggunakan 1.000 atau lebih situs kencan, tempat jejaring sosial yang sebelumnya ada digantikan oleh internet dan ruang obrolan (Penn, 2007). Pernikahan melalui internet kini semakin umum, dan hal ini kemungkinan besar akan menghasilkan pasangan yang lebih beragam lintas ras, etnis, dan kebangsaan.

Tugas

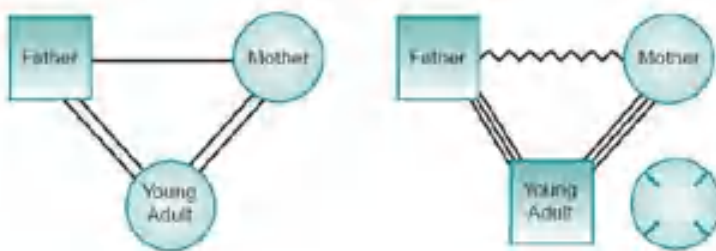
1. **Diferensiasi diri dalam kaitannya dengan keluarga asal.** Pergeseran orang dewasa muda menuju status dewasa melibatkan pengembangan bentuk hubungan yang saling menghormati dengan orang tuanya sehingga orang tua dari orang dewasa muda dapat dihargai apa adanya. Dewasa muda menyesuaikan pandangan orang tuanya dengan tidak menjadikan mereka menjadi apa mereka tidak menyalahkan mereka atas apa yang tidak mungkin mereka lakukan. Kompleksitas tugas ini tidak boleh dianggap remeh. Setiap kelompok etnis dan ras mempunyai norma dan harapan mengenai cara-cara yang dapat diterima untuk terikat dan terhubung dengan keluarga dan mengenai masalah ketergantungan versus kemandirian.

2. **Pengembangan hubungan intim dengan teman sebaya.** Penekanannya adalah pada peralihan masa dewasa muda dari orientasi individu ke orientasi diri yang saling bergantung. Tidak ada satu pun pola pengalaman sosial yang harus diikuti oleh orang dewasa muda saat mereka mengembangkan hubungan intim. Selama menjalankan tugas ini, kaum muda berupaya menjembatani kesenjangan antara otonomi dan kemandirian keterikatan karena mereka berbagi diri dengan orang lain daripada menggunakan orang lain sebagai sumber diri. Dengan meningkatnya penggunaan situs kencan internet, Facebook, dan ruang obrolan, kaum muda akan dihadapkan pada beragam gaya dan kepribadian pribadi.
3. **Pembentukan diri dalam kaitannya dengan pekerjaan dan kemandirian finansial.** Pada masa dewasa muda berusia 20-an dan 30-an, "mencoba" berbagai identitas untuk menguji atau menyempurnakan keterampilan dan minat karier adalah hal yang biasa. Orang dewasa muda yang berkomitmen terhadap jalur karier atau pilihan pekerjaan pada usia akhir 20-an atau awal 30-an tidak terlalu rentan terhadap keraguan diri atau menurunnya rasa percaya diri. Harga diri daripada orang dewasa muda tanpa arah. Persoalan daya saing, ekspektasi, dan perbedaan mengenai tujuan pekerjaan dan keuangan perlu dipilah-pilah oleh kaum muda dan keluarga asal mereka.

Lampiran

Tidak ada keterikatan yang benar atau salah bagi orang dewasa muda di tahap pertama. Sebaliknya, penting bagi perawat untuk menanamkan keyakinan anggota keluarga tentang keterikatan satu sama lain dan bagaimana mereka memandang keterikatan tersebut. Keyakinan ini dipengaruhi oleh budaya, gender, ras, orientasi seksual, dan kelas sosial serta apakah orang dewasa muda tersebut tinggal di rumah. Beberapa contoh lampiran untuk tahap pertama diberikan pada Gambar 6-12. Diagram pertama menggambarkan seorang dewasa muda yang terikat secara setara dengan ayah dan ibunya. Diagram kedua menggambarkan seorang

dewasa muda yang lebih dekat dengan masing-masing orang tuanya dibandingkan dengan orang tuanya satu sama lain; orang tuanya terikat secara negatif. Yang penting dalam diagram kedua adalah bahwa terdapat kematian pada masa kanak-kanak pada masa dewasa muda. Dapat dihipotesiskan bahwa kesulitannya dalam membangun identitasnya berkaitan dengan keengganan keluarga untuk menerima kematian saudara perempuannya dan orang tuanya yang tinggal sendirian tanpa anak.



GAMBAR 6-12: Contoh lampiran pada tahap 1.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Siapa di antara orang tua Anda yang paling menerima rencana karier Anda? Bagaimana dia menunjukkan hal ini? Apa pendapat kakakmu, Manal, tentang reaksi orang tuamu terhadap rencana kariermu? Jika ayah Anda lebih menerima keinginan Anda untuk hidup mandiri dengan orang-orang yang tidak beragama Islam, menurut Anda bagaimana reaksi ibu Anda? Jika kamu tetap mengenakan hijab karena hal tersebut merupakan bagian integral dari keyakinan agamamu, apakah hal ini akan membuat orang tuamu merasa tenang?

Tahap Kedua: Pernikahan: Bergabungnya Keluarga

Banyak pasangan percaya bahwa ketika mereka menikah, hanya dua individu saja yang bisa menikahsedang bergabung bersama. Namun, kedua pasangan tersebut tumbuh dalam keluarga yang kini saling terhubung melalui pernikahan. Kedua pasangan, meskipun dalam beberapa hal berbeda dari keluarga asal mereka dalam hal emosional, finansial, dan

fungsional, membawa seluruh keluarga mereka ke dalam hubungan tersebut. Hal ini khususnya relevan jika pernikahan tersebut merupakan perjodohan. Pernikahan adalah hubungan dua generasi dengan minimal tiga keluarga yang bersatu: keluarga asal, keluarga asal, dan pasangan baru. Mengingat prevalensi keluarga tiri saat ini, kemungkinan berkumpulnya beberapa keluarga meningkat secara eksponensial. Selain itu, kepastian bahwa pasangan tersebut akan menjadi heteroseksual masih belum jelas karena, baik di Amerika Serikat maupun Kanada, pernikahan sesama jenis dan perkawinan sipil semakin diakui secara formal.

Tugas

1. Pembentukan identitas pasangan. Pasangan baru harus memantapkan dirinya sebagai unit yang dapat diidentifikasi. Hal ini memerlukan negosiasi atas banyak isu yang sebelumnya didefinisikan pada tingkat individu. Permasalahan tersebut meliputi hal-hal rutin seperti pola makan dan tidur, kontak seksual, serta penggunaan ruang dan waktu. Pasangan harus memutuskan tradisi dan aturan mana yang harus dipertahankan dari masing-masing keluarga dan mana yang akan mereka kembangkan sendiri. Mereka harus mengembangkan gaya kedekatan-jarak yang dapat diterima dan mengenali perbedaan individu dalam gaya keterikatan orang dewasa. Meskipun sebagian besar penelitian tentang kualitas dan stabilitas pernikahan berfokus pada komunikasi pasangan, kami percaya bahwa cinta adalah faktor penentu kualitas dan stabilitas. Namun, di beberapa budaya, konsep "perkawinan cinta" dibandingkan dengan perjodohan sangatlah berbeda.
2. Penataan kembali hubungan dengan keluarga besar dengan menyertakan pasangan. Negosiasi ulang hubungan dengan keluarga asal masing-masing pasangan harus dilakukan untuk mengakomodasi pasangan baru tersebut. Hal ini memberikan tekanan yang besar pada pasangan dan setiap keluarga asal untuk membuka diri terhadap cara hidup yang baru.

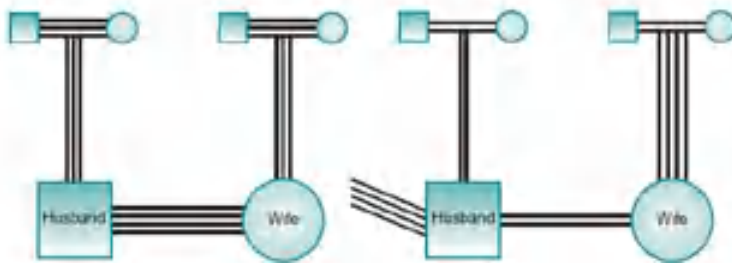
Beberapa pasangan berurusan dengan orang tua mereka dengan memutuskan hubungan demi kemerdekaan. Pasangan lain memilih untuk menangani tugas penataan kembali ini dengan memasukkan pasangan baru ke dalam keluarga asal. Pola umum ketiga melibatkan keseimbangan antara beberapa kontak dan jarak tertentu. LaSala (2002) menunjukkan variabilitas besar dalam gaya keterikatan. Misalnya, "laki-laki gay menekankan pentingnya kemandirian dari orang tua mereka sementara lesbian mencari hubungan antargenerasi yang harmonis" (hal. 327).

3. Keputusan mengenai peran sebagai orang tua. Bagi sebagian besar pasangan, kebahagiaan tertinggi terjadi pada tahap awal siklus hidup pernikahan. Meskipun sejumlah kecil pasangan menikah memutuskan untuk tidak memiliki anak, namun sebagian besar masih berencana untuk menjadi orang tua. Pertanyaan mengenai kapan waktu untuk hamil menjadi semakin kompleks, terutama dengan adanya perubahan peran perempuan, meluasnya penggunaan alat kontrasepsi, tersedianya beragam strategi pembuahan, dan kecenderungan untuk menikah di usia lebih muda. Pasangan yang telah mengembangkan struktur perkawinan yang lebih kompeten sebelum melahirkan lebih besar kemungkinannya untuk berhasil memasukkan anak ke dalam keluarga.

Lampiran

Gambar 6-13 mengilustrasikan contoh keterikatan pada pasangan pada tahap kedua: perkembangan ikatan emosional yang erat di antara pasangan. Diagram pertama menggambarkan bagaimana mereka tidak harus memutuskan hubungan dengan keluarga asal mereka, namun justru menjaga dan menyesuaikan hubungan dengan keluarga asal mereka. Jenis keterikatan yang berbeda (diilustrasikan dalam diagram kedua) dapat terjadi jika kedua anggota suatu pasangan tidak menyelaraskan diri. Istri lebih terikat pada keluarga asalnya dibandingkan dengan suaminya. Suami lebih terikat pada kepentingan luar

(seperti pekerjaan dan teman) dibandingkan dengan istri. Kami menemukan bahwa peristiwa-peristiwa terkait keterikatan negatif yang terjadi di awal pernikahan sangat menyusahkan pasangan. Cedera ini dan luka keterikatan lainnya dapat ditandai dengan pengkhianatan kepercayaan pada saat dibutuhkan.



GAMBAR 6-13: Contoh lampiran pada tahap 2.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Keluarga manakah, Sabeen, yang paling mendukung pernikahanmu dengan Hasyim? Bagaimana Anda memasukkan tradisi Pakistan dan Amerika ke dalam pernikahan Anda? Bagaimana saudara Anda menunjukkan bahwa mereka mendukung pernikahan Anda? Apa pendapat pasangan Anda tentang hubungan perkawinan orang tua Anda? Jika Anda berdua sebagai pasangan mencontoh pernikahan Anda berdasarkan pernikahan orang tua Anda, apa yang akan Anda masukkan ke dalam pernikahan Anda? Bagaimana diagnosis multiple sclerosis memengaruhi ikatan Anda sebagai pasangan?

Tahap Tiga: Keluarga dengan Anak Kecil

Pada tahap ini, orang dewasa kini menjadi pengasuh generasi muda. Pengalaman asal usul keluarga dapat mempengaruhi terbentuknya keluarga baru sebagaimana penelitian Perren, dkk. (2005) menunjukkan. Mereka menemukan bahwa peserta penelitian yang mengingat kembali kualitas-kualitas negatif dalam hubungan orang tua mereka melaporkan lebih banyak perubahan negatif dalam

kualitas pernikahan mereka selama tahun pertama transisi mereka menjadi orang tua.

Kelahiran dan membesarkan bayi menghadirkan berbagai tantangan. Selain itu, mengambil tanggung jawab dan menangani tuntutan anak-anak yang menjadi tanggungan merupakan tantangan bagi sebagian besar keluarga ketika sumber daya keuangan terbatas dan orang tua sangat terlibat dalam pengembangan karier. Disposisi tanggung jawab pengasuhan anak dan pekerjaan rumah tangga di rumah tangga dengan karir ganda merupakan perjuangan yang sulit. Kami menemukan bahwa laki-laki dan perempuan seringkali berbeda dalam strategi penanggulangan yang mereka gunakan untuk menghadapi masalah ini. Wanita yang memiliki anak kecil cenderung lebih sering melakukan restrukturisasi kognitif, mendelegasikan, membatasi aktivitas hobi, dan menggunakan dukungan sosial dibandingkan pria. Kami percaya bahwa masalah pekerjaan-keluarga yang mencakup pengasuhan anak dan tanggung jawab rumah tangga lainnya adalah masalah sosial yang harus ditangani oleh pasangan tersebut, bukan "masalah perempuan" yang harus mereka hadapi sendiri. Belum diketahui bagaimana peningkatan jumlah "Ayah lama dan baru" di Amerika Serikat akan berdampak pada perjuangan ini. Hal yang terbukti adalah angka kelahiran antara tahun 1980 dan 2002 meningkat sebesar 32% pada ayah berusia 40 hingga 44 tahun di Amerika Serikat dan meningkat sebesar 21% pada ayah berusia 45 hingga 49 tahun (Penn, 2007). Angka ini meningkat hampir 10% pada ayah berusia 50 hingga 54 tahun. Tren ini berarti bahwa kebahagiaan hidup berkeluarga terus berlanjut hingga banyak ayah berusia 60an. Batasan generasi dengan cepat menjadi kabur karena "Ayah-ayah lama yang baru" secara bersamaan menaruh perhatian pada sekolah anak-anak, olahraga, dan keuangan pensiun mereka sendiri.

Tugas

1. Menyesuaikan sistem perkawinan untuk memberikan ruang bagi anak. Pasangan harus terus memenuhi kebutuhan pribadi satu sama lain dan juga kebutuhan mereka sendiri tanggung jawab orang tua. Dengan

diperkenalkannya anak pertama, terdapat tantangan terhadap ruang pribadi, keintiman seksual dan emosional, serta bersosialisasi. Baik ibu maupun ayah semakin menyadari perlunya integrasi emosional anak ke dalam keluarga. Anak-anak dapat dibawa ke dalam tiga jenis lingkungan: (1) tidak ada ruang untuk mereka, (2) ada ruang untuk mereka, atau (3) ada ruang hampa yang diharapkan dapat diisi oleh mereka. Jika anak mempunyai kecacatan, pasangan akan menghadapi lebih banyak stres ketika mereka menyesuaikan ekspektasi dan menghadapi reaksi emosional mereka. Kami menemukan bahwa proses keluarga yang normal pada pasangan yang menjadi orang tua mencakup pergeseran perasaan diri, pergeseran hubungan dengan keluarga asal, pergeseran hubungan dengan anak, perubahan stres dan dukungan sosial, serta perubahan pada pasangan.

2. Ikut serta dalam urusan melahirkan anak, keuangan, dan rumah tangga. Pasangan tersebut harus menemukan cara yang saling memuaskan untuk menangani tanggung jawab pengasuhan anak dan pekerjaan rumah tangga yang tidak membebani salah satu pasangan. Menyeimbangkan anggaran dan mengatur tanggung jawab keluarga dan lainnya adalah tugas utama. Biaya emosional dan finansial dari solusi untuk menangani masalah anak-anak tanggung jawab perawatan harus ditangani. Baik ibu maupun ayah berkontribusi terhadap perkembangan anak dan dapat melakukannya dengan cara yang berbeda atau serupa. Stimulasi fisik dan permainan anak melengkapi interaksi verbal. Orang tua dapat mendukung atau menghambat keberhasilan anak-anak mereka dalam mengembangkan hubungan dengan teman sebaya dan berprestasi di sekolah. Beberapa keluarga kelas menengah, ketika merespons tekanan kuat dari sistem sekolah, cenderung menekankan nilai-nilai prestasi dan produktivitas, sedangkan beberapa keluarga kelas pekerja mungkin merespons tekanan ini dengan perasaan terasing. Pengalaman imigrasi baru-baru ini dan apakah anak-

anak tersebut berdokumen atau tidak berdokumen juga dapat mempengaruhi interaksi teman sebaya dan sekolah.

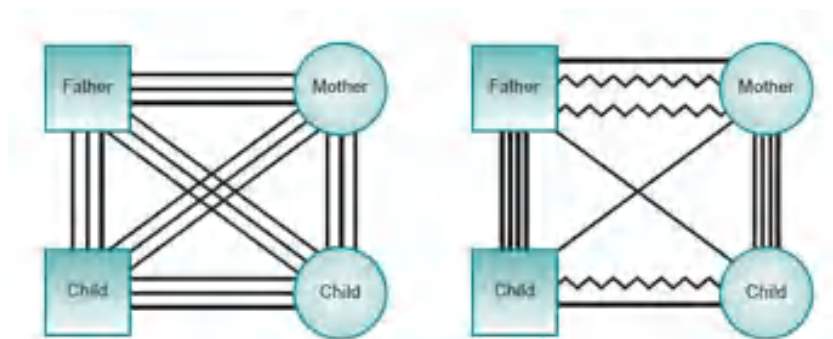
3. Penyelarasan kembali hubungan dengan keluarga besar untuk memasukkan peran sebagai orang tua dan kakek-nenek. Pasangan harus merancang dan mengembangkan peran baru sebagai ayah dan ibu sebagai tambahan terhadap peran perkawinan, bukan menggantikannya. Anggota setiap keluarga asal juga mengambil peran baru, misalnya kakek atau bibi. Dalam beberapa kasus, kakek-nenek yang mungkin awalnya menentang pernikahan menjadi sangat tertarik pada anak kecil. Bagi banyak orang lanjut usia, ini merupakan saat yang sangat menyenangkan karena memungkinkan mereka untuk memiliki keintiman dengan cucu-cucu mereka tanpa tanggung jawab sebagai orang tua. Hal ini juga memungkinkan mereka untuk mengembangkan jenis hubungan dewasa-dewasa baru dengan anak-anak mereka. Peluang untuk mendapatkan dukungan atau konflik antargenerasi semakin besar seiring dengan terungkapnya ekspektasi mengenai praktik pengasuhan anak dan layanan kesehatan. Smith (2000) melaporkan bahwa, pada tahun 1995, "lima puluh persen anak-anak prasekolah (di Amerika Serikat) diasuh oleh seorang kerabat, dengan kakek-nenek menjadi satu-satunya penyedia layanan yang paling sering disebutkan (30 persen)" (hal. 2).

Lampiran

Orang tua perlu menjaga ikatan perkawinan dan melanjutkan percakapan pribadi yang berpusat pada orang dewasa selain percakapan yang berpusat pada anak. Ruang untuk privasi dan waktu yang dihabiskan bersama merupakan kebutuhan yang penting. Gottman dan Notarius (2002) melaporkan bahwa 40% hingga 70% pasangan mengalami penurunan kualitas perkawinan setelah transisi menjadi orang tua, dan orang-orang biasanya kembali ke peran stereotip gender karena mereka kewalahan dengan kompleksitas pekerjaan rumah tangga, pengasuhan anak, dan pekerjaan. Percakapan

perkawinan dan seks menurun tajam. Namun, kegembiraan dan kesenangan bersama bayi semakin meningkat.

Anak-anak membutuhkan rasa aman dan keterikatan yang hangat dengan orang dewasa, serta peluang untuk mengembangkan hubungan saudara yang positif. Kami percaya mengajarkan saling ketergantungan adalah tujuan utama dalam mengasuh anak, membantu anak-anak melihat diri mereka sebagai bagian dari komunitas dan hidup kooperatif dengan orang lain.



GAMBAR 6-14: Contoh lampiran pada tahap 3.

Pada Gambar 6-14, contoh diagram lampiran untuk tahap ini diberikan. Hubungan yang kompetitif dan negatif (diilustrasikan dengan garis bergelombang) terjadi antara anak-anak dan pasangan pada diagram kedua. Sang ibu terlalu terikat pada putrinya, dan sang ayah kurang terlibat dengan putrinya. Ayah terlalu terikat pada anak laki-lakinya, dan ibu kurang terlibat dengan anak laki-lakinya. Ini adalah contoh koalisi sesama jenis yang ada secara lintas generasi.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Berapa persentase waktu yang Anda habiskan untuk mengurus anak-anak Anda? Berapa persen yang Anda keluarkan untuk mengurus pernikahan Anda? Apakah ini keseimbangan yang nyaman bagi Anda berdua? Apa pengaruh pola ini terhadap anak-anak Anda? Jika anak-anak Anda berpikir bahwa Anda harus lebih dekat, bagaimana mereka akan mengatakan hal ini kepada Anda? Apa dampak keguguran terhadap pernikahan Anda?

Tahap Keempat: Keluarga dengan Remaja

Periode ini sering kali digambarkan sebagai periode pergolakan yang hebat dan transisi, di mana perubahan biologis, emosional, dan sosiokultural terjadi dengan kecepatan yang tinggi dan terus meningkat. Teman sebaya, teknologi internet seperti pesan instan dan Facebook, pornografi, olah raga, dan aktivitas lainnya semuanya bersaing untuk mendapatkan perhatian remaja. Tahap ini sangat dipengaruhi oleh kelas. Masa remaja dapat dimulai sejak dini di komunitas miskin di tengah kota ketika, pada usia yang sangat muda, anak-anak sering kali dihadapkan pada tekanan terkait seksualitas, tanggung jawab rumah tangga, narkoba, dan penggunaan alkohol. Di banyak keluarga kelas menengah, masa remaja dapat berlangsung hingga usia dewasa muda 20-an dan 30-an, dimana anak muda tersebut bergantung secara finansial pada orang tuanya dan terus tinggal di rumah keluarga.

Tugas

1. **Pergeseran dalam hubungan orang tua-anak yang memungkinkan remaja untuk masuk atau keluar dari sistem.** Keluarga harus beralih dari hubungan ketergantungan yang sebelumnya terjalin dengan anak kecil ke hubungan yang semakin mandiri dengan remaja. Tumbuhnya kemandirian psikologis seringkali tidak disadari karena ketergantungan fisik yang terus berlanjut. Konflik sering kali muncul ketika kemandirian seorang remaja mengancam keluarga. Misalnya, remaja mungkin memicu konflik perkawinan ketika mereka mempertanyakan siapa yang membuat peraturan dalam keluarga mengenai mobil: Ibu atau Ayah? Keluarga sering kali menanggapi permintaan remaja untuk meningkatkan otonomi dengan dua cara: (1) mereka secara tiba-tiba menetapkan aturan yang kaku dan menciptakan kembali tahap ketergantungan yang lebih awal, atau (2) mereka membangun kemandirian yang prematur. Dalam skenario kedua, keluarga hanya mendukung kemandirian dan mengabaikan kebutuhan

ketergantungan. Hal ini dapat mengakibatkan perpisahan dini ketika remaja belum benar-benar siap untuk mandiri sepenuhnya. Dengan demikian, remaja tersebut dapat pulang ke rumah dalam keadaan kalah. Orang tua perlu beralih dari peran sebagai “pelindung” menjadi “penyiap” menghadapi tantangan masa dewasa.

Tantangan bagi orang tua untuk mengalihkan tanggung jawab secara seimbang kepada remajanya seringkali menjadi rumit jika terdapat masalah kesehatan. Misalnya, Fulkerson, dkk. (2007) menemukan bahwa keterhubungan keluarga secara umum, prioritas makanan keluarga, dan lingkungan waktu makan yang positif berhubungan positif secara signifikan dengan kesejahteraan psikososial pada remaja yang kelebihan berat badan. Para penulis ini juga mencatat bahwa ejekan berdasarkan berat badan dan dorongan orang tua untuk berdiet dikaitkan dengan kesehatan psikologis yang buruk pada siswa kelas 7 hingga 12 yang mereka pelajari. Bagi orang tua, menemukan keseimbangan antara mendorong pola makan sehat dan menghindari mendorong pola makan pada remaja yang berisiko kelebihan berat badan atau kelebihan berat badan adalah sebuah tantangan.

2. **Fokus kembali pada masalah perkawinan dan karier di usia paruh baya.** Pada tahap ini, orang tua sering bergumul dengan apa yang disebut Erickson (1963) sebagai generativitas, yaitu kebutuhan untuk berguna sebagai manusia, mitra, dan mentor bagi generasi berikutnya. Pertanyaan dan konflik yang sering terjadi pada remaja yang sudah matang secara sosial dan seksual mengenai nilai-nilai, gaya hidup, rencana karier, dan sebagainya dapat mendorong orang tua untuk memeriksa masalah perkawinan dan karier mereka sendiri. Tergantung pada banyak faktor, termasuk ekspektasi budaya dan gender, masa ini mungkin merupakan periode pertumbuhan positif

atau perjuangan yang menyakitkan bagi laki-laki dan perempuan.

3. Pergeseran awal menuju kepedulian bersama terhadap generasi tua. Seiring bertambahnya usia orang tua, kakek dan nenek pun demikian. Orang tua (terutama perempuan) terkadang merasa dikepung oleh kedua belah pihak: remaja meminta lebih banyak kebebasan, dan kakek-nenek meminta lebih banyak dukungan. Dengan tren wanita memiliki anak di kemudian hari dan bagi lansia yang hidup lebih lama, kebutuhan ganda akan perhatian dan sumber daya ini kemungkinan besar akan semakin meningkat. Merayakan kearifan para senior dan timbal balik antar generasi adalah tugas utama.

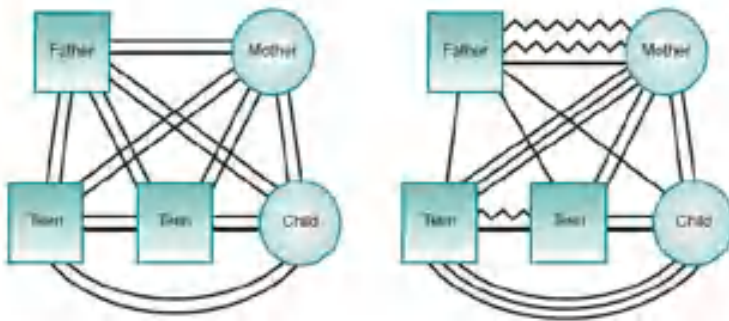
Lampiran

Semua anggota keluarga tetap menjalin hubungan dalam keluarga, sementara remaja semakin terlibat dengan teman-temannya dibandingkan dengan anggota keluarga. Transisi dalam siklus hidup keluarga ini dapat menimbulkan stres karena menantang ikatan keterikatan di antara anggota keluarga. Kami menganjurkan komunikasi terbuka dan mengatasi emosi utama. Penurunan keterikatan orang tua merupakan hal yang normal dan sesuai dengan perkembangan remaja. Namun, meluasnya jaringan sosial anak muda tidak menghalangi hubungan keluarga yang kuat, meskipun hubungan keluarga berubah. Suami dan istri perlu berinvestasi kembali dalam hubungan perkawinan saat hal ini sedang berlangsung.

Contoh pola lampiran diilustrasikan pada Gambar 6-15. Pada diagram kedua, sang ibu terlalu terlibat dengan putra sulungnya dan memiliki hubungan negatif dengan suaminya. Sang ayah cenderung minim terlibat dengan seluruh anggota keluarga. Ada konflik antara kedua putranya.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Hak istimewa apa yang dimiliki anak remaja Anda sekarang yang tidak mereka dapatkan ketika mereka masih muda? Tanyakan kepada para remaja: Menurut Anda bagaimana orang tua Anda akan menangani jika adik perempuan Anda, Nenita,

ingin berkenan? Apakah akan berbeda dengan saat Anda ingin berkenan? Pada skala 1 sampai 10, dengan angka 10 sebagai nilai tertinggi, seberapa besar kepercayaan orang tuamu terhadap kemampuanmu untuk mengatakan tidak pada sabu?



GAMBAR 6-15: Contoh lampiran pada tahap 4.

Tahap Lima: Meluncurkan Anak dan Melanjutkan

Banyak orang Amerika Utara kelas menengah yang anak-anaknya sudah terbiasa dengan hal ini berasumsi mereka akan memiliki sarang kosong. Namun harapan ini sedang dalam proses perubahan. Meningkatnya biaya perumahan dan tingkat gaji awal yang tidak meningkat secepat pekerja yang lebih berpengalaman dianggap sebagai beberapa penyebab tren ini. Penjelasan lain adalah bahwa generasi muda Amerika Utara mengalami kesulitan tumbuh dewasa dan tidak mau keluar rumah serta menerima penghasilan yang lebih sedikit dibandingkan dengan penghasilan orang tua mereka.

Tugas

1. **Negosiasi ulang sistem perkawinan sebagai pasangan.** Dalam banyak kasus, muncul dorongan untuk mengubah beberapa prinsip dasar hubungan perkawinan. Hal ini terutama berlaku jika kedua pasangan bekerja dan anak-anaknya meninggalkan rumah. Ikatan pasangan dapat mengambil posisi yang

lebih menonjol. Keseimbangan antara ketergantungan, kemandirian, dan saling ketergantungan harus diperiksa ulang.

2. **Perkembangan hubungan dewasa-dewasa antara anak-anak yang sudah dewasa dan orang tuanya.** Keluarga asal harus melepaskan peran utama sebagai orang tua dan anak. Mereka harus beradaptasi dengan peran baru sebagai orang tua dan anak dewasa. Hal ini melibatkan negosiasi ulang komitmen emosional dan finansial. Proses emosional utama pada tahap ini adalah untuk keluarga anggota untuk menghadapi banyak jalan keluar dan masuk ke dalam sistem keluarga.
3. **Penataan kembali hubungan dengan melibatkan mertua dan anak yang sudah dewasa.** Orang tua menyesuaikan ikatan dan harapan keluarga dengan menyertakan pasangan anak mereka. Hal ini terkadang menjadi tantangan tersendiri jika harapan orang tua adalah menantu laki-laki atau menantu perempuan yang heteroseksual dari ras, agama, dan etnis dalam keluarga, dan anak tersebut memilih untuk menjadi menantu laki-laki atau menantu perempuan yang heteroseksual. seseorang yang berbeda jenis kelamin. Gagasan yang dulu tersebar luas bahwa masa setelah seorang anak dewasa menikah adalah masa yang sepi dan menyedihkan, terutama bagi perempuan, kini telah tergantikan. Peningkatan kepuasan perkawinan sering kali dicatat.
4. **Menangani kecacatan dan kematian kakek dan nenek.** Banyak keluarga menganggap kecacatan atau kematian orang tua lanjut usia sebagai suatu kejadian alami. Ini bisa menjadi saat untuk menikmati dan menemukan kenyamanan dalam kenangan indah, kebijaksanaan, dan kontribusi orang yang lebih tua. Namun, jika pasangan tersebut dan orang tuanya yang sudah lanjut usia masih mempunyai urusan yang belum terselesaikan, mungkin ada urusan yang ada dampak yang serius, tidak hanya bagi anak-anak tetapi juga bagi generasi ketiga yang baru. Jenis disabilitas yang menimpa lansia menentukan dampaknya terhadap keluarga dekat. Misalnya,

pengasuh yang tidak memahami demensia Alzheimer dan dampaknya terhadap fungsi kognitif dan perilaku sering kali berusaha menangani perilaku yang tidak pantas atau mengganggu dengan cara yang tidak efektif dan kontraproduktif. Dengan demikian, mereka secara tidak sengaja memperparah stres mereka sendiri. Fruhauf dan Aberle (2007) mencatat bahwa sering kali pengasuh perempuan mencari dukungan untuk depresi yang seringkali disebabkan oleh peran ganda, kehilangan, dan rasa bersalah yang mereka alami.

Kami merekomendasikan agar para profesional kesehatan, selain memperhatikan warisan penyakit, kehilangan, dan krisis multigenerasi dalam keluarga, juga memperhatikan kekuatan dan kebijaksanaan antargenerasi. Melacak peristiwa-peristiwa penting, transisi, dan strategi penanggulangan membantu memperoleh ketahanan.

Lampiran

Setiap anggota keluarga terus mempunyai kepentingan luar dan menetapkan peran baru yang sesuai dengan tahap ini. Contoh pola lampiran diilustrasikan pada Gambar 3-16. Masalah mungkin muncul ketika suami dan istri sama-sama memegang anak terakhirnya. Mereka mungkin menghindari konflik dengan membiarkan anak tertua meninggalkan rumah dan kemudian fokus pada anak berikutnya.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Bagaimana orang tuamu membantumu meninggalkan rumah? Apa perbedaan antara cara Anda meninggalkan rumah dan cara putra Anda, Zubin, meninggalkan rumah? Akankah orang tua Anda rukun satu sama lain dengan lebih baik, lebih buruk, atau sama setelah Anda meninggalkan rumah? Siapa diantara Ayah dan Ibu yang paling rindu dengan anak? Saat Anda melihat anak Anda menjalani hubungan baru, apa yang Anda ingin anak Anda lakukan secara berbeda dibandingkan Anda? Jika orang tua Anda masih hidup, apakah ada masalah yang ingin Anda diskusikan dengan mereka?

Tahap Enam: Keluarga di Kehidupan Selanjutnya

Tahap ini dapat dimulai saat pensiun dan berlangsung hingga meninggalnya keduanya pasangan. Namun sulit untuk mengatakan kapan tahap tersebut benar-benar dimulai untuk setiap keluarga, mengingat "saat ini terdapat 5 juta orang berusia 65 tahun ke atas dalam angkatan kerja di AS, hampir dua kali lipat dibandingkan pada awal tahun 1980an dan jumlah tersebut akan segera meningkat. meledak" (Penn, 2007, hal.29). Kemungkinan besar, tahap ini bisa berlangsung 20 hingga 30 tahun bagi banyak pasangan. Proses emosional utama dalam tahap ini adalah penyesuaian secara fleksibel terhadap perubahan peran generasi dan menumbuhkan apresiasi terhadap kebijaksanaan orang yang lebih tua.

Tugas

1. Mempertahankan fungsi dan minat diri sendiri atau pasangan dalam menghadapi penurunan fisiologis: eksplorasi pilihan peran keluarga dan sosial yang baru. Hubungan perkawinan terus menjadi penting, dan perkawinan kepuasan berkontribusi pada moral dan aktivitas berkelanjutan dari kedua pasangan. Kami telah mencatat bahwa semangat kerja suami sering kali sangat terkait dengan kesehatan, status sosial ekonomi, pendapatan, dan, pada tingkat lebih rendah, fungsi keluarga. Semangat kerja istri paling erat kaitannya dengan fungsi keluarga dan, pada tingkat lebih rendah, dengan kesehatan dan status sosial ekonomi.

Ketika pasangan di kemudian hari mendapati diri mereka dalam peran baru sebagai kakek-nenek, ibu mertua, dan ayah mertua, mereka harus menyesuaikan diri dengan pasangan anak-anak mereka dan membuka ruang bagi cucu-cucu baru. Kesulitan dalam melakukan perubahan status yang diperlukan dapat tercermin pada anggota keluarga yang lebih tua yang menolak melepaskan sebagian kekuasaannya, misalnya menolak menyerahkan

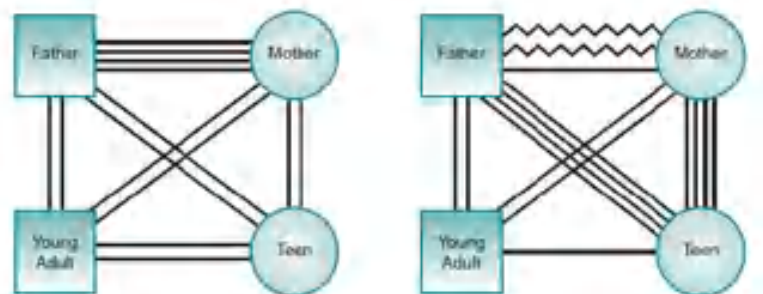
perusahaan atau membuat rencana suksesi bisnis keluarga. Peralihan status antara anggota keluarga lanjut usia dan anggota keluarga paruh baya bersifat timbal balik. Kesulitan dan kebingungan dapat terjadi dalam beberapa cara. Orang lanjut usia mungkin menyerah dan bergantung sepenuhnya pada generasi berikutnya; generasi berikutnya mungkin tidak menerima berkurangnya kekuasaan para senior dan mungkin terus memperlakukan mereka sebagai orang yang benar-benar kompeten, atau generasi berikutnya mungkin hanya melihat kelemahan para senior dan mungkin memperlakukan mereka sebagai orang yang sama sekali tidak kompeten.

2. Memberikan ruang dalam sistem bagi kebijaksanaan dan pengalaman para senior. Tugas mendukung generasi tua tanpa melakukan fungsi berlebihan bagi mereka sangatlah penting karena, secara umum, masyarakat hidup lebih lama. Tidak jarang seorang wanita berusia 90 tahun diasuh oleh putrinya yang berusia 70 tahun, dan keduanya tinggal berdekatan. Kedekatan dengan putra dan cucunya yang berusia 50 tahun. Orang tua dari Baby Boomers adalah generasi "tua-muda" saat ini. Mereka sangat termotivasi untuk berpartisipasi dalam kelompok swadaya dan tertarik untuk meningkatkan kualitas hidup mereka melalui konseling, kegiatan kesehatan tradisional dan alternatif, serta pendidikan. Banyak yang menemukan hubungan keluarga "baru" melalui penggunaan email dan telepon seluler. Mereka tidak hidup berdasarkan mitos-mitos penuaan di masa lalu. Sebaliknya, sebagai konsumen, mereka mengharapkan dan menuntut kualitas hidup yang baik. Banyak kakek-nenek yang terus terlibat dalam pengasuhan anak. Menurut Biro Sensus A.S. (2002), pada tahun 2000, 42% kakek-nenek yang tinggal bersama cucu-cucu mereka yang berusia di bawah 18 tahun bertanggung jawab atas sebagian besar kebutuhan dasar satu atau lebih cucu-cucu tersebut.
3. Mengatasi kehilangan pasangan, saudara, dan teman sejawat lainnya serta persiapan menghadapi kematian. Ini adalah waktu untuk meninjau kembali

kehidupan dan mengurus urusan yang belum selesai dengan keluarga serta dengan kontak bisnis dan sosial. Banyak orang merasa terbantu dengan mendiskusikan kehidupan mereka, mengulasnya, dan menikmati kesempatan untuk meneruskan informasi ini kepada generasi penerus.

Lampiran

Pasangan tersebut menginvestasikan kembali dan memodifikasi hubungan perkawinan berdasarkan tingkat fungsi kedua pasangan. Pada tahun 2000 di Amerika Serikat, luasnya mayoritas orang dewasa di atas usia 65 tahun tidak tinggal sendiri namun tinggal bersama anggota keluarga lainnya; kurang dari 5% tinggal di institusi. Di antara penduduk berusia 75 tahun ke atas, 67% laki-laki tinggal bersama pasangannya. Empat puluh sembilan persen perempuan tinggal sendirian, dan 22% lainnya belum menikah namun tinggal bersama saudara atau bukan saudara (Fields & Casper, 2001).

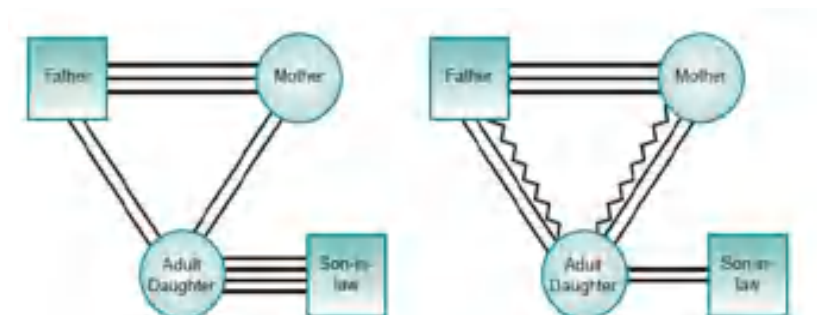


GAMBAR 6-16: Contoh lampiran pada tahap 5.

Tahap ini ditandai dengan adanya saling ketergantungan yang sesuai dengan generasi berikutnya. Konsep saling ketergantungan sangat penting untuk dipahami perawat dalam menangani keluarga dengan anak perempuan dewasa dan orang tua mereka. Laki-laki dan perempuan kelas menengah yang lebih tua tampaknya memiliki kemungkinan yang sama untuk membantu dan mendukung anak-anak

mereka, terutama anak perempuan. Namun frekuensi kontak cenderung lebih tinggi dengan anak perempuan dibandingkan dengan anak laki-laki. Oleh karena itu, terdapat kemungkinan adanya keterikatan antargenerasi yang kuat antara anak perempuan dan orang tuanya. Dalam pola keterikatan yang diilustrasikan pada Gambar 6-16 dan 6-17, pasangan memproyeksikan konflik mereka ke keluarga besarnya. Hal ini menyebabkan kesulitan bagi generasi penerus.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Ketika Anda melihat kembali kehidupan Anda, aspek apa yang paling Anda nikmati? Apa yang paling memberi Anda kebahagiaan? Kira-kira aspek apa yang paling kamu sesali? Apa yang Anda harapkan agar anak Anda melakukan hal yang berbeda dari Anda? Mirip dengan apa yang Anda lakukan? Ketika kesehatan Anda menurun, rencana apa yang Anda dan putri Anda, Aminah, buat untuknya karena skizofrenia yang dideritanya?



GAMBAR 6-17: Contoh lampiran pada tahap 6.

Siklus Hidup Keluarga Perceraian dan Pasca Perceraian

Banyak perubahan status perkawinan dan pengaturan hidup yang lazim terjadi di Amerika Utara saat ini. Yang perlu diperhatikan adalah tingginya tingkat perceraian. Di Amerika Serikat pada tahun 1996, orang yang bercerai mewakili 10% orang dewasa berusia 18 tahun ke atas, meningkat dari 3% pada tahun 1970 (Saluter & Lugaila, 1998).

Pada tahun 2005, tingkat perceraian di Amerika Serikat adalah 3,6 per 1.000 penduduk, turun dari 4,2 pada tahun 2000 dan 4,4 pada tahun 1995 (Daily Almanac, 2007). Apakah tingkat perceraian akan mendatar, naik, atau menurun merupakan suatu spekulasi yang dapat didukung oleh berbagai teori. Kondisi ekonomi yang tidak stabil, epidemi AIDS, ketakutan terhadap terorisme, dan meningkatnya inisiatif berbasis agama dapat menyebabkan angka perceraian menurun. Keluarga dengan orang tua tunggal sedang meningkat. Jumlah keluarga dengan ibu tunggal meningkat dari 3 juta (12%) pada tahun 1970 menjadi 10 juta (26%) pada tahun 2000 di Amerika Serikat. Demikian pula, keluarga dengan ayah tunggal tumbuh dari 393.000 (1%) menjadi 2 juta (5%) pada tahun 2000 (Fields & Casper, 2001).

Keluarga yang mengalami perceraian seringkali berada dalam tekanan yang sangat besar. Keluarga dengan orang tua tunggal harus menyelesaikan sebagian besar tugas perkembangan yang sama seperti keluarga dengan dua orang tua, namun tanpa semua sumber daya. Hal ini memberikan beban tambahan pada anggota keluarga lainnya, yang harus mengimbangnya dengan peningkatan upaya untuk menyelesaikan tugas-tugas keluarga seperti pemeliharaan fisik, kontrol sosial, dan manajemen ketegangan. Namun kami memperingatkan perawat untuk tidak berasumsi bahwa status orang tua tunggal saja akan mempengaruhi fungsi keluarga. Kami menemukan bahwa komposisi keluarga saja merupakan variabel yang terlalu luas untuk memprediksi hasil kesehatan, dan kami merekomendasikan untuk fokus pada variabel yang lebih spesifik seperti kerja sama orang tua dalam mengasuh anak setelah perceraian.

Rumah tangga dengan orang tua tunggal umumnya mengalami tantangan dalam mengelola kekurangan waktu, uang, dan energi. Beberapa orang tua menyuarakan keprihatinan serius tentang kegagalan memenuhi harapan keluarga dan masyarakat untuk hidup "dalam keluarga normal" dengan dua orang tua. Beberapa wanita merasa bahwa mereka harus menunjukkan perilaku yang

bertentangan dengan perilaku yang mereka anggap harus mereka tunjukkan jika ingin menikah lagi. Mereka merasakan tekanan terus-menerus dari keluarga, teman, dan gereja untuk menikah lagi agar anak-anak mereka mendapatkan keluarga yang “normal”. Perempuan-perempuan ini melaporkan bahwa mereka terjebak dalam ikatan ganda, mencoba menunjukkan perilaku seperti sikap tunduk yang mungkin menarik perhatian suami baru, sementara mereka mencoba menggunakan perilaku yang tampaknya berlawanan seperti ketegasan agar berhasil mengatur kehidupan mereka. Kami mendorong perawat yang bekerja dengan keluarga dengan orang tua tunggal untuk mengeksplorasi perasaan orang tua tentang ekspektasi yang berlawanan. Ini adalah cara untuk membantu orang tua merencanakan tanggapan mereka terhadap berbagai situasi paradoks. Penting juga bagi perawat yang terlibat dalam praktik keperawatan keluarga relasional untuk fokus pada perubahan positif yang dialami oleh banyak pasangan yang berpisah. Perempuan yang berpisah sering kali menggunakan cara mengatasi yang berorientasi pada pertumbuhan, seperti menjadi lebih mandiri dan melanjutkan pendidikan mereka, dan mengalami perubahan positif, seperti peningkatan kepercayaan diri dan perasaan terkendali pada fase pasca perpisahan.

Ketahanan pada periode pasca perceraian adalah fokus lain bagi perawat. Ketahanan umumnya bergantung pada kemampuan orang tua dan anak untuk membangun hubungan yang erat, konstruktif, dan saling mendukung yang memainkan peran penting dalam melindungi keluarga dari dampak kesulitan yang terkait. Faktor-faktor yang mendorong ketahanan dan penyesuaian positif terhadap perceraian mencakup faktor-faktor yang terkait dengan pengaturan tempat tinggal anak-anak. Tinjauan Kelly (2007) mengenai temuan penelitian empiris yang besar menunjukkan bahwa “kontak anak-anak dengan orang tua mereka yang bukan penduduk setempat tidak boleh didasarkan pada pedoman setiap akhir pekan tetapi harus mencerminkan keragaman minat, kemampuan, dan kualitas hubungan orang tua-anak. hubungan” (hal. 47). Ia merekomendasikan agar anak-anak, tergantung pada usia

dan kapasitas perkembangan mereka, harus mendapat masukan dalam pengaturan kehidupan namun tidak diminta untuk memilih di antara orang tua.

Perlu dicatat bahwa sekitar 75% anak-anak yang terlibat dalam perceraian memiliki ketahanan dan mampu melanjutkan hidup mereka; hanya sekitar 25% yang mengalami masalah penyesuaian yang lebih lama (Greene, dkk. 2003). Temuan dari penelitian Baum (2003) terhadap mantan pasangan di Israel menunjukkan bahwa semakin lama dan semakin konfliktual proses hukum, semakin buruk pula hubungan ko-parental dalam pandangan kedua orang tua. Menariknya, Baum juga menemukan bahwa semakin besar tanggung jawab sang ayah atas perceraian dan semakin ia memandang dirinya sebagai pemrakarsa, semakin ia memenuhi fungsi sebagai orang tua. Temuan dari studi longitudinal Ahrons (2007) terhadap anak-anak yang berusia 20 tahun setelah perceraian orang tuanya menunjukkan bahwa anak-anak yang melaporkan orang tuanya bersikap kooperatif juga melaporkan hubungan yang lebih baik dengan orang tua, kakek-nenek, orang tua tiri, dan saudara kandungnya. Apakah hubungan keluarga pasca perceraian membaik, tetap stabil, atau memburuk tergantung pada jalinan banyak faktor yang kompleks. Banyak permasalahan yang sebelumnya dikaitkan dengan "perceraian" kini terlihat terjadi pada situasi keluarga sebelum perceraian; perceraian merupakan suatu proses jangka panjang yang dimulai sebelum perpisahan dan berlangsung lama setelah peristiwa hukum perceraian (Ahrons, 2006).

Dalam pengawasan klinis kami dengan perawat, kami mendorong fokus pada saudara kandung, sebuah subsistem yang umumnya tidak terganggu selama proses reorganisasi keluarga. Saudara kandung sering kali menjadi unit kesinambungan. Kami juga mencoba memperhatikan dan mendukung lingkungan pengasuhan pasca perceraian yang kooperatif seperti dukungan timbal balik dari orang tua; kerja tim; batasan yang jelas dan fleksibel; pertukaran informasi yang tinggi; pemecahan masalah yang konstruktif; dan pola asuh yang berpengetahuan, berpengalaman,

terlibat, dan berwibawa. Karena banyak ayah yang tidak terbiasa mengasuh anak-anaknya tanpa diatur oleh istrinya, ayah sering kali menghilang dari kehidupan anak-anaknya. Mereka ingin menghindari mantan istri dan konflik serta mungkin merasa tidak nyaman jika mereka mempunyai peran otoritas yang tidak jelas dalam kehidupan anak-anak mereka. Ahrons menemukan (2007) bahwa ketika hubungan anak-anak dengan ayah mereka memburuk setelah perceraian, hubungan mereka dengan kakek-nenek dari pihak ayah, ibu tiri, dan saudara tiri menjadi jauh, negatif, atau tidak ada sama sekali (hal. 53). Perawat bisa sangat membantu dalam melakukan intervensi dalam situasi ini dan mendorong pengaturan pasca perceraian yang disepakati bersama demi kepentingan anak-anak. Perawat dapat membantu ayah mendefinisikan kembali peran dan identitas orang tua mereka yang berbeda dari peran dan identitas pasangan mereka, seperti yang direkomendasikan oleh Baum (2006). Bagi keluarga yang terjebak dalam perselisihan yang sulit terselesaikan, kami mendorong mereka untuk mengembangkan iklim yang cukup baik di mana orang tua menjaga jarak satu sama lain dan konflik serta triangulasi dapat diminimalkan.

Perceraian dapat terjadi pada tahap mana pun dalam siklus hidup keluarga dan pada keluarga mana pun, tanpa memandang kelas atau ras. Namun, hal ini mempunyai dampak yang berbeda terhadap fungsi keluarga tergantung pada waktunya dan keragaman individu yang terlibat dalam proses tersebut. Kegagalan perkawinan mungkin terjadi secara tiba-tiba, atau mungkin berlangsung lama dan berlarut-larut. Dalam kedua kasus tersebut, kerja emosional diperlukan agar keluarga dapat menghadapi perubahan, keuntungan, dan kerugian dalam keanggotaan keluarga. Beberapa contoh fase dalam perceraian dan pasca perceraian digambarkan pada Tabel 6-2. Carter dan McGoldrick (1999) menemukan kegunaan klinis dalam pembedaan yang dibuat antara tiga kolom yang diberikan dalam tabel. Kolom 1 mencantumkan fase. Kolom 2 berisi sikap-sikap prasyarat yang akan membantu anggota keluarga melakukan transisi dan melewati permasalahan perkembangan yang tercantum di kolom 3 dalam perjalanan ke fase berikutnya. Kami yakin

pekerjaan klinis yang diarahkan pada kolom 3 tidak akan berhasil jika keluarga mengalami kesulitan dalam menangani permasalahan di kolom 2.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Bagaimana Anda menjelaskan kepada diri sendiri alasan perceraian Anda? Siapa yang memprakarsai gagasan perceraian? Siapa yang meninggalkan siapa? Siapa yang paling mendukung pengembangan pengaturan yang layak bagi semua anggota keluarga? Bagaimana mantan suami Anda, Luis, menunjukkan kesediaannya untuk melanjutkan hubungan kooperatif sebagai orang tua dengan Anda? Bagaimana Anda menanggapi hal ini? Ketika Anda mengubah keterikatan Anda pada Luis, perubahan apa yang Anda lihat pada anak-anak Anda? Apa yang akan dikatakan mertua Anda tentang cara Anda membina hubungan anak-anak Anda dengan mereka? Apa yang akan dikatakan anak-anak Anda? Metode apa yang menurut Anda paling berhasil dalam menyelesaikan konflik konflik dengan Luis? Nasihat apa yang akan Anda berikan kepada orang tua lain yang bercerai mengenai cara menyelesaikan masalah konflik dengan mantan pasangannya? Bagaimana anak-anak Anda telah membantu Anda dan mantan pasangan Anda menjaga lingkungan yang mendukung mereka?

Table 6-2 Stages of Divorce Family Life Cycle

1. Memutuskan untuk bercerai	Menerima ketidakmampuan untuk menyelesaikan ketegangan perkawinan secara memadai untuk melanjutkan hubungan	Menerima bagian diri sendiri dalam kegagalan pernikahan
2. Merencanakan pemecahan sistem	Mendukung pengaturan yang layak untuk semua	Mendukung pengaturan yang layak untuk semua

	bagian sistem	bagian sistem
3. Pemisahan	Bersedia untuk melanjutkan hubungan kooperatif sebagai orang tua dan dukungan keuangan bersama untuk anak-anak. Bekerja untuk menyelesaikan keterikatan dengan pasangan	Duka atas hilangnya keluarga inti. Restrukturisasi, hubungan perkawinan dan hubungan orang tua-anak serta keuangan; adaptasi hidup terpisah Menyelaraskan kembali hubungan dengan keluarga besar; tetap terhubung dengan keluarga besar pasangan
4. Perceraian	Lebih banyak upaya dalam perceraian emosional: mengatasi rasa sakit hati, kemarahan, rasa bersalah, dan sebagainya	Mengambil harapan, impian, dan harapan dari pernikahan
Pasca perceraian 1. Orang tua tunggal (rumah tangga kustodian atau tempat tinggal utama)	Bersedia mempertahankan tanggung jawab keuangan, melanjutkan kontak orang tua dengan mantan pasangan, dan mendukung	Bersedia mempertahankan tanggung jawab keuangan, melanjutkan kontak orang tua dengan mantan pasangan, dan mendukung

	kontak anak dengan mantan pasangan dan keluarganya	kontak anak dengan mantan pasangan dan keluarganya
2. Orang tua tunggal (tanpa hak asuh)	Bersedia mempertahankan kontak orang tua dengan mantan pasangan dan mendukung hubungan orang tua asuh dengan anak	Menemukan cara untuk melanjutkan hubungan pengasuhan yang efektif dengan anak-anak Mempertahankan tanggung jawab keuangan kepada mantan pasangan dan anak-anak Membangun kembali jaringan sosial sendiri
Sumber: Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). <i>Siklus perceraian: Variasi utama dalam siklus hidup keluarga Amerika</i>. Dalam B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), <i>Siklus hidup keluarga yang diperluas: Perspektif individu, keluarga, dan sosial (Edisi ke-3rd)</i> (hlm. 373–380). Boston: Allyn & Bacon. Hak Cipta 1999 oleh Allyn & Bacon. Dicitak ulang dengan izin		

Siklus Hidup Keluarga Menikah Lagi

“Keluarga tiri adalah keluarga yang muncul dari harapan” (Visser, Visser, & Pasley, 2003, hal. 171). Meningkatnya pernikahan kembali dan keluarga tiri di Amerika Utara dalam beberapa dekade terakhir sangatlah mengejutkan. Menurut Stepfamily Association of America (2003), perkiraan dari tahun 1988 hingga 1990 menunjukkan bahwa:

- 52% hingga 62% dari seluruh pernikahan pertama pada akhirnya akan berakhir dengan perceraian yang sah
- sekitar 75% dari semua orang yang bercerai pada akhirnya akan menikah lagi

- sekitar 43% dari seluruh pernikahan merupakan pernikahan kembali yang dilakukan oleh setidaknya salah satu orang dewasa
- sekitar 65% pernikahan kembali melibatkan anak-anak dari pernikahan sebelumnya dan dari keluarga tiri
- 60% dari semua pernikahan kembali pada akhirnya berakhir dengan perceraian yang sah.

Berger (1998) melaporkan bahwa satu dari tiga orang Amerika adalah anggota keluarga tiri baik sebagai anak tiri, orang tua tiri, orang tua yang menikah lagi, atau kakek tiri. Studi longitudinal yang dilakukan Ahrons (2007) terhadap anak-anak yang berusia 20 tahun setelah orang tuanya bercerai menemukan bahwa sebagian besar anak mengalami pernikahan kembali yang salah satu atau kedua orang tuanya, dan sepertiga dari sampelnya mengingat pernikahan kembali sebagai hal yang lebih menimbulkan stres dibandingkan perceraian. Dua pertiga melaporkan bahwa pernikahan kembali yang dilakukan ayah mereka lebih menimbulkan stres dibandingkan ibu mereka.

Proses emosional keluarga pada masa transisi menuju pernikahan kembali terdiri dari perjuangan melawan ketakutan mengenai investasi dalam hubungan baru: ketakutan diri sendiri, ketakutan pasangan baru, dan ketakutan anak-anak (salah satu atau kedua pasangan). Hal ini juga mencakup penanganan reaksi bermusuhan atau kesal dari anak-anak, keluarga besar, dan mantan pasangan. Berbeda dengan keluarga biologis, yang keanggotaan keluarga ditentukan berdasarkan garis keturunan, kontrak hukum, dan pengaturan tata ruang serta ditandai dengan batas-batas yang jelas, struktur keluarga tiri kurang jelas. Perawat harus mengatasi ambiguitas organisasi keluarga baru, termasuk peran dan hubungan. Visser, Visser, dan Pasley (2003) mengemukakan isu-isu dinamis utama berikut ini dalam rumah tangga keluarga tiri (hal. 160):

- Orang luar versus orang dalam
- Sengketa perbatasan
- Masalah kekuasaan

- Loyalitas yang saling bertentangan
- Segitiga kaku dan tidak produktif
- Persatuan versus perpecahan dalam hubungan pasangan baru

Kami merasa terbantu jika menggunakan teori keterikatan sebagai kerangka kerja untuk mengkonseptualisasikan dampak perubahan struktural dan kehilangan pada penyesuaian keluarga tiri. Furrow dan Palmer (2007) menganggap keluarga tiri sebagai sistem keluarga yang sedang berkembang; pola permasalahan dipahami dalam konteks ini dimana tawaran untuk penyambungan mungkin terlewatkan atau disalahartikan. Kami percaya perawat dapat membantu keluarga tiri dalam meningkatkan konektivitas dan stabilitas emosional.

Dalam banyak kasus, rasa bersalah dan kekhawatiran orang tua terhadap anak-anaknya meningkat, dan mungkin timbul kembali keterikatan lama dengan mantan pasangan secara positif atau negatif (Carter & McGoldrick, 1999b). Tabel 6-3 merangkum garis besar perkembangan Carter dan McGoldrick untuk pembentukan keluarga tiri.

Ahrons dan Rodgers (1987) telah menganjurkan model keluarga inti ganda yang sehat dan berfungsi dengan baik. Karena marah karena penekanan yang dominan pada patologi dalam literatur perceraian, Ahrons mulai mempelajari apa yang disebutnya "keluarga inti ganda". Istilah ini tidak hanya mengacu pada keluarga hak asuh bersama atau keluarga yang hubungan antara mantan pasangannya bersahabat, namun menunjukkan struktur kekeluargaan yang berbeda, tanpa menyimpulkan apa pun tentang sifat atau kualitas hubungan mantan pasangan. Ahrons dan Rodgers (1987), yang bekerja dengan 98 pasangan yang bercerai selama periode 5 tahun, menghasilkan beberapa tipe hubungan yang menarik, termasuk "sahabat sempurna," sekelompok kecil pasangan yang bercerai yang pernikahan sebelumnya tidak menutupi persahabatan lama mereka. Kelompok kedua, "rekan kerja kooperatif," adalah kelompok yang jauh lebih besar dan lebih khas yang ditemukan oleh Ahrons dan Rodgers. Meski bukan teman baik, mereka bekerja sama dengan baik dalam

masalah yang berkaitan dengan anak-anak mereka. Kelompok ketiga adalah "rekan yang pemaarah", dan kelompok keempat adalah "musuh yang berapi-api", yang tidak merasakan apa pun selain kemarahan terhadap mantan pasangannya. Ahrons dan Rodgers menyebut kelompok kelima sebagai "duo terlarut", yang setelah berpisah atau bercerai tidak lagi berhubungan satu sama lain. Ahrons (1999) menganjurkan model proses normatif perceraian daripada berfokus pada bukti patologi atau disfungsi. Kami setuju dengan pendirian ini, meskipun mengingat bahwa sekitar 25% anak-anak yang terlibat dalam perceraian tampaknya mengalami kesulitan penyesuaian yang bertahan lama (Greene, dkk. 2003).

Kami mendorong perawat yang bekerja dengan keluarga yang bercerai dan menikah kembali untuk memberikan pengetahuan penelitian kepada pasien mereka tentang apa yang berhasil dan tidak untuk membina hubungan keluarga yang berkelanjutan. Namun perawat harus berhati-hati karena permasalahan yang kompleks jarang mempunyai jawaban yang sederhana. Misalnya, prediktor seperti usia dan jenis kelamin anak, frekuensi dan keteraturan kunjungan ayah/ibu-anak, kedekatan ayah/ibu-anak, dan dampak konflik hukum orang tua terhadap harga diri anak mempunyai implikasi yang berbeda untuk kelompok yang berbeda. dari anak-anak berusia 6 hingga 12 tahun dan untuk anak-anak dalam situasi yang berbeda.

Kami juga mendorong perawat yang bekerja dengan keluarga tiri untuk meningkatkan pengetahuan mereka tentang masalah keluarga tiri dan menghormati keunikan kehidupan keluarga tiri yang kompleks. Clawson dan Ganong (2002), misalnya, menemukan dalam penelitian mereka bahwa anak tiri dewasa dan orang tua tiri sepakat bahwa anak tiri mempunyai sedikit kewajiban untuk membantu orang tua tiri. Namun, kunci dalam memutuskan apakah ada tanggung jawab untuk membantu adalah bagaimana hubungan tersebut didefinisikan. Perawat dapat membantu keluarga tiri untuk mendiskusikan topik seperti ini. Kami mendorong perawat untuk mendidik diri mereka sendiri tentang keyakinan keluarga tiri tertentu karena dokter yang

tidak mendapat informasi mungkin secara tidak sengaja meningkatkan ketegangan keluarga, bukannya mengurangi, jika mereka mengkomunikasikan kepada keluarga tiri bahwa mereka harus seperti keluarga biologis.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Reeves, apa perbedaan antara Anda dan istri Anda, Lily, dalam cara Anda masing-masing berhasil pulih dari pernikahan pertama Anda? Apa yang paling membantu Anda masing-masing mengatasi ketakutan Anda sendiri mengenai pernikahan kembali? Tentang membentuk keluarga tiri? Bagaimana Lily mengajak anak Anda untuk menyesuaikan diri dengannya? Menurut anak-anak Anda, hal apa yang paling berguna yang Anda lakukan dalam membantu mereka menghadapi konflik kesetiaan? Nasihat apa yang Anda miliki untuk keluarga tiri lainnya mengenai cara membentuk keluarga baru? Apa yang paling Anda banggakan dari cara Anda membantu keluarga tiri Anda berhasil melakukan transisi dari keadaan sebelumnya ke keadaan sekarang?

Tabel 6-3 Pembentukan Keluarga Menikah Lagi: Garis Besar Perkembangan

1. Memasuki hubungan baru	Pemulihan dari kekalahan pernikahan pertama ("perceraian emosional" yang memadai)	1. Berkomitmen kembali pada pernikahan dan untuk membentuk keluarga dengan kesiapan menghadapi kompleksitas dan ambiguitas
2. Mengkonsep dan merencanakan pernikahan dan keluarga baru	Menerima ketakutan diri sendiri dan ketakutan pasangan serta anak baru mengenai pernikahan kembali dan	1.Mengupayakan keterbukaan di hubungan baru untuk menghindari mutualitas semu 2. Perencanaan untuk pemeliharaan hubungan keuangan kooperatif dan

	membentuk keluarga tiri Menerima kebutuhan akan waktu dan kesabaran untuk menyesuaikan diri terhadap kompleksitas dan ambiguitas dari: 1. Berbagai peran baru 2. Batasan: ruang, waktu, keanggotaan, wewenang 3. Masalah afektif: rasa bersalah, konflik kesetiaan, keinginan demi kebersamaan, luka masa lalu yang tak terselesaikan	hubungan orang tua dengan mantan pasangan 3. Perencanaan untuk membantu anak-anak menghadapi ketakutan, konflik kesetiaan, dan keanggotaan dalam dua sistem 4. Menyelaraskan kembali hubungan dengan keluarga besar dengan menyertakan pasangan dan anak baru 5. Merencanakan pemeliharaan hubungan anak dengan keluarga besar mantan pasangan
3. Pernikahan kembali dan rekonstruksi keluarga	Penyelesaian akhir dari keterikatan dengan pasangan sebelumnya dan cita-cita keluarga yang "utuh". Menerima model keluarga yang berbeda	1. Restrukturisasi batas-batas keluarga untuk memungkinkan masuknya pasangan baru – orang tua tiri 2. Penyelarasan kembali hubungan dan pengaturan keuangan di seluruh subsistem untuk

	dengan batasan yang dapat ditembus	memungkinkan terjalannya beberapa sistem 3. Memberikan ruang bagi hubungan semua anak dengan orang tua kandung (tanpa hak asuh), kakek-nenek, dan keluarga besar lainnya 4. Berbagi kenangan dan sejarah untuk meningkatkan integrasi keluarga tiri
<i>Sumber: Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). Siklus perceraian: Variasi utama dalam siklus hidup keluarga Amerika. Dalam B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), Siklus hidup keluarga yang diperluas: Perspektif individu, keluarga, dan sosial (Edisi ke-3rd) (hlm. 373–380). Boston: Allyn & Bacon. Hak Cipta 1999 oleh Allyn & Bacon. Dicitak ulang dengan izin.</i>		

FUNGSIONAL ASSESSMENT

Assessment (Penilaian) fungsional keluarga berkaitan dengan bagaimana individu sebenarnya berperilaku dalam hubungannya satu sama lain. Ini adalah aspek kehidupan keluarga saat ini yang diamati dan dihadirkan oleh keluarga. Ada dua aspek dasar fungsi keluarga: instrumental dan ekspresif. Masing-masing akan ditangani secara terpisah.

Fungsi Instrumental

Aspek instrumental dari fungsi keluarga mengacu pada aktivitas rutin kehidupan sehari-hari, seperti makan, tidur, menyiapkan makanan, memberikan suntikan, mengganti balutan, dan lain sebagainya. Bagi keluarga dengan masalah kesehatan, area ini sangat penting. Aktivitas instrumental dalam kehidupan sehari-hari umumnya lebih banyak dan lebih sering serta menjadi lebih penting karena penyakit anggota keluarga. Seorang tunadaksa, misalnya, memerlukan bantuan dalam hampir setiap tugas instrumental. Jika bayi dipasang ke monitor apnea, orang tua

hampir selalu mengubah cara mereka menangani tugas-tugas penting. Misalnya, salah satu orang tua akan meninggalkan apartemen untuk mencuci hanya jika orang tua lainnya cukup terjaga untuk merawat bayinya. Jika salah satu anggota keluarga senior tidak dapat membedakan obat apa yang harus diminum pada waktu tertentu, anggota keluarga lainnya sering kali mengubah rutinitas sehari-hari mereka dengan menelepon atau mampir ke senior tersebut. Interaksi antara proses instrumental dan psikososial dalam kehidupan klien merupakan pertimbangan penting bagi perawat. Misalnya, perawat dapat memperhatikan rutinitas keluarga seputar makan dan ritual sebelum tidur dan memasukkan praktik layanan kesehatan baru ke dalam rutinitas keluarga daripada "menambah" jadwal keluarga yang sudah sibuk. Knafl dan Deatrick (2006) telah mencoba mengembangkan instrumen untuk mengukur gaya manajemen keluarga untuk menilai respons keluarga terhadap penyakit kronis anak. Hal ini terbukti menjadi tugas yang menantang karena keluarga merespons dengan cara yang unik. Banyak hal bergantung pada cara mereka memandang situasi dan respons perilaku aktif mereka terhadap penyakit. Kami merekomendasikan agar para profesional kesehatan memahami bahwa pengasuhan pasangan yang menderita kanker oleh pasangannya yang lanjut usia merupakan tantangan besar dalam adaptasi di usia lanjut. Pasangan-pasangan ini sering menilai beban keseluruhan dalam pengasuhan serta ketegangan pribadi (komponen subjektif) lebih berat dibandingkan anak-anak mereka dan pasien kanker itu sendiri. Oleh karena itu, pentingnya asuhan keperawatan keluarga ditonjolkan.

Kami percaya perawat akan merasakan manfaatnya memikirkan kemungkinan tahapan kesehatan dan penyakit bersama dengan interaksi keluarga. Friedman, Bowden, dan Jones (2003) menguraikan enam tahapan: (1) upaya keluarga dalam promosi kesehatan, (2) penilaian gejala oleh keluarga, (3) pencarian perawatan, (4) rujukan dan perolehan perawatan, (5) respon akut terhadap penyakit oleh klien dan keluarga, dan (6) adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan. Namun, konsep fase dan tahapan waktu telah diperluas, dengan pengujian genetik prediktif, tanpa

gejala, atau pembawa yang mencakup waktu sebelum penyakit genom muncul secara klinis. Fase sebelum timbulnya klinis penyakit genom meliputi (1) fase nonsimtomatik/kesadaran, (2) fase pra-tes krisis I, (3) fase uji/postesting krisis II, dan (4) fase adaptasi jangka panjang. Rolland dan Williams (2005) menunjukkan bahwa tahapan-tahapan ini dibedakan oleh pertanyaan-pertanyaan tentang hidup dengan ketidakpastian.

Saat perawat membuat hipotesis tentang kemungkinan tahap kesehatan dan penyakit keluarga dan menanyakan rutinitas sehari-hari mereka yang hidup berdampingan dengan penyakit, perawat dan keluarga akan menemukan ketahanan dan area yang mungkin membutuhkan bantuan. Bantuan yang efektif terdiri dari serangkaian peristiwa dan bukan interaksi tunggal. Lintasan penyakit jantung menunjukkan bahwa intervensi mungkin paling efektif bila diberikan pada semua tahap penyakit dan paling baik disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan spesifik individu dan keluarga di setiap tahap.

Fungsi Ekspresif

Aspek fungsi ekspresif mengacu pada sembilan kategori:

1. Komunikasi emosional
2. Komunikasi lisan
3. Komunikasi nonverbal
4. Komunikasi melingkar
5. Pemecahan masalah
6. Peran
7. Pengaruh dan kekuasaan
8. Keyakinan
9. Aliansi dan koalisi

Kesembilan subkategori ini sebagian berasal dari Skema Kategori Keluarga yang dikembangkan oleh Epstein, Sigal, dan Rakoff (1968) dan kemudian diterbitkan oleh Epstein, Bishop, dan Levin (1978). Kategori-kategori ini diperluas oleh Tomm (1977) dan kemudian diterbitkan oleh Tomm dan Sanders (1983). Penelitian awal (Westley & Epstein, 1969) menunjukkan bahwa beberapa kategori ini membedakan keluarga yang sehat secara emosional dari keluarga yang

mengalami tekanan emosional lebih dari biasanya. Sebuah studi yang lebih baru oleh Aarons, dkk. (2007) mencatat bahwa Perangkat Penilaian Keluarga kurang dapat diterapkan pada orang Amerika Hispanik dibandingkan dengan orang Amerika Kaukasia. Mereka berpendapat, misalnya, bahwa keluarga Amerika Hispanik sering kali menjalankan peran hierarkis yang lebih stabil, lebih sering mendorong penghindaran konflik antarpribadi, dan lebih sering menekankan kolektivisme keluarga dibandingkan dengan keluarga Kaukasia Amerika. Pentingnya variabilitas budaya disoroti.

Kami telah memperluas karya-karya ini di edisi sebelumnya dari *Nurses and Families* dengan memasukkan komunikasi nonverbal dan sirkular, kepercayaan, dan kekuasaan. Namun, kami tidak menggunakan salah satu kategori ini sebagai penentu apakah sebuah keluarga sehat secara emosional. Yang paling penting adalah penilaian keluarga mengenai apakah mereka berfungsi dengan baik. Tentu saja, dengan pengecualian pada isu-isu seperti kekerasan dan pelecehan, kami mendorong perawat untuk menemukan cara untuk mendukung definisi kesehatan keluarga dibandingkan memaksakan definisi mereka sendiri pada keluarga.

Sebelum membahas setiap subkategori, kami ingin menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga harus menghadapi kombinasi masalah instrumental dan ekspresif. Misalnya, seorang wanita lanjut usia mengalami luka bakar. Permasalahan instrumental berkisar pada penggantian pakaian dan program olahraga. Masalah ekspresif atau afektif mungkin berpusat pada peran atau pemecahan masalah. Keluarga mungkin mempertimbangkan pertanyaan-pertanyaan berikut:

- Peran siapa dalam mengganti pakaian Gram?
- Apakah perempuan merupakan "perawat" yang lebih baik dibandingkan laki-laki?
- Giliran siapa yang menghubungi ahli terapi fisik?
- Mengapa Jasdev tidak pernah terlibat dalam perawatan Gram?
- Bagaimana kita bisa meminta Jasdev mengantar Gram ke dokternya?

Jika sebuah keluarga tidak mampu mengatasi permasalahan instrumental dengan baik, maka permasalahan ekspresif hampir selalu muncul. Namun, sebuah keluarga dapat menangani masalah-masalah instrumental dengan baik dan masih mengalami kesulitan ekspresif atau emosional. Oleh karena itu, berguna bagi perawat dan keluarga bersama-sama untuk membedakan isu instrumental dari isu ekspresif. Keduanya perlu dieksplorasi ketika perawat dan keluarga berdiskusi tentang fungsi keluarga. Robinson (1998) menunjukkan pentingnya perawat memperhatikan apa yang disebutnya "pekerjaan penyakit" dan "beban penyakit." Membuat pengaturan untuk menangani penyakit kronis atau penyakit yang mengancam jiwa tidak terjadi begitu saja. Konteks umum dimana perempuan pada umumnya memikul beban pekerjaan rumah tangga yang lebih besar dibandingkan laki-laki adalah ketika pengaturan penyakit tambahan dibuat.

Meskipun perilaku masa lalu dan tujuan masa depan dipertimbangkan dalam penilaian fungsional, fokus utamanya adalah pada saat ini dan saat ini. Hal ini berguna bagi perawat dan keluarga untuk mengidentifikasi kekuatan dan keterbatasan keluarga pada masing-masing subkategori yang disebutkan di atas. Kami merasa terbantu untuk mengingat bahwa percakapan perawat dan keluarga tentang sistem keluarga membentuk sistem tersebut. Orang-orang secara terus-menerus dan aktif menulis ulang kehidupan dan cerita mereka. Komitmen kami terhadap keluarga adalah menunjukkan rasa ingin tahu, kegembiraan, minat, dan penghargaan atas ketahanan mereka. Tentu saja, ini tidak berarti bahwa kita membenarkan kekerasan atau penganiayaan dalam keluarga. Sebaliknya, ini berarti kami menyadari bahwa keluarga-keluarga berusaha memahami kehidupan dan cerita mereka. Tugas kita adalah menyaksikan hal ini.

Pola interaksi merupakan daya dorong utama bagian ekspresif kategori penilaian fungsional. Keluarga jelas terdiri dari individu-individu, namun fokus penilaian keluarga kurang pada individu dan lebih pada interaksi di antara semua individu dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga

dipandang sebagai suatu sistem anggota yang berinteraksi. Dalam melakukan bagian pengkajian keluarga ini, perawat beroperasi berdasarkan asumsi bahwa individu paling baik dipahami dalam konteks sosial terdekatnya. Perawat hamil individu sebagai yang mendefinisikan dan didefinisikan oleh konteks itu. Oleh karena itu, hubungan setiap individu dengan anggota keluarga dan anggota penting lainnya di lingkungan sosial yang lebih besar sangatlah penting. Jika kita tidak memperhatikan ide dan praktik yang terjadi dalam konteks sosial yang lebih luas, kita berisiko terlalu fokus pada putaran umpan balik yang kecil, agak ketat, dan berulang. Kami menyadari hal ini sangat penting karena kami telah menyaksikan peristiwa 11 September, aksi terorisme yang tidak disengaja, dan pembunuhan massal, dan kami serta keluarga kami berjuang untuk beradaptasi dengan perubahan konteks sosial dan politik.

Dengan mewawancarai anggota keluarga bersama-sama, perawat dapat mengamati bagaimana mereka secara spontan berinteraksi dan mempengaruhi satu sama lain. Selain itu, perawat dapat mengajukan pertanyaan tentang dampak anggota keluarga terhadap satu sama lain dan terhadap masalah kesehatan. Sebaliknya perawat dapat menanyakan dampak masalah kesehatan terhadap keluarga. Jika perawat berpikir “secara interaksional” dan bukan “secara individual”, perilaku masing-masing anggota keluarga tidak akan dianggap terisolasi melainkan akan dipahami dalam konteks.

Penting bagi perawat untuk mengingat bahwa, jika mereka menganut pandangan dunia postmodernis, mereka tidak akan mampu melakukan evaluasi keluarga yang obyektif. Sebaliknya, perawat dan keluarga, ketika membicarakan pola interaksi keluarga, akan memunculkan cerita baru, kaya akan detail kontekstual. Perhatian khusus diberikan pada cara-cara yang bahkan hal-hal kecil dan biasa saja—satu kata, satu isyarat, satu hal kecil, tindakan sepele—dapat memberikan peluang untuk menghasilkan makna baru. Berbeda dengan perawat modernis yang mendefinisikan diri mereka terpisah dari keluarga tempat mereka bekerja, perawat dengan pandangan postmodernis berasumsi bahwa

setiap peserta dalam wawancara keluarga—istri, suami, pasangan, perawat—memberikan kontribusi yang setara dan seringkali berbeda dalam proses tersebut. Tugas perawat adalah membantu anggota keluarga terlibat dalam percakapan untuk memahami kehidupan mereka, bukan untuk menjelaskan perilaku mereka.

Contoh klinis kehidupan nyata yang menggunakan kategori fungsional CFAM diberikan dalam Bab bab buku ini.

Komunikasi Emosional

Subkategori ini mengacu pada rentang dan jenis emosi atau perasaan yang diungkapkan oleh keluarga atau yang diamati oleh praktisi. Keluarga pada umumnya mengekspresikan spektrum perasaan yang luas, mulai dari kebahagiaan, kesedihan, hingga kemarahan, sedangkan keluarga yang mengalami kesulitan biasanya memiliki pola yang cukup kaku dalam rentang ekspresi emosional yang sempit. Misalnya, beberapa keluarga yang mengalami kesulitan hampir selalu bertengkar dan jarang menunjukkan kasih sayang. Di keluarga lain, orang tua mungkin mengungkapkan kemarahannya tetapi anak-anaknya mungkin tidak, atau keluarga tersebut mungkin tidak mengalami kesulitan jika perempuan mengungkapkan kelembutannya namun merasa bahwa laki-laki tidak diizinkan untuk mengungkapkannya.

Lyken (2006) mengemukakan dari penelitiannya terhadap anak kembar paruh baya, baik monozigotik maupun dizigotik, yang dibesarkan bersama-sama dan terpisah, bahwa “heritabilitas titik setel, atau tingkat kebahagiaan rata-rata adalah sekitar 80%” (hal. 19). Perasaan kesejahteraan subjektif, tegasnya, tidak berhubungan dengan status sosial ekonomi, pendapatan, tingkat pendidikan, jenis kelamin, atau ras. Sebaliknya, hal-hal tersebut terkait dengan lotere genetik dan peruntungan, baik atau buruk. Pengaruh biologi pada komunikasi emosional merupakan suatu bidang perkembangan yang menarik dan keluarga pasti mempunyai banyak keyakinan mengenai hal ini.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Siapa di keluarga yang cenderung memulai percakapan tentang

perasaan? Bagaimana kamu bisa tahu kapan ayahmu merasa bahagia? Marah? Sedih? Bagaimana dengan ibumu? Apa dampak kemarahan Anda terhadap putra Anda, Nuh? Apa yang ibumu lakukan saat ayahmu marah? Jika nenek Anda mengungkapkan kesedihannya mengenai kemoterapi yang akan ia jalani kepada orang tua Anda, menurut Anda bagaimana reaksi orang tua Anda? Ketika saudara laki-laki Anda Hiesem tewas dalam kecelakaan itu, apa yang paling membantu keluarga Anda mengatasi kesedihan tersebut?

Komunikasi lisan

Subkategori ini berfokus pada makna pesan lisan (atau tertulis) antara mereka yang terlibat dalam interaksi. Artinya, fokusnya adalah pada makna kata ditinjau dari hubungannya. Komunikasi langsung menyiratkan bahwa pesan dikirim ke penerima yang dituju. Seorang wanita lanjut usia mungkin kesal dengan apa yang dikatakan suaminya, namun dia mengoreksi keresahan cucunya dengan mengatakan, "Berhenti melakukan hal itu padaku." Hal ini dapat mewakili pesan yang terlantar, sedangkan pernyataan yang sama yang ditujukan kepada suaminya akan dianggap langsung.

Cara lain dalam memandang komunikasi verbal adalah dengan membedakan antara pesan yang jelas dan pesan yang terselubung. Dalam pesan yang jelas, tidak ada distorsi dalam pesan. Pernyataan seorang ayah kepada anaknya, "Anak yang menangis saat disuntik adalah bayi," mungkin merupakan kritik terselubung jika anak tersebut menahan tangis saat disuntik. Strategi manajemen anak yang lama yaitu "katakan apa yang Anda maksudkan dan sungguh-sungguh dengan apa yang Anda katakan" adalah pedoman yang baik untuk komunikasi yang jelas dan langsung.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Siapa di antara anggota keluarga Anda yang paling jelas dan lugas saat berkomunikasi secara verbal? Ketika Anda menyatakan dengan jelas kepada putra Anda yang masih muda bahwa dia harus membayar sewa kepada Anda, apa dampaknya terhadap dia? Ketika anak remaja Anda berbicara langsung satu sama lain tentang penggunaan kondom, apa yang Anda

perhatikan? Jika anak remaja Anda lebih banyak berbicara dengan Anda dan suami Anda tentang seks yang lebih aman, menurut Anda apa reaksi suami Anda? Cara apa yang Anda temukan agar Anda dan Manuel dapat melakukan percakapan yang baik dan langsung? Secara langsung? Di ponsel? Melalui email? Melalui pesan teks?

Komunikasi nonverbal

Subkategori ini berfokus pada berbagai pesan nonverbal dan paraverbal yang dikomunikasikan anggota keluarga. Pesan nonverbal meliputi postur tubuh (merosot, gelisah, terbuka, tertutup), kontak mata (intens, minimal), sentuhan (lembut, kasar), gerak tubuh, gerakan wajah (meringis, menatap, menguap), dan lain sebagainya. Ruang pribadi, kedekatan atau jarak antar anggota keluarga, juga menjadi bagian penting dalam komunikasi nonverbal. Komunikasi paraverbal meliputi nada suara, suara parau, tangisan, gagap, dan lain sebagainya.

Perawat harus ingat bahwa komunikasi nonverbal sangat dipengaruhi oleh budaya. Misalnya, Lewinsohn dan Werner (1997) mengemukakan bahwa, pada pasangan Taiwan-Tionghoa, sarana komunikasi dan hubungan nonverbal tidak langsung memiliki fungsi yang positif namun dipandang oleh kelompok Euro-Kaukasia di Amerika Serikat sebagai indikator intrusif atau keterlibatan berlebihan. Kaufman (2002) menunjukkan bahwa isyarat seperti isyarat tangan, mengangkat bahu, dan perubahan postur merupakan hal yang spesifik untuk budaya yang berbeda, dan mencatat bahwa sebanyak 200 isyarat ini mungkin ada di semua budaya.

Perawat harus mencatat urutan pesan nonverbal serta waktunya. Misalnya, ketika seorang laki-laki yang lebih tua mulai berbicara tentang penyakitnya yang mematikan dan anak perempuannya yang sudah dewasa menoleh dan mengarahkan matanya yang berlinang air mata ke lantai, perawat dapat menyimpulkan bahwa anak perempuan tersebut sedih atas kematian ayahnya yang akan datang. Urutan perilaku nonverbalnya selaras dengan kesedihan dan topik pembicaraan. Namun perlu diperhatikan bahwa

rangkaian perilaku ini belum tentu merupakan yang paling mendukung ayahnya.

Komunikasi nonverbal erat kaitannya dengan komunikasi emosional. Kami mendorong perawat untuk menanyakan tentang arti komunikasi nonverbal ketika tidak konsisten dengan komunikasi verbal.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Siapa di keluarga Anda yang paling menunjukkan kesusahan ketika ayah angkat Anda minum? Bagaimana Sheldon menunjukkannya? Apa yang dilakukan ibu angkatmu ketika ayah angkatmu sedang minum? Ketika adikmu Seema menoleh dan menatap ke luar jendela saat ayah tirimu berbicara, apa pengaruhnya terhadapmu? Jika ayahmu berhenti berbicara pada saat yang sama dengan ibu tirimu, apakah menurutmu dia akan mendekati ayahmu?

Komunikasi Sirkuler Melingkar

Komunikasi melingkar mengacu pada komunikasi timbal balik antar orang (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). Ada pola pada sebagian besar masalah hubungan. Misalnya, pola melingkar yang umum terjadi ketika seorang istri merasa marah dan mengkritik suaminya; sebagai balasannya, sang suami merasa marah dan menghindari masalah tersebut dan dirinya. Semakin dia menghindar, dia menjadi semakin marah. Istri cenderung memandang permasalahan hanya sebagai permasalahan suaminya, sedangkan suami menganggap kritikan istri sebagai satu-satunya permasalahan. Pola jenis ini sering disebut pola permintaan/penarikan. Sirkularitas pola ini merupakan aspek terpenting dalam memahami interaksi dalam pasangan. Setiap orang mempengaruhi perilaku orang lain.

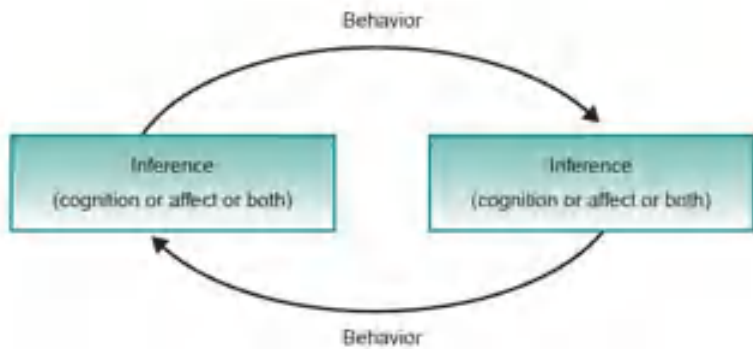
Pola komunikasi melingkar juga bisa bersifat adaptif. Misalnya, orang tua yang lebih tua merasa kompeten dan bernegosiasi dengan baik dengan pemilik rumah; anak laki-laki dewasa merasa bangga dan memuji orang tuanya. Semakin banyak penguatan yang diberikan oleh anak laki-laki dewasa, semakin percaya diri dan percaya diri yang

dirasakan sang senior. Pola ini digambarkan pada Gambar 6-18.



Gambar 6-18: Diagram pola melingkar adaptif.

Diagram pola melingkar (CPD) mengkonkretkan dan menyederhanakan urutan berulang yang dicatat dalam suatu hubungan. Metode diagram pola interaksi ini, pertama kali dikembangkan oleh Tomm pada tahun 1980, dapat diterapkan pada hubungan antar anggota keluarga atau antara perawat dan keluarga. Karena perawat dan keluarga juga saling mempengaruhi satu sama lain, perawat didorong untuk berpikir secara interaksional tentang situasi dan menawarkan keluarga kesempatan untuk berpikir secara interaksional.



GAMBAR 6-19: Elemen dasar CPD.

CPD paling sederhana mencakup dua perilaku dan dua kesimpulan makna. Kesimpulannya bisa bersifat kognitif, afektif, atau keduanya. Kesimpulan tentang kognisi mengacu pada ide, konsep, atau keyakinan, sedangkan kesimpulan tentang pengaruh mengacu pada keadaan emosional. Pengaruh dan/atau kognisi mendorong perilaku tersebut. Gambar 6-19 mengilustrasikan hubungan antara elemen-elemen ini. "Inferensi dimasukkan ke dalam enklosur dan mewakili beberapa proses internal (apa yang terjadi di dalam setiap interaksi). Panah penghubung mewakili informasi yang disampaikan dari setiap orang ke orang lain melalui perilaku. Hubungan melingkar menyiratkan pola interaksi yang berulang, stabil, dan mengatur dirinya sendiri" (Tomm, 1980, hal. 8). CPD mendorong rasa ingin tahu dibandingkan hasrat terhadap nilai-nilai tertentu dan sikap menentang nilai-nilai lain.

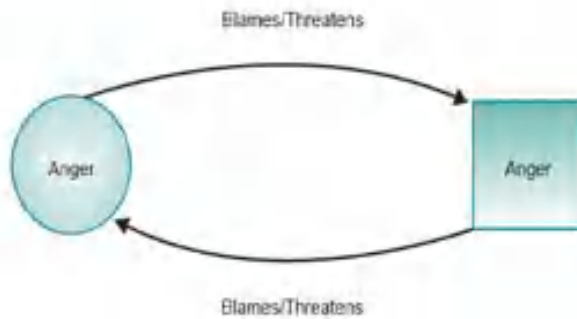
Meskipun CPD dapat digunakan untuk menumbuhkan pemikiran sirkular, kita harus menyadari keterbatasannya. CPD dapat menggoda kita untuk mencari penyebab masalah secara kolaboratif dalam keluarga. Hal ini dapat mengalihkan perhatian dari tanggung jawab pribadi atas perilaku yang tidak dapat diterima seperti kekerasan. Putaran umpan balik yang kecil dan ketat mungkin akan disoroti dan "gambaran besar" dari pengaruh negatif nilai-nilai, institusi, dan praktik budaya tertentu mungkin terlupakan. Keterbatasan lain dari CPD adalah bahwa CPD dapat mendorong perawat untuk percaya bahwa mereka berada di luar sistem keluarga. Sebagai pengamat partisipan dalam sistem yang lebih besar, perawat diperlihatkan dan mendengar tentang pola melingkar yang mencerminkan fungsi keluarga. Saling ketergantungan antara perawat-pewawancara dan keluarga harus diakui. Baik perawat maupun anggota keluarga tidak dapat didekontekstualisasikan dari lingkungan sosial dan sejarahnya.

Dalam apa yang kemudian disebut sebagai "kritik feminis" terhadap sistem, beberapa penulis (Goldner, 1985; Ault-Rich', 1986) mengambil pengecualian terhadap gagasan sebab-akibat sederhana yang dikemukakan oleh perspektif sirkular. CPD, berdasarkan konteks netralnya, mengabaikan

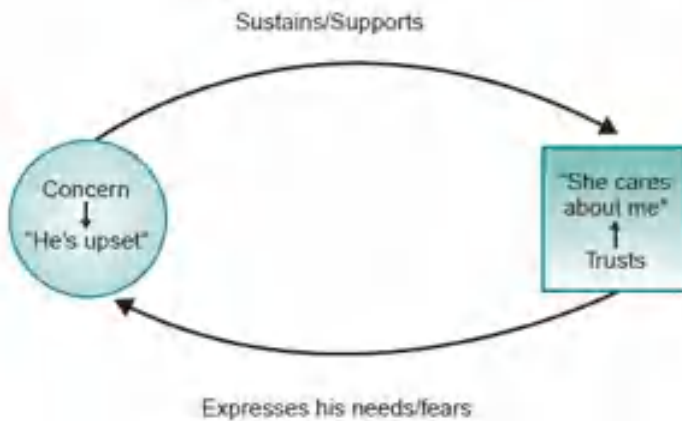
perbedaan kekuasaan dan menyiratkan wacana atau hubungan antara yang sederajat. Para penulis ini mengkritik sirkularitas karena tidak transparan mengenai tanggung jawab dan meminimalkan perbedaan kekuasaan dalam hubungan. Yang menjadi perhatian khusus adalah isu-isu seperti inses, pelecehan, kekerasan, intimidasi, dan pemukulan.

Terlepas dari kritik yang valid ini, kami percaya bahwa dalam pekerjaan klinis dengan keluarga masih berguna untuk menganut gagasan sirkularitas namun secara bersamaan berpegang pada gagasan tanggung jawab pribadi. Fekete, dkk. (2007) menunjukkan pentingnya sirkularitas dalam penelitian mereka terhadap 243 wanita yang mengalami serangan lupus dan suami mereka. Mereka menemukan bahwa dukungan emosional (empati) yang lebih besar dari pasangan diartikan sebagai suami yang lebih responsif secara emosional, yang pada gilirannya dikaitkan dengan perasaan sejahtera yang lebih besar dari istri. Sebaliknya, dukungan pasangan yang lebih bermasalah (meminimalkan) diinterpretasikan sebagai suami yang kurang tanggap secara emosional, yang pada gilirannya dikaitkan dengan perasaan sejahtera istri yang lebih buruk. Temuan ini mempunyai implikasi besar dalam membantu pasangan menyesuaikan diri dan mengatasi penyakit kronis.

Contoh argumen melingkar diilustrasikan pada Gambar 6-20. Masing-masing pihak saling menyalahkan dan mengancam. Contoh hubungan yang mendukung diilustrasikan pada Gambar 6-21. Suami mempercayai istrinya dan mengungkapkan kebutuhan dan ketakutannya. Dia prihatin dan, pada gilirannya, mendukung dan mendukungnya. Hal ini membuat dia lebih mempercayainya, dan hubungan pun berkembang.



GAMBAR 6-20: CPD argumen melingkar.



GAMBAR 6-21: CPD dari hubungan yang mendukung.

Contoh Percakapan dengan Keluarga

Perawat: Anda bilang istri Anda “selalu” mengkritik Anda. (Perawat mengonsep Gambar 6-22). Lalu apa yang kamu lakukan? (Perawat mencoba mengisi perilaku suami pada Gambar 6-23.)

Suami: Saya tidak suka membicarakan banyak hal. Saya menghindari konflik. Aku pergi. Aku pergi ke ruangan lain. Apa lagi yang bisa saya lakukan? Dia selalu memberitahuku kesalahan apa yang aku lakukan. Saya pergi ke komputer.

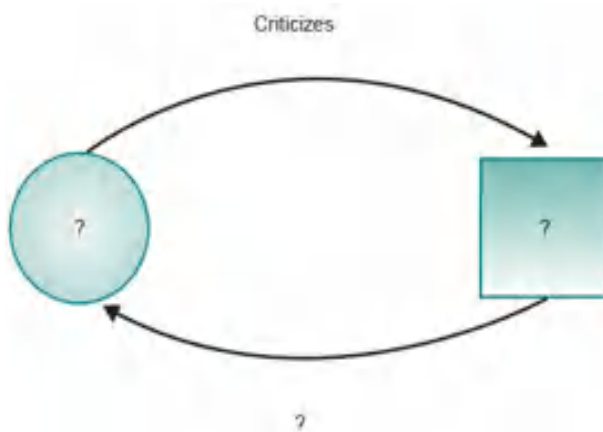
Perawat: Jadi dia mengungkapkan kebutuhannya dan Anda pergi. Menurut Anda, bagaimana perasaannya terhadap hal itu? (Perawat mencoba mengisi emosi yang disimpulkan dalam lingkaran istri pada Gambar 6-24.)

Istri: Aku akan memberitahumu. Saya merasa kesal. Saya merasa diabaikan, ditolak. Perawat : Jadi kamu kesal kalau dia pergi dan mengabaikanmu. Dan kemudian Anda menjadi lebih kritis. Apakah itu benar?

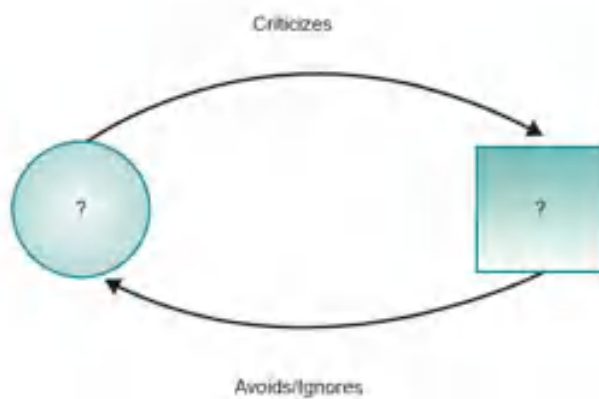
Istri: Ya, saya tidak terlalu mengkritik, saya hanya...

Suami: Ya, Anda mengerti, perawat.

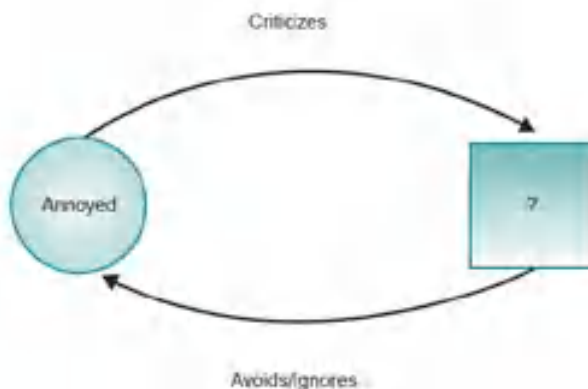
Perawat: Jadi, ketika Anda mencoba mengungkapkan kekhawatiran Anda, menurut Anda bagaimana perasaannya? (Perawat mencoba mengisi kesimpulan pada kotak pada Gambar 6-24.)



GAMBAR 6-22: Konsep awal CPD.



GAMBAR 6-23: CPD yang menggambarkan perilaku suami dan istri.

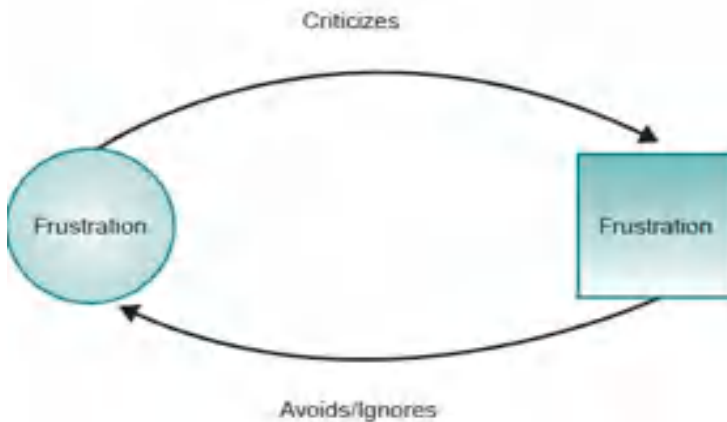


GAMBAR 6-24: CPD menggambarkan emosi istri.

Istri: Saya tidak tahu.

Perawat: Jika dia mengira Anda sedang mengulahi dan menghindari masalah tersebut dengan meninggalkan ruangan dan menggunakan komputer, menurut Anda apa pengaruh pembicaraan Anda terhadap dirinya?

Istri: Ya, saya kira dia mungkin merasa frustrasi. Dia merajuk. Perawat: Jadi polanya adalah, siapa pun yang memulainya, lingkaran itu akan berakhir dengan sendirinya: Terkadang Anda kesal dan mengkritik. Suami Anda merasa frustrasi dan mengabaikan Anda. Dia merajuk di garasi. Di lain waktu dia menghindari masalah, dan ini menimbulkan frustrasi dan kritik Anda. (Perawat menjelaskan Gambar 6-25.) Istri: Ini adalah lingkaran setan. Suami: Saya tidak ingin hal seperti ini terjadi lagi. Kami berdua menjadi terlalu kesal.



GAMBAR 6-25: Konseptualisasi perawat tentang pola komunikasi pasangan ini.

Setelah perawat mendapatkan CPD, dia harus meminta anggota keluarga untuk mengkontekstualisasikan diskusi mereka. Salah satu konteksnya adalah sang istri kelelahan karena pekerjaannya di pabrik dan semua pekerjaan rumah tangga serta mengurus anak. Sang suami tidak mengerti mengapa ia harus mengubah hidupnya karena istrinya memiliki pekerjaan yang penuh tekanan dan jam kerja yang panjang. Mereka mungkin terlibat dalam pola interaksi melingkar negatif ini setiap malam saat merawat anak mereka yang berusia 3 tahun yang menderita asma.

Penyelesaian masalah

Subkategori ini mengacu pada kemampuan keluarga untuk memecahkan masalahnya sendiri secara efektif.

secara efektif. Pemecahan masalah keluarga sangat dipengaruhi oleh keyakinan keluarga mengenai kemampuan dan keberhasilannya di masa lalu. Seberapa besar pengaruh yang diyakini keluarga terhadap masalah atau penyakitnya perlu diketahui. Siapa yang mengidentifikasi masalah itu penting. Apakah cirinya seseorang dari luar keluarga atau dari dalam keluarga?

Setelah masalah teridentifikasi, apakah masalah tersebut sebagian besar bersifat instrumental (rutin, logistik sehari-hari) atau masalah emosional? Keluarga terkadang menghadapi kesulitan ketika mereka mengidentifikasi masalah emosional sebagai masalah yang bersifat instrumental. Misalnya, seorang ibu yang menyatakan bahwa dia tidak bisa membiarkan anaknya yang memiliki alergi makanan menjaga pola makannya sebenarnya membicarakan masalah emosional dan bukan masalah instrumental; dia kesulitan mempengaruhi anaknya. Karena semakin banyak keluarga yang mengatasi masalah seperti obesitas pada masa kanak-kanak, hal ini merupakan perbedaan yang sangat penting untuk diperhatikan oleh perawat. Apakah obesitas merupakan masalah instrumental atau emosional? Masalah individu, keluarga, atau masyarakat?

Apa pola solusi keluarga? Apakah mereka proaktif dalam merencanakan permasalahan yang mungkin timbul? Misalnya, pasangan yang mengidap penyakit myeloma pada istrinya mungkin memutuskan untuk mengambil sel induk sebagai tindakan proaktif. Banyak keluarga dekat yang bergantung pada kerabat untuk mendapatkan bantuan pada saat dibutuhkan. Yang lain cenderung mencari bantuan dari profesional. Mengetahui gaya solusi yang biasa digunakan sebuah keluarga dapat memberikan wawasan kepada perawat mengapa keluarga ini tampaknya "terjebak" pada saat tertentu dengan masalah khusus ini. Misalnya, orang tua lanjut usia pindah ke komunitas pensiunan. Sang istri

mematahkan pinggulnya. Sang suami terbiasa mandiri atau, dalam keadaan darurat, bergantung pada putrinya yang sudah paruh baya. Pasangan yang lebih tua hanya mengenal sedikit orang di komunitas baru mereka. Sang suami enggan menerima bantuan dari perawat yang berkunjung. Dia menyatakan bahwa dia dapat mengatur semua perawatan istrinya meskipun berat badannya turun dan kurang istirahat. Pola solusi suami bertentangan dengan pola perawat.

Pengetahuan tentang apakah sebuah keluarga mengevaluasi biaya solusinya dapat membantu perawat. Misalnya, seorang nenek berusia 68 tahun memberi tahu Kiran, sang perawat, "Saya tidak bisa membiarkan diri saya menangis atas kematian bayi putra saya. Saya harus melanjutkan demi anak-anak saya yang lain." Kiran dapat mengevaluasi bersama neneknya mengenai biaya dari pola solusinya. Baik nenek maupun putranya tidak membicarakan kematian bayi tersebut satu sama lain. Pertanyaan para cucu tentang mengapa bayinya tidak pulang dari rumah sakit pun tak terjawab. Ada banyak ketegangan antara anak laki-laki dan neneknya, dan anak laki-laki tersebut terlalu protektif terhadap anak laki-lakinya yang berusia 4 tahun (satunya anak laki-laki yang masih hidup). Dengan mengeksplorasi secara hati-hati akibat dari solusi tersebut (ketegangan dan perlindungan yang berlebihan), perawat dapat menyarankan pola solusi lain (misalnya, berbagi kesedihan).

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Siapa yang pertama kali menyadari masalahnya? Apakah Anda termasuk orang yang biasanya memperhatikan hal seperti itu? Apa yang paling membantu Anda mengambil langkah pertama dalam menghilangkan pola kecanduan dan kekerasan? Apa dampaknya ketika Toya juga mengambil langkah untuk menghentikan siklus kekerasan di keluarga Anda? Bagaimana hubungan putra Anda Yeremia dan suami Anda berubah ketika kekerasan berhenti? Kapan kecanduannya berhenti? Jika peristiwa kekerasan terjadi lagi, menurut Anda bagaimana Anda dan putri Anda akan menghadapinya? Jika kecanduan kokainnya kambuh lagi, langkah apa yang akan Anda ambil untuk melindungi keluarga Anda?

Peran

Subkategori ini mengacu pada pola perilaku anggota keluarga yang sudah mapan. Peran adalah perilaku yang konsisten dalam situasi tertentu. Peran, bagaimanapun, tidak statis tetapi dikembangkan melalui interaksi individu dengan orang lain. Oleh karena itu, peran dipengaruhi oleh budaya, ras, serta sanksi dan norma orang lain. Dalam keluarga Hispanik, misalnya, kejantanan bisa menjadi sangat penting bagi peran hierarki laki-laki dan simpatia atau penghindaran konflik dan kemampuan untuk bergaul dengan baik sering kali sangat dihargai. Haddock, Zimmerman, dan Lyness (2003) mengemukakan bahwa gagasan bahwa perempuan memiliki siklus hidup yang terpisah dari peran mereka sebagai istri dan ibu adalah gagasan yang relatif baru dan masih belum diterima secara luas dalam budaya kita. Harapan bagi perempuan adalah agar mereka dapat memenuhi kebutuhan orang lain, pertama laki-laki, kemudian anak-anak, dan kemudian generasi tua.

Kerugian psikologis dalam memberikan perawatan bagi orang tua yang menderita penyakit Alzheimer sering kali berupa kecemasan, depresi, rasa bersalah, dan kebencian pada pengasuhnya. Fakta bahwa perempuan mendominasi pengasuh orang dewasa mencerminkan pola Amerika Utara. Perbedaan gender jelas menunjukkan keterlibatan perempuan yang lebih sering, intensif, dan afektif dalam peran pengasuh.

Peran perempuan telah berubah dalam beberapa tahun terakhir dan kini kurang ditentukan oleh laki-laki dalam kehidupan mereka. Angka kelahiran telah turun di bawah tingkat penggantian, dan semakin banyak perempuan yang berkonsentrasi pada pekerjaan dan pendidikan. Namun demikian, secara rata-rata, perempuan masih memperoleh penghasilan lebih rendah dibandingkan laki-laki untuk pekerjaan yang sama (Haddock, Zimmerman, & Lyness, 2003). Dalam banyak kasus, pendapatan suami berhubungan negatif dengan pembagian peran dan pendidikan istri berhubungan positif dengan pembagian peran.

Meskipun perubahan peran semakin lazim bagi laki-laki dan perempuan di masyarakat saat ini, hal penting yang perlu dinilai oleh perawat adalah bagaimana anggota keluarga mengatasi peran mereka. Apakah ada konflik peran atau kerja sama? Apakah peran hanya ditentukan oleh usia, urutan pangkat, atau jenis kelamin? Apakah kriteria tambahan, seperti kelas sosial dan budaya, mempengaruhi peran? Apakah perempuan dalam keluarga lebih terlibat dengan jaringan orang-orang yang lebih luas yang mereka rasa bertanggung jawab? Apakah laki-laki kurang mendengar dibandingkan perempuan dalam keluarga mengenai stres dalam jaringan keluarga mereka?

Peran formal adalah peran yang normanya telah disepakati secara luas oleh masyarakat. Contohnya termasuk peran ibu, suami, dan teman. Peran informal mengacu pada pola perilaku mapan yang bersifat istimewa bagi individu tertentu dalam lingkungan tertentu. Contohnya termasuk peran "anak nakal", "malaikat", dan "badut kelas". Ini melayani fungsi tertentu dalam keluarga tertentu. Jika Ayah adalah orang yang "lembut", kemungkinan besar Ibu adalah orang yang "berat". Jika Giffy adalah "putri yang baik", Kweisi mungkin adalah "kambing hitam". Peran "anak yang menjadi orang tua", "anak yang baik", dan "anak yang bergejala" telah diidentifikasi di banyak keluarga. Peran tambahan dari "advokat anak", "analisis", "pembawa perdamaian", dan "terapis" juga telah dijelaskan.

Penting bagi perawat untuk mempelajari bagaimana peran keluarga berkembang, dampaknya terhadap fungsi keluarga, dan apakah keluarga percaya bahwa peran tersebut perlu diubah. Temuan dari penelitian (Stein, Rotheram-Borus, & Lester, 2007) terhadap remaja yang orang tuanya mengidap HIV/AIDS menunjukkan bahwa terdapat dampak positif dari apa yang biasanya dianggap sebagai peran negatif dari "remaja yang menjadi orang tua". Pengasuhan dini memperkirakan keterampilan mengatasi masalah adaptif yang lebih baik dan penggunaan alkohol dan tembakau yang lebih sedikit 6 tahun kemudian. Para penulis berhipotesis bahwa keterampilan mengasuh anak bersifat adaptif dalam jangka panjang, terutama pada remaja yang orang tuanya

sedang sekarat atau sakit, lingkungan yang miskin, dan ketidakstabilan keluarga.

Penting bagi perawat untuk mengkonseptualisasikan kategori penilaian fungsional peran dengan cara yang berorientasi pada keluarga daripada berorientasi pada individu. Menurut Hoffman (1981):

Pendekatan yang berorientasi pada individu memberikan gambaran yang keliru mengenai permasalahan ini. Misalnya, berbicara tentang "peran kambing hitam" berarti menampilkan orang yang menyimpang sebagai orang yang memiliki karakteristik tetap, bukan sebagai orang yang terlibat dalam suatu proses. "Mengkambinghitamkan" secara teknis hanya berlaku pada satu tahapan dalam skenario perubahan, yaitu tahapan dimana seseorang secara metaforis diusir dari desa. Bagaimanapun juga, istilah ini berasal dari sebuah ritual Ibrani kuno di mana seekor kambing dilepaskan di padang pasir setelah dosa-dosa manusia secara simbolis ditimpakan di atas kepalanya. Orang yang menyimpang bisa berawal seperti pahlawan dan kemudian menjadi penjahat, atau sebaliknya. Ada kontinum positif-negatif di mana ia dapat dinilai tergantung pada tahapan proses penyimpangan mana yang kita lihat, urutan proses yang diikuti, dan sejauh mana sistem sosial mendapat tekanan.

Pada saat itu, karakter orang yang menyimpang mungkin berbeda-beda ke arah lain, tergantung pada cara kelompoknya melakukan pengetikan. Gejala yang muncul pada anggota suatu kelompok itu sendiri adalah semacam typecasting. Dengan demikian, orang yang menyimpang dapat muncul dalam banyak samaran: maskot, badut, karung sedih, jenius yang tidak menentu, kambing hitam, orang bijak, orang suci, idiot, bodoh, penipu, penipu, pembual, , penjahat, dan sebagainya. Sastra dan cerita rakyat penuh dengan tokoh-tokoh seperti itu. (hal. 58)

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Kepada siapa sebagian besar dari Anda pergi ketika Anda membutuhkan seseorang untuk diajak bicara? Apa pengaruhnya bagi

Maxine saat Ken membantu merawat bayinya? Jika Maxine dan Ken berkolaborasi alih-alih berkompetisi, siapa yang pertama kali menyadarinya? Jika Ken lebih bertanggung jawab untuk memulai kontak dengan kerabat di sekitar pengaturan penitipan anak dan pengasuhan bayi Cherie, menurut Anda bagaimana perasaan Maxine?

Pengaruh dan Kekuasaan

Subkategori ini mengacu pada perilaku yang digunakan oleh seseorang untuk mempengaruhi orang lain perilaku. Kekuasaan adalah kemampuan seseorang untuk mengatur kriteria yang digunakan untuk menilai pandangan-pandangan yang berbeda mengenai "realitas" dan mengalokasikan sumber daya. Kekuasaan membahas posisi hierarki dan egaliter dalam hubungan. Secara hierarkis

Dalam suatu hubungan, seseorang dapat berada pada posisi satu atas atau satu bawah dalam hubungan tersebut dan dapat menjadi dominan dalam satu konteks dan menjadi subordinat dalam konteks lain. Dalam hubungan egaliter, terdapat kesetaraan dalam hubungan tersebut. Silverstein, dkk. (2006) menggambarkan hubungan yang diarahkan pada posisi hierarkis sebagai "berfokus pada kebutuhan orang yang dominan, mengharapkan orang yang berada di bawah untuk membungkam pikiran dan perasaannya sendiri dan mengetahui pikiran dan perasaan orang yang dominan, mengambil keputusan dari atasannya. -posisi terbawah, dan memahami kebutuhan sendiri dalam konteks apa yang baik bagi orang yang dominan" (hal. 394). Dalam hubungan egaliter, mereka menggambarkan negosiasi memberi dan menerima kebutuhan, tujuan, dan keinginan individu dengan harapan adanya keselarasan timbal balik dengan kebutuhan hubungan atau kebutuhan satu sama lain.

Masalah gender, ras, dan budaya sering kali bercampur dengan masalah kekuasaan. Misalnya, dalam banyak hubungan, perempuan cenderung mengangkat isu dan mengajak laki-laki keluar pada tahap awal diskusi, sedangkan laki-laki cenderung mengontrol isi dan kedalaman emosi pada tahap diskusi selanjutnya dan mendominasi hasil diskusi. Pergeseran kekuasaan didahului oleh perubahan

"realitas", yaitu perluasan dari perspektif tunggal ke multiverse. Kami mendorong perawat untuk mengadopsi pandangan dunia postmodernis karena pandangan ini menawarkan ide-ide berguna tentang bagaimana kekuasaan dan "kebenaran" dikonstruksi secara sosial, dibentuk melalui bahasa, diorganisir, dan dipertahankan dalam keluarga dan konteks budaya yang lebih besar.

Seorang perawat yang tidak menyadari perbedaan kekuasaan di antara anggota keluarga, dalam hal peran, gender, ekonomi, atau kelas sosial, dapat secara tidak sengaja mendorong anggota keluarga yang berada pada posisi yang kurang berkuasa untuk menerima tujuan yang menurunkan kekuasaan mereka dan membatasi pilihan mereka. Haddock, Zimmerman, dan MacPhee (2000) menyarankan penggunaan Panduan Ekuitas Kekuasaan untuk berdiskusi dengan anggota keluarga mengenai bidang kekuasaan dan pengaruh seperti pengambilan keputusan, pekerjaan, tujuan dan aktivitas hidup, pekerjaan rumah tangga, keuangan, dan seks.

Apakah semua anggota keluarga memberikan kontribusi yang sama terhadap masalah dan berbagi tanggung jawab untuk penyelesaiannya adalah sesuatu yang dapat dipertimbangkan oleh perawat. Kami percaya bahwa sikap yang paling berguna secara klinis sehubungan dengan gagasan kekuasaan adalah dengan mengatakan, "Kekuasaan adalah..." Hal ini dapat digunakan secara positif atau negatif, secara terang-terangan atau terselubung, untuk meningkatkan atau membatasi pilihan. Hubungan kekuasaan terjadi di antara anggota keluarga, penyedia layanan kesehatan, dan institusi. McGoldrick, Gerson, dan Petry (2008, p. 78) telah menggambarkan piramida kekuasaan dan kendali negatif yang mencakup delapan tingkat dan menggabungkan rasisme, heteroseksisme, dan seksisme:

1. "isolasi, mengendalikan siapa yang dapat dilihatnya dan kapan serta di mana
2. pelecehan seksual, sentuhan yang kasar, tindakan seksual yang bertentangan dengan keinginannya, berselingkuh, memaparkannya pada HIV

3. menggunakan anak-anak, bersikap kasar, mengontrol, menimbulkan rasa bersalah atau kurang bertanggung jawab mengenai kunjungan, dll.
4. kekerasan fisik, memukul, mendorong, mencekik, menendang, menjambak, dll.
5. penyalahgunaan ekonomi, mengendalikannya secara finansial, tidak membagikan informasi atau sumber daya keuangan, menantang setiap pembelannya
6. ancaman dan intimidasi, mengancam akan menyakitinya secara fisik, bunuh diri, berselingkuh, menceraikannya, melaporkannya ke lembaga kesejahteraan, mengambil anak atau memutus sistem pendukung emosinya, membuatnya ketakutan melalui penampilan, tindakan, perusakan harta benda, menguntit, mengendarai mobil terlalu cepat
7. menggunakan status imigrasi, menggunakan statusnya yang tidak berdokumen untuk mengancam deportasi, kehilangan anak, pekerjaan, layanan kesehatan, dll.
8. pelecehan emosional dan penggunaan hak istimewa laki-laki, merendahnya, mencaci-maki, membuatnya berpikir bahwa dirinya gila, mempermainkan pikiran, menghalangi, memperlakukannya seperti pelayan, menganggap dirinya berhak mengambil semua keputusan besar atau mengabaikan "shift ke-2" " tanggung jawab rumah tangga seperti pekerjaan rumah tangga dan mengurus anak."

Pengaruh instrumental, kekuasaan, atau kendali mengacu pada penggunaan objek atau hak istimewa (misalnya uang; menonton televisi; penggunaan komputer, mobil, atau ponsel; permen; liburan; dan sebagainya) sebagai penguat. Pengaruh atau kekuatan psikologis mengacu pada penggunaan komunikasi dan perasaan untuk mempengaruhi perilaku. Contohnya termasuk arahan, pujian, kritik, ancaman, dan rasa bersalah. Kontrol fisik mengacu pada kontak tubuh yang sebenarnya, seperti memeluk, memukul, dan lain sebagainya. Penting untuk diperhatikan pengaruh positif dan negatif yang digunakan dalam keluarga, terutama pada bayi dan lansia. Pelecehan terhadap lansia yang

dilakukan oleh pengasuh informal dan terkadang formal tidak jarang terjadi.

Kami menemukan bahwa prediktor positif terpenting dari kepatuhan anak adalah konsistensi penegakan peraturan, dorongan untuk bertindak dewasa, penggunaan penghargaan psikologis seperti pujian dan persetujuan, dan bermain dengan anak. Hal negatif yang paling penting adalah jumlah hukuman fisik. Penggunaan pujian berhubungan positif dengan kesuksesan, sedangkan hukuman fisik dan verbal, hukuman psikologis merupakan pengaruh yang menghambat.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Siapa di antara orang tuamu yang paling baik dalam menyuruh Nirmala meminum obatnya? Ketika Delvecchio mendominasi pembicaraan, apa dampaknya terhadap Jamilett? Apa yang ibumu rasakan mengenai cara ayah tirimu mendisiplin adikmu? Jika ayah tirimu bersikap lebih positif terhadap adikmu Tiffany, bagaimana hubungannya dengan ibumu bisa berubah? Kepentingan siapa yang paling tercermin dalam keputusan besar dalam keluarga Veliz? Siapa yang lebih bisa mengakomodasi lawannya, Gustavo atau Denda?

Keyakinan

Subkategori ini merujuk pada sikap mendasar, premis, nilai, dan asumsi yang dipegang oleh individu dan keluarga. Keyakinan adalah cetak biru yang menjadi dasar manusia membangun kehidupannya dan memadukannya dengan kehidupan orang lain. Keluarga mengembangkan ekologi keyakinan yang muncul dari konteks interaksional, sosial, dan budaya (Wright & Bell, in press). Ketika penyakit muncul, keyakinan kita tentang kesehatan ditantang, terancam, atau dikukuhkan. Selama masa sakit, perawat mungkin menilai keyakinan pasien, anggota keluarga, atau bahkan keyakinan mereka sendiri sebagai penghambat atau kemudahan. Keyakinan yang membatasi dapat meningkatkan penderitaan dan mengurangi pilihan solusi, sedangkan keyakinan yang memfasilitasi dapat meringankan penderitaan penyakit dan meningkatkan pilihan solusi untuk mengelola penyakit (Wright & Bell, in press). Keyakinan penyakit mana yang dianggap menghambat atau

memfasilitasi ditentukan oleh penilaian klinis perawat dalam kolaborasi dengan keluarga. Setiap transaksi penyembuhan melibatkan setidaknya tiga rangkaian keyakinan: keyakinan pasien, keyakinan anggota keluarga lainnya, dan keyakinan perawat (Hougher Limacher & Wright, 2006; Moules, 1998; Moules, Thirsk, & Bell, 2006; Watson & Lee, 1993; Wright & Nagy, 1993; Wright & Simpson, 1991; Wright & Watson, 1988; Wright & Bell, sedang dicetak). Cousins (1979) menawarkan gagasan yang tajam bahwa apa yang kita yakini adalah pilihan yang paling kuat.

Keyakinan dan perilaku mempunyai hubungan yang sangat erat. Setiap tindakan dan setiap pilihan yang diambil oleh keluarga dan individu berkembang dari keyakinan mereka. Akibatnya, keyakinan membentuk cara keluarga beradaptasi terhadap penyakit kronis dan mengancam jiwa. Misalnya, jika sebuah keluarga percaya bahwa pengobatan terbaik untuk kanker usus besar adalah pendekatan non-tradisional, maka masuk akal bagi keluarga tersebut untuk melakukan akupunktur. Karena budaya Amerika Utara cenderung menggunakan paradigma pengendalian gejala (ada baiknya jika terkendali dan buruk jika tidak terkendali), perawat mungkin akan berguna untuk mengeksplorasi keyakinan anggota keluarga tentang kendali dan penguasaan atas gejala yang mereka alami.

Keyakinan terkait erat dengan konteks keluarga dan sosioekonomi. Penelitian Corbet-Owen dan Kruger (2001) menemukan bahwa makna kehamilan bagi wanita dalam penelitian mereka tidak hanya menentukan arti dari keguguran mereka tetapi juga berdampak pada kebutuhan emosional mereka pada saat kehilangan tersebut. Misalnya saja, jika seorang ibu merasa sangat bahagia atas kehamilannya dan merasa hancur karena kegugurannya, maka kebutuhan emosionalnya akan sangat berbeda dengan kebutuhan emosional ibu lain yang tidak ingin hamil dan merasa lega dengan kegugurannya. Perasaan tentang keguguran berkisar dari perasaan hancur hingga lega.

Dalam contoh lain, seorang ayah berusia 51 tahun dengan dua anak perempuan remaja menulis kepada seorang

perawat tentang keyakinannya mengenai rasa sakit kronis yang dideritanya:

Menurutku setiap orang mempunyai ambang rasa sakit yang berbeda-beda. Setiap hari saya mencoba untuk melepaskan rasa sakit... Saya mencoba untuk "masuk" ke dalam pekerjaan dan kehidupan saya. Saya tidak selalu sukses...tetapi saya berusaha sekeras yang saya bisa. Alasannya, karena keluarga, teman, dan keyakinan saya (gushy ya?, tapi itu benar). Saya pikir Anda harus mencari tahu apa yang penting dalam hidup Anda dan membiarkannya memotivasi Anda, betapapun buruknya hal ini, selalu ada pemikiran untuk "mengakhiri semuanya"...tetapi kemudian Anda berpikir tentang kesedihan yang akan Anda tinggalkan. yang Anda cintai...itu membuat Anda terus maju. Menurut saya kuncinya adalah menemukan satu hal penting sebagai permulaan, dan biarkan hal itu menjadi bahan bakar yang membuat Anda tetap termotivasi untuk melakukan hal-hal yang ingin Anda lakukan. Saya berharap ada lebih banyak lagi yang bisa saya katakan... Ini adalah perjuangan sehari-hari.

Wright dan Bell telah mengemukakan bahwa keyakinan yang paling relevan untuk dieksplorasi bersama pasien dan keluarga mereka adalah: keyakinan tentang etiologi, diagnosis, prognosis, penyembuhan, dan pengobatan; spiritualitas dan agama; penguasaan dan pengendalian; peran anggota keluarga; dan peran penyedia layanan kesehatan.

Kotak 6-3 memberikan daftar area yang perlu dieksplorasi perawat ketika menilai keyakinan keluarga tentang masalah kesehatan.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Menurut Anda, apa penyebab kecanduan seksual Anda? Menurut Anda, seberapa besar kendali yang dimiliki keluarga Anda terhadap nyeri kronis? Seberapa besar kendali yang dimiliki nyeri kronis terhadap keluarga Anda? Menurut Anda, apa dampaknya, jika ada, terhadap nyeri kronis jika Anda dan

istri Anda menyetujui pengobatan? Menurut Anda siapa yang paling menderita di keluarga Anda karena perubahan dalam kehidupan keluarga Anda akibat multiple sclerosis yang Anda alami? Menurut Anda, hal apa yang paling bermanfaat yang ditawarkan oleh para profesional kesehatan untuk membantu Anda mengatasi penderitaan fibromyalgia? Apa yang paling tidak membantu? Apakah kepercayaan Budha Anda ada yang membantu Anda mengatasi kehilangan tragis putra Anda?

Kotak 6-3 Keyakinan tentang Masalah Kesehatan

- A. Keyakinan tentang:
 - 1. Diagnosa
 - 2. Etiologi
 - 3. Prognosis
 - 4. Penyembuhan dan pengobatan
 - 5. Penguasaan, pengendalian, dan pengaruh
 - 6. Agama dan spiritualitas
 - 7. Tempat penyakit dalam kehidupan dan hubungan
 - 8. Peran anggota keluarga
 - 9. Peran profesional layanan kesehatan
- B. Pengaruh keluarga terhadap masalah kesehatan
 - 1. Pemanfaatan sumber daya
 - a. Internal (kepada keluarga)
 - b. Luar
 - 2. Pengobatan dan pengobatan
- C. Pengaruh masalah kesehatan terhadap keluarga
 - 1. Respon klien terhadap penyakitnya
 - 2. Respon anggota keluarga terhadap penyakit
 - 3. Persepsi kesulitan dan perubahan terkait masalah kesehatan
- D. Kekuatan yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini
- E. Kekhawatiran berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini

Aliansi dan Koalisi

Subkategori ini berfokus pada arah, keseimbangan, dan intensitas hubungan antar anggota keluarga atau antara keluarga dan perawat. Komplementer dan simetris adalah

istilah yang digunakan untuk menggambarkan hubungan dua orang (lihat Bab 2). Istilah yang biasa digunakan untuk membedakan hubungan tiga orang adalah segitiga, istilah yang pertama kali diciptakan oleh Bowen (1978). Bowen, seorang psikiater dan terapis keluarga, menjelaskan:

Hubungan dua orang tidak stabil karena memiliki toleransi yang rendah terhadap kecemasan dan mudah terganggu oleh kekuatan emosional dalam diri pasangan tersebut dan oleh kekuatan hubungan dari luar pasangan tersebut. Ketika kecemasan meningkat, aliran emosi dalam dua pasangan semakin intensif dan hubungan menjadi tidak nyaman. Ketika intensitas mencapai tingkat tertentu, pasangan tersebut dapat diprediksi dan secara otomatis melibatkan orang ketiga yang rentan dalam masalah emosional. Pasangan ini mungkin "menjangkau" dan menarik orang lain, emosi mungkin "meluap" ke orang ketiga, atau orang ketiga mungkin terprogram secara emosional untuk memulai keterlibatan. Dengan keterlibatan orang ketiga, tingkat kecemasan menurun. Seolah-olah kecemasan itu terdilusi ketika ia berpindah dari satu hubungan ke hubungan lain dalam sebuah segitiga. Segitiga lebih stabil dan fleksibel dibandingkan dua pemain. Ia memiliki toleransi yang jauh lebih tinggi terhadap kecemasan dan mampu menangani sebagian besar tekanan hidup. (hal. 400)

Kebanyakan hubungan keluarga diorganisasikan berdasarkan kelompok bertiga atau segitiga. Aliansi segitiga bisa membantu atau tidak membantu. Kita telah mempelajari bahwa, dalam keluarga veteran perang yang mengalami gangguan stres pasca trauma, veteran tersebut terkadang dapat melakukan triangulasi dengan temannya yang sudah meninggal tanpa sepengetahuan pasangannya. Dengan kembalinya tentara dari perang Irak atau Afghanistan, dampak berkelanjutan dari aliansi militer mereka mungkin menjadi area yang berguna untuk dieksplorasi oleh perawat jika keluarga mengalami kesulitan untuk menyesuaikan diri sebagai satu kesatuan. Hari-hari yang gelisah, hubungan yang retak, dan botol pil yang membantu mengatasi beberapa jenis rasa sakit, namun tidak semua jenis, sering

dilaporkan oleh keluarga-keluarga ini. Hubungan tidak bersifat satu arah, meskipun salah satu anggota segitiga tersebut adalah seorang bayi, orang lanjut usia, atau orang yang mempunyai cacat. Intensitas setiap hubungan dan jumlah interaksi seringkali cukup seimbang. Jika satu hubungan menjadi lebih intens, satu atau dua hubungan lainnya menjadi kurang intens. Selain itu, jika salah satu anggota kelompok bertiga menarik diri, dua anggota lainnya menjadi lebih dekat.

Kami percaya bahwa penting bagi perawat untuk memperhatikan tingkat fleksibilitas dan fluiditas dalam keluarga saat mereka menyesuaikan diri dengan pendatang baru, kematian, atau penyakit. Temuan dari penelitian yang dilakukan oleh Fivaz-Depeursinge dan Favez (2006) mengenai triangulasi pada masa bayi mendukung gagasan ini dan menawarkan gagasan untuk intervensi. Misalnya, jika ayah bersikap intrusif saat bermain dengan bayinya, bayi sering kali menghindar dan menoleh ke ibunya. Para penulis menemukan bahwa pengaturan pola penghindaran intrusi di tingkat keluarga bergantung pada aliansi pasangan. Ketika pola asuh bersama bersifat suportif, ibu memvalidasi permintaan bantuan bayi tanpa campur tangan ayah. Dengan demikian, pola problematis tersebut terkandung dalam pasangan ayah-bayi. Jika pola asuh bersama bersifat bermusuhan/kompetitif, ibu akan mengabaikan tawaran bayinya atau berinteraksi dengannya dengan cara yang mengganggu permainannya dengan ayahnya. Dalam kasus ini, triangulasi terjadi dan ketegangan berkurang, namun ada konsekuensinya. Perawat dapat mengidentifikasi pola-pola ini dengan pasangan dan kemudian berkolaborasi dengan mereka untuk merancang intervensi yang efektif.

Ketika perawat menangani subkategori fungsional aliansi dan koalisi ini, mereka akan menyadari keterkaitannya dengan kategori struktural dan perkembangan. Subkategori struktural batas wilayah merupakan bagian penting dari subkategori aliansi atau koalisi. Batas tersebut menentukan siapa yang menjadi bagian dari segitiga dan siapa yang bukan. Tentu saja, ada banyak segitiga dan banyak perubahan aliansi dan koalisi dalam keluarga. Oleh karena

itu, yang penting untuk diperhatikan oleh perawat dan keluarga adalah apakah hal ini menimbulkan masalah atau justru memperkaya.

Rolland (1999) memberikan contoh tentang apa yang bisa terjadi secara tidak sengaja dalam sebuah keluarga jika penyakit pasien dilihat sebagai "masalahnya" versus "tantangan kita." Jika kondisi ini didefinisikan sebagai masalah pasien yang terkena dampak, perpecahan mendasar terjadi antara pasien, pasangannya, dan anggota keluarga lainnya. Dengan memperkenalkan konsep "tantangan kita" sejak dini, perawat "memberikan kesempatan bagi semua anggota keluarga untuk mengkaji keyakinan budaya dan multigenerasi tentang hak dan keistimewaan anggota keluarga yang sakit dan sehat" (hal. 258). Contoh alternatif dari koalisi positif adalah ketika anggota keluarga bergabung bersama untuk membantu anggota keluarga lainnya berhenti merokok atau berhenti minum alkohol. Mereka secara kolektif menyuarakan keprihatinan mereka kepada individu dan niat mereka untuk memberikan dukungan dan bantuan. Kami telah mengamati bahwa koalisi lintas generasi terkadang terjadi bersamaan dengan perilaku yang menunjukkan gejala. Hoffman (1981) memberikan contoh yang sangat baik tentang pola pergeseran proses triadik lintas generasi. Polanya berfokus pada perilaku tidak pantas yang dilakukan anak muda:

Tahap satu: Ibu membujuk, anak tidak mau menurut, ibu mengancam akan memberitahu ayah (ayah-ibu menentang anak). **Tahap kedua:** ketika ayah pulang, ibu menceritakan betapa buruknya keadaan anak, dan ayah menyuruh anak ke kamarnya tanpa makan malam. Ibu menyelip setelah ayah meninggalkan meja dan membawakan anak sedikit makanan di piring (ibu-anak melawan ayah). **Tahap ketiga:** ketika anak datang terlambat, sang ayah, ketika mencoba berbaikan, menawarkan untuk bermain bersamanya, permainan yang secara tegas dilarang oleh ibu karena hal itu membuatnya terlalu bersemangat sebelum tidur (ayah-anak melawan ibu). **Tahap keempat:** ibu menegur ayah karena hal ini; anak itu, yang terlalu bersemangat, mengamuk dan

disuruh tidur; dan segitiga asal menjadi bulat kembali (ibu-ayah melawan anak). (hal. 32)

Selain memperhatikan hubungan antara subkategori struktural batas dan subkategori fungsional aliansi dan koalisi, perawat harus menyadari keterkaitan dengan subkategori perkembangan keterikatan. Keterikatan keluarga, atau ikatan emosional mendasar yang memiliki kualitas abadi atau stabil, mirip dengan aliansi karena keduanya merupakan kesatuan. Namun keterikatan cenderung berbeda dengan koalisi, karena koalisi menyiratkan keselarasan antara dua anggota dengan anggota ketiga yang terpecah atau menentang.

Pertanyaan untuk Ditanyakan kepada Keluarga. Saat Demi dan Tyson bertengkar, siapa yang paling berpeluang berada di tengah pertarungan? Jika anak-anak bermain bersama dengan sangat baik, siapa yang kemungkinan besar akan ikut dan memulai berkelahian mereka? Siapa yang akan menghentikan mereka berkelahi? Apa dampak tumor otak yang diderita Don terhadap anggota keluarga yang berkumpul atau semakin menjauhkan diri?

KESIMPULAN

CFAM, meskipun merupakan model pengkajian keluarga yang sangat komprehensif dan inklusif, tidak perlu berlebihan jika dilihat sebagai “peta keluarga” dari sudut pandang perawat dan pengamat keluarga. Model ini memberikan kerangka kerja yang dapat digunakan saat perawat dan keluarga mendiskusikan permasalahan. Perawat dapat menggunakan tiga kategori utama (struktural, perkembangan, dan fungsional) untuk memperoleh penilaian makro kekuatan dan masalah keluarga. Tergantung pada tingkat kepercayaan diri dan kompetensinya, perawat juga dapat melakukan penilaian mikro dan mengeksplorasi secara rinci bidang fungsi keluarga tertentu. Dalam situasi apa pun, perawat harus mampu mengumpulkan semua informasi yang relevan ke dalam pengkajian terpadu. Dalam melakukan hal ini, perawat menyatukan informasi dan tidak terhalang oleh kompleksitas. Tidakkah cukup hanya memusatkan perhatian pada kesulitan-kesulitan sebuah keluarga dalam memecahkan masalah

ketika struktur keluarga yang spesifik tidak diketahui. Selain itu, jika perawat terlalu berfokus pada riwayat perkembangan sebelumnya, perawat mungkin mengabaikan masalah penting dalam fungsi saat ini. Tentu saja, sejarah masa lalu tidak bisa diabaikan. Namun hal ini harus diintegrasikan hanya sejauh hal tersebut dapat membantu menjelaskan fungsi yang ada saat ini.

Setelah pengkajian keluarga menyeluruh telah selesai, perawat dan keluarga sekarang dapat menentukan apakah intervensi diperlukan. Namun, kami ingin menekankan bahwa penyelesaian pengkajian keluarga dengan menggunakan CFAM tidak berarti bahwa perawat atau keluarga kini memiliki "kebenaran" tentang fungsi keluarga terkait dengan masalah atau kekhawatiran kesehatan. Sebaliknya, perawat dan anggota keluarga masing-masing memiliki penilaian terpadu mereka sendiri berdasarkan "perspektif pengamat".

Referensi

- Aarons, G.A., et al. (2007). Assessment of family functioning in Caucasian and Hispanic Americans: Reliability, validity, and factor structure of the Family Assessment Device. *Family Process*, 46(4), 557–569.
- Ahrons, C.R. (1999). Divorce: An unscheduled family transition. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 381–98). Boston: Allyn & Bacon.
- Ahrons, C.R. (2006). Long-term effects of divorce on children. *Family Therapy Magazine*, 5(1), 24–27.
- Ahrons, C.R. (2007). Family ties after divorce: Long-term implications for children. *Family Process*, 46(1), 53–65.
- Ahrons, C.R., & Rodgers, R.H. (1987). *Divorced families: A multidisciplinary developmental view*. New York: Norton.
- American Academy of Pediatrics (2002). Technical report: Coparent or second-parent adoption by same-sex parents. <http://www.aap.org/policy/020008t.html>
- Anderson, C.M. (2003). The diversity, strengths, and challenges of single-parent households. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 121–152). New York: Guilford Press.

- Ault-Rich', M. (1986). A feminist critique of five schools of family therapy. *Family Therapy Collections*, 16, 1–15.
- Baum, N. (2003). Divorce process variables and the co-parental relationship and parental role fulfilment of divorced parents. *Family Process*, 42(1), 117–131.
- Baum, N. (2006). Postdivorce paternal disengagement: Failed mourning and role fusion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 245–254.
- Becvar, D.S. (2001). In the presence of grief: Helping family members resolve death, dying, and bereavement issues. New York: Guilford Press.
- Becvar, D.S. (2003). Introduction to the special section: Death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 437–438.
- Berger, R. (1998). Stepfamilies: A multi-dimensional perspective. New York: Haworth Press.
- Boss, P.G. (2002). Ambiguous loss: Working with families of the missing. *Family Process*, 41(1), 14–17.
- Bowen, M. (1978). Family therapy in clinical practice. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210.
- Bowse, B.P., et al. (2003). Death in the family and HIV risk-taking among intravenous drug users. *Family Process*, 42(2), 291–304.
- Brown-Standridge, M.D., & Floyd, C.W. (2000). Healing bittersweet legacies: Revisiting contextual family therapy for grandparents raising grandchildren in crisis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 185–197.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (Eds.) (1988). *The changing family life cycle: A framework for family therapy* (2nd ed.). New York: Gardner Press.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). The divorce cycle: A major variation in the American family life cycle. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 373–380). Boston: Allyn & Bacon.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (Eds.) (1999a). *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1999b). Overview: The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 1–26). Boston: Allyn & Bacon.

- Clark, P., Thigpen, S. & Yates, A.M. (2006). Integrating the older/special needs adoptive child into the family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(2), 181–194.
- Clawson, J., & Ganong, L. (2002). Adult stepchildren's obligations to older stepparents. *Journal of Family Nursing*, 8(1), 50–72.
- Connolly, M. (2006). Up front and personal: Confronting dynamics in the family group conference. *Family Process*, 45(3), 345–357.
- Corbet-Owen, C., & Kruger, L. (2001). The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health*, 19(4), 411–427.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness as perceived by the patient: Reflections on healing and regeneration*. New York: Bantam Books.
- Daily Almanac (November 22, 2007). Marriages and divorces, 1900–2005, U.S statistics. www.infoplease.com/ipa/A0005044.html accessed 11/22/07.
- Dolbin-Macnab, M.L., & Rausch, D.T. (2006). Egg and sperm donors: The role of marriage and family therapists in third-party reproduction. *Family Therapy Magazine*, 5(1), 24–29.
- Duhamel, F., & Campagna, L. (2000). *Family genograph*. Montreal: Universite de Montreal, Faculty of Nursing. Available from www.familynursingresources.com.
- Duvall, E.R. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Egan, J. (2002, March 24). The hidden lives of homeless children. *The New York Times Magazine*, Section 6, pp. 32–37, 58–59.
- Epstein, H. (2003, October 12) Enough to make you sick? *The New York Times Magazine*, Section 6, pp.75–81.
- Epstein, N., Bishop, D., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19–31.
- Epstein, N., Sigal, J., & Rakoff, V. (1968). Family categories schema [Unpublished manuscript]. Jewish General Hospital, Department of Psychiatry, Montreal.
- Erickson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Falicov, C. (2003). Immigrant family processes. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 280–300). New York: Guilford Press.
- Falicov, C.J. (2007). Working with transnational immigrants: Expanding meanings of family, community, and culture. *Family Process*, 46, 157–171.

- Fein, E.B. (1998, October 24). Secrecy and stigma no longer clouding adoptions. *The New York Times*, Section 1, p. 1.
- Fekete, E.M., et al. (2007). Couples' support provision during illness: The role of perceived emotional responsiveness. *Families, Systems & Health*, 25(2), 204-217.
- Fields, J. (2003). Children's living arrangements and characteristics: March 2002. U.S. Census Bureau, P20-547.
- Fields, J., & Casper, L.M. (2001). America's families and living arrangements: Population characteristics. U.S. Dept. of Commerce. U.S. Census Bureau, P20-537.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Favez, N. (2006). Exploring triangulation in infancy: Two contrasted cases. *Family Process*, 45(1), 3-18.
- Fraenkel, P. (2006). Engaging families as experts: Collaborative family program development. *Family Process*, 45(2), 237-257.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Fruhauf, C.A., & Aberle, J.T. (2007). Women caring for partners with dementia: A contextual model. In *The therapist's notebook for family health care* (pp. 157-165). New York: Hawort Press.
- Fulkerson, J.A., et al. (2007). Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: The role of the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 181-186.
- Furrow, J., & Palmer, G. (2007). EFFT and blended families: Building bonds from the inside out. *Journal of Systemic Therapies*, 26(4), 44-58.
- Goldner, V. (1985). Feminism and family therapy. *Family Process*, 24(1), 31-47.
- Greene, S.M., Anderson, E.R., Hetherington, E.M., Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (2003). Risk and resilience after divorce. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes*.
- Growing diversity and complexity (3rd ed.) (pp. 96-120). New York: Guilford Press.
- Haddock, S.A., Zimmerman, T.S., & Lyness, K.P. (2003). Changing gender norms. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity*, (3rd ed.) (pp. 301-336). New York: Guilford Press.
- Haddock, S.A., Zimmerman, T.S., & MacPhee, D. (2000). The Power Equity Guide: Attending to gender in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 153-170.

- Hagestad, G.O. (1988). Demographic change and the life course: Some emerging trends in the family realm. *Family Relations*, 37, 405-410.
- Haglund, K. (2000). Parenting a second time around: An ethnography of African American grandmothers parenting grandchildren amid parental cocaine abuse. *Journal of Family Nursing*, 6(2), 120-135.
- Haley, J. (1977). Toward a theory of pathological systems. In P. Watzlawick & J.H. Weakland (Eds.), *The interactional view*. New York: Norton.
- Harburg, E., Kaciroti, N., & Gleiberman, L. (2008). Marital pair anger coping types may act as an entity to affect mortality: Preliminary findings from a prospective study. *Journal of Family Communication*, 8(1), 44-61.
- Hardy, K.V. (1990). Much more than techniques needed in treating minorities. *Family Therapy News*.
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework*, 59, 465-476.
- Haskell, K. (2003, November 30). When grandparents step into the child care gap, money can be scarce. *The New York Times*, Section 1, p. 29.
- Hawley, D.R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283-298.
- Hill, M.R., & Thomas, V. (2002). Racial and gender identity development for black and white women in heterosexual partner relationships. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 1(4), 1-35.
- Hiott, A., et al (2006). Gender differences in anxiety and depression among immigrant Latinos. *Families, Systems & Health*, 24(2), 137-146.
- Hoff, A.L., et al (2005). An intervention to decrease uncertainty and distress among parents of children newly diagnosed with diabetes: A pilot study. *Families, Systems & Health*, 23(3), 329-342.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Hougher Limacher, L., & Wright, L.M. (2006) Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 307-331.
- Kaufman, M.T. (2002, September 8). Face it: Your looks are revealing. *New York Times*, Section IV, p. 3.
- Kelly, J.B. (2007). Children's living arrangements following separation and divorce: Insights from empirical and clinical research. *Family Process*, 46(1), 35-52.

- Knafl, K.A., & Deatrick, J.A. (2006). Family management style and the challenge of moving from conceptualization to measurement. *Journal of Oncology Nursing*, 23(1), 12–18.
- LaSala, M.C. (2002). Walls and bridges: How coupled gay men and lesbians manage their intergenerational relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 327–339.
- Levac, A.M.C., Wright, L.M., & Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J.A. Fox (Ed.), *Primary Health Care of Infants, Children, and Adolescents* (2nd ed.) (pp. 10–19). St. Louis: Mosby.
- Lewinsohn, M.A., & Werner, P.D. (1997). Factors in Chinese marital process: Relation- ship to marital adjustment. *Family Process*, 36(1), 43–61.
- Linville, D., & Lyness, A.P. (2007). Twenty American families' stories of adaptation: Adoption of children from Russian and Romanian institutions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(1), 77–93.
- Lonczak, H.S., et al (2007). Family structure and substance use among American Indian youth: A preliminary study. *Families, Systems & Health*, 25(1), 10–22.
- Long, J.K., & Andrews, B.V. (2007). Fostering strength and resiliency in same-sex couples: An overview. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 6(1/2), 153–165.
- Lyken, D.T. (2006). The heritability of happiness. *Family Therapy Magazine*, 5(6), 18–21.
- Maturana, H.R., & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications, Inc.
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2003). The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd. ed.) (pp. 375–398). New York: Guilford Press.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: assessment and intervention* (3rd ed.). New York, WW Norton & Company.
- McNally, R.J., Bryant, R.A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45–79.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moules, N.J. (1998). Legitimizing grief: Challenging beliefs that constrain. *Journal of Family Nursing*, 4(2), 138–162.

- Moules, N.J., Thirsk, L.M., & Bell, J.M. (2006). A Christmas without memories: Beliefs about grief and mothering—A clinical case analysis. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 426–441.
- Nolan, K.W., Orlando, M., & Liptak, G.S. (2007). Care coordination services for children with special health care needs: Are we family-centered yet? *Families, Systems & Health*, 25(3), 293–306.
- Penn, M.J., with Zalesne, E.K. (2007). *Microtrends: The small forces behind tomorrow's big changes*. New York: 12, Hachette Book Group USA.
- Perren, S., et al. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process*, 44, 441–459.
- Post, S., & Neimark, J. (2007). *Why good things happen to good people*. New York: Broadway Books.
- Reitz, M., & Watson, K.W. (1992). *Adoption and the family system*. New York: Guilford Press.
- Rempel, G.R., Neufeld, A., & Kushner, K.E. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research. *Journal of Family Nursing*, 13(4), 403–419.
- Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions: From burden to balance. *Journal of Family Nursing*, 4(3), 271–290.
- Rolland, J.S. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21(3), 242–267.
- Rolland, J.S., & Williams, J.K. (2005). Toward a biopsychosocial model for 21st century genetics. *Family Process*, 44, 1, 3–24.
- Rovers, M.W. (2006). Overview of attachment theory: A continuous thread. *Family Therapy Magazine*, 5(5), 8–11.
- Saluter, A.F., & Lugaila, T.A. (1998). Marital status and living arrangements: March 1996. U.S. Dept. of Commerce, U.S. Census Bureau, *Current Population Reports, Population Characteristics*, P20–496, pp. 1–6.
- Samir, Y. (2002, October 27). I stand alone. *The New York Times Magazine*, Section 6, p. 98. *Frameworks for Practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1980). Hypothesizing circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(3), 3–12.
- Shernoff, M. (2006). Negotiated monogamy and male couples. *Family Process*, 45(4), 407–418.

- Silverstein, R., et al. (2006). What does it mean to be relational? A framework for assessment and practice. *Family Process*, 45(4), 391–405.
- Smith, K. (2000). Who's minding the kids? Child care arrangements. Fall 1995. U.S. Census Bureau, P70–70.
- Stein, J.A., Rotheram-Borus, M., & Lester, P. (2007). Impact of parentification on long-term outcomes among children of parents with HIV/AIDS. *Family Process*, 46(3), 317–333.
- Stepfamily Association of America. (2003). Stepfamily facts. Accessed online July 23, 2003, at www.saafamilies.org/faqs/index.htm.
- Suarez-Orozco, C., Todorova, I.L., & Louie, J. (2002). Making up for lost time: The experience of separation and reunification among immigrant families. *Family Process*, 41(4), 625–643.
- Suro, R. (1991). The new American family: Reality is wearing the pants. *The New York Times*, Section 4, p. 2.
- Toman, W. (1976). *Family constellation: Its effects on personality and social behavior* (3rd ed.). New York: Springer.
- Toman, W. (1988). Basics of family structure and sibling position. In M.D. Kahn & K.G. Lewis (Eds.), *Siblings in therapy: Life span and clinical issues* (pp. 46–65). New York: Norton.
- Tomm, K. (1977). Tripartite family assessment [Unpublished manuscript]. University of Calgary, Alberta.
- Tomm, K. (1980). Towards a cybernetic-systems approach to family therapy at the University of Calgary. In D.S. Freeman (Ed.), *Perspectives on family therapy* (pp. 3–18). Toronto: Butterworths.
- Tomm, K., & Sanders, G. (1983). Family assessment in a problem oriented record. In J.C. Hansen & B.F. Keeney (Eds.), *Diagnosis and assessment in family therapy* (pp. 101–22). London: Aspen Systems Corporation.
- Tubbs, C.Y., Roy, K.M., & Burton, L.M. (2005). Family ties: Constructing family time in low-income families. *Family Process*, 44(1), 77–91.
- United States Census Bureau (2002). Number of foreign-born up 57 percent since 1990, according to Census 2000. U.S. Department of Commerce News, Washington, DC, CB02–CN.117.
- United States Census Bureau (2007a). African Americans by the numbers. *Daily Almanac*. www.infoplease.com/spot/bhmcensus1.html accessed 11/22/07.
- United States Census Bureau (2007b). Hispanic Americans by the numbers. *Daily Almanac*. www.infoplease.com/spot/hhmcensus1.html accessed 11/22/07

- United States Census Bureau (2007c). Median age at first marriage. Daily Almanac. www.infoplease.com/ipa/A0005061.html accessed 11/22/ 07.
- United States Census Bureau (2007d). Percent never married. Daily Almanac. www.infoplease.com/ipa/A0763219.html accessed 11/22/07.
- USA Today. (2003, August 5). Gay marriage debate clouds real issue of equal treatment.
- USA Today, p. 10A.
- Visher, E.B., Visher, J.S., & Pasley, K. (2003). Remarriage families and stepparenting. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 153-175). New York: Guilford Press.
- Walsh, F. (1999). Religion and spirituality: Wellsprings for healing and resilience. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual resources in family therapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Watson, W.L., & Lee, D. (1993). Is there life after suicide? The systemic belief approach for "survivors" of suicide. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 37-43.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Weingarten, K. (2000). Using the internet to build social support: Implications for well-being and hope. *Families, Systems & Health*, 18(2), 157-160.
- Westley, W.A., & Epstein, N.B. (1969). *The silent majority: Families of emotionally healthy college students*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wright, L.M. (2005). *Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). *Beliefs and illness: A model to invite healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L.M., & Nagy, J. (1993). Death: The most troublesome family secret of all. In E. Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 121-137). New York: Norton.
- Wright, L.M., & Simpson, P. (1991). A systemic belief approach to epileptic seizures: A case of being spellbound. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 13(2), 165-180.
- Wright, L.M., & Watson, W.L. (1988). Systemic family therapy and family development. In C.J. Falicov (Ed.), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*

(pp. 407–30). New York: Guilford Press.

Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (1990). The family nursing unit: A unique integration of research, education, and clinical practice. In L.M. Wright & J.M. Bell (in press). Beliefs and illness: A model for healing. Calgary, AB: 4th Floor Press.

Bab 7

TEORI CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL – (CFIM)

Kompetensi Dasar:

Memahami Calgary Family Intervention Model (CFIM)

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Calgary Family Intervention Model (CFIM)
2. Menjelaskan penerapan Calgary Family Intervention Model (CFIM)

Calgary Family Intervention Model (CFIM) merupakan pendamping dari Calgary Family Assessment Model (CFAM) (lihat Bab 6). Sepengetahuan kami, CFIM adalah model intervensi keluarga pertama yang muncul dalam bidang keperawatan. Kami juga tidak mengetahui adanya model intervensi lain yang telah dikembangkan sejak kami pertama kali memperkenalkan model kami dalam *Nurses and Families* edisi kedua pada tahun 1994. Namun, pentingnya dan efektivitas intervensi keluarga dalam pelayanan kesehatan dalam pengobatan penyakit fisik. Penyakit tampaknya telah mendapat lebih banyak pengakuan dalam lima tahun terakhir (Campbell, 2003). Selain itu, fokus penyedia layanan kesehatan telah bergeser dari penilaian keluarga berbasis defisit atau disfungsi menjadi intervensi keluarga berbasis kekuatan dan ketahanan. Misalnya, Model Keperawatan McGill menyatakan bahwa salah satu tujuannya adalah untuk “membantu keluarga menggunakan kekuatan masing-masing anggota keluarga dan keluarga sebagai satu kesatuan, serta sumber daya di luar sistem keluarga” (Feeley & Gottlieb, 2000, hal.11). Contoh lainnya adalah penggunaan Model Ketahanan Keluarga (Family Resiliency Model) yang dilakukan oleh Rungtangkun dan Gilliss (2000) untuk

mempelajari keluarga yang salah satu anggotanya mengidap penyakit mental yang parah dan terus-menerus.

CFIM adalah model yang berbasis kekuatan dan ketahanan. Kami percaya bahwa pergeseran penekanan dari defisit dan disfungsi ke kekuatan dan ketahanan dalam praktik keperawatan keluarga sangat mempengaruhi jenis intervensi yang ditawarkan dan dipilih oleh keluarga dalam model kami. Tentu saja, intervensi yang ditawarkan harus bergantung pada ruang lingkup praktik perawat, tingkat kemandirian, otonomi, dan tanggung jawab yang terkait dengan perannya dalam perawatan keluarga (Schober & Affara, 2001). Pelayanan keperawatan dapat berkisar dari "tugas yang didelegasikan seperti perawatan luka di rumah, hingga penilaian kompleks dan manajemen kuratif di pusat kesehatan dan klinik" (Schober & Affara, 2001, hal. 23).

Bab ini menyajikan definisi dan deskripsi kami tentang CFIM, contoh intervensi dalam tiga domain fungsi keluarga, dan contoh klinis aktual yang menggunakan CFIM. Bab ini diakhiri dengan ide intervensi untuk situasi keluarga yang sering dihadapi perawat.

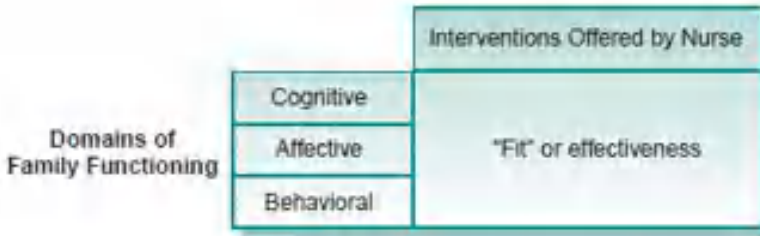
DEFINISI DAN DESKRIPSI

Jika pengkajian keluarga yang komprehensif telah selesai dan intervensi keluarga diindikasikan, perawat kemudian harus mempertimbangkan bagaimana melakukan intervensi untuk memfasilitasi perubahan. CFIM adalah kerangka pengorganisasian untuk mengkonseptualisasikan titik temu antara domain tertentu dari fungsi keluarga dan intervensi spesifik yang ditawarkan oleh perawat (Gambar 7-1). Elemen CFIM adalah intervensi, domain fungsi keluarga, dan "kesesuaian" (yaitu efektivitas). CFIM secara visual menggambarkan kesesuaian antara fungsi keluarga dan intervensi keperawatan; yaitu menjawab pertanyaan, "Dalam bidang fungsi keluarga manakah intervensi ini bertujuan untuk melakukan perubahan? Apakah ini cocok untuk

keluarga ini?" CFIM berfokus pada mendorong, meningkatkan, dan mempertahankan fungsi keluarga yang efektif dalam tiga domain atau bidang: kognitif, afektif, dan perilaku.

Intervensi dapat dirancang untuk meningkatkan, meningkatkan, atau mempertahankan fungsi keluarga di salah satu atau ketiga bidang tersebut, namun perubahan di satu bidang dapat mempengaruhi bidang lainnya. Kami percaya bahwa perubahan yang paling mendalam dan berkelanjutan adalah perubahan yang terjadi dalam keyakinan (kognisi) keluarga. Dengan kata lain, seperti yang dipikirkan sebuah keluarga, demikian pula halnya. Dalam banyak kasus, satu intervensi sebenarnya dapat mempengaruhi ketiga domain fungsi keluarga secara bersamaan.

Kami percaya bahwa perawat hanya dapat menawarkan intervensi kepada keluarga, tidak menginstruksikan, mengarahkan, menuntut, atau memaksakan perubahan atau cara fungsi keluarga tertentu. Keterbukaan sebuah keluarga terhadap suatu intervensi tergantung pada susunan genetiknya dan riwayat interaksi keluarga di antara anggota keluarga dan antara anggota keluarga dan profesional kesehatan (Maturana & Varela, 1992). Keterbukaan terhadap intervensi tertentu juga sangat dipengaruhi oleh hubungan antara perawat dan keluarga (Bohn, Wright, & Moules, 2003; Duhamel & Talbot 2004; Leahey & Harper-Jaques, 1996; Houser Limacher & Wright, 2003, 2006; McLeod & Wright, 2008; Moules, 2002, Moules, dkk. 2004, 2007; Robinson & Wright, 1995; Tapp, 2001; Thorne & Robinson, 1989) dan kemampuan perawat untuk membantu keluarga merefleksikan masalah kesehatan mereka (Wright & Bell, sedang dicetak; Wright & Levac, 1992). Sibernetika tingkat kedua dan biologi kognisi (Maturana & Varela, 1992) telah mempengaruhi gagasan kita dalam bidang ini.



GAMBAR 7-1: CFIM: Persimpangan domain fungsi dan intervensi keluarga

Intervensi dalam sistem keluarga dengan cara yang mendorong atau memfasilitasi perubahan dan penyembuhan adalah aspek yang paling menantang dan menarik dalam pekerjaan klinis bersama keluarga. Proses intervensi mewakili inti praktik klinis dengan keluarga. Hal ini memberikan konteks yang tepat di mana keluarga dapat membuat perubahan yang diperlukan yang meningkatkan kemungkinan penyembuhan. Banyak sekali intervensi yang mungkin dilakukan, namun perawat perlu menyesuaikan intervensi mereka pada setiap keluarga dan pada domain fungsi keluarga yang dipilih. Kesadaran akan pertimbangan etis diperlukan. Intervensi yang spesifik biasanya berbeda-beda untuk setiap keluarga, meskipun dalam beberapa kasus intervensi yang sama dapat digunakan untuk beberapa keluarga dan untuk permasalahan yang berbeda. Namun kami ingin menekankan bahwa setiap keluarga adalah unik dan meskipun memberi label pada intervensi tertentu merupakan bagian penting dalam mewujudkan praktik kami, hal ini tidak mewakili pendekatan "buku masak". Kami juga ingin menekankan bahwa intervensi yang kami daftarkan adalah contoh intervensi yang dapat digunakan; mereka tidak dimaksudkan untuk mencakup semua. Kami memberikan contoh intervensi yang kami temukan dari praktik klinis dan penelitian kami sangat berguna. Intervensi yang kami kutip didasarkan pada beberapa landasan teoritis penting: postmodernisme, teori sistem, sibernetika, teori komunikasi, teori perubahan, dan biologi kognisi (lihat Bab 5).

Singkatnya, CFIM bukanlah daftar fungsi keluarga atau daftar intervensi keperawatan. Sebaliknya, hal ini memberikan sarana untuk mengkonseptualisasikan kesesuaian antara domain atau area fungsi keluarga dan intervensi terpilih yang ditawarkan oleh perawat. CFIM membantu dalam menentukan bidang fungsi keluarga yang paling memerlukan perubahan, biasanya di wilayah yang paling menderita, dan intervensi yang paling berguna untuk melakukan perubahan dalam bidang tersebut. Melalui percakapan terapeutik, keluarga dan perawat berkolaborasi dan berevolusi bersama untuk menemukan kecocokan yang paling berguna (Duhamel & Dupuis, 2004; Holtslander, 2005; McLeod & Wright, 2008; Moules, dkk. 2004, 2007; Wright & Bell, dalam tekan). Kami menggunakan istilah kualitatif fit karena kami menekankan apakah intervensi tersebut berdampak pada perubahan dan/atau meringankan penderitaan dalam masalah yang ada. Kesesuaian melibatkan pengakuan timbal balik antara ide dan pendapat perawat dan pengalaman penyakit keluarga. Oleh karena itu, menentukan kecocokan mungkin memerlukan beberapa eksperimen atau coba-coba. Hal ini juga memerlukan keyakinan perawat bahwa setiap keluarga adalah unik dan memiliki kekuatan tertentu. Pada Bab 7, kami menguraikan teknik-teknik untuk meningkatkan kemungkinan bahwa intervensi akan merangsang perubahan dalam bidang fungsi keluarga yang diinginkan.

PERTANYAAN INTERVENTIF

Salah satu intervensi keperawatan yang paling sederhana namun ampuh bagi keluarga yang mengalami masalah kesehatan adalah penggunaan pertanyaan intervensi. Pertanyaan-pertanyaan intervensi dimaksudkan untuk secara aktif mempengaruhi perubahan pada salah satu atau ketiga domain tersebut. Namun, perawat yang melakukan wawancara keluarga harus ingat bahwa mengetahui kapan, bagaimana, dan mengapa mengajukan pertanyaan lebih penting daripada sekadar memilih satu jenis pertanyaan dibandingkan yang lain (Wright & Bell, in press).

Pertanyaan Linier Versus Sirkuler (Melingkar)

Pertanyaan intervensi biasanya terdiri dari dua jenis: linier dan sirkuler melingkar (Tomm, 1987, 1988). Perbedaan

penting antara pertanyaan-pertanyaan semacam ini adalah maksudnya. Pertanyaan linier dimaksudkan untuk memberikan informasi kepada perawat, sedangkan pertanyaan melingkar dimaksudkan untuk mempengaruhi perubahan (Tomm, 1985, 1987, 1988).

Pertanyaan linier bersifat investigatif; mereka mengeksplorasi deskripsi atau persepsi anggota keluarga tentang suatu masalah. Misalnya, ketika mengeksplorasi persepsi orang tua terhadap anoreksia nervosa putri mereka, Cheyenne, perawat dapat memulai dengan pertanyaan linier, seperti, "Kapan Anda menyadari bahwa putri Anda telah mengubah kebiasaan makannya?" atau, "Menurut Anda, apa yang menyebabkan putri Anda berhenti makan seperti biasanya?" Pertanyaan linier ini tidak hanya memberi informasi kepada perawat tentang riwayat pola makan remaja putri namun juga membantu menjelaskan persepsi atau keyakinan keluarga tentang pola makan. Pertanyaan linier sering kali digunakan untuk mulai mengumpulkan informasi mengenai permasalahan keluarga, sedangkan pertanyaan melingkar mengungkapkan pemahaman keluarga terhadap permasalahan.

Pertanyaan sirkuler melingkar bertujuan untuk mengungkap penjelasan permasalahan. Misalnya, dengan keluarga yang sama, perawat dapat bertanya, "Siapa di keluarga yang paling mengkhawatirkan anoreksia Cheyenne?" atau "Bagaimana cara Ibu menunjukkan bahwa dialah yang paling khawatir?" Pertanyaan melingkar membantu perawat untuk menemukan informasi berharga karena mereka mencari informasi tentang hubungan antar individu, peristiwa, ide, atau keyakinan.

Dampak dari berbagai jenis pertanyaan ini terhadap keluarga cukup berbeda. Pertanyaan linier cenderung membatasi pemahaman lebih lanjut, sedangkan pertanyaan melingkar

bersifat generatif dan membuka kemungkinan pemahaman baru. Pertanyaan melingkar memperkenalkan koneksi kognitif baru atau perubahan keyakinan keluarga terhadap penyakit, membuka jalan bagi perilaku keluarga yang baru atau berbeda. Pertanyaan linier menyiratkan bahwa perawat mengetahui apa yang terbaik bagi keluarga dan oleh karena itu bertindak di bawah "dosa kepastian" atau objektivitas tanpa tanda kurung (Maturana & Varela, 1992) (lihat Bab 2). Hal ini juga menyiratkan bahwa perawat telah mempunyai tujuan dan berinvestasi pada hasil tertentu. Pertanyaan linier dimaksudkan untuk memperbaiki perilaku; pertanyaan melingkar dimaksudkan untuk memfasilitasi perubahan perilaku.

Perbedaan utama antara pertanyaan melingkar dan linier terletak pada gagasan bahwa informasi mengungkapkan perbedaan dalam hubungan (Bateson, 1979). Dengan pertanyaan melingkar, selalu dicari hubungan atau hubungan antara individu, peristiwa, ide, atau keyakinan dan dalam konteks kasih sayang dan rasa ingin tahu. Dengan pertanyaan linier, fokusnya adalah pada sebab dan akibat. Ide pertanyaan melingkar berkembang dari konsep sirkularitas, dan metode wawancara melingkar yang dikembangkan oleh pencetus Milan Systemic Family Therapy (Selvini-Palazzoli, et al. 1980; Tomm, 1984, 1985, 1987)

Sirkuler melibatkan siklus tanya jawab antara keluarga dan perawat yang terjadi selama proses wawancara. Pertanyaan terampil perawat didasarkan pada penilaian yang bijaksana, konseptualisasi, dan hipotesis yang dapat menumbuhkan pemahaman dan perolehan informasi yang diberikan keluarga sebagai respons terhadap pertanyaan yang diajukan perawat, dan dengan demikian siklus terus berlanjut. Tanggapan keluarga terhadap pertanyaan memberikan informasi bagi perawat dan keluarga. Pertanyaan itu sendiri juga dapat memberikan informasi dan jawaban baru bagi

keluarga; dengan demikian, mereka menjadi intervensi. Pertanyaan intervensi dapat mendorong anggota keluarga untuk melihat masalah mereka dengan cara baru dan kemudian melunakkan penderitaan mereka dan melihat solusi baru. Jadi, ketika jawaban keluarga memberikan informasi bagi perawat, pertanyaan perawat dapat memberikan informasi bagi keluarga.

Pertanyaan sirkuler melingkar mempunyai berbagai penerapan dalam keperawatan keluarga. Loos dan Bell (1990) secara kreatif menerapkan penggunaan pertanyaan melingkar pada keperawatan kritis. Wright dan Bell (sedang dicetak) mendemonstrasikan aspek terapeutik dari pertanyaan melingkar dengan keluarga yang mengalami penyakit kronis, penyakit yang mengancam jiwa, dan masalah psikososial. Memanfaatkan CFIM, Duhamel dan Talbot (2004) menemukan bahwa perawat menganggap pertanyaan intervensi berguna karena merangsang diskusi mengenai topik tertentu. "Salah satu pertanyaan dirumuskan sebagai 'Perubahan paling signifikan apa yang terjadi dalam keluarga sejak timbulnya penyakit?' Pertanyaan ini mengarahkan pada identifikasi upaya yang dilakukan oleh pasangan untuk mematuhi rekomendasi medis, dan kemajuan mereka. dalam proses rehabilitasi" (Duhamel & Talbot, 2004, hal. 23).

Tomm (1987) menghiasi jenis pertanyaan melingkar yang digunakan oleh tim Terapi Keluarga Sistemik Milan dan mengidentifikasi, mendefinisikan, dan mengklasifikasikan berbagai pertanyaan melingkar. Pertanyaan yang kami temukan paling berguna dalam praktik klinis relasional dengan keluarga adalah pertanyaan perbedaan, pertanyaan efek perilaku, dan pertanyaan hipotetis atau berorientasi masa depan. Kami telah memperluas penggunaan pertanyaan melingkar dengan memberikan contoh pertanyaan yang dapat diajukan untuk mengintervensi domain kognitif, afektif, dan perilaku dalam fungsi keluarga.

Jenis pertanyaan, definisi, dan contoh diberikan pada Tabel 7-1.

Kami juga telah menulis dan memproduksi DVD untuk mendemonstrasikan penggunaan pertanyaan dalam praktik klinis aktual sebagai bagian dari Seri Keperawatan Keluarga "How to". Judulnya Bagaimana Menggunakan Pertanyaan dalam Wawancara Keluarga (Wright & Leahey, 2006). Selain itu, kami juga telah menulis dan memproduksi empat DVD lainnya dalam The "How to" Family Nursing Series: How to Intervene with Families with Health Concerns (Wright & Leahey, 2003); Bagaimana Melakukan Wawancara Keluarga 15 Menit (Atau Kurang) (Wright & Leahey, 2000); Keterampilan Wawancara Keperawatan Keluarga: Bagaimana Melibatkan, Menilai, Mengintervensi, dan Mengakhiri Keluarga (Wright & Leahey, 2002); dan Model Penilaian Keluarga Calgary: Cara Mendaftar dalam Praktek Klinis (Wright & Leahey, 2001). Program pendidikan ini menunjukkan penggunaan pertanyaan intervensi dalam wawancara klinis aktual. Untuk mempelajari lebih lanjut tentang DVD ini atau untuk melihat contoh klip video, kunjungi www.familynursingresources.com.

Singkatnya, pertanyaan perbedaan, pertanyaan efek perilaku, dan pertanyaan hipotetis dapat digunakan untuk memfasilitasi perubahan dalam salah satu atau seluruh domain fungsi keluarga. Gambar 7-2 mengilustrasikan titik temu berbagai jenis pertanyaan melingkar dan domain fungsi keluarga. Kami ingin menekankan dengan tegas bahwa keefektifan, kegunaan, dan kesesuaian pertanyaan, dibandingkan pertanyaan spesifik itu sendiri, adalah hal yang paling penting dalam mempengaruhi perubahan.

Table 7-1	Pertanyaan Edaran untuk Mengundang Perubahan Domain Kognitif, Afektif, dan Perilaku dari Fungsi Keluarga
------------------	---

Definisi: Mengeksplorasi perbedaan antara orang, hubungan, waktu, ide, atau keyakinan. Contoh intervensi dalam tiga domain fungsi keluarga:		
COGNITIVE	AFFECTIVE	BEHAVIORAL
• Apa nasihat terbaik yang Anda terima mengenai penanganan AIDS pada putra Anda? • Apa nasihat terburuknya?	• Siapa di keluarga yang paling khawatir tentang cara penularan AIDS?	• Siapa di keluarga Anda yang paling baik dalam membuat putra Anda minum obatnya tepat waktu?
• Informasi apa yang paling berguna bagi Anda mengenai penanganan dampak pelecehan seksual? • Siapa di keluarga yang paling mendapat manfaat dari informasi ini?	• Siapa yang merasa paling sulit mengungkapkan pelecehan seksual yang Anda alami?	• Ketika Anda pertama kali mengungkapkan pelecehan seksual yang Anda alami, tindakan profesional apa yang paling membantu?
2. JENIS: PERTANYAAN EFEK PERILAKU		
Definisi: Menjelajahi pengaruh perilaku salah satu anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya. Contoh intervensi dalam tiga domain fungsi keluarga:		
COGNITIVE	AFFECTIVE	BEHAVIORAL
• Bagaimana menurut Anda masuk akal dari suaminya tidak mengunjungi putramu di RSUD?	• Apa yang kamu rasakan ketika kamu melihat anakmu menangis setelah perawatannya?	• Apa yang kamu lakukan saat kamu suami tidak mengunjungi anakku di rumah sakit?
• Apa yang Anda tahu tentang efek dari penyakit yang mengancam jiwa pada anak-anak?	• Bagaimana kabar ibumu menunjukkan bahwa dia takut sekarat?	• Apa yang bisa dilakukan ayahmu tunjukkan pada ibumu hal itu dia memahami ketakutannya?
3. JENIS: PERTANYAAN HIPOTETIK/BERORIENTASI MASA DEPAN		
Definisi: Menjelajahi pilihan keluarga dan tindakan atau makna alternatif di masa depan. Contoh intervensi dalam tiga domain fungsi keluarga		
COGNITIVE	AFFECTIVE	BEHAVIORAL

• Menurut Anda apa yang akan terjadi terjadi jika kulit ini cangkok terus terjadi begitu menyakitkan bagi anakmu?	• Jika anak Anda melakukan cangkok kulit tidak berhasil, apa menurut Anda suasana hatinya akan? Sedih? Marah? Mengundurkan diri?	• Berapa lama lagi kamu melakukannya pikir itu akan terjadi sebelum kamu anak laki-laknya terlibat dalam pengobatan untuk kontraktturnya?
• Berapa lama lagi kamu melakukannya pikir itu akan terjadi sebelum kamu anak laki-laknya terlibat dalam pengobatan untuk kontraktturnya?	• Jika milik nenekmu pengobatan tidak berjalan, siapa yang paling banyak terpengaruh?	• Menurut Anda berapa lama Anda nenek harus melakukannya tetap di rumah sakit? • Jika dia tinggal lebih lama, apa yang baru perilaku perawatan diri akan dia sedang melakukan?

Singkatnya, pertanyaan perbedaan, pertanyaan efek perilaku, dan pertanyaan hipotetis dapat digunakan untuk memfasilitasi perubahan dalam salah satu atau seluruh domain fungsi keluarga. Gambar 7-2 mengilustrasikan titik temu berbagai jenis pertanyaan melingkar dan domain fungsi keluarga. Kami ingin menekankan dengan tegas bahwa keefektifan, kegunaan, dan kesesuaian pertanyaan, dibandingkan pertanyaan spesifik itu sendiri, adalah hal yang paling penting dalam mempengaruhi perubahan.

		Interventions Offered by Nurse: Circular Questions			
		Difference	Behavioral Effect	Hypothetical	Triadic
Domains of Family Functioning	Cognitive				
	Affective				
	Behavioral				

GAMBAR 7-2: Perpotongan pertanyaan melingkar dan domain fungsi keluarga

Contoh Intervensi Lainnya

Untuk mengilustrasikan perpotongan tiga domain atau bidang fungsi keluarga (kognitif, afektif, dan perilaku) dan berbagai intervensi, kami telah memilih beberapa contoh intervensi yang dapat digunakan selain pertanyaan melingkar. Daftar ini tidak dimaksudkan untuk lengkap; melainkan serangkaian intervensi yang kami anggap berguna dan efektif dalam praktik dan penelitian klinis kami. Contohnya meliputi:

- Memuji kekuatan keluarga dan individu
- Menawarkan informasi dan opini
- Memvalidasi atau menormalkan respons emosional
- Mendorong penyampaian narasi penyakit
- Memberikan dukungan keluarga
- Mendorong anggota keluarga untuk menjadi pengasuh dan menawarkan dukungan pengasuh
- Mendorong istirahat
- Merancang ritual

Intervensi ini dapat mempengaruhi perubahan pada salah satu atau seluruh aspek fungsi keluarga. Misalnya, perawat dapat menawarkan informasi untuk mendorong perubahan fungsi kognitif, afektif, atau perilaku keluarga (Gambar 7-3).

Domains of Family Functioning		Intervention: Offering Information
	Cognitive	
	Affective	
	Behavioral	

GAMBAR 7-3: Titik temu intervensi (menawarkan informasi) dan domain fungsi keluarga.

Bagian berikut menjelaskan setiap intervensi dan memberikan contoh kasus yang menggambarkan penerapannya. Kami memilih untuk mengelompokkan sampel intervensi pada domain fungsi keluarga tertentu. Dalam melakukan hal ini, kami tidak ingin menyatakan bahwa satu intervensi dapat digunakan untuk memfasilitasi perubahan hanya pada satu bidang fungsi keluarga atau bahwa satu intervensi merupakan "intervensi kognitif" dan intervensi lainnya merupakan "intervensi afektif." Sebaliknya, hal-hal tersebut merupakan contoh kesesuaian antara masalah atau penyakit tertentu, intervensi tertentu, dan fungsi keluarga.

INTERVENSI UNTUK MENGUBAH DOMAIN KOGNITIF FUNGSI KELUARGA

Intervensi yang diarahkan pada domain kognitif fungsi keluarga biasanya menawarkan ide, opini, keyakinan, informasi, atau pendidikan baru mengenai masalah atau risiko kesehatan tertentu. Tujuan pengobatan atau hasil yang diinginkan adalah untuk mengubah cara keluarga tertentu memandang masalah kesehatannya sehingga anggotanya dapat menemukan solusi baru terhadap masalah tersebut. Intervensi berikut adalah contoh cara untuk mengubah ranah kognitif fungsi keluarga.

Memuji Kekuatan Keluarga dan Individu

Kami secara rutin memuji kekuatan, kompetensi, dan sumber daya keluarga dan individu yang diamati selama wawancara. Pujian berbeda dengan pujian. Pujian adalah pengamatan terhadap pola perilaku yang terjadi sepanjang waktu (misalnya, "Anggota keluarga Anda sangat setia satu sama lain."), sedangkan pujian biasanya merupakan pengamatan terhadap peristiwa yang terjadi satu kali saja (misalnya, "Kamu sangat setia). memuji putramu hari ini."). Keluarga yang menghadapi masalah kronis, mengancam jiwa, atau psikososial biasanya merasa kalah, putus asa, atau tidak berhasil dalam upaya mereka untuk mengatasi atau hidup dengan masalah tersebut. Dalam banyak kasus, keluarga yang menghadapi masalah kesehatan tidak dipuji atas kekuatan mereka atau tidak disadarkan akan hal tersebut (McElheran & Harper-Jaques, 1994). Kami memilih untuk menekankan kekuatan dan ketahanan daripada defisit, disfungsi, dan kekurangan pada anggota keluarga.

Reaksi positif langsung dan jangka panjang terhadap pujian menunjukkan bahwa pujian tersebut merupakan intervensi terapeutik yang efektif (Bohn, Wright, & Moules, 2003; Houger Limacher & Wright, 2003, 2006; McLeod & Wright, 2008; Moules, 2002; Wright & Bell, dalam tekan). Robinson (1998) memberikan kepercayaan lebih lanjut terhadap keyakinan ini melalui penelitiannya yang mengeksplorasi proses dan hasil intervensi keperawatan pada keluarga yang menderita penyakit kronis. Keluarga dalam penelitian ini melaporkan "orientasi tim keperawatan klinis terhadap kekuatan, sumber daya, dan kemungkinan menjadi aspek yang sangat penting dari proses" (Robinson, 1998, hal. 284). Mungkin yang mengejutkan, fokus pada kekuatan adalah hal yang paling signifikan dan berpengaruh bagi perempuan di keluarga-keluarga ini. Selain itu, keluarga yang menginternalisasikan pujian yang diberikan oleh perawat

tampak lebih menerima intervensi terapeutik lain yang ditawarkan.

Penelitian lain yang lancar dan mengharukan berfokus pada intervensi pujian yang ditawarkan dalam praktik di Unit Keperawatan Keluarga di Universitas Calgary. Sebuah kunci yang mengungkap baik keluarga maupun perawat melaporkan dan menegaskan kembali nilai dan kekuatan pujian yang menghasilkan “kebaikan” yang membantu meringankan penderitaan (Houger Limacher & Wright, 2003, 2006). Memunculkan “kebaikan” ini menjadi fenomena relasional dalam konteks hubungan perawat-pasien dan perawat-keluarga. Praktik rutin yang dilakukan perawat dalam memuji kekuatan keluarga dan individu merupakan cara khusus dalam praktik klinis. Gagasan ini paling baik dicontohkan dalam kutipan berikut: “Kita menjadi percakapan kita dan kita menghasilkan percakapan yang menjadi diri kita sendiri” (Maturana & Varela, 1992).

Dalam sebuah keluarga, masalah perilaku dan emosional anak angkat telah membuat keluarga tersebut tetap terlibat dengan profesional layanan kesehatan selama 10 tahun. Perawat memuji keluarga ini dengan mengatakan kepada mereka bahwa dia percaya mereka adalah keluarga terbaik untuk anak laki-laki ini karena banyak keluarga lain yang tidak peka terhadap kebutuhannya dan mungkin sudah menyerah bertahun-tahun yang lalu. Kedua orang tuanya menangis dan mengatakan bahwa ini adalah pernyataan positif pertama yang diberikan kepada mereka sebagai orang tua selama bertahun-tahun.

Dengan memuji kompetensi, ketahanan, dan kekuatan keluarga serta menawarkan pendapat atau pandangan baru tentang diri mereka sendiri, terciptalah konteks perubahan yang memungkinkan keluarga menemukan solusi mereka sendiri terhadap masalah dan meningkatkan penyembuhan.

Mengubah pandangan keluarga terhadap diri mereka sendiri sering kali memungkinkan keluarga untuk memandang masalah kesehatan secara berbeda dan dengan demikian bergerak menuju solusi yang lebih efektif. Kotak 7-1 memberikan petunjuk bermanfaat untuk menawarkan intervensi.

Kotak 4-1 Petunjuk Bermanfaat untuk Memberikan Pujian

- Menjadi detektif “kekuatan keluarga” dan mencari peluang untuk memuji keluarga ketika kekuatan ditemukan dan diungkap.
- Memastikan adanya bukti yang cukup untuk memberikan pujian; jika tidak, hal itu mungkin terdengar tidak tulus dan terlalu menjilat.
- Gunakan bahasa keluarga dan integrasikan kepercayaan keluarga yang penting untuk memperkuat keabsahan pujian.
- Berikan pujian dalam 10 menit pertama pertemuan dengan keluarga untuk meningkatkan hubungan praktisi-keluarga dan untuk meningkatkan penerimaan keluarga terhadap ide-ide selanjutnya.
- Secara rutin sertakan pujian kepada keluarga di akhir interaksi atau pertemuan dan sebelum memberikan pendapat.

Dari Levac, AM, Wright, LM, & Leahey, M. (2002). Anak-anak dan keluarga: Model penilaian dan intervensi. Dalam J. Fox (Ed.), Pelayanan kesehatan primer pada bayi, anak-anak, dan remaja (Edisi ke-2nd) (hal. 13). St Louis: Mosby, dicetak ulang dengan izin.

Menawarkan Informasi dan Pendapat

Pemberian informasi dan opini dari profesional layanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan paling signifikan bagi keluarga yang mengalami penyakit, terutama jika

penyakitnya kompleks. Keluarga paling menginginkan informasi tentang isu-isu perkembangan, promosi kesehatan, dan manajemen penyakit (Levac, Wright, & Leahey, 2002; Robinson, 1998). Misalnya, membantu orang tua untuk memahami dan membantu anak-anak mereka adalah intervensi yang umum namun penting bagi keluarga (Levac, Wright, & Leahey, 2002). Perawat dapat mengajarkan keluarga tentang karakteristik fisiologis, emosional, dan kognitif yang normal serta mengidentifikasi tugas atau tujuan perkembangan anak-anak dan remaja yang dapat terpengaruh atau diubah selama masa sakit (Manassis & Levac, 2004). Sebuah keluarga merasakan manfaatnya ketika perawat menjelaskan bahwa saudara kandung dari anak-anak yang mengalami penyakit yang memperpendek umur biasanya mengalami gejala-gejala akibat perasaan kesepian karena orang tua terlalu fokus pada anak mereka yang sakit. Kotak 7-2 memberikan petunjuk yang berguna untuk memberikan informasi dan opini.

Keluarga yang salah satu anggotanya dirawat di rumah sakit mengindikasikan bahwa memperoleh informasi adalah prioritas utama. Banyak keluarga yang mengungkapkan rasa frustrasinya kepada kami karena ketidakmampuan mereka memperoleh informasi atau pendapat dari profesional layanan kesehatan. Perawat dapat memberikan informasi tentang dampak penyakit kronis atau penyakit yang memperpendek umur pada keluarga. Mereka juga dapat memberdayakan keluarga untuk memperoleh informasi tentang sumber daya. Kita telah belajar bahwa pendekatan terakhir ini bahkan lebih berguna dalam beberapa keadaan. Memberikan informasi pendidikan terbukti menjadi "intervensi penting karena meyakinkan anggota keluarga tentang aspek-aspek tertentu dari penyakit dan mengurangi tingkat stres mereka" (Duhamel & Talbot, 2004, hal. 24).

Kotak 4-2 Petunjuk Bermanfaat untuk Memberikan Informasi dan Pendapat

- Gunakan bahasa yang relevan, jelas, dan spesifik.
- Menyediakan literatur yang mudah dibaca; tuliskan poin-poin penting pada sebuah kartu kecil.
- Memberi tahu keluarga tentang kelompok dukungan dan sumber daya masyarakat. Tentukan apakah sumber daya ini bermanfaat bagi keluarga yang telah menggunakannya dan bagaimana caranya.
- Membangun kemampuan keluarga dengan mendorong anggota keluarga untuk mencari sumber daya secara mandiri. Tanyakan tentang reaksi keluarga setelah mencari sumber daya.
- Tawarkan ide, informasi, dan refleksi dalam semangat belajar dan bertanya-tanya (misalnya, "Saya ingin tahu apa yang akan terjadi jika Anda mencoba pendekatan yang sedikit berbeda saat berbicara dengan Manisha tentang seks dan pengendalian kelahiran. Mungkin Anda bisa...").
- Jangan terlalu memikirkan hasilnya. Jika keluarga tidak menerapkan bahan ajar, cari tahu apa yang tidak sesuai bagi mereka daripada menghakimi dan marah pada keluarga.

Dari Levac, AMC, Wright, LM, & Leahey, M. (2002). Anak-anak dan keluarga: Model penilaian dan intervensi. Dalam J. Fox (Ed.), Pelayanan kesehatan primer pada bayi, anak-anak, dan remaja (Edisi ke-2nd) (hal. 13). St Louis: Mosby, dicetak ulang dengan izin.

Salah satu contoh klinis yang kompleks menyangkut sebuah keluarga yang terdiri dari dua orang tua lanjut usia dan putra mereka yang berusia 34 tahun, yang menderita multiple sclerosis parah. Orangtuanya adalah pengasuh yang setia dan setia, namun tidak mendapat waktu istirahat selama

beberapa bulan. Perawat bertanya kepada putranya apakah dia bersedia menantang keyakinannya tentang “ketidakberdayaan” yang dimilikinya. Perawat memintanya untuk mengambil peran kepemimpinan dalam menjajaki kemungkinan sumber daya bagi pengasuh sehingga orang tuanya dapat berlibur. Karena pencariannya, anak laki-laki tersebut menemukan bahwa dia berhak mendapatkan banyak keuntungan finansial yang sebelumnya tidak dia sadari, termasuk keuntungan untuk mempekerjakan pengasuh profesional. Tak lama kemudian, sang putra mengatur perawatan di rumah selama 24 jam ketika orang tuanya sedang berlibur. Orangtuanya melaporkan bahwa stres mereka berkurang dan putra mereka jauh lebih bahagia. Dia mulai berusaha berjalan menggunakan palang sejajar, hal yang sudah beberapa bulan tidak dia lakukan. Dalam contoh kasus ini, perawat memberikan pendapat yang memberdayakan anak laki-laki tersebut untuk mengubah perangkat kognitifnya. Intervensi tersebut sesuai dengan ranah kognitif dan hasilnya terjadi pada ranah afektif dan perilaku dalam fungsi keluarga.

INTERVENSI UNTUK MENGUBAH DOMAIN EFEKTIF FUNGSI KELUARGA

Intervensi yang ditujukan pada ranah afektif fungsi keluarga dirancang untuk mengurangi atau meningkatkan emosi yang kuat yang mungkin menghalangi upaya pemecahan masalah keluarga. Intervensi berikut adalah contoh cara untuk mengubah ranah afektif fungsi keluarga.

Memvalidasi atau Menormalkan Respons Emosional

Validasi terhadap pengaruh yang kuat dapat mengurangi atau meredakan perasaan terisolasi dan kesepian serta membantu anggota keluarga untuk menghubungkan penyakit anggota keluarga dan respons emosional mereka. Misalnya, setelah diagnosis penyakit yang memperpendek umur, keluarga sering kali merasa tidak terkendali atau takut

selama beberapa waktu. Penting bagi perawat untuk memvalidasi emosi yang kuat ini dan untuk meyakinkan serta menawarkan harapan kepada keluarga bahwa pada waktunya mereka akan menyesuaikan diri dan mempelajari cara-cara baru untuk mengatasinya. Dalam salah satu contoh klinis, perawat menormalkan perubahan seksualitas setelah pasangan mengalami kondisi jantung. Hasilnya, sang istri melaporkan, "Saya merasa pertanyaan mengenai seksualitas kami diajukan dengan baik, karena [perawat] menerapkannya pada pasangan secara umum. Fakta bahwa orang lain juga mengalami pengalaman yang sama, menurut saya, ada baiknya untuk mengetahuinya. Ini adalah pertanyaan yang sangat pribadi dan pribadi, dan Anda menyajikannya dengan baik" (Duhamel & Talbot, 2004, hal. 25).

Mendorong Penceritaan Narasi Penyakit

Terlalu sering, anggota keluarga didorong untuk hanya menceritakan kisah medis atau narasi penyakit mereka dibandingkan kisah pengalaman unik mereka sendiri mengenai penyakit mereka, atau narasi penyakit. Namun, ketika perawat mendorong anggota keluarga untuk menceritakan kisah penyakit mereka, tidak hanya kisah penyakit dan penderitaan yang diceritakan tetapi juga kisah kekuatan dan keuletan (Wright & Bell, in press). Melalui percakapan terapeutik, perawat dapat menciptakan lingkungan saling percaya untuk mengekspresikan ketakutan, kemarahan, dan kesedihan anggota keluarga secara terbuka mengenai pengalaman penyakit mereka (Tapp, 2001; Wright & Bell, in press). Percakapan ini sangat penting untuk tipe keluarga kompleks yang melibatkan banyak orang tua dan saudara kandung. Memiliki kesempatan untuk mengungkapkan dampak penyakit terhadap keluarga dan pengaruh keluarga terhadap penyakit dari sudut pandang masing-masing anggota keluarga memvalidasi pengalaman mereka. Penelitian Duhamel dan

Talbot (2004), yang memanfaatkan CFIM dan intervensi khusus ini, menemukan bahwa perawat sepakat tentang pentingnya mendorong anggota keluarga untuk berbagi pengalaman penyakit jantung mereka selama dan setelah masa rawat inap. Selain itu, anggota keluarga berkomentar bahwa melalui sesi klinis seperti ini, mereka mampu melampiaskan emosi, yang memberikan kelegaan luar biasa dari penderitaan, menyembuhkan luka psikologis, dan memungkinkan anggota keluarga untuk mengakui pengalaman satu sama lain.

Mendengarkan, menyaksikan, dan mendokumentasikan cerita penyakit juga dapat memberikan dampak yang besar bagi perawat. Pendekatan ini sangat berbeda dengan membatasi atau membatasi cerita keluarga pada gejala, penggunaan pengobatan, dan perawatan fisik. Dengan memberikan konteks bagi anggota keluarga untuk berbagi pengalaman penyakitnya, perawat memungkinkan emosi yang kuat untuk dilegitimasi.

Menarik Dukungan Keluarga

Perawat dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam ranah afektif dengan mendorong dan membantu anggota keluarga untuk mendengarkan kekhawatiran dan perasaan satu sama lain. Teknik ini sangat berguna jika seorang anggota keluarga menganut keyakinan yang membatasi ketika orang yang dicintai sedang sekarat atau telah meninggal (Moules dkk, 2004, 2007; Wright & Nagy, 1993). Melalui pengembangan kesempatan bagi anggota keluarga untuk mengungkapkan perasaan tentang pengalaman menyakitkan ini, perawat dapat memungkinkan keluarga untuk memanfaatkan kekuatan dan sumber daya mereka sendiri untuk mendukung satu sama lain. Perawat dapat menjadi katalis yang memfasilitasi komunikasi antara anggota keluarga atau antara keluarga dan profesional layanan kesehatan lainnya. Dukungan keluarga seperti ini dapat

mencegah keluarga menjadi terlalu terbebani atau dikalahkan oleh suatu penyakit. Intervensi dengan cara ini sangat penting dalam rangkaian layanan kesehatan primer.

INTERVENSI UNTUK MENGUBAH DOMAIN PERILAKU FUNGSI KELUARGA

Intervensi yang diarahkan pada domain perilaku membantu anggota keluarga untuk berinteraksi dan berperilaku berbeda satu sama lain. Perubahan ini paling sering dicapai dengan mengajak beberapa atau seluruh anggota keluarga untuk terlibat dalam tugas perilaku tertentu. Beberapa tugas diberikan saat pertemuan keluarga agar perawat dapat mengamati interaksi; tugas lain atau pekerjaan rumah diberikan untuk diselesaikan anggota keluarga di antara sesi. Dalam beberapa kasus, perawat harus meninjau bersama keluarga rincian tugas atau eksperimen tertentu untuk memverifikasi bahwa keluarga memahami apa yang disarankan. Intervensi berikut adalah contoh cara untuk mengubah domain perilaku dalam fungsi keluarga.

Mendorong Anggota Keluarga untuk Menjadi Pengasuh dan Menawarkan Dukungan Pengasuh

Anggota keluarga sering kali merasa malu atau takut untuk terlibat dalam perawatan anggota keluarga mereka yang sakit kecuali jika perawat mendukung mereka. Namun, berdasarkan pengalaman kami, kami menemukan bahwa anggota keluarga sangat menghargai kesempatan untuk membantu anggota keluarga mereka yang dirawat di rumah sakit. Mereka melaporkan bahwa hal itu membuat mereka merasa tidak terlalu berdaya, cemas, dan tidak terkendali. Tentu saja, pengasuh keluarga juga rentan terhadap fenomena beban pengasuh yang terkenal. Para profesional kesehatan harus waspada terhadap risiko yang ada dalam pengasuhan keluarga dan bersedia melakukan intervensi bila diperlukan dengan menawarkan dukungan kepada pengasuh. Dukungan pengasuh dapat didefinisikan sebagai penyediaan

informasi, advokasi, dan dukungan yang diperlukan untuk memfasilitasi perawatan pasien primer oleh orang selain profesional layanan kesehatan. LeNavenec dan Vonhof (1996) menawarkan gagasan "satu hari pada satu waktu" sebagai strategi penanggulangan yang berguna bagi keluarga yang salah satu anggotanya mengalami demensia. Kami mendorong perawat untuk mempertimbangkan bersama anggota keluarga keseimbangan etika antara terlalu banyak memberikan pengasuhan dan tidak cukup memberikan pengasuhan.

Mendorong Ketangguhan

Pengasuh keluarga biasanya tidak memberikan waktu istirahat yang cukup bagi diri mereka sendiri. Seringkali anggota keluarga merasa bersalah jika mereka perlu atau ingin menarik diri dari peran pengasuhan. Bahkan anggota yang sakit kadang-kadang harus melepaskan diri dari pengasuhan yang biasa dan menolak bantuan orang lain. Kebutuhan istirahat setiap keluarga berbeda-beda. Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu istirahat termasuk tingkat keparahan penyakit kronis, ketersediaan anggota keluarga untuk merawat orang yang sakit, dan sumber daya keuangan. Semua permasalahan ini harus dipertimbangkan sebelum perawat dapat merekomendasikan jadwal istirahat. Pengasuhan, penanggulangan, dan kepedulian terhadap kesehatan diri sendiri perlu dilakukan secara seimbang.

Salah satu contoh cara untuk menyeimbangkan kebutuhan adalah dengan merekomendasikan agar sebuah keluarga membeli prostesis yang lebih murah dan menggunakan uang ekstra tersebut untuk liburan keluarga. Contoh lain dari mendorong kelonggaran adalah dengan merekomendasikan ibu dan ayah yang memiliki anak penderita leukemia agar kakek-neneknya mengasuh selama sehari sementara pasangan tersebut menghabiskan waktu bersama. "Waktu menyendiri" atau "waktu menyendiri" sangat penting bagi

keluarga yang menghadapi tuntutan pengasuhan yang berlebihan.

Merancang Ritual

Keluarga terlibat dalam berbagai jenis ritual: harian (seperti membaca sebelum tidur), tahunan (seperti makan malam Thanksgiving di rumah Nenek), dan budaya (seperti parade etnis). Perawat dapat menyarankan ritual terapeutik yang tidak atau belum dilakukan oleh keluarga. Roberts (2003a) mendefinisikan ritual sebagai:

... tindakan simbolik yang berkembang bersama yang tidak hanya mencakup aspek seremonial dari penyajian ritual yang sebenarnya, namun juga proses persiapannya. Ini mungkin berisi kata-kata atau tidak, tetapi memiliki bagian terbuka dan tertutup yang "disatukan" oleh metafora pemandu. Pengulangan dapat menjadi bagian dari ritual melalui isi, bentuk, atau kesempatannya. Harus ada ruang yang cukup dalam ritual terapeutik untuk menggabungkan berbagai makna dari berbagai anggota keluarga dan dokter, serta berbagai tingkat partisipasi. (hal.9)

Perawat juga berkontribusi pada literatur tentang ritual, sebagaimana dibuktikan oleh artikel yang sangat komprehensif tentang ritual, rutinitas, rekreasi, dan aturan oleh Fomby (2004). Dia menekankan penggunaan ritual keluarga untuk promosi kesehatan dan mengklaim manfaat berikut: kekompakan di antara anggota keluarga, rasa kebanggaan keluarga, kesinambungan, pengertian, kedekatan, dan cinta.

Dalam praktik klinis kami, kami mengamati bahwa penyakit kronis dan masalah psikososial sering kali mengganggu ritual yang biasa dilakukan. Roberts (2003b) menawarkan narasi yang menyentuh tentang pengalamannya dengan kanker dan

menjelaskan bagaimana ritual dapat “menandai jalan” penyembuhan ketika penyakit mematikan muncul. Ritual paling baik diperkenalkan ketika terdapat tingkat kebingungan yang berlebihan, dan ritual tersebut dapat memberikan kejelasan dalam sistem keluarga (Imber-Black, Roberts, & Whiting, 2003). Misalnya, orang tua yang tidak setuju dengan praktik pengasuhan anak biasanya memberikan pesan yang bertentangan kepada keluarga mereka. Hal ini dapat mengakibatkan kekacauan dan kebingungan pada anak-anaknya. Pengenalan ritual pada hari ganjil/genap (Selvini-Palazzoli, dkk. 1978) biasanya dapat membantu keluarga. Sang ibu dapat bereksperimen dengan bertanggung jawab terhadap anak-anaknya pada hari Senin, Rabu, dan Jumat, dan sang ayah pada hari Selasa, Kamis, dan Sabtu. Pada hari Minggu, mereka bisa berperilaku spontan. Pada “hari libur” mereka, orang tua dapat diminta untuk mengamati, tanpa komentar, pola asuh pasangannya.

CONTOH KASUS KLINIS

Contoh kasus klinis berikut menggambarkan penggunaan CFIM. Dalam contoh nyata ini, intervensi dipilih untuk memfasilitasi perubahan di ketiga domain (kognitif, afektif, dan perilaku) fungsi keluarga. Ingat, tidak selalu perlu atau efisien untuk mencoba 'menyesuaikan' intervensi dengan ketiga bidang fungsi keluarga secara bersamaan. Apakah hal ini dapat dilakukan dengan sukses tergantung pada seberapa baik keterlibatan keluarga, dan hal ini tergantung pada penilaian sebelumnya terhadap sifat penyakit, masalah, atau kekhawatirannya.

Contoh Kasus Klinis 1: Kesulitan Menidurkan Anak Usia 3 Tahun

Untuk mengilustrasikan intervensi keluarga spesifik yang ditujukan pada ketiga domain fungsi keluarga, mari kita

pertimbangkan masalah pengasuhan anak yang umumnya dihadapi oleh perawat kesehatan komunitas (CHNs): orang tua muda mengalami kesulitan menidurkan anak kecil mereka setiap malam. Upaya orang tua umumnya ditanggapi dengan rasa kesal dari anak, kemudian kemarahan, dan kemudian air mata. Dalam upayanya, para orang tua juga menjadi frustrasi dan biasanya berakhir dengan kemarahan terhadap satu sama lain dan juga terhadap anak mereka. Intervensi keluarga yang ditawarkan berupa informasi dan opini. Dalam menjelaskan contoh kasus ini, kami juga akan membahas keterampilan eksekutif yang dapat digunakan perawat untuk mengoperasionalkan intervensi.

Masalah Sistem Orang Tua-Anak. Ketidakmampuan kronis orang tua untuk menyuruh anak mereka yang berusia 3 tahun tidur dan tinggal di sana pada waktu yang diperlukan.

Cognitive	Tawarkan buku parenting yang menjelaskan waktu tidur artinya kepada anak-anak dan menyarankan cara menidurkan anak.
Affective	Beritahu orang tua bahwa penting untuk mengakui rasa frustrasi mereka satu sama lain, terutama jika salah satu pasangan berupaya menidurkan anak namun belum berhasil. Orang tua yang lain mungkin memberikan dukungan emosional (misalnya, "Kamu sudah berusaha keras, sayang; dia sedikit").
Behavioral	Ajari orang tua bahwa, ketika mereka menidurkan putra mereka, mereka hendaknya tidak menanggapi upayanya untuk mendapatkan perhatian (misalnya, meminta segelas air). Sebaliknya, orang tua harus memastikan bahwa kebutuhan ini telah dipenuhi sebagai bagian dari ritual

	sebelum tidurnya. Peringatkan orang tua bahwa, sebelum mereka dapat mengubah perilaku anak mereka, tinggalkan tempat tidur atau terus-menerus memanggil mereka ke kamar tidurnya, perilakunya akan memburuk selama beberapa malam sementara dia berusaha lebih keras untuk membuat orang tuanya merespons. Jika orang tua terus masuk cara yang sebenarnya untuk mengembalikannya ke kamarnya dan menjawab "tidak" terhadap permintaan lebih lanjut, perilakunya akan membaik secara dramatis dalam beberapa malam.
--	--

Contoh Kasus Klinis 2: Ayah Lansia Mengeluh Anaknya Kurang Sering Berkunjung

Selanjutnya, mari kita pertimbangkan contoh klinis yang menggambarkan intervensi dalam mendorong anggota keluarga untuk menjadi caregiver dan menawarkan dukungan caregiver. Intervensi ini memerlukan mengundang anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan emosional dan fisik pasien dan menawarkan dukungan. Masalah yang dijelaskan dalam contoh kasus ini disampaikan kepada kami oleh seorang perawat di bagian geriatri. Sekali lagi, keterampilan eksekutif untuk mengoperasionalkan intervensi juga diberikan.

Masalah Sistem Orang Tua-Anak. Seorang ayah lanjut usia ingin anak-anaknya yang sudah dewasa lebih sering berkunjung; anak-anak yang sudah dewasa tidak suka berkunjung karena ayah mereka selalu mengeluh bahwa mereka jarang berkunjung.

Cognitive	Ajari anak-anak dewasa apa yang dialami ayah mereka kesulitan perilaku mengingat kunjungan mereka (defisit memori jangka pendek), sebuah fenomena umum penuaan. Oleh karena itu, mereka tidak perlu mengingatkannya kapan terakhir kali mereka berkunjung.
Affective	Berempati kepada sang ayah, misalnya dengan mengatakan bahwa Anda memahami bahwa kadang-kadang pasti terasa sepi menjadi penghuni pusat perawatan geriatri. Anak-anak yang sudah dewasa mungkin akan menghargai mengetahui bahwa orang tuanya kesepian sehingga mereka dapat merespons dengan tepat. Oleh karena itu, nasehatilah sang ayah untuk tidak mengeluh kepada anak-anaknya dan, sebaliknya, katakan kepada mereka betapa kesepiannya dia kadang-kadang dan bahwa dia senang mereka datang berkunjung.
Behavioral	Anjurkan anak-anak dewasa untuk berhenti memberikan alasan mengapa mereka tidak dapat berkunjung lebih sering. Sebagai gantinya, dapatkan buku tamu atau kalender dan tuliskan setiap kunjungan. Tuliskan siapa yang berkunjung, pada hari apa, dan mungkin berita menarik lainnya sehingga orang tua lanjut usia dapat membacanya di sela-sela kunjungan.

Kami sangat yakin bahwa, dalam contoh-contoh sebelumnya, banyak intervensi dan keterampilan eksekutif lain yang bisa ditawarkan. Tidak ada intervensi yang “benar”, yang ada hanyalah intervensi yang “berguna” atau “efektif”. Seberapa bermanfaat atau efektif suatu intervensi hanya dapat

dievaluasi setelah intervensi tersebut dilaksanakan. Unsur waktu harus diperhatikan. Dengan beberapa intervensi, perubahan atau hasil dapat segera diketahui. Namun, dalam banyak kasus, perubahan (hasil) tidak disadari dalam jangka waktu lama. Kebanyakan masalah tidak terjadi dalam semalam; oleh karena itu, penyelesaiannya juga memerlukan jangka waktu yang wajar. Perubahan dapat diamati, sebagaimana dinyatakan Bateson (1972), sebagai “perbedaan yang terjadi sepanjang waktu” (hal. 452).

Contoh Kasus Klinis 3: Masalah Enuresis dan Disiplin pada Anak

Untuk mengilustrasikan bahwa perubahan diamati dari waktu ke waktu, kami sekarang menawarkan dua contoh kasus nyata dari pekerjaan klinis, dari awal hingga akhir, dengan penekanan pada intervensi yang digunakan. Dalam kasus pertama, sebuah keluarga dirujuk ke salah satu mahasiswa pascasarjana keperawatan kami dengan masalah enuresis dan masalah disipliner yang kompleks di sekolah pada anak tertua, seorang anak laki-laki berusia 8 tahun. Keluarga tersebut terdiri dari ayah, usia 28 tahun, wiraswasta; ibu tiri, umur 21 tahun, ibu rumah tangga; dan dua orang putra, berusia 8 dan 6 tahun. Pasangan ini telah menikah selama kurang lebih 1 tahun. Keluarga tersebut dilihat (baik sebagai keseluruhan keluarga dan dalam berbagai subsistem) selama enam sesi selama 13 minggu dari kontak awal hingga terminasi. Penilaian keluarga yang menyeluruh (menggunakan model CFAM) mengungkapkan permasalahan dalam sistem keluarga secara keseluruhan, subsistem orang tua-anak, dan pada tingkat individu.

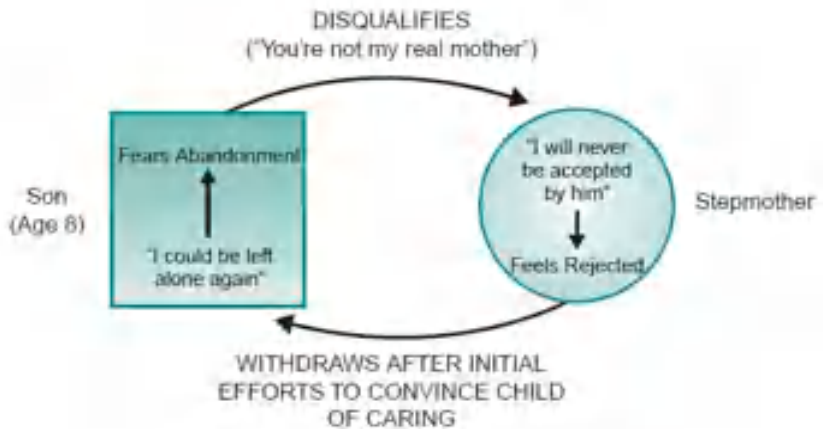
Masalah Sistem Seluruh Keluarga. Penyesuaian menjadi keluarga tiri. Ketika pasangan menikah, sebuah keluarga baru terbentuk dan seluruh anggota keluarga harus menyesuaikan diri dengan struktur keluarga yang baru. Setelah menikah sebentar, ibu tiri tersebut mendapati dirinya

dimasukkan ke dalam peran sebagai orang tua ketika dia dan suaminya bertanggung jawab atas kedua anaknya, yang berusia 8 dan 6 tahun. Ibu kandung telah meninggalkan anak-anak tersebut setelah tinggal bersama mereka selama 2 tahun di rumahnya. Anak-anak harus menyesuaikan diri dengan orang tua baru, lingkungan baru, dan tidak ada kontak dengan ibu kandungnya.

Pada sesi pertama, mahasiswa pascasarjana keperawatan ini mengakui bahwa permasalahan yang dialami keluarga merupakan hal yang biasa dalam penyesuaian keluarga tiri. Intervensi pemberian informasi dan opini diarahkan pada area kognitif fungsi keluarga. Informasi baru ini sepertinya sangat melegakan para orang tua. Selain itu, siswa tersebut memberikan nasihat dengan mendorong orang tua untuk mengizinkan anak-anaknya berhubungan dengan ibu kandungnya ketika ibu kandungnya kembali mencari mereka. Awalnya para orang tua ragu dengan saran tersebut, namun kemudian mereka menyatakan bahwa mereka memahami bahwa kontak ini penting bagi anak. Enuresis pada anak sulung dikonseptualisasikan sebagai respon terhadap penyesuaian diri pada keluarga tiri dan kehilangan ibunya. Pendapat baru ini, yang juga ditujukan pada ranah kognitif fungsi keluarga, mempunyai dampak yang sangat positif terhadap keluarga. Enuresis membaik secara dramatis selama pengobatan.

Masalah Subsistem Orang Tua-Anak. Pola interaksi maladaptif antara ibu tiri dan anak sulung (Gbr. 7-4). Karena pengalaman awal kehilangan ayah (akibat perceraian orang tua kandung) dan kemudian ditelantarkan oleh ibu kandungnya, maka anak-anak, terutama anak sulung, takut ditelantarkan lagi. Oleh karena itu, anak sulung, yang berharap mendapat kepastian bahwa ia tidak akan ditelantarkan lagi, sering kali mengingatkan ibu tirinya yang masih kecil bahwa ia bukanlah ibu kandungnya. Awalnya, ibu

tirinya berusaha meyakinkannya, namun akhirnya dia menarik diri karena frustrasi dan merasa ditolak. Hal ini mendorong anak untuk mempertahankan pola interaksi maladaptif karena ia menganggap penarikan diri ini sebagai bukti lebih lanjut bahwa ia akan ditinggalkan lagi. Lingkaran setan terlihat jelas.



GAMBAR 7-4: Diagram pola Sikluler melingkar.

Dalam memutuskan intervensi mana yang akan ditawarkan kepada keluarga, mahasiswa pascasarjana keperawatan pada awalnya merasa kewalahan dengan kompleksitas situasi yang mereka hadapi. Kemudian, ia mempertimbangkan bidang mana yang paling mempunyai pengaruh terhadap perubahan. Dia mengimbau ibu tirinya untuk berhenti menarik diri dan memberikan kepastian yang terus-menerus dan berkesinambungan kepada anaknya dengan menyatakan, "Saya tahu saya bukan ibumu, namun ayahmu dan saya mencintai dan merawatmu serta ingin menjagamu. Kami tidak akan meninggalkanmu." Intervensi dukungan dan pendidikan orang tua ini ditujukan pada domain perilaku, afektif, dan kognitif dalam fungsi keluarga. Tugas perilaku

tersebut terbukti cukup berhasil. Ibu tirinya melaporkan bahwa ketika dia memberikan lebih banyak jaminan kepada anak laki-laki tersebut, anak laki-laki tersebut berhenti menolaknya. Dengan menurunnya penolakan, ibu tiri mampu memberikan lebih banyak jaminan. Dengan demikian, siklus yang baik pun dimulai. Mahasiswa keperawatan ini juga memberikan pujian atas kekuatan keluarga (sebuah intervensi yang diarahkan pada domain kognitif fungsi keluarga) kepada ibu tiri atas usahanya dalam memenuhi perannya, dengan mengatakan bahwa dia adalah seorang ibu muda yang sangat hangat dan penuh perhatian. Ibu tiri melaporkan bahwa dia merasa lebih santai dalam mengurus anak setelah intervensi ini.

Masalah Individu. Masalah perilaku anak sulung di sekolah. Untuk menilai lebih lanjut masalah perilaku ini, mahasiswa pascasarjana keperawatan bertemu dengan guru anak tersebut di sekolah dan mendiskusikan masalah tersebut dua kali dengan guru tersebut melalui telepon. Ibu tiri juga hadir pada sesi di sekolah. Tujuan utama dari intervensi ini adalah untuk meningkatkan harga diri anak tertua dengan berfokus pada perilaku positifnya. Guru setuju untuk menerapkan intervensi yang berfokus pada domain perilaku fungsi keluarga: mengakui perilaku positif anak di depan teman-teman sekelasnya untuk memberinya status yang berbeda dari "badut kelas". Mahasiswa pascasarjana tersebut juga merekomendasikan agar ibu tirinya meminimalkan kontakannya dengan sekolah dan mengizinkan guru untuk mengambil tanggung jawab lebih besar atas perilaku anak laki-laki tersebut di kelas. Dalam beberapa minggu, guru tersebut melaporkan adanya perubahan positif pada perilaku anak tersebut di sekolah. Para orang tua menyatakan kepuasan yang besar terhadap kemajuan anak mereka.

Saat mengakhiri hubungan dengan keluarga ini, mahasiswa pascasarjana tersebut merekomendasikan kepada orang tua

beberapa bacaan tentang keluarga tiri dan memberi tahu mereka tentang kelompok swadaya untuk keluarga tiri. Kedua intervensi ini, yaitu menawarkan ide dan opini dalam buku dan memberikan informasi tentang sumber daya masyarakat, ditargetkan pada ketiga domain fungsi keluarga: kognitif, afektif, dan perilaku.

Tampaknya intervensi yang dipilih oleh mahasiswa pascasarjana dalam contoh di atas adalah "sederhana." Namun, kami percaya bahwa, dalam banyak kasus, perawat mencoba menggunakan intervensi yang terlalu rumit untuk mengatasi masalah atau mereka mengalami kesulitan berkolaborasi dengan keluarga untuk menentukan area yang dapat dimanfaatkan untuk melakukan perubahan. Dalam kedua kasus tersebut, kami menemukan bahwa perawat umumnya menjadi frustrasi dan tidak dapat bergerak karena kompleksitas situasi keluarga. Eksplorasi menyeluruh terhadap isu yang ada dan kemudian menawarkan intervensi yang dirancang untuk memperbaiki masalah tersebut umumnya merupakan upaya terbaik untuk mendorong perubahan.

Contoh Kasus Klinis 4: Isolasi Sosial dan Keluhan Fisik Wanita Lanjut Usia

Saat salah satu mahasiswa sarjana keperawatan kami menjalani penempatan lapangan di fasilitas kesehatan masyarakat, ia bertemu dengan sebuah keluarga yang permasalahan utamanya adalah isolasi sosial dan seringnya keluhan fisik dari ibu yang menjanda berusia 78 tahun. Janda itu tinggal di apartemen satu kamar tidur yang disubsidi pemerintah. Dia memiliki 6 anak dewasa (5 putra, usia 51, 48, 41, 37, dan 35; dan 1 putri, usia 44) dan 12 cucu. Lima dari anak-anak tersebut telah menikah, dan keenamnya tinggal di kota yang sama dengan ibu mereka. Keluarga tersebut dilihat secara keseluruhan dan dalam berbagai subsistem selama delapan kunjungan rumah selama jangka

waktu 2 bulan. Setelah pengkajian keluarga secara menyeluruh (menggunakan model CFAM) dan pengkajian individu, masalah inti berikut ini teridentifikasi.

Masalah Sistem Seluruh Keluarga. Kurangnya kontak sosial ibu di luar keluarga dekatnya. Terlihat jelas bahwa perempuan lanjut usia ini terlalu bergantung pada anak-anaknya yang sudah dewasa dan oleh karena itu, tidak berupaya untuk terlibat dengan teman-temannya atau dalam kegiatan sosial yang sesuai dengan kelompok usianya. Hal ini mengakibatkan sering terjadi perselisihan pendapat antara ibu dan anak mengenai frekuensi kunjungan dengan ibu. Masalah ini semakin diperparah dengan kenyataan bahwa sang ibu tidak mempunyai teman. Setelah kematian suaminya, kira-kira 10 tahun sebelumnya, ia tinggal sesekali bersama beberapa anaknya, namun selama 4 tahun terakhir ia tinggal sendirian di apartemen satu kamar tidur. Pada saat intervensi, anak bungsu paling sering mengunjungi dan berbelanja kelontong ibunya.

Intervensi signifikan pertama yang dilakukan oleh mahasiswa keperawatan adalah memperluas konteks untuk memperluas pandangan dan pemahamannya tentang kekhawatiran keluarga ini. Oleh karena itu, siswa tersebut awalnya mewawancarai ibu tersebut sendirian dan kemudian mewawancarai ibu tersebut dengan putra bungsunya (anak dewasa yang paling sering berkunjung). Kemudian siswa tersebut mengambil tugas ambisius untuk mengatur wawancara dengan ibu dan keenam anaknya. Ini merupakan upaya signifikan siswa untuk menciptakan konteks perubahan dengan memperoleh pandangan setiap anggota keluarga tentang masalah tersebut. Dalam wawancara dengan ibu dan putra bungsunya, sang ibu setuju untuk menghubungi anak tersebut. Namun, saat siswa tersebut menindaklanjuti dengan ibunya, sang ibu mengatakan bahwa dia tidak menelepon satu pun anaknya karena dia berharap

putra bungsunya akan melakukannya. Hal ini semakin membuktikan ketergantungan ibu yang berlebihan terhadap anak-anaknya. Karena putra bungsunya sangat ingin pertemuan itu diadakan, maka ia mengambil tugas untuk mengundang semua saudaranya untuk mewawancarai ibu dan muridnya.

Pada wawancara keluarga, semua saudara kandung hadir dan dua pasangan mereka juga hadir. Menariknya, menantu perempuan lebih vokal dibandingkan suaminya dan menyatakan bahwa mereka sangat dekat dengan ibu mertuanya. Dalam wawancara keluarga besar ini, isolasi sosial ibu (selain keluarganya) dibahas. Melalui proses tanya jawab melingkar, harapan terhadap kontak keluarga ibu dan anak dinilai. Awalnya, siswa mendorong keluarga untuk mencari solusi atas kurangnya aktivitas sosial dan interaksi teman sebaya yang dialami ibu mereka (sebuah intervensi yang ditujukan pada domain perilaku fungsi keluarga). Terhadap intervensi ini, pihak keluarga menjawab bahwa mereka tidak mempunyai ide selain dari apa yang telah mereka coba. Oleh karena itu, siswa tersebut menyarankan intervensi yang lebih spesifik dalam upaya mengungkap solusi terhadap isolasi sosial yang dialami ibu.

Wawancara penting ini mengungkapkan bahwa perempuan tersebut selama ini selalu mengandalkan anak-anaknya untuk interaksi sosial utamanya. Dia tidak pernah menjadi "orang yang ikut serta". Dalam beberapa tahun terakhir, dia bahkan tidak lagi menghadiri gereja. Sepanjang hidupnya, dia hanya mempunyai sedikit teman dekat. Penilaian tersebut juga mengungkapkan bahwa, secara kolektif, anak-anak pada umumnya mendukung ibu mereka. Setiap minggu, dia makan siang bersama satu atau lebih dari mereka. Mereka menyertakannya dalam semua acara khusus keluarga. Namun, anak-anak harus selalu memulai kontak. Mereka benar-benar prihatin dengan kesepian ibu mereka

dan kurangnya kontak sosial tambahan, namun mereka sudah kehabisan ide untuk mengubah situasinya.

Salah satu intervensi pertama yang dilakukan mahasiswa keperawatan diarahkan pada domain kognitif dan perilaku fungsi keluarga: menawarkan informasi mengenai sumber daya komunitas yang tersedia untuk orang lanjut usia. Secara khusus, siswa tersebut menyadarkan keluarga tentang Program Kunjungan Pengabdian Masyarakat. Sang ibu setuju untuk menghubungi program ini, dan anak-anak setuju untuk memberikan dukungan. Sang ibu juga menyatakan minatnya untuk kembali terlibat dalam paduan suara. Siswa tersebut menawarkan untuk menemaninya ke latihan paduan suara warga lanjut usia dan memperkenalkannya kepada peserta lain.

Intervensi besar terakhir yang dibahas dalam sesi keluarga diarahkan pada domain perilaku. Mahasiswa perawat bertanya kepada ibu tersebut apakah dia akan memulai kontak dengan salah satu anaknya selama minggu depan. Setelah melakukan kontak, anak akan meminta ibunya untuk datang menjenguk secepatnya. Intervensi ini penting karena minat anggota keluarga terhadap aktivitas orang tua yang lebih tua biasanya meningkatkan motivasi orang tua. Penting untuk ditekankan bahwa ibu terlibat dan menerima intervensi ini.

Dampak dan hasil dari intervensi ini adalah sebagai berikut:

- Ibu tersebut menindaklanjuti dengan menghubungi Program Pengunjung Pelayanan Masyarakat. Koordinator program kemudian menghubungi ibu tersebut dan mengatur pengunjung tetap.
- Siswa perawat menemani ibu tersebut ke paduan suara lansia. Wanita yang lebih tua menikmati pengalaman itu dan menelepon dua wanita lainnya dalam paduan suara sesudahnya!

■ Sang ibu mengambil inisiatif untuk menghubungi beberapa anaknya, dan mereka kemudian mengundangnya untuk mengunjungi keluarga, dan dia menerimanya. Anak-anak melaporkan bahwa mereka senang jika ibu mereka menelepon mereka, dan dinamika baru ini tampaknya meningkatkan keinginan mereka untuk lebih sering berhubungan dengannya.

Dalam wawancara berikutnya, mahasiswa perawat tersebut mendorong ibu tersebut untuk berhubungan kembali dengan gerejanya. Siswa tersebut juga meminta dukungan anak-anak dalam upaya ini dengan meminta agar mereka menaruh minat dan menanyakan tentang gereja ibu mereka dan kegiatan paduan suara ketika mereka meneleponnya.

Karena ibu ini sudah terbiasa dengan banyak dukungan keluarga, maka tidak tepat jika dukungan tersebut dihilangkan sepenuhnya. Namun, dukungan instrumental fisik (yaitu melakukan sesuatu untuk ibu) berkurang tanpa membuat ibu merasa ditinggalkan. Dukungan verbal (emosional) terhadap upaya ibu untuk mandiri adalah yang paling tepat. Ketika ibu mulai meningkatkan kontak sosial dan aktivitas, keluhan fisik nonspesifiknya menurun.

Siswa tersebut mengakhiri pengobatan dengan wanita ini dalam wawancara tatap muka. Untuk melibatkan anak-anak dalam proses terminasi, siswa mengirimkan surat terapi (Hougher Limacher & Wright, 2006; Moules, 2002, 2003; Wright & Bell, in press) kepada mereka masing-masing. Surat ini, yang ditulis oleh mahasiswa dan dosen pembimbingnya, dicetak di bawah kata demi kata. Laporan ini dengan indah menyoroti intervensi-intervensi besar dan sekali lagi meminta bantuan lebih lanjut dari anak-anak. Selain itu, siswa tersebut dengan sangat baik mencantumkan beberapa kekuatan keluarga dalam surat tersebut. Mudah-mudahan, proses perubahan dalam keluarga khusus ini akan

terus berkembang lama setelah mahasiswa keperawatan ini mengakhiri hubungan terapeutik dengan mereka.

Yang terhormat (nama asli dihilangkan untuk menjaga kerahasiaan):

Saya ingin mengucapkan terima kasih atas bantuan dan kerja sama Anda dalam tugas keluarga saya. Saya senang bertemu dengan Anda masing-masing dan menghargai masukan dan penilaian pribadi Anda terhadap keluarga Anda. Kesediaan Anda untuk bekerja sama tentu menjadi kekuatan keluarga yang sangat baik.

Saya mengunjungi ibumu beberapa kali selama saya mengikuti Program Penjangkauan. Ia terus mengungkapkan keinginannya untuk lebih mandiri secara sosial. Dia telah mampu meningkatkan kontak komunitas. Dia menghadiri paduan suara dan beberapa wanita paduan suara memanggilnya untuk mendorongnya agar terus berpartisipasi. Dia bertemu dengan pria dari gereja dan berbicara dengan istrinya. Koordinator program pengunjung mengunjungi; dia sedang mengatur seorang teman yang akan mengunjungi ibumu. Mudah-mudahan, mereka akan mengembangkan kepentingan luar bersama-sama. Dia juga beberapa kali keluar berbelanja sendiri.

Saya menghubungi Kerby Centre, serta senior lainnya dari Carter Place yang pergi ke sana, namun tidak dapat menemukan siapa pun yang pergi ke makan siang hari Rabu atau transportasi lain yang sesuai. Saya telah membicarakan hal ini dengan ibumu dan dia merasa ini mungkin sesuatu yang bisa dia lakukan sendiri di masa depan.

Ibumu mengungkapkan perasaan positif tentang upayanya untuk menjadi lebih aktif secara sosial. Meski begitu, ia tetap mengharapkan dukungan utamanya dari anak-anaknya. Kadang-kadang, saya mendapati

dia membutuhkan lebih banyak dorongan untuk tidak terlalu mengkhawatirkan kesehatannya hingga dia berpikir dia tidak dapat berpartisipasi dalam kegiatan apa pun. Saya percaya bahwa Anda masing-masing dapat membantu ibu Anda dengan mendorongnya dalam bidang ini. Saya mungkin menyarankan jika dia mengatakan bahwa dia tidak sehat agar dia menemui dokter. Jika tidak ada masalah serius, dukungan lembut terhadap aktivitas mandiri mungkin bisa membantu. Hal ini mungkin agak sulit pada awalnya, namun jika Anda mampu menunjukkan sikap bersatu kepada ibu Anda dan saling mendukung dalam pendekatan timbal balik agar dia lebih aktif secara sosial, dia mungkin akan lebih mampu mencapai hal ini.

Saya sangat terkesan dengan kekompakan keluarga Anda dan kepedulian serta dukungan yang terus Anda tunjukkan terhadap ibu Anda. Sekali lagi terima kasih banyak telah mengizinkan saya bekerja dengan Anda.

Hormat kami, Leslie Henderson

Mahasiswa S1 Keperawatan

Fakultas Keperawatan, Universitas Calgary

Surat terapeutik yang dikirimkan oleh siswa ini merupakan intervensi tersendiri (Moules, 2002, 2003; White & Epston, 1990; Wright & Bell, in press). Selain itu, beberapa intervensi diuraikan dalam surat tersebut. Intervensi ini ditujukan pada ketiga bidang fungsi keluarga. Secara khusus, siswa memberikan pujian dan pendapat yang diarahkan pada domain fungsi kognitif. Ia mengajak anak-anak dewasa untuk memberikan semangat kepada ibu mereka, yang bertujuan untuk melakukan perubahan pada ranah perilaku. Dengan merangkul pekerjaan klinis dengan keluarga dalam bentuk surat terapeutik, siswa bermaksud untuk melakukan perubahan baik dalam ranah afektif maupun kognitif dalam fungsi keluarga. Pekerjaan klinis yang patut dicontoh ini adalah contoh luar biasa dalam melibatkan keluarga secara

efektif dalam layanan kesehatan melalui penggunaan model penilaian dan intervensi keluarga dengan tujuan pengobatan yang jelas oleh siswa yang berkomitmen untuk meningkatkan fungsi keluarga dan meringankan penderitaan.

KESIMPULAN

Intervensi dapat bersifat lugas dan sederhana atau inovatif dan dramatis sesuai kebutuhan perawat terhadap masalah kesehatan atau penyakit yang muncul. Intervensi yang dimaksudkan untuk meningkatkan kesehatan dan menangani penyakit harus didasarkan pada asumsi bahwa perilaku kesehatan individu sangat dipengaruhi oleh orang-orang di sekitar kita, dan bahwa kesejahteraan keluarga secara umum dapat meningkatkan kesehatan fisik anggotanya. Semua intervensi harus diarahkan pada tujuan pengobatan yang dihasilkan secara kolaboratif oleh perawat dan keluarga. Ketika perawat belajar untuk terlibat secara aktif dan menilai keluarga secara menyeluruh; mengidentifikasi dengan jelas masalah, kekhawatiran, dan penderitaan; dan menetapkan tujuan pengobatan, proses membuat konsep, memilih, dan menawarkan intervensi spesifik pada setiap keluarga menjadi lebih bermanfaat dan efektif. Tujuan utamanya, tentu saja, adalah untuk membantu anggota keluarga dalam menemukan solusi baru untuk membantu melunakkan atau meringankan penderitaan emosional, fisik, dan/atau spiritual.

Referensi

- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. New York: Ballantine Books.
- Bateson, G. (1979). Mind and nature. New York: E.P. Dutton.
- Bohn, U., Wright, L.M., & Moules, N.J. (2003). A family systems nursing interview following a myocardial infarction: The power of commendations. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 151–165.

- Campbell, T.L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 545–583.
- Deatrick, J.A. (1998). Integrative review of intervention research with children who have chronic conditions and their families. In M.E. Broome, et al. (Eds.), *Children and families in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Duhamel, F., & Dupuis, F. (2004). Guaranteed returns: Investing in conversations with families of cancer patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 68–71.
- Duhamel, F., & Talbot, L.R. (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 12–32.
- Feeley, N., & Gottlieb, L.N. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9–24.
- Fomby, B.W. (2004). Family routines, rituals, recreation, and rules. In P.J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Holtzlander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of post-partum fathers. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 5–18.
- Houger Limacher, L., & Wright, L.M. (2003). Commendations: Listening to the silent side of a family intervention. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 130–135.
- Houger Limacher, L., & Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12, 307–331.
- Imber-Black, E., Roberts, J., & Whiting, R.A. (Eds.). (2003). *Rituals in families and family therapy* (Revised Ed.). New York: Norton.

- Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Family-nurse relationships: Core assumptions and clinical implications. *Journal of Family Nursing*, 2(2), 133–151.
- LeNavenec, C., & Vonhof, T. (1996). *One day at a time: How families manage the experience of dementia*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group – Auburn House.
- Levac, A.M.C., Wright, L.M., & Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J.A. Fox (Ed.), *Primary health care of infants, children, and adolescents* (2nd ed.) (pp. 10–19). St. Louis: Mosby.
- Loos, F., & Bell, J.M. (1990). Circular questions: A family interviewing strategy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9(1), 46–53.
- Manassis, K., & Levac, A.M. (2004). *Helping your teenager beat depression: A Problem-solving approach for families*. Bethesda, MD: Woodbine House.
- Maturana, H.R. & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications, Inc.
- McElheran, N.G., & Harper-Jaques, S.R. (1994). Commendations: A resource intervention for clinical practice. *Clinical Nurse Specialist*, 8(1), 7–10.
- McLeod, D.L., & Wright, L.M. (2008). Living the as-yet unanswered: Spiritual care practices in family systems nursing. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 118–141.
- Moules, N.J. (2002). Nursing on paper: Therapeutic letters in nursing practice. *Nursing Inquiry*, 9(2), 104–113.
- Moules, N.J. (2003). Therapy on paper: Therapeutic letters and the tone of the relationship. *Journal of Systemic Therapies*, 22(1), 33–49.
- Moules, N.J., et al. (2004). Making room for grief: Walking backwards and living forward. *Nursing Inquiry*, 99–107.
- Moules, N.J., et al. (2007). The soul of sorrow work: Grief and therapeutic interventions of families. *Journal of Family Nursing*, 13(1), 117–141.

- Roberts, J. (2003a). Setting the frame: Definition, functions, and typology of rituals. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Roberts, J. (2003b). Rituals and serious illness: Marking the path. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions: From burden to balance. *Journal of Family Nursing*, 4(3), 271–290.
- Robinson, C.A., & Wright, L.M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing*, 1(2), 327–345.
- Rungreangkulkij, S., & Gilliss, C.L. (2000). Conceptual approaches to studying family caregiving for persons with severe mental illness. *Journal of Family Nursing*, 6(4), 341–366.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1978). A ritualized prescription in family therapy: Odd days and even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(3), 3–9.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1980). Hypothesizing circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(3), 3–12.
- Tapp, D.M. (2001). Conserving the vitality of suffering: Addressing family constraints to illness conversations. *Nursing Inquiry*, 8(4), 254–263.
- Thorne, S., & Robinson, C.A. (1989). Guarded alliance: Health care relationships in chronic illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 21(3), 153–157.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format,

- interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(3), 253–271.
- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell & R. Draper (Eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan approach* (pp. 33–45). London: Grune & Stratton.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26(6), 167–183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask linear, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1–15.
- Watson, W.L., & Nanchoff-Glatt, M. (1990). A family systems nursing approach to premenstrual syndrome. *Clinical Nurse Specialist*, 4(1), 3–9.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1987). Families and life-threatening illness: Assumptions, assessment, and intervention. In M. Leahey & L.M. Wright (Eds.), *Families and life- threatening illness* (pp. 45–58). Springhouse, PA: Springhouse Corp.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (Producers). (2000). *How to do a 15 minute (or less) family interview*. [DVD]. Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (Producers). (2001). *Calgary Family Assessment Model: How to apply in clinical practice*. [DVD]. Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (Producers). (2002). *Family nursing interviewing skills: How to engage, assess, intervene, and terminate with families*. [DVD]. Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.

- Wright, L.M., & Leahey, M. (Producers) (2003). How to intervene with families with health concerns. [DVD]. Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (Producers) (2006). How to use questions in family inter- viewing. [Videotape]. Calgary, Canada: www.FamilyNursingResources.com
- Wright, L.M., & Levac, A.M. (1992). The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 913–917.
- Wright, L.M., & Nagy, J. (1993). Death: The most troublesome family secret of all. In E. Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 121–137). New York: Norton.

Bab 8

KOMUNIKASI TERAPI KELUARGA

Kompetensi Dasar:

Memahami Pengertian Komunikasi Terapi Keluarga

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Komunikasi Terapi Keluarga
2. Menjelaskan strategi Komunikasi Terapi Keluarga
3. Menjelaskan penerapan Komunikasi Terapi Keluarga

Konsep Dasar Komunikasi

Pengertian Komunikasi

Kata komunikasi atau communication dalam bahasa Inggris berasal dari bahasa Latin communis yang berarti "sama", communico, communicatio, atau communicare yang berarti "membuat sama" (to make common). Istilah pertama (communis) adalah istilah yang paling sering sebagai asal usul komunikasi, yang merupakan akar dari kata-kata Latin lainnya yang mirip. Komunikasi menyarankan bahwa suatu pikiran, suatu makna, atau suatu pesan dianut secara sama (Mulyana, 2005). Secara paradigmatis, komunikasi adalah proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberi tahu atau mengubah sikap, pendapat, atau perilaku, baik langsung secara lisan maupun tak langsung melalui media (Effendy, 2006). Harold Lasswell dalam karyanya, *The Structure and Function of Communication in Society* dalam Effendy (2006), mengatakan bahwa cara yang baik untuk menjelaskan komunikasi ialah menjawab pertanyaan sebagai berikut: Who Says What in Which Channel To Whom With What Effect? Paradigma Lasswell di atas menunjukkan bahwa komunikasi meliputi lima unsur sebagai jawaban dari pertanyaan yang diajukan itu, yakni:

1. Komunikator (communicator, source, sender)
2. Pesan (message)
3. Media (channel, media)
4. Komunikan (communicant, communicatee, receiver, recipient)
5. Efek (effect, impact, influence)

Jadi berdasarkan paradigma Lasswell tersebut, komunikasi adalah proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikan melalui media yang menimbulkan efek tertentu.

Tujuan Komunikasi

Pada umumnya komunikasi mempunyai beberapa tujuan (Widjaja,2002) antara lain:

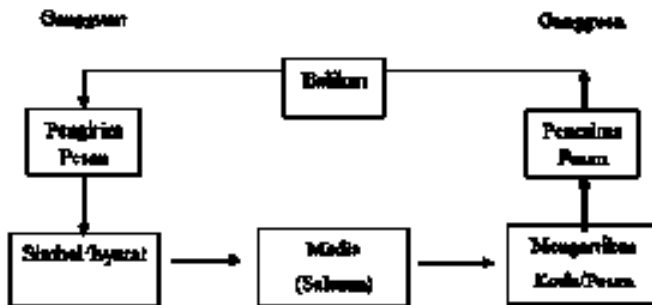
1. Untuk mengubah sikap (to change the attitude)
2. Untuk mengubah opini/pendapat/pandangan (to the change the opinion)
3. Untuk mengubah perilaku (to change the behavior)
4. Untuk mengubah masyarakat (to the change society)

Hewitt (1981), menjabarkan tujuan penggunaan proses komunikasi secara spesifik sebagai berikut:

1. Mempelajari atau mengajarkan sesuatu
2. Mempengaruhi perilaku seseorang
3. Mengungkapkan perasaan
4. Menjelaskan perilaku sendiri atau perilaku orang lain
5. Berhubungan dengan orang lain
6. Menyelesaian sebuah masalah
7. Mencapai sebuah tujuan
8. Menurunkan ketegangan dan menyelesaikan konflik
9. Menstimulasi minat pada diri sendiri atau orang lain

Proses Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu proses yang mempunyai komponen dasar sebagai berikut :



Gambar 8.1 : Proses Komunikasi
Sumber. Tomy Suprpto, 2005

1. Pengirim pesan (sender) dan isi pesan/materi

Pengirim pesan adalah orang yang mempunyai ide untuk disampaikan kepada seseorang dengan harapan dapat dipahami oleh orang yang menerima pesan sesuai dengan yang dimaksudkannya. Pesan adalah informasi yang akan disampaikan atau diekspresikan oleh pengirim pesan. Pesan dapat verbal atau non verbal dan pesan akan efektif bila diorganisir secara baik dan jelas.

Materi pesan dapat berupa :

- Informasi
- Ajakan
- Rencana kerja
- Pertanyaan dan sebagainya.

2. Simbol/ isyarat

Pada tahap ini pengirim pesan membuat kode atau simbol sehingga pesannya dapat dipahami oleh orang lain.

3. Media/penghubung

Adalah alat untuk penyampaian pesan. Pemilihan media ini dapat dipengaruhi oleh isi pesan yang akan disampaikan, jumlah penerima pesan, situasi dan sebagainya.

4. Mengartikan kode/isyarat

Setelah pesan diterima melalui indera (telinga, mata dan seterusnya) maka si penerima pesan harus dapat mengartikan simbol/kode dari pesan tersebut, sehingga dapat dimengerti /dipahaminya.

5. Penerima pesan

Penerima pesan adalah orang yang dapat memahami pesan dari sipengirim meskipun dalam bentuk code/isyarat tanpa mengurangi arti pesan yang dimaksud oleh pengirim.

6. Balikan (feedback)

Balikan adalah isyarat atau tanggapan yang berisi kesan dari penerima pesan dalam bentuk verbal maupun nonverbal.

7. Gangguan

Gangguan adalah hal yang merintangi atau menghambat komunikasi sehingga penerima salah menafsirkan pesan yang diterimanya.

Jenis Komunikasi

Pada dasarnya komunikasi digunakan untuk menciptakan atau meningkatkan aktifitas hubungan antara manusia atau kelompok

Jenis komunikasi terdiri dari:

1. Komunikasi verbal dengan kata-kata
 - a. Pengertian komunikasi verbal

Komunikasi yang dilakukan melalui kata-kata, bicara atau tertulis (Nurjannah, 2005) .Meskipun yang paling

mempengaruhi komunikasi adalah bahasa non verbal, kata adalah alat yang sangat penting dalam komunikasi. Menurut Leddy (2004), beberapa hal yang perlu di perhatikan oleh perawat dalam berkomunikasi verbal adalah : masalah teknik yaitu seberapa akurat komunikasi tersebut dapat mengirimkan simbol dari komunikasi tersebut. Masalah semantik yaitu seberapa tepat simbol dalam mengirimkan pesan yang dimaksud. Masalah pengaruh yaitu seberapa efektif arti yang diterima mempengaruhi tingkah laku.

- b. Komunikasi Verbal mencakup aspek-aspek berupa ;
 - 1) Vocabulary (perbendaharaan kata-kata). Komunikasi tidak akan efektif bila pesan disampaikan dengan kata-kata yang tidak dimengerti, karena itu olah kata menjadi penting dalam berkomunikasi.
 - 2) Racing (kecepatan). Komunikasi akan lebih efektif dan sukses bila kecepatan bicara dapat diatur dengan baik, tidak terlalu cepat atau terlalu lambat.
 - 3) Intonasi suara: akan mempengaruhi arti pesan secara dramatik sehingga pesan akan menjadi lain artinya bila diucapkan dengan intonasi suara yang berbeda. Intonasi suara yang tidak proposional merupakan hambatan dalam berkomunikasi.
 - 4) Humor: Tertawa mempunyai hubungan fisik dan psikis dan harus diingat bahwa humor adalah merupakan satu-satunya selingan dalam berkomunikasi.
 - 5) Singkat dan jelas. Komunikasi akan efektif bila disampaikan secara singkat dan jelas, langsung pada pokok permasalahannya sehingga lebih mudah dimengerti.
 - 6) Timing (waktu yang tepat) adalah hal kritis yang perlu diperhatikan karena berkomunikasi akan berarti bila seseorang bersedia untuk berkomunikasi, artinya dapat menyediakan waktu untuk mendengar atau memperhatikan apa yang disampaikan.
- 2. Komunikasi Non Verbal

1) Pengertian

Komunikasi non verbal adalah penyampaian pesan tanpa kata-kata dan komunikasi non verbal memberikan arti pada komunikasi verbal. Komunikasi non verbal merupakan komunikasi yang tidak melibatkan bicara dan tulisan (Nurjannah, 2005). Sebesar 90% dari arti komunikasi berasal dari komunikasi non verbal (Hunsaker dalam Leddy, 2004). Hal ini menunjukkan pentingnya mempelajari komunikasi non verbal.

2) Klasifikasi komunikasi non verbal Yang termasuk komunikasi non verbal :

- a. Ekspresi wajah
- b. Kontak mata
- c. Sentuhan
- d. Postur tubuh dan gaya berjalan
- e. Sound (Suara)
- f. Gerak isyarat

Hambatan Komunikasi

Beberapa hambatan menurut Effendi (2006) adalah:

1. Hambatan dari Proses Komunikasi
Hambatan dari pengirim pesan, misalnya pesan yang akan disampaikan belum jelas bagi dirinya atau pengirim pesan, hal ini dipengaruhi oleh perasaan atau situasi emosional
2. Hambatan Fisik
Hambatan fisik dapat mengganggu komunikasi yang efektif, cuaca gangguan alat komunikasi, dan lain lain, misalnya: gangguan kesehatan, gangguan alat komunikasi dan sebagainya.
3. Hambatan Semantik.
Kata-kata yang dipergunakan dalam komunikasi kadang-kadang mempunyai arti mendua yang

berbeda, tidak jelas atau berbelit-belit antara pemberi pesan dan penerima

4. Hambatan Psikologis

Hambatan psikologis dan sosial kadang-kadang mengganggu komunikasi, misalnya; perbedaan nilai-nilai serta harapan yang berbeda antara pengirim dan penerima pesan.

Komunikasi Perawat Pasien

Kegiatan berkomunikasi juga dilakukan antara perawat dan pasien. Bentuk komunikasi yang dilakukan disebut komunikasi Interpersonal. Adanya hubungan komunikasi interpersonal antara perawat dengan pasien merupakan hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran dan pengalaman dalam membina hubungan yang harmonis/baik dengan pasien.

Dalam ilmu kesehatan komunikasi interpersonal ini disebut juga dengan Komunikasi Teraupatik. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan, kegiatannya difokuskan pada kesembuhan pasien dan merupakan komunikasi profesional yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya (Purwanto, 1994, dalam Mundakir, 2006). Komunikasi terapeutik yang dilakukan bersifat langsung, si perawat mengetahui keadaan dan tanggapan pasien saat itu, demikian juga pasien mengetahui perhatian yang diberikan perawat (Widjaja, 2002). Adapun tujuan perawat berkomunikasi dengan pasien adalah menolong dan membantu serta meringankan beban penyakit yang di derita pasien. Dimana penyakit yang diderita pasien tidak hanya secara fisik namun juga meliputi jiwa atau mental pasien. Disinilah pentingnya komunikasi interpersonal yang dilakukan perawat terhadap pasiennya.

Komunikasi yang baik dari seorang perawat, mampu memberikan kepercayaan diri bagi pasien. Dalam hal ini, kesan lahiriah perawat dan keramah tamahan perawat mulai dari senyum yang penuh ketulusan, kerapian berbusana, sikap familiar, cara berbicara (berkomunikasi) yang mamberikan kesan menarik, bertempramen bijak, dan memcirikan seorang perawat yang berkepribadian yang dibutuhkan untuk menjadi obat pertama bagi pasien (Kariyoso, 1994).

Rogers (Arwani, 2002) menyatakan bahwa inti dari hubungan pertolongan adalah kehangatan, ketulusan, pemahan yang empatik serta perhatian positif yang tidak bersyarat. Maka sebaiknya perawat mampu menunjukkan perhatian sepenuhnya dan bertutur kata lembut kepada pasien, sehingga dapat membantu pasien dalam mengurangi beban penyakit dan membantu dalam proses penyembuhan. Seorang perawat dalam melaksanakan tugasnya harus menolong pasien dengan kehangatan dan ketulusan, agar pasien merasa dekat dengan perawat.

Kelemahan dalam berkomunikasi merupakan masalah yang serius bagi perawat maupun pasien. Perawat yang enggan berkomunikasi dan menunjukkan raut wajah yang tegang dan ekspresi wajah yang marah dan tidak ada senyum akan berdampak negatif bagi pasien. Pasien akan merasa tidak nyaman bahkan terancam dengan sikap perawat atau tenaga kesehatan lainnya jika bersikap seperti diatas. Kondisi seperti ini tentunya akan sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien.

Melalui keterampilan berkomunikasi yaitu komunikasi interpersonal, perawat dapat mengetahui reaksi pasien terhadap penyakitnya dan memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengutarakan perasaannya dan keluhannya.

1. Prinsip komunikasi yang terapeutik

Prinsip komunikasi yang terapeutik adalah :

- a. Saling memberikan pengertian kedua belah pihak untuk saling menerima, saling percaya dan saling menghargai
- b. Ada unsur belajar bersama dan sharing pengalaman
- c. Saling membutuhkan untuk mencapai tujuan
- d. Ada unsur memberi dan menerima, saling membantu, tukar menukar emosi, perasaan dan pikiran serta menyadari peran masing-masing
- e. Menciptakan suasana saing terbuka, bebas dari rasa takut dan jujur
- f. Empati

2. Faktor yang mempengaruhi komunikasi

- a. Self image (citra diri) : Bagaimana anda melihat diri sendiri dalam hubungannya dengan orang lain dalam situasi tertentu.
- b. The image of the other (citra pihak lain) : Bagaimana anda melihat pihak lawan berkomunikasi
- c. Physical environment (lingkungan fisik): Lingkungan saat komunikasi berlangsung menentukan keberhasilan komunikasi perawat dengan pasien..
- d. Social environment (lingkungan social): Keberadaan pendengaran saat komunikasi berlangsung.
- e. Condition : Fisik, mental, dan kecerdasan
- f. Body language : Gerakan - gerakan tubuh yang berbicara tanpa kata.

3. Elemen keterampilan komunikasi

Elemen elemen dalam keterampilan komunikasi meliputi sebagai berikut :

1) Visual element (55%)

- a. Eye contact (kontak mata)
 - b. Facial expression (Ekspresi wajah)
 - c. Gesture (sikap tubuh)
 - d. Posture (posisi tubuh)
- 2) Vocal element (38%)
- a. Voice volume (volume suara)
 - b. Speaking rate (kecepatan berbicara)
 - c. Tone of voice (irama)
 - d. Fluency (mantap)
- 3) Verbal element (7%)
- a. Sederhana
 - b. Tidak mengandung arti ganda
 - c. Lengkap
 - d. Jelas
4. Tujuan komunikasi terapeutik Tujuan terapeutik adalah :
- a. Membantu pasien dalam memperbaiki dan mengendalikan emosi sehingga membantu mempercepat penyembuhan dari upaya medis.
 - b. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal hal yang diperlukan.
 - c. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan Aefektif, dan mempertahankan kekuatan ego-nya.
 - d. Memengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.
 - e. Komunikasi terapeutik memberikan pelayanan prima (service excellent atau tanpa cacat) sehingga dicapai kesembuhan dan kepuasan pasien.

- f. Komunikasi yang menghasilkan kepuasan semua pihak yang terlibat (win win solution bagi, perawat, dan pasien).

5. Indikator komunikasi terapeutik

Menurut (Egan, 1998) dalam bukunya *The skilled helper* indikator komunikasi yang terapeutik adalah sebagai berikut :

1) Attending skill

Attending skill adalah penampilan fisik perawat ketika berkomunikasi dengan pasien. Perawat hadir secara utuh (fisik dan psikologis) saat melakukan komunikasi terapeutik. Sikap fisik perawat atau penampilan berkomunikasi disebut sebagai attending skill. Attending skill perawat menurut Egan dalam *skilled halper* diidentifikasi dalam lima cara berkomunikasi (SOLER), yaitu :

- a. Squarely (berhadapan), artinya posisi penampilan fisik menunjukkan sikap untuk melayani pasien.
- b. Open posture, artinya menunjukkan sikap terbuka. Misalnya, tidak melipat kaki atau tangan maupun berkacak pinggang dalam komunikasi.
- c. Lean (membungkuk ke arah pasien), artinya penampilan fisik yang ingin menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.
- d. Eye contact, artinya mempertahankan kontak mata. Menunjukkan bahwa kita menghargai pasien dan tetap ingin berkomunikasi.
- e. Relaxe, artinya perawat dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respond dan tindakan kepada pasien.

2) Ramah dan hormat (respect)

Respect adalah sikap dan perilaku hormat tenaga kesehatan terhadap pasien. Indicator respect adalah keramah tamahan perilaku hormat, dan sopan.

3) Empati

Empati ialah, sikap dan perilaku tenaga rumah sakit untuk mau mendengarkan, mengerti dan memperhatikan pasien. Dimensi empati terkait dengan kebutuhan ego dan aktualisasi diri dari teori kebutuhan oleh A. Maslow.

4) Ketanggapan (responsiveness)

Responsiveness adalah sikap dan perilaku tenaga rumah sakit untuk segera melayani bila diperlukan.

Bagaimana Mempersiapkan Wawancara Keluarga

Perawat yang bekerja di berbagai jenis lingkungan sering bertanya, "Bagaimana saya mempersiapkan diri untuk wawancara keluarga?" Bagi banyak perawat, pertemuan keluarga terjadi secara kebetulan, seperti ketika anggota keluarga mengunjungi orang yang mereka kasihi di rumah sakit. Bagi yang lain, kehadiran keluarga di unit gawat darurat atau unit perawatan intensif adalah praktik yang diterima, dan perawat diharapkan berinteraksi dengan anggota keluarga. Namun, hanya 5% perawat yang bekerja di unit dengan protokol kehadiran keluarga tertulis (Duran, dkk, 2007).

Bagi beberapa perawat, wawancara merupakan acara terencana dan mungkin dimulai oleh keluarga atau perawat. Beberapa perawat harus mengatasi keyakinan bahwa mereka akan mengganggu kunjungan keluarga jika mereka hadir di kamar pasien. Bagi banyak perawat, ketegangan yang disebabkan oleh waktu yang dibutuhkan untuk melakukan wawancara, mengembangkan hubungan dengan keluarga, dan melakukan intervensi secara efektif merupakan tantangan besar yang harus diatasi. Ketegangan waktu adalah sesuatu yang perlu dipelajari oleh para profesional layanan kesehatan untuk dikelola; jika tidak, mereka akan menjadi tidak bisa bergerak karenanya. Kami menyarankan agar perawat tidak mampu untuk tidak memperhatikan keluarga.

Baik bagi perawat maupun keluarga, wawancara atau pertemuan keluarga pertama kali sering kali dipenuhi dengan rasa cemas. Kami percaya bahwa semakin sedikit kecemasan yang dirasakan perawat, maka semakin ia mengundang rasa percaya diri pada anggota keluarga, sehingga mengurangi kecemasan mereka. Tujuan bab ini adalah untuk membantu mengurangi kecemasan perawat dengan mendiskusikan bagaimana merencanakan wawancara pertama dan selanjutnya. Cara mengembangkan hipotesis terkait tujuan wawancara juga dibahas. Persoalan konkrit kemudian dipaparkan, seperti menentukan lokasi wawancara, menentukan siapa yang akan hadir, dan menghubungi keluarga melalui telepon. Ide juga ditawarkan kepada perawat untuk merefleksikan jenis hubungan yang paling diinginkan untuk dibangun bersama dengan keluarga.

HIPOTESIS

Sebelum bertemu keluarga untuk pertama kalinya, perawat harus mengembangkan gagasan tentang tujuan wawancara dan pemahaman tentang konteks keluarga.

Misalnya, seorang perawat di layanan primer yang melakukan wawancara untuk memahami bagaimana keluarga mengatasi penyakit kronis atau yang mengancam jiwa akan melakukan wawancara secara berbeda dibandingkan perawat yang mencoba menilai kekerasan dalam keluarga, pelecehan, atau masalah tertentu lainnya. . Dalam contoh terakhir, keluarga atau lembaga lain mungkin sudah mengidentifikasi masalahnya. Selain itu, jika sebuah keluarga berada dalam krisis, misalnya, karena baru saja menerima kabar kematian mendadak salah satu anggota keluarganya, konteks wawancaranya akan berbeda dibandingkan jika keluarga tersebut tidak sedang mengalami krisis. Tujuan lain dari wawancara adalah agar perawat mengetahui keinginan orang tua mengenai apakah mereka ingin tetap mendampingi anak mereka selama prosedur invasif dan resusitasi yang rumit. Menawarkan pilihan kepada

anggota keluarga adalah sebuah praktik yang menurut Dingeman, dkk (2007) lebih disukai orang tua. Memang benar, banyak anggota keluarga yang merasa berhak melihat apa yang dilakukan untuk orang yang mereka kasihi, namun orang tua tidak perlu merasa berkewajiban untuk hadir. Menanyakan bagaimana anggota keluarga ingin dilibatkan dalam perawatan pasien di rumah atau rawat inap dapat menjadi alasan lain diadakannya pertemuan keluarga. Tergantung pada tujuan wawancara, jenis pertanyaan yang diajukan dan alur percakapan terapeutik mungkin sangat berbeda. Lihat contoh wawancara klinis di buku ini.

Kami berbesar hati dengan penelitian Burke, dkk (2001), yang mempelajari dampak intervensi titik stres pada keluarga yang anak-anaknya berulang kali dirawat di rumah sakit. Mereka berhipotesis bahwa setiap tambahan rawat inap memiliki tantangan unik dan bisa lebih membuat stres dibandingkan sebelumnya. Intervensi suportif yang berfokus pada keluarga yang disebut Stress-Point Intervention by Nurses (SPIN) dirancang untuk mengurangi masalah keluarga. Temuan dari uji klinis tiga lokasi dengan penugasan acak perawat dan keluarga ke kelompok eksperimen (SPIN) dan kontrol (perawatan biasa) menunjukkan bahwa orang tua yang menerima SPIN lebih puas dengan fungsi keluarga dan memiliki koping orang tua yang lebih baik setelah dirawat di rumah sakit dibandingkan orang tua yang menerima perawatan biasa. Intervensi ini sebagian didasarkan pada CFAM dan CFIM dan melibatkan "a) mengidentifikasi masalah-masalah khusus keluarga yang menimbulkan stres seputar rawat inap yang diharapkan atau diantisipasi, b) mengembangkan rencana dengan orang tua untuk menangani masalah-masalah khusus ini dan c) menindaklanjuti dengan memuji kekuatan dan keberhasilan, modifikasi, dan evaluasi keberhasilan intervensi" (Burke, et al, 2001, hal. 138). Ini adalah tindak lanjut dari jenis hipotesis yang kami temukan mendorong pengembangan lebih lanjut praktik keperawatan keluarga relasional.

Dalam pengawasan klinis kami dengan perawat, kami telah mendorong mereka untuk menghasilkan hipotesis terkait dengan tujuan pertemuan sebelum wawancara. Beberapa penulis telah mendefinisikan istilah hipotesis. Dalam salah satu karya paling awal mereka, Selvini-Palazzoli, dkk (1980) menyebut hipotesis sebagai rumusan berdasarkan informasi yang diproses oleh dokter mengenai keluarga yang akan diwawancarai. Mereka percaya bahwa hipotesis menetapkan titik awal untuk melacak pola relasional. Fleuridas, Nelson, dan Rosenthal (1986) mendefinisikan hipotesis sebagai "anggapan, firasat, peta, penjelasan, atau alternative penjelasan tentang keluarga dan 'masalah' dalam konteks relasionalnya" (hal. 115).

Bagi mereka, tujuan hipotesis adalah untuk menghubungkan perilaku keluarga dengan makna dan memandu penggunaan pertanyaan oleh pewawancara. Hipotesis memberikan perintah untuk proses wawancara. Ini memperkenalkan pandangan sistemik tentang keluarga dan menghasilkan pandangan baru tentang hubungan, keyakinan, dan perilaku. Tomm (1987) menganggap hipotesis sebagai "postur konseptual." Dia menganjurkan pewawancara untuk mengadopsi postur atau pendirian berhipotesis untuk dengan sengaja memfokuskan sumber daya kognitifnya untuk menghasilkan penjelasan. Sebaiknya hipotesis berbentuk sirkular daripada linier untuk memaksimalkan potensi terapeutik.

Inti dari semua definisi ini serupa: Hipotesis adalah proposisi atau dugaan tentatif yang memberikan dasar untuk eksplorasi lebih lanjut. Misalnya, kita mengetahui dari teori stres dan dari pengalaman pribadi dan profesional kita bahwa saat diagnosis suatu penyakit umumnya penuh dengan stres dan, dalam banyak kasus, gejalanya menjadi lebih buruk untuk sementara.

Dengan menggunakan hipotesis ini, perawat dapat mengatur wawancara keluarga untuk membahas dampak diagnosis terhadap keluarga, respons keluarga terhadap penyakit, dan harapan keluarga terhadap perawat. Dengan cara ini, perawat dapat mengeksplorasi pola penyesuaian keluarga terhadap diagnosis dan juga gagasan anggota keluarga tentang jenis hubungan yang ingin mereka jalin dengan penyedia layanan kesehatan. Hipotesis ini memberikan arahan umum bagi perawat pewawancara dalam mengeksplorasi penyesuaian unik mereka terhadap diagnosis dengan keluarga tertentu.

Nilai keingintahuan dan kenaifan bagi perawat yang bekerja dengan keluarga, terutama pada populasi imigran dan marginal, tidak dapat diremehkan. Kenaifan budaya dan keingintahuan yang penuh rasa hormat bisa sama pentingnya atau bahkan lebih penting daripada pengetahuan dan keterampilan. Cathryn Ladoux, yang putranya menderita distrofi otot Duchenne, mengingatkan kita akan pentingnya konteks budaya dalam membuat hipotesis (Patterson, 1997). Dia menyatakan:

Ketika seorang anak di suku kami mengalami cacat atau penyakit kronis, kami percaya bahwa anak ini ada di sini untuk mengingatkan kami bahwa ada sesuatu yang tidak seimbang dengan alam semesta. Kita harus memperhatikan semua yang diajarkan anak ini kepada kita, karena dengan cara ini, kita akan dibimbing untuk menemukan apa yang perlu kita ketahui untuk bergerak menuju keseimbangan. (hal.237)

Penting bagi kita untuk menunjukkan bagaimana pemikiran kita tentang hipotesis telah berubah seiring kita berupaya beroperasi dalam paradigma postmodernis dan beralih dari sudut pandang modernis. Perhatian kita telah beralih dari apa yang kita pikirkan tentang apa yang dikatakan pasien dan keluarganya kepada kita, menjadi mencoba memahami apa yang mereka pikirkan tentang apa yang mereka katakan

kepada kita. Weingarten (1998) menawarkan latihan berguna yang dia dan Roth kembangkan untuk membantu dokter memperhatikan pergeseran postmodernis ke apa yang dia sebut "mendengarkan secara radikal" dan memperhatikan orang lain. Misalnya, sebuah keluarga menggambarkan situasi klinis atau pribadi. Seorang perawat mendengarkan dan memperhatikan apa yang dikatakan keluarga. Perawat ini bertanya pada dirinya sendiri: Apa yang saya pikirkan tentang perkataan keluarga? Hipotesis apa yang saya miliki tentang situasi keluarga ini? Bagaimana saya mengatur informasi yang saya terima? Apakah saya melihat pola di sini? Apakah mereka? Perawat lain mendengarkan keluarga menggambarkan situasi pribadi. Perawat ini bertanya pada dirinya sendiri: Apa yang dikatakan keluarga? Menurut saya, apa pendapat mereka tentang apa yang mereka katakan? Weingarten (1998) menyatakan bahwa pewawancara kedua menghasilkan hipotesis yang berkaitan dengan apa yang mungkin dipikirkan, dirasakan, atau dimaknai oleh keluarga. Perawat pertama lebih mendengarkan pemikirannya sendiri dan mengikuti tradisi modernis. Perawat kedua lebih selaras dengan keluarga, dan pemikirannya lebih konsisten dengan apresiasi yang kolaboratif dan penuh hormat terhadap pandangan dunia keluarga. Hipotesisnya mencakup pertimbangan mengenai pengaruh spiritualitas keluarga, etnis, kelas, ras, gender, dan berbagai faktor lain dalam percakapan.

Kami sangat tertarik pada gagasan ini: "Bagaimana mungkin membuat perbedaan budaya mengenai pekerjaan yang dilakukan dalam budaya tempat perawat dilahirkan dan dibesarkan?" Kami mendorong para dokter untuk mendengarkan pembicaraan keluarga tentang penderitaan, memberikan ruang untuk kata-kata dan suara mereka, dan memahami makna keluarga untuk bekerja bersama mereka untuk meringankan penderitaan mereka. Ini adalah keterampilan yang sangat penting dalam praktik relasional.

Bagaimana Menghasilkan Hipotesis

Hipotesis dapat dirumuskan dari banyak dasar. Misalnya, informasi tersebut dapat didasarkan pada informasi yang diberikan keluarga atau gagasan tentang keluarga yang dikumpulkan saat masuk rumah sakit, selama jam berkunjung, atau dari staf lain. Informasi tersebut dapat berupa opini, observasi perilaku atau pola interaktif, dan data lainnya. Dalam mempertimbangkan informasi ini, kami mendorong perawat untuk bertanya pada diri mereka sendiri apa pendapat staf lain tentang apa yang mereka katakan. Kami yakin hipotesis yang paling relevan umumnya didasarkan pada informasi yang telah diberikan oleh keluarga. Hipotesis juga dapat didasarkan pada pengalaman dan pengetahuan perawat sebelumnya. Pengalaman dan pengetahuan ini dapat melibatkan keluarga yang diyakini perawat memiliki latar belakang etnis, ras, agama, atau spiritual yang serupa. Perawat mungkin mengingat masalah, gejala, atau situasi serupa dan pola interaktif serupa yang diketahui pasien dan keluarganya sebelumnya. Ia mungkin menghasilkan hipotesis berdasarkan pengetahuan tentang perkembangan keluarga dan tahapan siklus hidup, literatur penelitian, atau kerangka konseptual lain yang menurutnya paling relevan. Kami mendorong perawat untuk memasukkan dalam hipotesis mereka ide-ide tentang semangat keluarga yang kuat, kemurahan hati, pengabdian satu sama lain, kepedulian yang mendalam, dan komitmen. Ini adalah sifat-sifat abadi yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga pada saat stres.

Selain merumuskan hipotesis berdasarkan informasi dari atau tentang keluarga atau pengalaman dan pengetahuan sebelumnya, perawat dapat mengembangkan hipotesis berdasarkan apa pun yang menonjol atau relevan bagi mereka mengenai masalah atau risiko kesehatan yang dihadapi saat ini. Misalnya, jika sebuah tragedi baru-baru ini terjadi di masyarakat sekitar, maka perawat mungkin menemukan informasi tersebut relevan dalam menghasilkan

hipotesis tentang apa yang mungkin paling berarti bagi keluarga tertentu pada saat ini.

Kami percaya bahwa penting bagi perawat untuk menyatakan (kepada diri mereka sendiri) hipotesis mereka secara eksplisit dan sadar sebelum wawancara. Kami tidak setuju dengan mereka yang menyatakan bahwa hipotesis tidak diperlukan. Keyakinan kami adalah bahwa seorang perawat tidak bisa tidak membuat hipotesis atau memikirkan sebuah keluarga sebelum pertemuan. Penting bagi perawat untuk menjelaskan firasat mereka sehingga pemikiran ini dapat disempurnakan dan dibuat transparan ketika perawat dan keluarga terlibat dalam proses wawancara. Hipotesis presesi dipandang sebagai cara untuk mulai berfokus pada keluarga, mengaduk-aduk materi abu-abu, membuat koneksi, dan memunculkan pertanyaan. Hal ini tidak boleh melibatkan persiapan agenda sesi yang dibebankan pada keluarga tanpa menghiraukan keinginan anggota keluarga dan meskipun ada perubahan yang mungkin terjadi sejak sesi terakhir (lihat Bab akhir buku ini untuk gagasan bagaimana menghindari kesalahan semacam ini).

Pedoman untuk merancang hipotesis (Kotak 8-1) telah diadaptasi dari karya Fleuridas, Nelson, dan Rosenthal (1986). Kami mendorong perawat untuk menghasilkan hipotesis yang berguna. Kami tidak percaya bahwa ada satu hipotesis yang "benar" atau "benar". Sebaliknya, tujuannya adalah untuk menghasilkan penjelasan berguna yang mengarah pada hasil yang diinginkan. Kami percaya bahwa cerita ditulis melalui percakapan. Kisah yang dibangun bersama antara perawat dan keluarga bersifat pribadi yang unik. Kita tidak dapat mengetahui hipotesis mana yang cocok untuk keluarga tertentu atau ke mana arah cerita seseorang. Kita hanya bisa menyesuaikan diri satu per satu dengan cerita yang terungkap. Kami mendorong perawat untuk merancang hipotesis yang melingkar daripada linier. Artinya, hipotesis yang mencakup semua komponen sistem (misalnya

keluarga dan perawat) kemungkinan besar lebih bersifat sirkular dibandingkan hipotesis yang mencakup perawat atau keluarga. Hipotesis harus dikaitkan dengan kekhawatiran keluarga. Hal ini penting karena, seperti yang dinyatakan sebelumnya, hipotesis memandu wawancara. Misalnya, jika perawat mengembangkan hipotesis yang tidak berhubungan dengan kekhawatiran keluarga, dia akan mengajukan pertanyaan yang tidak berhubungan dengan alasan keluarga datang ke wawancara atau fasilitas layanan kesehatan.

Perawat yang peka terhadap kekhawatiran keluarga akan mendengarkan pembukaan, melalui pertanyaan dan diskusi reflektif, mengenai cerita penuh masalah dan hasil yang unik (lihat Bab 7). Hasil-hasil ini, atau “peristiwa-peristiwa cemerlang,” tidak akan dapat diprediksi jika kita melihat cerita yang penuh dengan permasalahan. Kami mengingatkan diri kami sendiri bahwa kepastian dokterlah yang dapat menekan dan membatasi kesempatan untuk mendengarkan cerita pasien dan keluarga saat mereka mengalaminya.

Kotak 8-1 Pedoman Pembuatan Hipotesis

- Pilih hipotesis yang berguna.
- Menghasilkan penjelasan yang paling bermanfaat mengenai perilaku keluarga pada saat ini.
- Memahami bahwa tidak ada penjelasan yang “benar” atau “benar”.
- Melibatkan semua peserta dalam “sistem pengorganisasian masalah” untuk membuat hipotesis sesistemik mungkin.
- Kaitkan hipotesis dengan kekhawatiran keluarga sehingga wawancara dapat dilanjutkan sesuai dengan hal yang paling relevan dengan keluarga (dibandingkan dengan hal yang relevan dengan perawat).
- Membuat hipotesis berbeda dari hipotesis

keluarga untuk memasukkan informasi baru ke dalam sistem dan menghindari keluarga terjebak dalam solusi yang tidak berhasil.

- Bersikaplah cepat membuang hipotesis-hipotesis yang tidak membantu seperti halnya Anda membuat hipotesis-hipotesis baru.

Kami juga mendorong perawat untuk merancang hipotesis yang berbeda dengan penjelasan atau hipotesis keluarga. Misalnya, sebuah keluarga mungkin mendapat penjelasan bahwa Puichun adalah “anak perempuan nakal” yang melalaikan tanggung jawabnya dengan tidak merawat ibunya yang lanjut usia di rumahnya sendiri. Perawat, sebaliknya, dapat mengembangkan hipotesis alternatif yang sesuai dengan data yang sama. Hipotesis perawat mungkin adalah Puichun kewalahan karena harus merawat kedua anaknya yang masih prasekolah sambil tetap bekerja penuh waktu. Oleh karena itu, dia berusaha sekuat tenaga untuk mengambil tanggung jawab terhadap orang tuanya yang sudah lanjut usia. Selain itu, ibu Puichun yang lanjut usia mungkin sensitif terhadap stres yang dialaminya sehingga enggan tinggal bersamanya.

Setelah hipotesis dirancang, perawat dapat menggunakannya untuk memandu wawancara. Perawat dapat mengajukan pertanyaan kepada masing-masing anggota dan mencatat tanggapan terhadap pertanyaan, sehingga mengkonfirmasi, mengubah, atau menolak hipotesis. Dalam percakapan dengan keluarga, perawat harus memperhatikan hal-hal kecil dan biasa. Kami agak setuju dengan gagasan bahwa titik awal hipotesis bersifat arbitrer dan intuitif, namun hipotesis dapat divalidasi atau dibatalkan berdasarkan bukti (yaitu, hipotesis dapat dikonfirmasi, ditolak, atau dimodifikasi). Kami tetap sadar betul bahwa gagasan kami mengenai validasi dan bukti hanya berasal dari “perspektif pengamat” kami.

Membuat hipotesis dan wawancara merupakan siklus timbal balik dan saling bergantung. Perawat mengembangkan hipotesis, mengajukan pertanyaan, berbincang dengan keluarga tentang “masalah” dan pengaruhnya terhadap kehidupan mereka, dan mengumpulkan bukti yang membenarkan atau menyangkal hipotesis perawat. Kotak 8-2 mengilustrasikan pertanyaan-pertanyaan yang diadaptasi dari karya Watson (1992) yang mengundang hipotesis tentang sistem dan masalahnya. Ketika informasi baru dihasilkan, perawat memodifikasi hipotesis sebelumnya dan mengembangkan hipotesis yang lebih berguna. Tujuan wawancara adalah untuk mengemukakan sumber daya keluarga untuk menangani masalah yang ada. Informasi lebih lanjut tentang cara melakukan wawancara keluarga disajikan di Bab- bab buku ini.

Kotak 8-2 Pertanyaan yang Mengundang Berhipotesis Tentang Sistem dan Masalahnya

- Siapa
- Siapa yang ada di sistem? Siapa saja pemain kuncinya? Siapa yang pertama kali menyadari masalahnya?
- Siapa yang peduli dengan masalah ini?
- Siapa yang terkena dampak dari masalah ini? (paling sedikit)
- Siapa yang tertarik untuk menjaga semuanya tetap sama? (paling, paling sedikit) Siapa yang merujuk sistem ini?
- Apa
- Apa masalahnya saat ini?
- Apa arti masalah bagi sistem dan anggota sistem yang berbeda?
- Solusi apa yang telah dicoba? Pertanyaan apa yang saya rasa wajib untuk ditanyakan? Keyakinan apa yang melanggengkan masalah ini?
- Keyakinan apa yang dapat diidentifikasi sebagai

keyakinan inti? Keyakinan apa yang diabadikan oleh masalah tersebut?

- Masalah dan solusi apa yang melanggengkan keyakinan tersebut?
- Mengapa
- Mengapa sistem muncul saat ini?
- Di mana
- Dari manakah informasi mengenai masalah ini berasal? Dari mana sistem melihat asal mula masalah?
- Di manakah sistem melihat masalah dan berjalannya sistem jika tidak ada perubahan atau jika ada perubahan?
- Kapan
- Kapan masalahnya dimulai?
- Kapan masalah sehubungan dengan fenomena lain dalam sistem dimulai? Kapan masalah tersebut terjadi?
- Kapan masalah tersebut tidak terjadi?
- Bagaimana
- Bagaimana perubahan dalam masalah dapat mempengaruhi bagian lain dari sistem (pemain kunci, hubungan, keyakinan)?
- Bagaimana perubahan di satu bagian sistem mempengaruhi bagian lain dari sistem atau masalah?
- Bagaimana saya mengetahui kapan pekerjaan saya dengan sistem ini selesai?
- Bagaimana pekerjaan saya dengan sistem ini dapat menghambat sistem dalam menemukan solusinya?

IDE TENTANG HUBUNGAN PERAWAT- KELUARGA

Madsen (2007) menganjurkan refleksi diri dalam kaitannya dengan ide dan praktik masyarakat yang dominan, hubungan

intim dulu dan sekarang, hubungan klien-terapis, gender, pemikiran seksual, dan perasaan yang kuat. Kami percaya bahwa perawat tidak dapat menghindari pengaruhnya terhadap keluarga. Perawat dan keluarga pasti saling mempengaruhi, namun tidak selalu dengan hasil yang dapat diprediksi. Yang kami pedulikan bukanlah mengenai mempengaruhi atau tidak mempengaruhi, namun mengenai pemahaman kualitas dan sifat hubungan tersebut.

Kami percaya bahwa keluarga dan perawat masing-masing memiliki sistem layanan kesehatannya sendiri. Keluarga memberikan diagnosis, nasihat, pengobatan, dan dukungan kepada anggotanya baik dalam keadaan sakit maupun kesehatan. Mereka mempunyai keyakinan yang membatasi dan memfasilitasi mengenai penyakit tersebut (Wright & Bell, in press). Perawat juga mempunyai keyakinan, teori, opini, rekomendasi, dan solusi yang membatasi dan memfasilitasi mereka sendiri tentang penanganan masalah atau penyakit yang mereka alami bersama keluarga. Leahey dan Harper-Jaques (1996) telah menguraikan lima asumsi yang berkaitan dengan hubungan keluarga-perawat dan implikasi klinis dari setiap asumsi. Penekanannya adalah pada kontribusi perawat dan keluarga dalam membangun dan memelihara hubungan. Kami percaya bahwa berguna bagi perawat untuk merefleksikan potensi kontribusinya terhadap hubungan sebelum bertemu dengan keluarga. Perawat juga perlu melakukan refleksi bersama keluarga tentang hubungan kerja mereka di akhir kontrak. Lima asumsi terkait hubungan keluarga-perawat adalah sebagai berikut:

Asumsi 1: Hubungan Keluarga-Perawat Ditandai dengan Timbal Balik. Keluarga dan perawat terhubung dalam pola yang sangat berbeda dari gagasan positif tentang dua komponen terpisah, baik keluarga atau perawat. "Kecocokan" antara keluarga dan perawatlah yang penting untuk membina kemitraan kolaboratif. Kepercayaan adalah sebuah proses yang berkembang seiring berjalannya waktu.

Jika perawat ingin membina hubungan timbal balik, dia dapat merenungkan contoh pertanyaan di Kotak 8-3.

**Kotak 8-3 Pertanyaan Tentang Timbal Balik
Untuk refleksi diri perawat:**

Sejauh mana saya akan:

- Memunculkan harapan, harapan, pertanyaan dan ide pasien dan anggota keluarga?
- Mempertimbangkan harapan, pengetahuan, pengalaman, dan keinginan pasien dan anggota keluarga ketika merencanakan asuhan keperawatan?
- Mengkomunikasikan informasi, ide, dan rekomendasi kepada pasien dan keluarga secara teratur?
- Melibatkan pasien dan keluarga untuk kepuasan mereka dalam pengambilan keputusan untuk keseluruhan rencana pengobatan?

Untuk bertanya kepada keluarga saat mengevaluasi perawatan:

Sejauh mana Anda merasa bahwa:

- Saya mendengar pendapat dan ide Anda?
- Saya bersedia dan mudah didekati untuk menjawab pertanyaan Anda?
- Saya menunjukkan minat pada gagasan dan pengalaman Anda dengan penyakit?

Sumber: Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Hubungan keluarga-perawat: Asumsi inti dan implikasi klinis. Jurnal Keperawatan Keluarga, 2(2), 133-151. Hak Cipta 1996 oleh M. Leahey dan S. Harper-Jaques. Dicitak ulang atas izin Sage Publications, Inc.

Asumsi 2: Hubungan Keluarga-Perawat bersifat Nonhierarki. Kontribusi setiap orang dicari, diakui, dan dihargai. Percakapan adalah konstruksi ide dan penemuan bersama. Namun baik perawat maupun keluarga tetap sadar

bahwa mereka terikat oleh norma moral, hukum, dan etika. Penelitian Tapp (2000) mengidentifikasi praktik-praktik yang berguna untuk mengimbangi hierarki dan pandangan ahli profesional: “memberikan pujian, menggabungkan deskripsi menggunakan bahasa keluarga, mengeksplorasi kisah penyakit dan kisah medis, mengajukan pertanyaan yang mengundang refleksi, dan memulai percakapan tentang keluarga preferensi anggota” (hal. 69). Madsen (2007) menyarankan agar dokter memeriksa pendirian klien terhadap masalah. Apakah klien yakin bahwa mereka mempunyai pengaruh terhadap masalahnya dan ingin melakukan sesuatu untuk mengatasinya? Atau, mungkin klien tidak menganggap dirinya mempunyai masalah? Atau, ini masalah, tapi saya tidak bisa mengendalikannya? Berhubungan dengan niat, harapan, dan pandangan diri klien yang disukai adalah cara perawat menunjukkan rasa hormat dan kolaborasi.

Kotak 6-4 berisi beberapa contoh pertanyaan yang dapat ditanyakan perawat pada diri mereka sendiri dan keluarga tentang hierarki.

Kotak 6-4 Pertanyaan Tentang Hierarki

Untuk refleksi diri perawat:

- Se jauh mana saya memaksakan keyakinan saya pada keluarga? Membiarkan keluarga memaksakan keyakinan mereka pada saya?
- Seberapa cocok harapan saya dan keluarga?
- Ketika terjadi ketidaksesuaian, pendapat siapa yang biasanya lebih dominan?
- Seberapa sering keputusan mengenai layanan kesehatan pasien dibuat bersama oleh pasien, keluarga, dan saya?

Untuk bertanya kepada keluarga saat mengevaluasi perawatan:

- Secara keseluruhan, berapa persentase waktu dimana keputusan mengenai layanan kesehatan Anda dibuat berdasarkan keputusan bersama antara Anda

dan saya?

- Sejauh mana saya membantu Anda merasa lebih bisa mengendalikan kesehatan Anda?

Sumber: Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Family-nurse relationships: Core assumptions and clinical implications. Journal of Family Nursing, 2(2), 133-151. Copyright 1996 by M. Leahey and S. Harper-Jaques. Reprinted by permission of Sage Publications, Inc.

Asumsi 3: Perawat dan Keluarga Masing-Masing Memiliki Keahlian Khusus dalam Memelihara Kesehatan dan Menangani Masalah Kesehatan.

Keluarga yang hidup dengan kondisi kronis mengembangkan keahlian dalam mengelola gejala, mengadaptasi lingkungan, dan menyesuaikan gaya hidup mereka. Mereka hidup “dekat dengan penyakit”, “di samping penyakit”, dan “dengan penyakit” (Fergus, 2000). Ketika mereka bertemu dengan perawat, mereka membawa banyak informasi dan keahlian pribadi ke dalam pertemuan tersebut. Perawat, melalui pendidikan dan pengalamannya, juga membawa keahliannya dalam hubungan dengan keluarga. Melalui pertemuan yang saling menghormati ini, kepercayaan diri anggota keluarga dalam pengelolaan penyakit dapat ditingkatkan.

Pengelolaan diabetes, misalnya, sangat bergantung pada pengaturan diri. Kami percaya bahwa model kepatuhan tradisional yang mengandalkan tekanan untuk mengikuti rekomendasi perlu digantikan oleh model pemberdayaan pasien. Perawat berisiko mulai percaya bahwa mereka benar-benar tahu apa jawaban terbaik untuk sebuah keluarga atau masalah tertentu. Kami setuju dengan Tapp (2000) bahwa “keyakinan ini dapat menjadi menindas ketika ahli mempunyai harapan bahwa nasihat mereka harus dipatuhi” (hal. 81). Perawat dapat memikirkan keahlian mereka sendiri dan keahlian keluarga saat mereka bersiap bertemu dengan keluarga untuk mendiskusikan penanganan masalah

kesehatan tertentu. Mengembangkan dan memelihara inti penghargaan dan rasa hormat terhadap klien adalah dasar dari aliansi terapeutik. Kotak 8-5 memberikan contoh pertanyaan yang dapat dipertimbangkan perawat.

Kotak 8-5 Pertanyaan Tentang Keahlian Untuk refleksi diri perawat:

- Apa yang saya ketahui tentang gagasan dan rencana perawatan keluarga selama masa pengobatan ini?
- Apa yang dapat saya pelajari dari keluarga ini mengenai pengalaman mereka hidup dengan masalah kesehatan ini?
- Pengetahuan dan keahlian apa yang bisa saya tawarkan kepada keluarga ini?
- Bagaimana keluarga ini menunjukkan kepercayaannya terhadap keahlian saya?
- Siapa di keluarga yang paling ahli dalam meminta kakek meminum obatnya?

Untuk bertanya kepada keluarga:

- Hal-hal apa yang Anda atau anggota keluarga lainnya lakukan untuk membantu Anda meringankan rasa sakit?
- Cara-cara apa yang menurut Anda paling berguna untuk mengajak ayah Anda mengurus kebutuhan pribadinya?

Sumber: Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Hubungan keluarga-perawat: Asumsi inti dan implikasi klinis. Jurnal Keperawatan Keluarga, 2(2), 133–151. Hak Cipta 1996 oleh M. Leahey dan S. Harper-Jaques. Dicitak ulang atas izin Sage Publications, Inc.

Asumsi 4: Perawat dan Keluarga Masing-masing Membawa Kekuatan dan Sumber Daya pada Hubungan Keluarga-Perawat. Perawat yang menggunakan lensa

identifikasi sumber daya berusaha untuk menampilkan budaya keluarga, etnis, spiritual, dan keyakinan lain yang telah membantu dalam menangani masalah kesehatan. Perawat juga membawa pengalaman hidup mereka sendiri, intuisi klinis, dan latar belakang budaya, etnis, spiritual/agama, dan pendidikan ke dalam hubungan tersebut. Kotak 8-6 menawarkan contoh pertanyaan yang dapat ditanyakan perawat pada diri mereka sendiri tentang bagaimana mereka ingin hubungan dengan keluarga terfokus pada kekuatan.

Kotak 8-6 Pertanyaan Tentang Kekuatan Untuk refleksi diri perawat:

- Akankah tindakan dan komentar saya mengakui kekuatan dan kemampuan keluarga ini?
- Intervensi apa yang dapat saya gunakan untuk lebih meningkatkan kekuatan keluarga ini?
- Bagaimana saya mengajak keluarga ini untuk memercayai pengetahuan dan keterampilan saya dalam membantu mereka mengatasi masalah kesehatan ini?
- Kekuatan apa yang saya bawa ke dalam hubungan ini?

Sumber: Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Hubungan keluarga-perawat: Asumsi inti dan implikasi klinis. Jurnal Keperawatan Keluarga, 2(2), 133–151. Hak Cipta 1996 oleh M. Leahey dan S. Harper-Jaques. Dicitak ulang atas izin Sage Publications, Inc.

Asumsi 5: Proses Umpan Balik Dapat Terjadi Secara Bersamaan pada Beberapa Tingkat Hubungan yang Berbeda. Perawat sering fokus pada dinamika keluarga dan pola interaksi dalam sistem keluarga. Namun baru-baru ini, mereka mulai membahas hubungan keluarga-perawat dan merefleksikan pola mereka sendiri dengan keluarga. Jarang

sekali perawat mengatasi pola interaktif yang secara bersamaan dapat terjadi pada tingkat relasional yang berbeda. Kotak 8-7 menawarkan contoh pertanyaan yang dapat dipertimbangkan perawat mengenai hubungan keluarga-perawat.

Kotak 8-7 Pertanyaan Tentang Hubungan Keluarga-Perawat

Untuk refleksi diri perawat:

Sejauh mana hubungan saya dengan pasien dan keluarga membantu untuk:

- Meningkatkan pengetahuan mereka? Wawasan? Mengatasi?
- Meningkatkan pengetahuan saya? Wawasan?
- Meningkatkan atau meningkatkan kesejahteraan emosional mereka? Kesejahteraan emosional saya?
- Meningkatkan kesehatan fisik pasien?
- Membangun hubungan yang lebih kuat antara pasien dan anggota keluarga?

Untuk bertanya kepada keluarga saat mengevaluasi perawatan:

Sejauh mana pertemuan kita bersama:

- Memenuhi kebutuhan Anda?
- Berkontribusi pada peningkatan rasa percaya diri Anda

Sumber: Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Hubungan keluarga-perawat: Asumsi inti dan implikasi klinis. Jurnal Keperawatan Keluarga, 2(2), 133–151. Hak Cipta 1996 oleh M. Leahey dan S. Harper-Jaques. Dicitak ulang atas izin Sage Publications, Inc.

KESIMPULAN

Dalam mempersiapkan wawancara keluarga, penting bagi perawat untuk terlebih dahulu mengingatkan diri mereka

sendiri tentang tujuan pertemuan tersebut dan kemudian menghasilkan hipotesis yang berkaitan dengan tujuan tersebut. Kotak 8-8 menguraikan hal-hal yang perlu dipertimbangkan perawat dalam mempersiapkan wawancara keluarga. Keputusan mengenai latar wawancara dan siapa yang akan hadir berasal dari gagasan tentang siapa yang mempunyai deskripsi masalah dan siapa yang menjadi pelanggan perubahan. Ide-ide ini merupakan hasil hubungan kolaboratif antara perawat dan keluarga.

Kotak 8-8 Petunjuk Berguna untuk Merencanakan Pertemuan Keluarga

Sebelum Memulai Pertemuan Keluarga, Perawat Perlu:

- Memastikan tujuan dan manfaat pertemuan keluarga dari sudut pandang keluarga.
- Jelaskan mengapa pertemuan keluarga dapat bermanfaat bagi keluarga.
- Tentukan siapa di keluarga yang setuju bahwa ada masalah, dan siapa yang mungkin bersedia datang ke pertemuan keluarga.
- Bersama-sama menentukan dengan keluarga kapan dan di mana pertemuan dapat dilakukan (rumah, kantor, sekolah).
- Membaca literatur tentang bekerja dengan keluarga yang mengalami masalah kesehatan serupa untuk lebih memahami permasalahan, kekhawatiran dan pengalaman hidup dari populasi tertentu.
- Mulai merumuskan hipotesis (penjelasan tentang perilaku keluarga yang menghubungkan sistem keluarga dan permasalahan tertentu).
- Menyiapkan pertanyaan linier dan melingkar yang akan memperoleh data relevan tentang struktur, perkembangan, dan fungsi keluarga. (Lihat pembahasan CFAM di Bab 3 dan CFIM di Bab 4 untuk contoh pertanyaan.)

Sumber: Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Hubungan keluarga-perawat: Asumsi inti dan implikasi klinis. Jurnal Keperawatan Keluarga, 2(2), 133-151. Hak Cipta 1996 oleh M. Leahey dan S. Harper-Jaques. Dicetak ulang atas izin Sage Publications, Inc.

References

- Arwani (eds.). (2002). Komunikasi dalam Keperawatan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- A.W. Widjaja. 2002. Komunikasi dan Hubungan Masyarakat. Jakarta : PT. Bumi Aksara.
- Burke, S.O., et al. (2001). Effects of stress-point intervention with families of repeatedly hospitalized children. *Journal of Family Nursing*, 7(2), 128-158.
- de Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23(1), 11-21. de Shazer, S. (1991). Putting difference to work. New York: Norton.
- Davis Kirsch, S.E., & Brandt, P.A. (2002). Telephone interviewing: A method to reach fathers in family research. *Journal of Family Nursing*, 8(1), 73-84.
- Dingeman, R.S., et al. (2007). Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 120 (4), 842-854.
- Duran, C.R., et al. (2007). Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 270-279.
- Effendy, Onong Uchjana. 2006. Ilmu Komunikasi, Teori dan Praktek. Bandung: Rosdakarya.
- Egan, L.A & Todorov, N. (2009). Forgiveness as a Coping Strategy to Allow School Students to Deal With the Effects of Being Bullied: Theoretical and Empirical Discussion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 28, No.2, pp. 198-222
- Fergus, K.D. (2000). When illness intrudes. *Journal of Couples Therapy*, 9(3/4), 113-124. Fleuridas, C., Nelson, T., & Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questions: Training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 113-127.
- Frank, A.W. (1991). At the will of the body: Reflections on illness. Boston: Houghton Mifflin.

- Hewitt, 1981, Komunikasi, www.scribd.com diakses Oktober 2023
- Hunsaker.Cook, Curtis W., Philip E. (2001). Management and Organizational Behavior. Boston: McGraw-Hill, Irwin.
- Hougher Limacher, L., & Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 307–331.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (1999). Introduction. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 1–19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Karyoso 1994, Pengantar komunikasi bagi siswa perawat, EGC, Jakarta
- Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Family-nurse relationships: Core assumptions and clinical implications. *Journal of Family Nursing*, 2(2), 133–151.
- Leahey, M., & Wright, L.M. (1987). Families and chronic illness: Assumptions, assessment, and intervention. In L.M. Wright & M. Leahey (Eds.), *Families and chronic illness* (pp. 55–76). Springhouse, PA: Springhouse.
- Levac, A.M.C., Wright, L.M., & Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J.A. Fox (Ed.), *Primary health care of infants, children, and adolescents* (2nd ed.) (pp. 10–19). St. Louis: Mosby.
- Lipchik, E., & de Shazer, S. (1986). The purposeful interview. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5(1), 88–99.
- Madsen, W.C. (2007). Collaborative therapy with multi-stressed families. New York: The Guilford Press.
- Miller, S.D., & Duncan, B.L. (2000). Paradigm lost: From model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 20–33.
- Patterson, J.M. (1997). Meeting the needs of Native American families and their children with chronic health conditions. *Families, Systems and Health*, 15(3), 237–241.
- Mulyana Deddy. 2005. Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Mundakir. (2006). Komunikasi Keperawatan: Aplikasi dalam Pelayanan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Nurjannah, I. (2005). Komunikasi Terapeutik dan konseling dalam praktik kebidanan. Jakarta: Salemba medika
- Piercy, F.P. (2003). Communication questions for couples: A structure to engage the less articulate, less emotionally

- available partner. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 2(1), 61–65.
- Purwanto, M.N. 1994. *Prinsip-Prinsip Dan Teknik Evaluasi Pengajaran Pendidikan*. Bandung:Rosda Karya
- Selvini, M. (1985). The problem of the sibling as the referring person. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11(1), 21–34.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1980). Hypothesizing circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(3), 3–12.
- Snyder, W., & McCollum, E.E. (1999). Their home is their castle: Learning to do in-home family therapy. *Family Process*, 38(2), 229–242.
- Tapp, D.M. (2000). The ethics of relational stance in family nursing: Resisting the view of “nurse as expert”. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 69–91.
- Thomas, V., McCollum, E.E., & Snyder, W. (1999). Beyond the clinic: In-home therapy with Head Start families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 177–189.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26(1), 3–13.
- Walsh, F. (Ed.) (2003). *Normal family processes : Growing diversity and complexity* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Watson, W.L. (1992). Family therapy. In G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed.) (pp. 379–391). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Weingarten, K. (1998). The small and the ordinary: The daily practice of a postmodern narrative therapy. *Family Process*, 37(1), 3–16.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton. Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). *Belief and illness: A model to invite healing*, Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L.M., & Levac, A.M. (1992). The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 913–917.

Bab 9

PENERAPAN KOMUNIKASI SKILL DALAM CFIM

Kompetensi Dasar:

Memahami Pengertian Komunikasi Skill dalam CFIM

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Komunikasi Skill dalam CFIM
2. Menjelaskan strategi Komunikasi Skill dalam CFIM
3. Menjelaskan penerapan Komunikasi Skill dalam CFIM

Dalam bab ini, kami menyajikan pedoman untuk setiap tahapan wawancara keluarga awal. Setelah ini, kami membahas tahapan yang terlibat dalam keseluruhan proses wawancara.

PEDOMAN WAWANCARA KELUARGA

Tahapan berikut ini umumnya terjadi pada wawancara awal:

1. Tahap pertunangan, dimana keluarga disambut dan dibuat nyaman.
2. Tahap penilaian:
 - A. Identifikasi masalah, dimana perawat mengeksplorasi kekhawatiran dan/atau penderitaan keluarga
 - B. Hubungan antara interaksi keluarga dan masalah kesehatan, dimana perawat mengeksplorasi respon khas keluarga terhadap masalah kesehatan dan bagaimana masalah kesehatan mempengaruhi kehidupan dan hubungan keluarga mereka
 - C. Solusi yang dicoba, di mana keluarga dan perawat berbicara tentang solusi yang telah dicoba oleh keluarga dan dampaknya terhadap permasalahan yang ada
 - D. Eksplorasi tujuan, di mana perawat mengumpulkan informasi dan keluarga menentukan tujuan, perubahan,

atau hasil apa yang mereka cari (catatan: jika anggota keluarga menderita dampak suatu penyakit, penting juga untuk mengklarifikasi apakah mereka menginginkan keringanan atau melunakkan penderitaan mereka dalam ranah emosional, fisik, dan/atau spiritual)

3. Tahap intervensi, dimana perawat dan keluarga berkolaborasi dalam bidang perubahan
4. Tahap terminasi, dimana perawat dan keluarga mengakhiri wawancara

Tahap Keterlibatan

Selama pertunangan, atau tahap pertama wawancara, perawat dan keluarga mulai membangun hubungan terapeutik. Keterlibatan mempunyai beberapa tujuan (Kotak 9-1). Tujuan dalam tahap ini adalah agar anggota keluarga dan perawat dapat mengembangkan aliansi yang saling menguntungkan. Pada awalnya, perawat sering dianggap sebagai orang asing, tidak dikenal dan berpotensi membantu atau tidak membantu. Karena anggota keluarga tidak mengetahui apa yang diharapkan dari perawat, ia harus menjalin hubungan dengan anggota keluarga dengan menunjukkan pemahaman, kompetensi, dan kepedulian. Keperawatan keluarga adalah praktik keperawatan relasional, yang mengakui keahlian dan pengetahuan keluarga (Tapp, 2000).

Kami mendorong perawat untuk mempertimbangkan jenis hubungan yang ingin mereka bangun dengan keluarga seiring berjalannya waktu. Thorne dan Robinson (1989) telah menggambarkan berbagai tahapan evolusi hubungan antara keluarga yang mengalami penyakit kronis dan profesional layanan kesehatan mereka: kepercayaan yang naif, kekecewaan, dan aliansi yang dijaga. Mereka berpendapat bahwa kepercayaan yang naif di antara orang-orang yang menderita penyakit kronis, keluarga mereka, dan penyedia

layanan kesehatan akan hancur karena harapan yang tidak terpenuhi dan perspektif yang bertentangan. Kecemasan, frustrasi, dan kebingungan sering kali mengakibatkan kekecewaan. Kepercayaan kemudian dapat dibangun kembali dengan lebih hati-hati sehingga pasien, keluarga, dan perawat yang sakit kronis dapat terus terlibat dalam aktivitas layanan kesehatan. Thorne dan Robinson (1989) menyatakan bahwa kepercayaan yang direkonstruksi ini sangat selektif dan didasarkan pada ekspektasi yang telah direvisi terhadap peran pasien dan penyedia layanan. Mereka berpendapat bahwa ada empat tipe hubungan dalam aliansi yang dijaga: pemujaan pahlawan, pengunduran diri, konsumerisme, dan permainan tim. Dalam pemujaan pahlawan dan permainan tim, dimensi kepercayaan tinggi, sedangkan dalam sikap pasrah dan konsumerisme, dimensinya rendah. Baik permainan tim maupun konsumerisme sangat menjunjung tinggi kompetensi,

Kotak 9-1 Tujuan Keterlibatan

- Untuk meningkatkan hubungan perawat-keluarga yang positif dengan mengembangkan suasana nyaman, saling percaya, dan kerja sama antara praktisi dan keluarga
- Untuk menyadari bahwa anggota keluarga memberikan kekuatan dan sumber daya dalam hubungan ini yang mungkin sebelumnya luput dari perhatian para profesional layanan kesehatan
- Untuk mencegah potensi kesalahpahaman atau masalah antara praktisi dan keluarga di kemudian hari dalam hubungan terapeutik

Sumber: Levac, AMC, Wright, LM, & Leahey, M. (2002). Anak-anak dan keluarga: Model penilaian dan intervensi. Di J.A. Fox (Ed.), Pelayanan kesehatan primer pada bayi, anak-anak, dan remaja (Edisi ke-2nd) (hal. 11). St.Louis: Mosby. Hak Cipta 2002. Diadaptasi dengan izin.

sedangkan pemujaan terhadap pahlawan dan sikap pasrah memberi nilai rendah pada kompetensi. ABC penting dalam keterlibatan keluarga dengan anak disajikan di Kotak 8-2. Kepercayaan timbal balik adalah dimensi penting untuk dipertimbangkan selama fase keterlibatan dalam wawancara keluarga. Perawat membantu pasien dan keluarga untuk merasa lebih percaya diri terhadap kompetensi mereka sendiri dalam menangani penyakit. Untuk mengembangkan tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap perawat, pasien dan keluarga didorong untuk menyatakan secara eksplisit harapan mereka terhadap pelayanan kesehatan. Perawat memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk mengungkapkan keinginannya. Jika pasien dan keluarga ingin memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap kompetensi mereka sendiri, anggota keluarga dan penyedia layanan kesehatan harus mengakui sumber daya keluarga. Kami setuju dengan Griffith (1995) bahwa tidak ada ruang percakapan yang sepenuhnya terbuka. Kami mendapati ide-idenya berguna untuk terus berpindah dari sikap yakin ke sikap bertanya-tanya. Dia menguraikan empat “kepastian” yang membatasi kesempatan untuk mendengarkan cerita keluarga saat mereka mengalaminya. Meskipun beliau menerapkan hal ini pada agama, kami telah menggunakannya dalam pengajaran kami dan terus mencoba menerapkannya ketika berbicara dengan keluarga yang mengalami penyakit kronis atau penyakit yang mengancam jiwa.

Box 9-2		The ABCs of Engaging Families	
A	B	C	
Assume an active, confident approach <i>Asumsikan aktif, pendekatan percaya diri</i>	Begin by providing structure to the meeting (time frame, orientation to the context). <i>Mulailah dengan menyediakan</i>	Create a context of mutual trust. <i>Ciptakan konteks saling percaya.</i>	

	<i>struktur ke pertemuan (waktu bingkai, orientasi dengan konteksnya).</i>	
Ask purposeful questions that draw forth family assessment data <i>Ajukan pertanyaan yang mempunyai tujuan yang menghasilkan data penilaian keluarga</i>	Behave in a curious manner, and take an equal interest in all family members, whether present or not. <i>Berperilaku dengan rasa ingin tahu, dan menaruh perhatian yang sama pada semua anggota keluarga, baik yang hadir maupun tidak.</i>	Clarify expectations about your role with the family. <i>Memperjelas harapan tentang peranmu dengan keluarga</i>
Address all who are present, including small children. <i>Sapa semua orang yang ada hadir, termasuk anak kecil.</i>	Behave in a curious manner, and take an equal interest in all family members, whether present or not. <i>Berperilaku dengan rasa ingin tahu, dan menaruh perhatian yang sama pada semua anggota keluarga, baik yang hadir maupun tidak.</i>	Collaborate in decision making, health promotion, and health management. <i>Berkolaborasi dalam pengambilan keputusan pembuatan, kesehatan promosi, dan manajemen kesehatan.</i>
Adjust the conversation to children's developmental stages. <i>Sesuaikan percakapan</i>	Bring relevant resources to the meeting (list of agencies, phone numbers, pamphlets). <i>Bawa sumber daya</i>	Cultivate a context of racial and ethnic sensitivity. <i>Kembangkan konteks ras dan etnis</i>

untuk anak-anak pembangunan tahapan.	yang relevan ke pertemuan (daftar instansi, nomor telepon, pamflet).	kepekaan. Commend family members. <i>Puji keluarga anggota.</i>
<i>Sumber: Levac, AMC, Wright, LM, & Leahey, M. (2002). Anak-anak dan keluarga: Model penilaian dan intervensi. Di J.A. Fox (Ed.), Pelayanan kesehatan primer pada bayi, anak-anak, dan remaja (Edisi ke-2nd) (hal. 11). St.Louis: Mosby. Hak Cipta 2002. Diadaptasi dengan izin.</i>		

Batasan #1: Saya tahu seperti apa penyakit Anda karena saya mengidap penyakit yang sama atau serupa.

Batasan #2: Saya tahu seperti apa penyakit Anda bagi Anda karena saya tahu apa yang Anda maksud ketika berbicara tentang penderitaan.

Batasan #3: Saya tahu mengapa penyakit Anda menimpa Anda—karena Anda belum menjalani hidup sehat.

Batasan #4: Saya tahu bagaimana Anda harus menangani penyakit Anda dan Anda juga bisa melakukannya jika Anda mengikuti apa yang saya katakan!

Salah satu cara untuk mengingatkan diri kita agar tidak terjebak dalam kepastian dan keahlian dalam situasi keluarga adalah dengan mengembangkan rasa keingintahuan yang kuat. Saat memulai pertunangan, kami mengambil posisi netral atau rasa ingin tahu. Cecchin (1987) menarik hubungan antara netralitas atau keingintahuan dan hipotesis. Dia berpendapat bahwa rasa ingin tahu adalah kesenangan dalam penemuan dan penemuan berbagai pola. "Rasa ingin tahu membantu kita untuk terus mencari deskripsi dan penjelasan yang berbeda, bahkan ketika kita tidak dapat langsung membayangkan kemungkinan yang lain...berhipotesis berhubungan dengan rasa ingin tahu.

Berhipotesis lebih berkaitan dengan teknik. Keingintahuan adalah sebuah pendirian, sedangkan berhipotesis adalah apa yang kita lakukan untuk mencoba mempertahankan pendirian tersebut" (hal. 411). Kami percaya bahwa rasa

ingin tahu memupuk sirkularitas dan berguna dalam pengembangan hipotesis. Kami telah menemukan hipotesis, sirkularitas, dan rasa ingin tahu sebagai komponen yang sangat penting dalam pekerjaan klinis kami. Kami setuju dengan Cecchin (1987), yang menyatakan, "pertanyaan melingkar dapat dipahami sebagai metode dimana seorang dokter menciptakan rasa ingin tahu dalam sistem keluarga dan sistem terapi" (hal. 412). Lihat Bab sebelumnya untuk informasi lebih lanjut tentang sirkularitas, dan lihat Bab 8 untuk gagasan tambahan tentang hipotesis. Kami menemukan bahwa, dengan menggunakan hipotesis, sirkularitas, dan rasa ingin tahu, kami menjadi lebih terbuka terhadap keluarga dan mereka, pada gilirannya, mengembangkan kepercayaan timbal balik yang lebih besar terhadap kami. Keluarga menganggap perawat sebagai orang yang ingin tahu ketika dia tidak memihak salah satu anggota atau subkelompok mana pun. Perawat yang memiliki rasa ingin tahu dipandang sebagai orang yang selaras dengan semua orang dan tidak dengan siapa pun secara khusus pada saat yang bersamaan. Mereka terlihat tidak menghakimi dan menerima semua orang.

Meningkatnya pengalaman masyarakat, profesional, dan pribadi terhadap ketakutan dan penderitaan telah menyebabkan kami melibatkan klien dengan cara yang lebih pribadi dan terbuka dibandingkan sebelumnya, terutama sejak 11 September 2001. Pengalaman masyarakat mengenai kematian berskala besar baik di luar negeri maupun dalam negeri terorisme (misalnya, pemboman Oklahoma, pembantaian Virginia Tech, Badai Katrina) telah membuat hubungan kita dengan keluarga menjadi lebih manusiawi dan kurang klinis, sehingga menjadi lebih transparan. Penderitaan pribadi kita dan kehilangan anggota keluarga dan teman-teman meningkatkan transparansi ini. Hubungan terapeutik kita dalam beberapa tahun terakhir terasa berbeda, kurang formal, dan lebih terhubung karena kita mengalami ketakutan dan penderitaan yang sama ketika peristiwa krisis terjadi atau penyakit atau kehilangan terjadi. Wright dan Bell (sedang diterbitkan) mengajukan pertanyaan reflektif ketika mereka bertanya, "Apakah dokter harus tetap netral dan tidak hierarkis ketika dihadapkan dengan perilaku ilegal atau berbahaya?" Mereka menjawab pertanyaan

penting ini dengan menyatakan bahwa setiap keluarga berfungsi sesuai keinginan anggotanya dan dengan cara yang mereka anggap paling efektif. Namun, sebagai bagian dari sistem yang lebih besar, dokter terikat oleh norma-norma moral, etika, hukum, budaya, dan masyarakat yang mengharuskan mereka untuk bertindak sesuai dengan norma-norma tersebut sehubungan dengan perilaku ilegal atau berbahaya. Cecchin (1987) menyetujui bahwa, dalam situasi ini, "dokter mungkin perlu mengambil posisi yang berbeda—posisi yang berbeda dari sikap kolaboratif yang non-hierarki. Dihadapkan pada perilaku ilegal, seorang dokter mungkin harus meninggalkan cara terapeutik yang penuh rasa ingin tahu dan menjadi pengontrol sosial" (hal. 409) agar sesuai dengan aturan moral atau hukum serta konsekuensinya.

Untuk meningkatkan keterlibatan, perawat harus memberikan struktur, aktif dan empatik, serta melibatkan seluruh anggota keluarga. Untuk memberikan struktur, perawat mungkin mengatakan sesuatu seperti, "Kita akan bertemu sekarang sekitar 10 menit sehingga saya bisa lebih memahami harapan Anda dan kekhawatiran apa pun yang Anda miliki tentang rawat inap. Kami kemudian dapat berbicara tentang apa yang mungkin dapat saya bantu. Bagaimana kedengarannya menurut anda?" Dengan menyatakan struktur di awal pertemuan, perawat mengurangi kecemasan keluarga tentang berapa lama mereka akan bertemu dan juga memberikan arahan pembicaraan.

Salah satu cara perawat dapat aktif selama fase keterlibatan dalam wawancara adalah dengan mencari tahu siapa saja yang hadir. Seringkali, kami menemukan bahwa "anggota keluarga tambahan" menghadiri wawancara di rumah sakit. Leahey, Stout, dan Myrah (1991) menemukan tingkat kehadiran 94% keluarga yang diundang ke pertemuan di unit kesehatan mental rawat inap di rumah sakit komunitas Kanada. Anggota keluarga tambahan yang menghadiri wawancara diadakan secara konstan selama periode 7 tahun. Dalam banyak kasus, anggota keluarga yang tidak diketahui oleh perawat hadir dalam pertemuan keluarga. Misalnya, anggota keluarga besar atau mantan pasangan mungkin

diundang oleh pasien atau anggota keluarga lain yang percaya bahwa kehadiran mereka penting.

Beberapa perawat merasakan manfaatnya memulai wawancara dengan bekerja sama dengan keluarga dalam menyusun genogram atau ecomap (lihat Bab 5 sebelumnya). Genograf Duhamel dan Campagna (2000) adalah alat pendidikan yang sangat berguna yang dapat membantu perawat dalam menggambar genogram dan menentukan pertanyaan apa yang akan diajukan. Keluarga umumnya menemukan bahwa menyusun genogram adalah cara mudah untuk melibatkan diri dalam memberikan informasi yang relevan kepada perawat. Genogram dapat diperoleh dengan andal dan akurat melalui wawancara singkat. Selain itu, genogram yang diperoleh oleh penyedia layanan kesehatan cenderung memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap hasil perawatan dan kesehatan dibandingkan genogram yang diisi oleh pasien atau asisten kesehatan dan disimpan dalam arsip.

Pada awal wawancara, perawat harus mengajukan pertanyaan kepada setiap anggota. Hal ini sangat penting bagi perawat yang bekerja dengan keluarga dengan remaja. Melibatkan remaja dengan menanyakan apa permainan komputer atau mata pelajaran sekolah favorit mereka dan mengapa, apakah mereka berolahraga, grup musik apa yang mereka sukai, dan apakah mereka memiliki bakat dan hobi khusus terkadang dapat bermanfaat. Tujuan dari pertanyaan-pertanyaan ini adalah untuk mulai membangun kebiasaan bersama (antara perawat dan remaja) untuk berdiskusi dan bercanda tentang pendapat remaja tentang aspek pribadi kehidupan mereka. Namun, kami tidak menyarankan jenis percakapan ini berlangsung lebih dari 5 menit karena tampaknya lebih mudah bagi keluarga untuk terlibat dalam permasalahan yang ada dibandingkan melakukan obrolan ringan yang bersifat umum.

Perawat pada awalnya harus berusaha untuk menghabiskan jumlah waktu yang sama dengan setiap anggota keluarga. Kami menyarankan agar perawat mengajukan pertanyaan yang sama atau serupa kepada setiap anggota untuk mengumpulkan gagasan setiap orang tentang topik tertentu.

Kami percaya bahwa ketika keluarga menjawab pertanyaan, mereka tidak mengambil pengalaman tertentu. Sebaliknya, dalam percakapan dengan dokter, anggota keluarga mengemukakan cerita unik mereka sendiri tentang pengalaman mereka, menyarankan awal dan akhir dari pengalaman tersebut, dan menyoroti bagian dari pengalaman sambil mengabaikan atau mengecualikan pengalaman lainnya.

Contoh pertanyaan yang digunakan untuk membina hubungan kerja kolaboratif dan keterlibatan telah dikemukakan oleh Levac, Wright, dan Leahey (2002). Ini memberikan pesan tersirat kepada anggota keluarga bahwa praktisi peduli terhadap mereka. Mereka juga membuka ruang bagi keluarga untuk mengerahkan lebih banyak kekuasaan dalam percakapan, menyuarakan keprihatinan, dan memperjelas pengaturan kerja. Beberapa contohnya adalah:

- Apa yang paling berguna dan paling tidak berguna dalam hubungan kerja Anda sebelumnya dengan profesional kesehatan seperti saya?
- Jika Anda merasa frustrasi dengan pekerjaan kami, maukah Anda bersedia membicarakan kekhawatiran Anda dengan saya?
- Pada skala 1 sampai 10 (1 berarti sangat rendah dan 10 sangat tinggi), menurut Anda seberapa baik saya memahami situasi Anda?
- Dalam hal apa diskusi kita bermanfaat bagi Anda masing-masing?

Baik pelajar maupun perawat praktik sering kali meminta tips kepada kami tentang cara menangani klien yang bertele-tele. Beberapa ide yang menurut kami berguna meliputi:

- Membiarkan orang tersebut menceritakan kisah penyakitnya atau kekhawatirannya
- Menetapkan jangka waktu di awal seperti "kita punya waktu 20 menit untuk bertemu; hal terpenting apa yang perlu kita diskusikan?"
- Mengatakan, "Saya tahu hari ini kita hanya punya waktu untuk membahas sekilas pengalaman Anda saja, jadi apa yang harus kita fokuskan?"

- Menjelaskan, "Saya tidak menghubungkan apa yang Anda katakan dengan alasan Anda datang hari ini. Bisakah Anda membantu saya dalam hal ini?"
- Beristirahat sejenak untuk menenangkan pikiran atau mencari konsultasi.
- Menghentikan diskusi dan menetapkan batasan seperti, "Kita bisa meluangkan waktu 10 menit untuk membicarakan layanan kecanduan yang buruk di kota ini dan 10 menit untuk membahas tujuan Anda dan cara Anda mengatasinya. Bagaimana kedengarannya seperti rencana hari ini?"
- Menggunakan humor dan menyela dengan mengatakan sesuatu seperti, "Sepertinya kita bisa membicarakan masalah ini sepanjang hari, tapi saya ingat waktu."
- Menentukan siapa yang paling berkepentingan dengan klien untuk dilihat apakah klien telah dirujuk oleh profesional kesehatan lain. "Catatan dari dokter Anda menunjukkan bahwa dia ingin Anda memiliki.... Apakah ini pemahaman Anda tentang alasan Anda berada di sini hari ini? Apakah kamu punya tujuan lain untuk pertemuan kita?"

Jika keterlibatan antara perawat dan keluarga tidak berjalan dengan baik atau jika kecocokan tidak dapat terjalin, kami merekomendasikan perawat untuk mengambil metaposisi dan merenungkan hubungan tersebut. Kami menemukan gagasan berikut tentang hubungan dengan keluarga berguna untuk diingat dalam praktik klinis kami.

1. Baik penyedia layanan kesehatan maupun pasien adalah ahlinya. Pasien ahli dalam kisah penyakitnya dan, biasanya namun tidak selalu, penyedia layanan kesehatan ahli dalam fisiologi proses penyakit, manajemen penyakit, dan meringankan penderitaan.
2. Penyedia layanan kesehatan akan mencoba memfasilitasi perubahan, namun agen perubahan utama adalah pasien.
3. Untuk menyusun rencana penatalaksanaan yang dapat dilaksanakan, interpretasi pasien dan penyedia layanan kesehatan terhadap gejala harus diketahui.

Tahap keterlibatan juga dapat dianggap sebagai fase wawancara di mana konteks perubahan diciptakan yang merupakan landasan utama dan abadi dari proses terapeutik (Wright & Bell, in press). Wright dan Bell menyarankan bahwa semua hambatan perubahan perlu dihilangkan pada

tahap ini sehingga keterlibatan perawat-keluarga dapat terjalin secara penuh dan bermakna. Contoh hambatan terhadap perubahan adalah anggota keluarga yang tidak ingin hadir atau menghadiri pertemuan di bawah tekanan, pengalaman negatif sebelumnya dengan profesional layanan kesehatan, dan ekspektasi yang tidak realistis atau tidak diketahui dari orang yang merujuk mengenai pengobatan. Namun yang paling penting dalam tahap ini adalah keluarga harus merasa bahwa perawat bersedia mendengarkan dan menyaksikan suara mereka, untuk “melakukan harapan,” sebagaimana Weingarten (2000) menyebutnya. Namun, harapan tidak terletak pada satu individu saja; itu tidak sendirian atau sendirian. Harapan adalah sesuatu yang kita lakukan dengan orang lain. “Adalah tanggung jawab orang-orang yang mencintai Anda untuk memberikan harapan kepada Anda” (Weingarten, 2000, hal. 402). Terutama selama fase keterlibatan, perawat harus mengikuti arahan klien, mendengarkan dan mengadopsi bahasa, pandangan dunia, tujuan, gagasan tentang masalah, dan pengalaman mereka dalam proses perubahan. Kami mendorong perawat untuk mengenal klien mereka di luar pengaruh masalah dan terhubung dengan mereka dalam kehidupan mereka. Misalnya, seorang perawat dapat menghargai pengalaman mereka sebagai imigran terampil yang telah melakukan pengorbanan besar untuk melawan rezim yang menindas, belajar bahasa baru, dan melakukan perpindahan signifikan ke negara baru. Dia bertanya-tanya bagaimana stamina ini sekarang dapat membantu keluarga saat mereka bersatu melawan rasa sakit kronis.

Kami menemukan gagasan Madsen (2007) tentang pentingnya sikap relasional bermanfaat ketika menghadapi keluarga yang mengalami multistres. Dia menjelaskan beberapa kesulitan hubungan:

- Hilangnya hubungan dengan keluarga dapat terjadi ketika reaksi dokter terhadap klien mencakup berbagai emosi, termasuk penilaian, ketakutan, keputusan, pengunduran diri, dan penghindaran.
- Hilangnya kompetensi dapat terjadi ketika dokter merasa terbebani dengan sifat masalah yang dihadapi keluarga multistres, tidak memadainya layanan yang tersedia, dan tidak adanya kemajuan dalam perubahan.

- Kehilangan arah dapat terjadi ketika dokter merasa terbebani oleh banyaknya masalah, tidak tahu harus mulai bekerja di mana, dan karena reaksi emosional pribadi terhadap penderitaan keluarga.
- Hilangnya harapan dapat terjadi jika dokter terjebak dalam siklus keputusan dan pengunduran diri.
- Hilangnya keseimbangan dapat terjadi jika dokter meromantisasi kekuatan dan ketahanan keluarga sambil mengabaikan atau meminimalkan keterbatasan dan penderitaan yang ada dalam hidup mereka.

Saran Madsen (2007) untuk terlibat dan melakukan intervensi dalam situasi ini mencakup sikap dokter yang rendah hati, menjadi sekutu yang menghargai, berjuang untuk keingintahuan budaya dan menghormati keahlian keluarga, percaya pada kemungkinan perubahan dan membangun sumber daya keluarga dan komunitas. , bekerja dalam kemitraan dan memberikan layanan yang sesuai kepada keluarga, terlibat dalam proses pemberdayaan, dan menjadikan pekerjaan kami lebih akuntabel kepada klien.

Jika hubungan pertunangan tidak berjalan dengan baik, kami mendorong perawat untuk mengakui kesulitan ini. Misalnya, perawat dapat menyesuaikan diri dengan potensi kesulitan seperti pengulangan atau interupsi yang dilakukan klien. Perawat dapat mengakui kesulitan yang dialami pasien dan berkata, "Saya kesulitan memahami bagaimana Anda ingin saya membantu." Atau, "Tampaknya kunjungan ini tidak berjalan sesuai harapan Anda." "Saya ingin bekerja sama dengan Anda meskipun kami melihat beberapa hal secara berbeda."

Tahap Assessment Penilaian

Selama tahap pengkajian, perawat dan keluarga mengeksplorasi empat area: identifikasi masalah, hubungan antara interaksi keluarga dan masalah kesehatan, upaya solusi, dan tujuan.

Identifikasi Masalah: Eksplorasi dan Definisi

Selama fase wawancara keluarga ini, perawat bertanya kepada anggota keluarga

tentang kekhawatiran, keluhan, atau masalah utama mereka. Perawat dapat bertanya, misalnya, "Masalah apa yang paling ingin ditangani atau diubah oleh setiap anggota keluarga?" Setelah mengeksplorasi persepsi masing-masing anggota keluarga mengenai kekhawatiran yang paling mendesak, sebaiknya di akhir wawancara (setelah keterlibatan yang memadai telah terjadi), kami merasa berguna untuk menanyakan "mengapa sekarang?" pertanyaan: "Apa yang membuat Anda memutuskan untuk datang hari ini?" Kami berasumsi keluarga tersebut mungkin berkonsultasi dengan orang lain sebelum bertemu dengan perawat dan ingin tahu mengapa, pada saat ini, klien memilih untuk mencari bantuan.

Pertanyaan berguna lainnya adalah "satu pertanyaan" yang disarankan oleh Wright (1989)—yaitu, "Jika Anda hanya dapat menjawab satu pertanyaan selama kita bekerja sama, pertanyaan apakah yang akan Anda berikan?" Ini adalah cara yang sangat efektif untuk menyampaikan pada akhir pertemuan klinis keprihatinan terdalam atau penderitaan terbesar keluarga (Duhamel, Dupuis & Wright, in press). Hal ini memberikan fokus percakapan dan menghasilkan pertukaran informasi baru di antara anggota keluarga dan antara perawat dan keluarga. Misalnya, suami dari seorang wanita berusia 44 tahun yang baru didiagnosis menderita multiple myeloma bertanya, "Bagaimana saya dapat menghidupi istri dan anak-anak saya dengan lebih baik selama masa ini?" Remaja putri tersebut bertanya, "Bagaimana saya dapat mengetahui lebih banyak tentang penyakit ibu saya?" Pasien bertanya, "Berapa lama lagi saya harus hidup?" Putranya yang sudah dewasa bertanya, "Haruskah saya menghindari teman-teman saya datang ke rumah agar rumah bisa lebih tenang bagi ibu saya ketika dia kembali ke rumah?" Keempat pertanyaan yang sangat berbeda ini memperjelas bahwa setiap anggota keluarga mempunyai keprihatinan dan permasalahan yang berbeda, harapan untuk wawancara, dan harapan untuk hubungan dengan perawat. Kita tertarik pada ungkapan Madsen, "Hormatilah sebelum membantu," yang mengingatkan kita betapa pentingnya untuk tidak mencoba membantu keluarga yang menderita. mengeluarkan otorisasinya untuk melakukannya (2007).

Penting untuk ditekankan bahwa wawancara yang efektif tidak bergantung pada penggunaan satu jenis pertanyaan saja, melainkan pada pengetahuan tentang kapan, bagaimana, dan untuk tujuan apa pertanyaan tersebut digunakan kepada anggota keluarga tertentu pada waktu tertentu.

Leahey dan Wright (1987) memberikan contoh bagaimana membangkitkan kekhawatiran keluarga dengan mengajukan pertanyaan melingkar yang berfokus pada masa kini, masa lalu, dan masa depan:

Pada **masa ini**. Perawat harus meminta setiap anggota keluarga, termasuk anak-anak, untuk berbagi pengetahuan dan pemahaman mereka tentang situasi saat ini. Misalnya, perawat kesehatan masyarakat yang menangani keluarga dengan remaja dapat mengajukan pertanyaan seperti:

- Apa kekhawatiran utama keluarga saat ini mengenai cyber-bullying yang dilakukan Mobina?
- Bagaimana kekhawatiran ini menjadi masalah bagi keluarga saat ini dibandingkan dengan sebelumnya?
- Siapa yang setuju dengan Anda bahwa ini adalah sebuah masalah? Apakah ini masalah yang menurut Mobina bisa dia kendalikan?
- Apa penjelasan Anda mengenai hal ini?

Masa lalu. Dalam mengeksplorasi masa lalu, perawat dapat kembali mengajukan pertanyaan berkaitan dengan:

- Perbedaan: Bagaimana perilaku Mobina sebelum penindasan maya yang dialaminya diketahui?
- Setuju atau tidak setuju: Siapa yang setuju dengan Ayah bahwa hal ini menjadi perhatian utama ketika keluarga tersebut tinggal di Uganda?
- Penjelasan atau makna: Menurut Anda apa pentingnya keputusan Mobina untuk berhenti menggunakan komputer keluarga untuk mengirim pesan?

Masa depan. Selama wawancara awal dengan keluarga baru, perawat harus mempelajari hipotesis atau keyakinan keluarga tentang masalahnya. Dalam meminta keluarga untuk menjelaskan situasi saat ini, perawat harus berusaha

mengidentifikasi hubungan yang sebelumnya tidak diketahui. Hal ini dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan seperti:

- Jika Rahim tiba-tiba terserang penyakit ginjal, apa bedanya dengan keadaan sekarang?
- Apakah Rahim setuju dengan Anda?
- Jika hal ini terjadi, bagaimana Anda menjelaskan perubahan dalam hubungan Mobina dengan Ibu?

Jika anak-anak atau remaja enggan mengidentifikasi kekhawatiran dalam keluarga, perawat mungkin perlu menanyakan pertanyaan alternatif kepada anak-anak. Anak-anak mungkin ragu untuk tidak setuju dengan gambaran orang tua mereka mengenai situasi tersebut. Seorang perawat dapat bertanya kepada seorang anak apa yang dia ingin lihat berbeda dalam keluarga atau bagaimana dia tahu jika masalahnya sudah hilang. Misalnya, seorang anak berusia 8 tahun berulang kali menyatakan bahwa tidak ada kesulitan apa pun sehubungan dengan penyakit saudaranya yang mengidap diabetes dan keterlibatan ibunya yang intens dalam menangani anak yang sakit tersebut. Namun, ketika perawat menanyakan pertanyaan berorientasi masa depan tentang perbedaan apa yang akan dia lihat dalam keluarga jika saudara laki-lakinya tidak menderita diabetes, anak berusia 8 tahun tersebut mengatakan bahwa dia dan ibunya boleh pergi menonton pertandingan bola basket sepulang sekolah. Pada saat wawancara, sang ibu menyatakan bahwa dia ragu untuk meninggalkan rumah setelah anak laki-lakinya kembali dari sekolah karena takut putra sulungnya, Raja, akan mengalami reaksi insulin.

Gagasan lain untuk melibatkan anak-anak dalam wawancara juga telah disajikan. Misalnya, memiliki kertas, spidol, dan krayon di kantor serta menggunakan strategi seperti:

- Teknik seni (misalnya menggambar foto keluarga)
- Teknik verbal (misalnya, strategi "Columbo" dalam mengambil posisi tidak mengetahui)
- Bermain peran atau memercayai
- Teknik bercerita yang memungkinkan keluarga mempersonifikasikan, menyusun ulang, dan mengeksternalisasikan masalah

- Teknik boneka untuk menanyakan keluarga tentang interaksi
- Teknik eksperiensial (misalnya, patung keluarga atau “sekaleng cacing beraksi”)

Perbedaan hubungan dapat dieksplorasi dengan memberikan alat peraga seperti syal, topi, dan kacamata kepada anak. Teknik bermain peran dengan menggunakan alat peraga ini memungkinkan anak-anak dan orang dewasa menampilkan persepsinya. Ide lainnya adalah memberikan anak serangkaian gambar mulai dari wajah mengerutkan kening hingga wajah tersenyum dan kemudian bertanya, “Mana di antara gambar berikut yang paling mirip dengan hubungan Anda dan saudara laki-laki Anda minggu ini?” Melibatkan anak-anak melalui video game menawarkan banyak kemungkinan lain. Apa pun strategi yang digunakan untuk melibatkan generasi muda dalam percakapan, kami menyadari pentingnya mengundang pemikiran aktif oleh anak-anak dan remaja dibandingkan dengan harapan untuk mematuhi pemikiran orang dewasa. Ini adalah dasar dari praktik relasional.

Dalam mengeksplorasi permasalahan yang ada, perawat harus memperoleh definisi situasi yang jelas dan spesifik. Kami merekomendasikan agar perawat hanya memperhatikan masalah yang didefinisikan oleh keluarga, mengesampingkan definisi masalahnya sendiri. Kami yakin akan bermanfaat untuk menggabungkan deskripsi masalah menggunakan bahasa keluarga dan memulai percakapan tentang preferensi anggota keluarga. Kotak 9-3 mencantumkan beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan perawat ketika mendefinisikan masalahnya.

Mauksch, Hillenburg, dan Robins (2001) telah menawarkan delapan teknik (keterampilan mikro dan isyarat kognitif) yang telah kami adaptasi untuk menetapkan fokus masalah dalam wawancara awal:

1. *Keterampilan Mikro*: Buatlah daftar; tanyakan “hal lain” sampai pasien atau keluarga menunjukkan penyelesaian.
2. *Isyarat kognitif*: Ingatkan diri Anda bahwa Anda tidak perlu mengatasi semua masalah dalam satu kunjungan.

Kotak 9-3 Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Mendefinisikan Masalah

1. Menyajikan Masalah

- Tentukan

2. Identifikasi Masalah

- Siapa dalam keluarga yang pertama kali mengidentifikasi masalahnya? Lalu siapa?
- Kapan masalah teridentifikasi?
- Peristiwa hidup atau pemicu stres apa saja yang terjadi pada saat masalah teridentifikasi?
- Siapa lagi (anggota keluarga, teman) yang setuju bahwa hal ini merupakan masalah? Siapa yang tidak setuju?
- Bagaimana keluarga memahami bahwa masalah ini berkembang (keyakinan)?

3. Evolusi Masalah

- Perilaku apa yang menjadi masalah?
- Pola pembangunan
- Frekuensi munculnya masalah
- Interval waktu ketenangan
- Faktor yang memberatkan
- Faktor yang meringankan
- Siapa dalam keluarga yang paling dan paling tidak peduli?

Sumber: Diadaptasi dari catatan Family Nursing Unit, Fakultas Keperawatan, University of Calgary

3. *Keterampilan Mikro*: Tempatkan hubungan di atas kebutuhan untuk membangun fokus. Beberapa pasien yang berada dalam krisis mungkin perlu menceritakan kisah mereka sebelum mencoba menyusun masalah kesehatan mereka ke dalam hal-hal yang dapat ditangani.

4. *Microskill*: Hindari penyelaman dini. Tundalah mengajukan pertanyaan yang menghasilkan cerita mendalam sampai masalah dan kekhawatiran yang muncul telah muncul.

5. *Keterampilan Mikro*: Mintalah keluarga untuk memprioritaskan daftar tersebut.

6. *Isyarat kognitif*: Tanyakan pada diri Anda apakah Anda bisa mengatasi semua masalah; jika tidak, sarankan tindak lanjut.

7. *Keterampilan Mikro*: Ekspresikan kekhawatiran tentang masalah tertentu (seperti pelecehan) ketika urutan peringkat Anda berbeda dari urutan keluarga. Bernegosiasi dengan cara kolaboratif yang tidak mengurangi otonomi pasien.

8. *Keterampilan Mikro*: Carilah konfirmasi dan komitmen. (hlm. 149–50)

Menarik untuk dicatat bahwa, meskipun menimbulkan lebih banyak masalah, para dokter yang menggunakan delapan strategi ini tidak menggunakan lebih banyak waktu yang dijadwalkan dibandingkan kelompok kontrol, dan mereka sama puasnya dengan pertemuan dengan pasien seperti halnya dokter dalam kelompok kontrol. Kami yakin temuan ini juga berlaku untuk perawat.

Kami mencoba mengingat, dalam percakapan kami dengan keluarga, bahwa setiap keluarga mengungkapkan rasa sakit dan penderitaannya dengan cara yang unik. Al-Krenawi (1998) menunjukkan bahwa pasien Badui-Arab secara rutin mengungkapkan masalah pribadi atau keluarga mereka dalam peribahasa. Misalnya, salah satu istri dari suami yang berpoligami menggambarkan bagaimana perkawinan ganda suaminya sangat mempengaruhi dirinya dengan mengatakan, "Mata saya buta dan tangan saya pendek." Maksudnya dia merasa tidak mampu berbuat apa-apa (hlm. 73). Contoh lain tentang bagaimana suatu masalah yang ada dapat dijelaskan diberikan oleh Fraser (1998), yang mengutip seringnya pasangan Afrika-Amerika menggunakan metafora untuk menggambarkan suatu masalah. Misalnya, pasangan yang mengalami perselisihan dan konflik besar menggunakan metafora, "dinding kaca di antara kita, kita bisa melihat satu sama lain, tapi sepertinya kita tidak pernah bersentuhan" (hal. 142). Perawat dapat mengidentifikasi konflik antar anggota keluarga mengenai definisi masalah jika muncul. Jika terdapat perbedaan, perawat harus mengklarifikasi permasalahan lebih lanjut untuk membantu mendefinisikan permasalahan yang ingin diubah oleh keluarga.

Perawat juga dapat mengajukan pertanyaan kepada setiap anggota tentang penjelasannya sendiri tentang situasi saat ini. Penting bagi perawat untuk memperhatikan bagaimana klien berbicara tentang kekhawatiran yang mendorong mereka untuk hadir dalam pertemuan. Untuk membawa

fokus keluarga pada situasi ketika mewawancarai seseorang, perawat dapat mengajukan pertanyaan berorientasi keluarga berikut ini:

1. Apakah ada anggota keluarga lain yang mengalami masalah ini? (Ini membahas sejarah keluarga.)
2. Menurut anggota keluarga lainnya, apa yang menyebabkan masalah atau dapat mengatasi masalah tersebut? (Ini mengeksplorasi model penjelasan dan keyakinan kesehatan individu.)
3. Siapa dalam keluarga yang paling mengkhawatirkan masalah ini? (Ini membantu untuk memahami konteks relasional dari permasalahan tersebut.)
4. Selain penyakit dan gejala yang Anda alami, apakah ada perubahan lain yang terjadi pada keluarga Anda baru-baru ini? (Ini mengatasi stres dan perubahan keluarga.)
5. Bagaimana keluarga Anda dapat membantu Anda dalam mengatasi masalah ini? (Ini berfokus pada dukungan keluarga.)

Wright dan Bell (in press) percaya bahwa mengeksplorasi keyakinan keluarga pada pertemuan pertama dan pada saat krisis sangatlah penting. Anggota keluarga bergabung dengan perawat dan mempercayakan kesejahteraan mereka kepada perawat. Jika mereka merasa keyakinan atau penjelasan mereka mengenai penyakit tersebut tidak diakui, mereka akan segera merasa terpinggirkan. Perawat dapat menanyakan, misalnya, penjelasan atau teori mereka mengapa masalah ini muncul pada saat ini. Kami percaya penting juga untuk menanyakan apakah klien dan keluarga mempunyai kendali atas masalahnya. Cara termudah untuk melakukan hal ini adalah dengan mengajukan pertanyaan langsung dan mencari penjelasan seperti, "Menurut Anda, apa alasan anak Anda melakukan kekerasan terhadap teman-temannya? Apakah menurut Anda Salahuddin punya kendali atas masalah ini?"

Ide lainnya adalah meminta klien menggunakan imajinasi mereka untuk mendiskusikan suatu penjelasan. Pewawancara juga dapat memberikan berbagai alternatif penjelasan atau "gosip di hadapan" dengan mengajukan pertanyaan triadik seperti, "Yael, menurut Anda apa penjelasan Zack tentang depresi ibunya?" Dalam mengeksplorasi penjelasan keluarga yang sudah ada

sebelumnya, penting bagi pewawancara untuk memiliki rasa ingin tahu dan menghindari setuju atau tidak setuju dengan penjelasan tersebut.

Ada beberapa keuntungan dalam mengeksplorasi penjelasan kausal keluarga, termasuk meningkatkan kerja sama antara pewawancara dan keluarga, mengembangkan empati sistemik dengan semua anggota keluarga versus empati selektif dengan satu atau dua orang, melepaskan diri dari penjelasan yang diberikan oleh profesional lain, mengenali dan menghindari koalisi, melonggarkan penjelasan yang dipegang teguh, melemahkan penjelasan negatif, dan mengembangkan kemampuan berspekulasi dengan klien tentang dampak mempercayai satu penjelasan atau penjelasan lainnya. Roffman (2003) menyebut proses interaksi ini "membongkar." Dokter dan keluarga "berkolaborasi untuk menghasilkan lebih banyak kemungkinan dengan mengidentifikasi, membuka diri, memecah, dan membuat perbedaan dalam batasan yang ada" (hal. 64).

Morgan (2000) menawarkan gagasan menarik lainnya untuk eksplorasi menyeluruh dan personifikasi masalah dengan mengeksternalisasikan masalah. Untuk mengalihkan permasalahan dari dalam diri seseorang ke luar dirinya, Morgan menyarankan untuk mengungkap dan mencari tahu sebanyak-banyaknya tentang:

- trik masalahnya
- taktik permasalahannya
- cara permasalahan tersebut dijalankan
- cara masalah tersebut diungkapkan: suaranya, nadanya, isi dari apa yang dikatakannya
- maksud masalah tersebut
- keyakinan dan gagasan masalahnya
- rencana permasalahannya
- suka dan tidak suka masalah tersebut
- aturan masalahnya
- tujuan, keinginan, motif masalah
- teknik masalah, mimpi, penipuan, atau kebohongan
- Pihak-pihak yang mendukung permasalahan tersebut: siapa yang mendukung atau mendukung permasalahan tersebut, siapa yang mendukung permasalahan tersebut,

kekuatan apa saja yang mendukung permasalahan tersebut. (hal.25)

Proses mendefinisikan masalah, atau “mengevolusikan definisi,” merupakan aspek penting dalam pekerjaan keluarga. Cecchin (1987) memperingatkan dokter untuk tidak menerima definisi mereka sendiri atau definisi klien terlalu cepat, dan Maturana dan Varela (1992) memperingatkan dokter untuk mengambil sikap kewaspadaan permanen terhadap godaan kepastian. Dengan tetap memiliki rasa ingin tahu, seorang dokter mempunyai peluang lebih besar untuk lepas dari “dosa kepastian”, atau dosa karena terlalu memikirkan pendapatnya sendiri. Sebagai dokter, perawat harus menghindari mabuk oleh kecemerlangan atau gagasan mereka sendiri. Sebaliknya, setiap perawat harus bertanya, “Apa yang klien inginkan dari saya? Apa pemikiran, firasat, dan teori klien tentang masalahnya? Tentang sejauh mana kendali mereka terhadap masalah tersebut? Solusi mereka?” Kami berusaha untuk selalu “menyingkirkan masalah ini” saat kami berinteraksi dengan keluarga.

Hubungan Interaksi Keluarga dengan Masalah Kesehatan

Setelah mengidentifikasi masalah utama, perawat menanyakan hubungan antara interaksi keluarga dan masalah kesehatan. Dalam mengeksplorasi hal ini, perawat mempertimbangkan berbagai faktor (seperti tercantum dalam Kotak 9-4). Informasi yang dikumpulkan dikaji berdasarkan maknanya bagi keluarga dan hipotesis awal sebelum wawancara. Misalnya, dalam kasus anak yang bergantung pada teknologi, perawat dapat memahami peran baru orang tua sebagai perawat, perubahan ruang dan privasi keluarga, serta tekanan finansial yang mereka alami.

Kotak 9-4 Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Menggali Interaksi Keluarga Terkait Masalah

- Manifestasi permasalahan yang ada saat ini.
- Respons khas anggota keluarga dan orang lain terhadap masalah tersebut.
- Masalah, tantangan, atau kekhawatiran lain yang

terkait saat ini.

- Bagaimana masalah tersebut mempengaruhi fungsi keluarga.
- Apa yang anggota keluarga hargai mengenai cara mereka mengatasi situasi yang menantang ini.
- Bagaimana anggota keluarga memahami bahwa mereka belum berhasil mengatasi masalah ini (keyakinan).

Diadaptasi dari catatan Family Nursing Unit, Fakultas Keperawatan, University of Calgary.

Perawat kemudian mulai mengembangkan pertanyaan tambahan yang berfokus pada perilaku interaksional yang berhubungan dengan tiga kerangka waktu sekarang, masa lalu, dan masa depan. Dalam setiap kerangka waktu, perawat sekali lagi mengeksplorasi perbedaan, kesepakatan dan ketidaksepakatan, serta penjelasan atau makna. Penting untuk ditekankan bahwa tujuan mengajukan pertanyaan-pertanyaan ini bukan sekadar untuk mengumpulkan data. Sebaliknya, perawat dan keluarga bersama-sama menulis cerita baru untuk menggantikan deskripsi yang penuh masalah. Artinya, dengan mengajukan pertanyaan melingkar, perawat menghasilkan ide dan penjelasan baru untuk dipertimbangkan oleh dirinya sendiri dan keluarga.

Masa kini. Dalam mengeksplorasi situasi saat ini, perawat dapat bertanya, "Siapa melakukan apa, kapan? Lalu apa yang terjadi? Siapa yang pertama kali menyadari bahwa sesuatu telah dilakukan?" Perawat harus menghindari menanyakan tentang sifat-sifat yang dianggap intrinsik pada seseorang, misalnya, menjadi "pemalu". Sebaliknya, perawat mungkin bertanya, "Kapan Ari bersikap malu-malu?" atau "Kepada siapa dia menunjukkan rasa malu?" Lalu, "Apa yang dilakukan Jennifer saat Ari menunjukkan rasa malu?" Perawat dapat menanyakan perbedaan antar individu: "Siapa yang lebih baik dalam meminta nenek membuatkan makanannya, Shanghi atau Puichun?" Perawat juga dapat menanyakan perbedaan antar hubungan: "Apakah mantan suami Anda dan Manuel José lebih sering bertengkar dibandingkan mantan suami Anda dan Nadiya?" Dalam menangani keluarga dengan penyakit kronis atau yang

mengancam jiwa, perawat harus mengeksplorasi perbedaan sebelum atau sesudah peristiwa atau peristiwa penting. Misalnya, perawat dapat bertanya: "Apakah kekhawatiran Anda semakin berkurang atau sama terhadap kesehatan istri Anda sejak operasi daruratnya?"

Selain mengeksplorasi perbedaan yang ada, perawat dapat menanyakan hal-hal yang disetujui atau tidak disetujui: "Siapa yang setuju dengan Anda bahwa Brandon kemungkinan besar lupa memberikan obat tetes mata kepada ibu Anda tiga kali sehari? Siapa yang tidak setuju denganmu?" Perawat harus mengeksplorasi penjelasan keluarga mengenai urutan interaksi: "Bagaimana Anda memahami kecenderungan Brandon yang paling lupa tentang obat tetes mata? Apakah ada saatnya dia mengingatnya? Apa yang tampak berbeda saat dia mengingatnya?"

Masa lalu. Dalam mengeksplorasi masa lalu, perawat harus menggunakan jenis pertanyaan serupa untuk mengeksplorasi:

Perbedaan: "Apa perbedaan antara pengasuhan Brandon sebelum dia memiliki internet berkecepatan tinggi? Apa bedanya dengan sekarang?"

Setuju atau tidak setuju: "Siapa yang setuju dengan Murdock bahwa Ayah lebih terlibat dalam program latihan Genevieve?"

Penjelasan atau makna: "Apa maksudmu selama ini hubungan antara istrimu dan ibunya tidak berubah?"

Selain mengeksplorasi bagaimana keluarga melihat masalah ini di masa lalu, kami juga merasakan manfaatnya jika kita mengeksplorasi bagaimana mereka melihat perubahan dalam masalah tersebut. Perubahan situasi masalah sering kali terjadi sebelum pertemuan pertama dengan pewawancara. Jika diminta, keluarga sering kali dapat mengingat dan menjelaskan perubahan tersebut. Penting untuk dicatat bahwa, dalam banyak kasus, keluarga harus didorong untuk keluar dari pandangan mereka yang jenuh dengan masalah. Misalnya, seorang laki-laki mungkin memberi tahu perawat di pusat kesehatan mental masyarakat bahwa pasangan laki-lakinya adalah peminum berat dan telah melakukan hal tersebut "sampai saat ini". Jika perawat terbiasa

menanyakan tentang perubahan sebelum perawatan, dia akan mengajukan pertanyaan tentang perbedaan yang telah diperhatikan pria tersebut akhir-akhir ini. Misalnya, perawat mungkin bertanya, "Apakah perilakunya saat ini merupakan perubahan yang Anda ingin terus terjadi?" Gagasan untuk memperhatikan pengecualian terhadap suatu masalah adalah salah satu gagasan yang sering kami gunakan dalam pekerjaan klinis kami, dan kami berhutang budi kepada de Shazer (1982, 1991) dan White (1991) yang menekankan hal ini.

Masa depan. Dengan berfokus pada masa depan dan apa yang diinginkan keluarga, perawat menanamkan harapan untuk interaksi yang lebih adaptif sehubungan dengan kekhawatiran yang ada. Ia juga bersama-sama membangun realitas antara anggota keluarga dan dirinya sendiri untuk sebuah sistem di mana masalahnya telah teratasi. Perawat dapat mengajukan pertanyaan yang berkaitan dengan: Perbedaan: "Apa bedanya jika kakek Anda tidak memihak ibu Anda dan bukan ayah Anda dalam menangani penyakit Paola's Crohn?" Setuju atau tidak setuju: "Apakah menurut Anda ibu Anda akan setuju bahwa, jika kakek Anda tidak ikut berdiskusi, segalanya akan lebih baik?" Penjelasan atau makna: "Ayah, jika istrimu berhenti menelepon ayahnya untuk meminta nasihat tentang penyakit Paola's Crohn, apa artinya itu bagimu?"

Kami percaya bahwa sangat penting untuk mengajukan pertanyaan berorientasi masa depan ketika bekerja dengan keluarga yang menghadapi kelainan keturunan seperti penyakit Huntington. Bagi individu yang berisiko, ada kemungkinan untuk mendeteksi gen pemicu penyakit, namun pengobatan belum tersedia. Bukan hasil tes itu sendiri yang mungkin mengganggu transisi kehidupan keluarga, melainkan perubahan ekspektasi dan kemungkinan di masa depan.

Ada juga stigmanya. Katharine Moser, dalam sebuah wawancara yang mengharukan, membahas bagaimana dia dibiarkan memastikan sendiri melalui buku-buku perpustakaan dan ensiklopedia CD-ROM bahwa dia dan saudara laki-lakinya, ibunya, bibinya, pamannya, dan

sepupunya semuanya bisa menghadapi nasib yang sama. kakeknya memiliki gen Huntington yang mematikan. Memilih untuk menjalani tes pada usia 23 tahun dan menghadapi warisan genetik membantunya memutuskan bagaimana menjalani hidupnya (Harmon, 2007). Sebuah studi oleh Gallo, dkk. (2005) menemukan bahwa orang tua berbagi informasi genetik berdasarkan penilaian mereka terhadap kesiapan dan minat perkembangan anak. Berbagi informasi bagi para orang tua ini merupakan sebuah proses yang berlanjut sepanjang masa kanak-kanak. Karena pada akhirnya setiap anggota keluarga mungkin memerlukan bantuan, perawat dapat memberikan perawatan pencegahan bagi keluarga yang mengalami penyakit keturunan ini untuk membantu transisi mereka melalui siklus hidup keluarga.

Selama bagian wawancara ini, perawat berupaya memperoleh pandangan sistemis mengenai situasi dan deskripsi siklus interaksi yang berulang. Interaksi ini mungkin terjadi antara anggota keluarga atau antara anggota keluarga dan perawat. Kami menekankan bahwa yang penting bagi perawat bukanlah memahami atau menyetujui permasalahan yang ada, melainkan harus penasaran dengan gambaran keluarga mengenai dampak positif dan negatifnya. Kita tertarik pada ide-ide yang dikemukakan oleh Strong (2002), yang menyarankan penggunaan inkuiri apresiatif, yaitu serangkaian pertanyaan yang memunculkan dan membangun praktik-praktik yang diapresiasi dan melibatkan anggota keluarga dalam diskusi satu sama lain tentang apa yang berhasil bagi mereka.

Pertanyaan-pertanyaan semacam itu mengundang para anggota untuk membedakan, memahami, dan memperkuat kekuatan-kekuatan pendukung kehidupan yang dihargai dalam keluarga mereka. Dengan cara ini, keluarga dapat mengambil posisi "keduanya/dan". Misalnya, mereka dapat menceritakan tantangan dalam membesarkan anak dengan sindrom Down dan mendiskusikan bagaimana membesarkan anak ini telah mendekatkan keluarga dan membantu mereka menyatukan kekuatan kolektif dan menjadi unit keluarga yang lebih kuat. Contoh nyata tentang bagaimana keluarga mengumpulkan kekuatan mereka untuk mengatasi penyakit

anggota keluarga yang sekarat telah diceritakan di berbagai blog dan Facebook.

Selama fase wawancara ini, perawat harus mampu menggambarkan urutan perkembangan masalah dari waktu ke waktu, interaksi masalah kontekstual saat ini, apakah keluarga yakin bahwa mereka mempunyai kendali atas masalah tersebut, kapan masalah tersebut muncul. tidak menunjukkan dirinya sendiri, dan apa yang dihargai anggota keluarga tentang upaya pribadi dan kooperatif mereka untuk bekerja sama.

Semua skenario yang dijelaskan di atas berkaitan dengan klien yang yakin bahwa memang ada masalah, yakin bahwa mereka mempunyai kendali atas masalah tersebut, dan ingin melihat masalah tersebut diubah. Namun, bagaimana dengan klien yang tidak menganggap dirinya mempunyai masalah namun tetap dirujuk ke perawat? Mereka mungkin diberi mandat untuk berobat atau hadir di bawah tekanan. Misalnya, seorang remaja berusia 16 tahun melecehkan seorang wanita lanjut usia di sekolah menengahnya dan kemudian mendorongnya keluar dari lift. Ketika ditanya oleh kepala sekolah apa yang terjadi, dia berkata, "Oh, tidak apa-apa. Kami bertengkar karena saya tidak membiarkan dia lolos dari 'masalah usia' itu dan membiarkan dia naik lift terlebih dahulu. Itu bukan masalah besar." Neneknya yang tinggal bersamanya berdiri tak berdaya ketika kepala sekolah berbicara.

Dalam situasi di mana klien dan pembantu mempunyai agenda pertemuan yang berbeda dan definisi masalah yang berbeda, kami yakin penting bagi perawat untuk tidak membuat interaksi menjadi kaku secara tidak sengaja. Artinya, dengan menegaskan terlalu dini bahwa hal tersebut pasti merupakan suatu masalah, perawat dapat mengundang respons tidak ada masalah yang kaku dari klien. Kami tidak menggunakan kata "penyangkalan," karena hal ini umumnya hanya menumbuhkan hubungan antagonistik mengenai pertanyaan siapa yang "benar." Meskipun terkadang kita tergoda untuk memberikan nasihat dan menghadapi situasi tersebut secara langsung, kita mendapati bahwa hal ini biasanya mengundang sikap defensif dan menimbulkan rasa malu.

Kami setuju dengan gagasan Madsen (2007) untuk terhubung dengan klien dengan mengungkapkan niat, harapan, dan pandangan pilihan mereka tentang diri. Misalnya, perawat dapat berhubungan dengan anak berusia 16 tahun tersebut tentang kesediaannya untuk tidak melarikan diri namun justru membicarakan kejadian tersebut dengan neneknya dan kepala sekolah yang hadir. Perawat dapat menanyakan apakah dia biasanya seberani itu, dan bagaimana dia menunjukkan keberanian di masa lalu. Perawat dapat secara terbuka bertanya-tanya apakah tindakannya terhadap wanita yang lebih tua sesuai dengan pandangan yang dia sukai tentang dirinya sebagai seorang pemberani; bagaimana teman-temannya memperlakukan neneknya; dan apa tindakannya jika neneknya menemani wanita lain yang dia dorong.

Ketika perawat mempunyai apresiasi yang mendalam terhadap niat, harapan dan pandangan yang disukai klien tentang diri sendiri, maka perawat dapat mengajukan pertanyaan tentang kesenjangan antara hal-hal tersebut dan dampak perilaku klien terhadap orang lain. Perawat harus memberikan perhatian ekstra terhadap kekhawatiran yang ditunjukkan klien mengenai masalah kekerasan, dan memperhatikan pengecualian terhadap sikap tidak ada masalah. Dalam konteks percakapan terapeutik, klien dan perawat dapat mulai membangun fokus proaktif bersama untuk perubahan.

Madsen (2007, hal. 113) menyarankan pedoman berikut untuk melibatkan klien yang memiliki pendirian "Ini bukan masalah":

- Antisipasi dan upayakan untuk menghindari rangkaian tindakan yang terlalu bertanggung jawab/kurang bertanggung jawab
- Terhubung dengan niat, harapan, dan pandangan diri yang disukai klien
- Periksa kesenjangan antara niat yang diinginkan dan dampak yang sebenarnya
- Gunakan pengecualian terhadap pendirian yang tidak menimbulkan masalah
- Membangun fokus proaktif bersama untuk perubahan

Solusi yang Dicoba untuk Memecahkan Masalah

Selama fase pengkajian berikutnya, perawat mengeksplorasi kondisi keluarga

upaya pemecahan masalah tersebut. Kotak 9-5 mencantumkan beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan ketika menjajaki upaya solusi keluarga. Prosesnya bisa dimulai dengan pertanyaan umum terkait masalah. Misalnya, "Perkembangan apa yang Anda lihat sejak pertama kali menghubungi klinik kami?" Jenis pertanyaan ini menyampaikan gagasan kepada keluarga bahwa mereka memiliki kekuatan dan sumber daya untuk berubah, dan pertanyaan ini mengasumsikan bahwa perubahan telah terjadi, yang dapat membantu menggerakkan ramalan positif yang terwujud dengan sendirinya bagi mereka. Contoh lainnya adalah, "Bagaimana Anda mencoba memperoleh informasi dari dokter dan perawat tentang kondisi Mandeep pada rawat inap sebelumnya?"

Kotak 9-5 Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Mengeksplorasi Upaya Solusi Keluarga

- Bagaimana upaya keluarga untuk menyelesaikan masalah tersebut?
- Siapa yang mencoba?
- Dengan siapa?
- Apa hasilnya?
- Peristiwa apa yang mempercepat pencarian bantuan profesional?
- Siapa yang paling mendukung bantuan lembaga? Paling menentang?
- Apa pendapat klien tentang peran perawat dalam proses perubahan?
- Urutan kejadian apa yang menyebabkan terjadinya kontak sebenarnya dengan lembaga tersebut?

Diadaptasi dari catatan Family Nursing Unit, Fakultas Keperawatan, University of Calgary.

Pertanyaan yang lebih spesifik kemudian harus digunakan untuk mengidentifikasi solusi yang paling tidak efektif dan paling efektif untuk mencapai apa yang diinginkan keluarga. Perawat dapat menanyakan kapan larutan ini digunakan.

Misalnya, "Apa yang paling tidak membantu dalam upaya mendapatkan informasi dari perawat tentang resusitasi Surjit? Apa yang paling efektif?" Perawat dapat menanyakan apakah ada elemen yang berhasil masuk solusinya masih digunakan, dan jika tidak, mengapa tidak. Jenis pertanyaan interaksi serupa yang berfokus pada perbedaan, persetujuan atau ketidaksepakatan, dan penjelasan atau makna dapat digunakan untuk mengeksplorasi upaya solusi keluarga terhadap kekhawatiran yang diajukan.

White (1991) membahas gagasan upaya solusi sebagai hasil yang unik. Ini adalah pengalaman yang bertentangan dengan cerita klien yang dominan atau penuh dengan masalah. Hasil yang unik memberikan jendela pada apa yang mungkin dianggap sebagai wilayah alternatif dalam kehidupan seseorang. "Agar suatu peristiwa menghasilkan hasil yang unik, maka peristiwa tersebut harus dikualifikasikan oleh orang-orang yang mempunyai hubungan dengan peristiwa tersebut" (hal. 30). Hal ini harus dinilai penting dan signifikan serta mewakili hasil yang diinginkan dan perkembangan yang menarik sehingga masyarakat tertarik sebagai kemungkinan baru. White (1991) merekomendasikan "penulisan ulang," di mana pewawancara dapat mengajukan berbagai pertanyaan untuk memfasilitasi proses memilih hasil yang unik. Misalnya, dia menyarankan pertanyaan-pertanyaan berikut:

- Bagaimana Anda mempersiapkan diri untuk mengambil langkah ini?
- Persiapan apa saja yang dilakukan sebelum hal ini?
- Sebelum mengambil langkah ini, apakah Anda hampir berbalik arah?
- Jika ya, bagaimana Anda menghentikan diri Anda dari melakukan hal tersebut?
- Melihat ke belakang dari sudut pandang ini, apa yang menurut Anda telah Anda lakukan yang mungkin berkontribusi terhadap pencapaian ini?
- Perkembangan apa yang terjadi di bidang lain dalam hidup Anda yang mungkin berhubungan dengan hal ini?
- Menurut Anda bagaimana perkembangan ini mempersiapkan jalan bagi Anda untuk mengambil langkah-langkah tersebut? (hal. 30)

Morgan (2000) menyarankan, dan kami setuju, bahwa hasil yang unik dapat berupa apa pun yang tidak disukai oleh permasalahan, apa pun yang tidak “sesuai” dengan cerita yang dominan. Ini “mungkin sebuah rencana, tindakan, perasaan, pernyataan, kualitas, misalnya, selama pertemuan dengan tiga saudara kandung, seorang perawat mendengar klien menggambarkan hasil unik yang segar: “suatu hari, setelah kembali dari janji saya dengan dokter ahli paru, ketika saya tergoda untuk merokok, saya malah meraih ponsel untuk berbicara dengan saudara perempuan saya, Ogniana.” Perawat kemudian memilih untuk mengajak kakak beradik tersebut untuk merefleksikan makna dari peristiwa yang mereka gambarkan.

White (1991) juga membahas nilai dari apa yang disebutnya “pertanyaan pengalaman dari pengalaman.” Pertanyaan-pertanyaan seperti itu “mengundang orang untuk menelusuri kembali pengalaman hidup mereka dan mengungkapkan aspek-aspek tertentu yang telah dilupakan atau diabaikan seiring berjalannya waktu” (hal. 32). Mereka “merekrut imajinasi orang-orang dengan cara yang merupakan pengalaman alternatif dari diri mereka sendiri” (hal. 32). Contohnya meliputi:

Jika saya menjadi penonton kehidupan Anda ketika Anda masih muda, menurut Anda apa yang mungkin saya saksikan Anda lakukan yang dapat membantu saya memahami bagaimana Anda dapat mencapai apa yang baru-baru ini Anda capai?”

“Menurut Anda, apa yang diceritakan di sini tentang apa yang Anda inginkan dalam hidup Anda, dan tentang apa yang telah Anda coba dalam hidup Anda?”

“Menurut Anda, bagaimana mengetahui hal ini memengaruhi pandangan saya terhadap Anda sebagai pribadi?”

“Tindakan apa yang akan Anda lakukan jika Anda ingin lebih memahami pengetahuan tentang siapa diri Anda?”

“Jika Anda lebih berpihak pada pandangan lain tentang siapa diri Anda, dan tentang kehidupan Anda selama ini, perbedaan apa yang akan terjadi pada kehidupan Anda sehari-hari?” (hal. 32)

Dalam pekerjaan kami dengan keluarga, kami sering diberi tahu bahwa tidak ada solusi yang dicoba atau "tidak ada yang berhasil." Dalam keadaan seperti ini, terkadang kita bertanya, "Kenapa keadaannya tidak lebih buruk? Apa yang Anda lakukan agar situasi ini tidak bertambah buruk?" Kemudian kami memperkuat strategi pemecahan masalah ini dengan menanyakan frekuensi, efektivitas, dan sebagainya. Kami juga mencoba memperluas pandangan kami mengenai solusi umum dengan memasukkan pendekatan medis dan kesehatan yang bersifat komplementer dan alternatif.

Kami juga merasa berguna untuk memanfaatkan konsep ketahanan dalam situasi ini. Saat berbicara dengan keluarga tentang ketahanan mereka, kami menggunakan istilah-istilah seperti daya tahan, ketahanan, adaptasi, penanggulangan, dan kelangsungan hidup, serta mencoba menampilkan kualitas-kualitas lain yang muncul saat menghadapi kesulitan atau kesulitan. Kita berbicara tentang kemampuan untuk "bangkit kembali" atau mengganti kerugian. Kami percaya bahwa ketahanan dapat dibentuk melalui kesulitan, bukan dengan cara apa pun. Bangkit kembali tidak sama dengan "melewati" krisis. Ketahanan melibatkan berbagai proses rekursif dari waktu ke waktu. Lapisan dan sifat rekursif inilah yang kita tanyakan ketika kita bertanya kepada keluarga tentang cara mereka mengatasi dan mencoba mencari solusi. Dalam bekerja dengan keluarga yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa atau penyakit kronis, perawat harus menyadari adanya "lembaga bantuan" tambahan yang terlibat di dalamnya pemberian layanan kesehatan. Kami merasa penting untuk mengajukan pertanyaan seperti, "Apakah ada lembaga lain yang berupaya membantu Anda mengatasi masalah ini? Nasihat paling berguna apa yang pernah Anda terima? Apakah Anda mengikuti saran ini? Nasihat apa yang paling tidak bermanfaat?" Hal ini berguna untuk mengeksplorasi ide-ide berbeda yang dianut oleh sistem bantuan. Jika ada kepemimpinan yang tidak jelas atau hierarki yang membingungkan dalam sistem bantuan, keluarga dapat ditempatkan dalam situasi konflik yang serupa dengan situasi seorang anak yang orangtuanya terus-menerus berselisih paham. Kebingungan di antara lembaga pemberi bantuan dapat memperburuk kekhawatiran keluarga. Dengan cara ini, upaya penyelesaian (bantuan melalui lembaga bantuan) dapat menjadi masalah baru baik

bagi keluarga maupun lembaga lainnya. Penting bagi perawat untuk menyadari apakah situasi ini ada sebelum mencoba melakukan intervensi.

Setelah menyatukan pandangan dan menemukan solusi yang relevan, perawat menyatakan keinginannya untuk bekerja sama dengan keluarga dalam mencapai tujuan mereka. Pernyataan sederhana ini mencerminkan belas kasihan dan membuka jalan bagi hubungan serta kolaborasi yang lebih mendalam.

Eksplorasi Tujuan

Selama wawancara, perawat dan keluarga menetapkan tujuan atau hasil yang diharapkan dari perubahan. Perawat mempertimbangkan berbagai faktor (lihat Kotak 9-6) dalam menjajaki tujuan ini. Keluarga cenderung pragmatis, mencari solusi praktis untuk mengatasi rasa sakit atau penderitaan yang mereka alami. Masalahnya mungkin terjadi di antara mereka sendiri sebagai anggota keluarga atau antara keluarga dan perawat (misalnya, keluarga menginginkan informasi praktis tentang tingkat aktivitas fisik yang dapat diterima setelah infark miokard [MI], dan perawat belum memberikan informasi konkret tersebut. informasi). Anggota keluarga mungkin mengharapkan perubahan besar (misalnya, "Adikku Sheldon akan bisa berjalan tanpa bantuan tongkat") atau perubahan kecil namun signifikan (misalnya, "Kami akan bisa meninggalkan putri kami yang cacat, Kayla, dengan babysitter selama 1 jam seminggu").

Kotak 9-6 Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan Saat Mengeksplorasi Sasaran

- Perubahan umum apa yang diyakini keluarga akan memperbaiki masalah?
- Perubahan spesifik apa?
- Apa harapan mengenai bagaimana lembaga tersebut dapat memfasilitasi perubahan dalam permasalahan ini?

Diadaptasi dari catatan Family Nursing Unit, Fakultas Keperawatan, University of Calgary.

Dalam banyak kasus, perubahan kecil saja sudah cukup. Kami percaya bahwa perubahan kecil pada perilaku seseorang dapat berdampak besar dan luas terhadap perilaku semua orang yang terlibat. Perawat yang berpengalaman menyadari bahwa perubahan kecil akan membawa kemajuan lebih lanjut.

Sasaran menggambarkan apa yang akan terjadi atau apa yang akan terjadi ketika keluhan atau kekhawatiran tidak ada. Kami percaya bahwa pernyataan tujuan perilaku unidimensi seperti "Saya akan makan lebih sedikit" tidak diinginkan dibandingkan pernyataan tujuan multidimensi, interaksional, dan situasional yang menggambarkan "siapa, apa, kapan, di mana, dan bagaimana" dalam sebuah solusi. Pernyataan tujuan multidimensi seperti itu bisa berupa, "Saya akan makan makanan kecil dan seimbang di malam hari di meja makan bersama pasangan saya dan anak-anak kami; televisi dan komputer akan mati, dan kami akan berbicara satu sama lain."

Ada banyak cara di mana perawat dapat memperjelas tujuan keluarga dengan pertanyaan masa depan atau pertanyaan hipotetis seperti, "Apa yang akan dilakukan orang tua Anda secara berbeda jika mereka tidak tinggal di rumah setiap malam bersama Snanna?" Perawat dapat mengeksplorasi perbedaan di masa depan atau hipotetis ("Bagaimana hubungan orang tua Anda akan berbeda jika ayah Anda mengizinkan paman Anda merawat Snanna satu malam dalam seminggu?"); bidang setuju atau tidak setuju ("Apakah menurut Anda ayah Anda akan setuju bahwa orang tua Anda mungkin tidak akan banyak bicara jika mereka pergi keluar suatu malam dalam seminggu?"); dan penjelasan atau maknanya ("Ceritakan lebih banyak tentang mengapa kamu yakin orang tuamu punya banyak hal untuk dibicarakan ketika mereka pergi keluar pada suatu malam dalam seminggu. Apa artinya hal itu bagimu?").

Terkadang kami merasa berguna untuk menggabungkan pertanyaan masa lalu dan masa depan. Misalnya, "Jika Anda memberi tahu saya minggu depan (atau bulan atau tahun) bahwa Anda telah melakukan X, apa yang dapat saya temukan dalam riwayat masa lalu Anda yang memungkinkan

saya memperkirakan bahwa Anda akan melakukan X?" Pertanyaan-pertanyaan tersebut memanfaatkan fenomena "kemungkinan terhadap probabilitas" sekaligus mengundang penjelasan yang lebih kaya tentang sejarah cerita baru/lama. Kami merasakan manfaatnya dalam pekerjaan klinis kami untuk mengajukan "pertanyaan ajaib" (de Shazer, 1988) untuk memperoleh tujuan keluarga. de Shazer (1991) menjelaskan pertanyaan tersebut sebagai berikut:

Misalkan suatu malam terjadi keajaiban dan saat Anda sedang tidur masalahnya...terpecahkan: Bagaimana Anda tahu? Apa yang berbeda?

Hal berbeda apa yang akan Anda lihat keesokan paginya yang memberi tahu Anda bahwa telah terjadi keajaiban? Apa yang akan diperhatikan pasangan Anda? (hal.113)

Pertanyaan keajaiban memunculkan informasi interaksional. Orang tersebut diminta untuk membayangkan gagasan orang lain dan juga gagasannya sendiri. Kerangka pertanyaan mukjizat (dan pertanyaan sejenis lainnya) memungkinkan anggota keluarga mengabaikan penjelasan sebab akibat mereka. Mereka tidak perlu membayangkan bagaimana mereka akan terbebas dari masalah, namun mereka bisa fokus pada hasil. Dengan demikian, tujuan yang dikembangkan dari pertanyaan keajaiban tidak sebatas menghilangkan masalah atau keluhan saja. Klien sering kali mampu menyusun jawaban atas "pertanyaan ajaib" ini dengan cukup konkrit dan spesifik. Misalnya, "Tenang saja, aku akan bisa mengatakan 'tidak' pada kokain," atau "Dia akan melihatku lebih banyak tersenyum dan pulang kerja dengan ketegangan yang lebih sedikit."

McConkey (2002) menyarankan strategi pertemuan yang berfokus pada solusi yang kami yakini sangat berguna jika keluarga sedang marah dan perawat merasa defensif. Perawat dapat mengalihkan pertemuan dari gambaran masalah ke gambaran solusi masa depan dengan melakukan percakapan seperti ini:

Tentu saja, Anda ingin segalanya menjadi lebih baik untuk anak Anda dan saya juga. (Memvalidasi orang tua)

*Untuk memanfaatkan pertemuan ini sebaik-baiknya, saya akan menanyakan pertanyaan yang tidak biasa kepada Anda. (Pernyataan yang menjembatani)
Bagaimana Anda tahu saat Anda berangkat dari sini hari ini, bahwa pertemuan ini bermanfaat? (Beralih ke masa depan)
Jika keadaan sudah lebih baik, apa yang akan dilakukan putra Anda? Apa yang akan saya lakukan? Apa yang akan kamu lakukan? (Memasukkan seluruh pemangku kepentingan dalam gambaran solusi) (hal. 192)*

Perawat yang bekerja dengan keluarga pasien yang mengidap penyakit kronis atau penyakit yang mengancam nyawa biasanya mendapati anggota keluarganya tidak jelas mengenai perubahan yang mereka harapkan. Misalnya, "Kami ingin Attila merasa nyaman dengan dirinya sendiri meskipun dia menjalani kolostomi." Perawat klinis yang berpengalaman tahu bahwa "merasa nyaman dengan diri sendiri" sangat sulit untuk dijelaskan atau diukur. Dalam contoh ini, kami merekomendasikan agar perawat meminta keluarga untuk menjelaskan perubahan nyata terkecil yang dapat dilakukan Attila untuk menunjukkan bahwa dia "merasa nyaman dengan dirinya sendiri". Dengan menanyakan tingkat kekhususan mengenai perubahan yang diinginkan sejak awal dalam hubungan perawat-keluarga, kami yakin akan lebih besar kemungkinannya bahwa keluarga dan perawat dapat mencapai perubahan yang diinginkan.

PEDOMAN UNTUK SISA PROSES WAWANCARA

Setelah perawat menyelesaikan wawancara atau penilaian awal, dia dapat mempertimbangkan keseluruhan proses wawancara. Tahapan proses wawancara secara umum meliputi:

1. Keterlibatan (Engagement)
2. Penilaian (Assessment)
3. Intervensi (Intervention)
4. Penghentian (Termination)

Perencanaan dan Menangani Kompleksitas

Setelah penilaian awal selesai, perawat pemula yang mewawancarai sering kali khawatir apakah akan melakukan intervensi terhadap keluarga. Pertanyaan-pertanyaan berikut

sering muncul: Apakah saya orang yang tepat untuk menawarkan intervensi? Apakah situasinya terlalu rumit? Apakah saya mempunyai keterampilan yang memadai atau haruskah profesional lain, seperti pekerja sosial, psikolog, atau terapis keluarga, dipanggil?

Apakah setiap keluarga yang dinilai memerlukan intervensi lebih lanjut? Hal ini tidak berarti bahwa intervensi hanya dimulai pada tahap intervensi. Sebaliknya, mereka adalah bagian dari keseluruhan proses wawancara sejak keterlibatan untuk menutup. Misalnya saja dengan mengajak keluarga berkumpul untuk wawancara, perawat sudah turun tangan. Setiap kali perawat mengajukan pertanyaan melingkar, dia mempengaruhi keluarga, menghasilkan informasi baru, dan melakukan intervensi.

Bagi perawat, keputusan untuk menawarkan intervensi, merujuk keluarga kepada orang lain, atau memulangkan mereka merupakan keputusan yang rumit. Beberapa faktor perlu diperiksa sebelum menentukan pilihan: tingkat fungsi keluarga, tingkat kompetensi perawat, dan konteks pekerjaan.

Tingkat Fungsi Keluarga

Perawat harus menyadari kompleksitas situasi keluarga. Beberapa

Para dokter telah menganjurkan agar pengobatan dimulai jika masalah rujukan telah terdeteksi sejak dini dan prosedur penatalaksanaan yang jelas telah dipublikasikan. Kebanyakan perawat setuju dengan posisi ini tetapi menganggapnya sangat idealis. Perawat kesehatan masyarakat dan perawat kesehatan mental, khususnya, sering kali bekerja dengan keluarga yang tidak dirujuk sejak dini. Beberapa dari keluarga ini mempunyai sejumlah masalah fisik dan emosional yang kompleks dan sering kali terlibat dalam krisis demi krisis. Keluarga-keluarga ini menawarkan tantangan khusus bagi dokter.

Rekomendasi kami adalah perawat secara hati-hati menilai tingkat fungsi keluarga dan keinginannya untuk menangani isu-isu spesifik, seperti penatalaksanaan hemiplegia setelah stroke, dampak fibrosis kistik pada keluarga, negosiasi layanan untuk anggota keluarga lanjut usia, atau perawatan.

untuk anak berkebutuhan khusus. Jika keluarga bersedia untuk mengatasi masalah tersebut, maka perawat wajib menawarkan intervensi atau membantu mereka mendapatkan bantuan yang tepat dengan merujuk mereka ke orang lain. Pedoman untuk proses rujukan disediakan di Bab berikutnya.

Perawat harus mempertimbangkan masalah etika dalam memutuskan siapa yang harus dirawat. Dengan mempopulerkan konseling, pemeriksaan permukaan tampaknya menunjukkan bahwa setiap orang membutuhkan psikoterapi dalam satu atau lain bentuk. Pasangan tanpa anak, keluarga dengan bayi kecil, keluarga dengan remaja, keluarga dengan orang tua tunggal, dan keluarga lanjut usia semuanya dapat dianggap sebagai kandidat untuk bantuan psikoterapi. Banyak orang menjalani kehidupan yang terbatas secara psikologis dan sulit, namun haruskah mereka “diobati”? Ini adalah pertanyaan yang menyusahkan untuk membantu para profesional.

Rekomendasi kami adalah perawat secara etis mempertimbangkan dua posisi yang berlawanan ketika mereka membuat keputusan untuk melakukan intervensi, merujuk, atau memulangkan sebuah keluarga. Salah satu posisi menyatakan bahwa jika seseorang berpotensi membahayakan diri sendiri atau orang lain, orang tersebut harus mendapat intervensi. Pada tingkat individu, pasien yang ingin bunuh diri atau membunuh adalah contohnya. Pada tingkat sistem yang lebih besar, sebuah keluarga yang di dalamnya terdapat pelecehan atau kekerasan fisik, seksual, atau emosional adalah contohnya. Di tingkat komunitas, seseorang yang mengancam komunitas dan mentalnya tidak stabil bisa menjadi contohnya.

Keluarga angkat dengan orang tua tunggal serta pasangan lesbian, gay, atau biseksual berhak untuk dianggap sebagai berbagai bentuk keluarga dibandingkan alternatif keluarga “normal”. Harapan kami adalah perawat akan berperilaku etis dan dengan bijak mempertimbangkan tingkat keberfungsian keluarga dan tanggung jawab hukum mereka. Ini adalah langkah penting sebelum memutuskan untuk

menawarkan perawatan lebih lanjut. Pertimbangan alternatif ini dapat menjadi tantangan bagi perawat ketika berhadapan dengan kerahasiaan klien, situasi krisis, dan anak di bawah umur yang tidak mempunyai emansipasi. Misalnya, seorang remaja putri berusia 16 tahun overdosis 30 tablet Naproxen dan dibawa ke ruang gawat darurat oleh pacarnya. Dia menolak membicarakan apa yang terjadi dan berulang kali mengatakan dia tidak ingin berbicara dengan orang tuanya yang berada di ruang tunggu; Namun, dia mengirim pesan teks kepada pacarnya dari tempat tidurnya di ruang gawat darurat untuk mengatakan bahwa dia overdosis. Perawat membaca pesan teks tersebut dan harus mempertimbangkan beberapa pilihan dalam memutuskan bagaimana melanjutkan perawatan. Pada Bab berikutnya, kami menyajikan beberapa gagasan yang kami gunakan ketika kami memutuskan untuk tidak menawarkan pengobatan tambahan kepada keluarga.

Pertimbangan etis lain yang perlu dipertimbangkan oleh perawat adalah keseimbangan antara keyakinannya terhadap klien dan rasa hormatnya terhadap situasi klien. Hal ini sangat penting khususnya dalam kaitannya dengan isu-isu seperti orientasi seksual, budaya, agama, dan penentuan nasib sendiri etnis. Misalnya, kami percaya bahwa perawat dalam mendiskusikan pengambilan keputusan di akhir kehidupan, harus mengakui dan menghormati bahwa orang yang sekarat masih hidup dan mempunyai hak untuk mengendalikan kehidupan mereka. Hubungan yang nyata (tak tergoyahkan) dan etis antara pasien, staf, dan keluarga harus dipertahankan dan dihargai seiring dengan diputuskannya masalah akhir kehidupan. Hal ini sangat penting ketika perawat mungkin tidak terbiasa dengan pandangan kelompok penduduk asli Amerika seperti Navajo, yang memegang keyakinan kuat tentang spiritualitas, penyembuhan, ritual mengenai akhir kehidupan, dan praktik kematian. Perbedaan antara keyakinan sistem layanan kesehatan yang dominan dan pandangan berbagai kelompok agama, seperti penganut agama Islam dan Hindu, perlu ditelaah. Sehubungan dengan homoseksualitas, Green (2003) secara persuasif menyatakan pentingnya menghormati pilihan klien dan tidak mencoba "menjadikannya" menjadi diri mereka sendiri. Kami percaya bahwa perawat harus mampu mendukung klien dalam jalur

orientasi seksual apa pun yang akhirnya diambilnya. Menghormati rasa integritas klien dan keluarga serta hubungan interpersonal adalah tujuan paling utama.

Untuk menghindari etnosentrisme dan paternalisme, beberapa perawat dengan antusias menerima gagasan tertentu yang benar secara politis. Kami menganjurkan agar perawat terlibat dalam pemikiran kritis tentang praktik yang bertanggung jawab, menjaga martabat manusia, dan tidak mengikuti perintah secara membabi buta untuk menjadi benar secara politis. Perawat bertanggung jawab atas pilihan mereka sendiri dalam melaksanakan penilaian profesional independen dan hak moral. Kami merasakan manfaatnya dalam pekerjaan klinis kami dengan keluarga untuk bersikap kolaboratif, terbuka, dan langsung dengan mereka dalam mendiskusikan dilema etika yang melibatkan mereka.

Tingkat Kompetensi Perawat

Perawat harus mempertimbangkan kapasitas pribadi dan profesional mereka ketika memilih bekerja bersama keluarga. Jika perawat baru saja mengalami kematian anggota keluarganya, dia mungkin tidak dapat memfasilitasi kesedihannya anggota keluarga. Demikian pula, seorang perawat yang berpandangan kuat bahwa penyandang disabilitas adalah orang yang lalai sebaiknya tidak mencoba bekerja dengan keluarga tersebut. Kami tidak menganut pandangan bahwa seorang perawat harus menangani suatu situasi secara pribadi (misalnya, membesarkan remaja) untuk membantu sebuah keluarga. Yang paling penting dalam diri seorang perawat adalah kompetensi klinis. Kami percaya, bagaimanapun, bahwa perawat harus berusaha untuk mendapatkan informasi yang baik dan tidak hanya memberikan nasihat yang mungkin berguna atau tidak. Kami percaya bahwa perawat harus mempertimbangkan ruang lingkup praktik sebagai perawatan yang kompeten, terdidik, dan berwenang untuk memberikannya. Pada tingkat profesional, perawat perlu mengevaluasi kompetensinya dengan mengajukan pertanyaan refleksi diri seperti: "Apakah saya berada pada keterampilan wawancara keluarga tingkat awal atau lanjutan?" dan "Dapatkah saya mendapatkan pengawasan untuk membantu menangani keluarga yang

mengalami masalah kompleks?" Setiap perawat harus memeriksa pertanyaan-pertanyaan ini dan jawabannya sebelum membuat keputusan tentang intervensi pada keluarga tertentu.

Revolusi genetika merupakan bidang pengetahuan yang luar biasa bagi perawat. Situasi yang dihasilkan dari penerapan pengetahuan melimpah yang diperoleh dari Proyek Genom Manusia (HGP) memerlukan keputusan yang kemungkinan besar hanya memiliki preseden yang terbatas. Perawat dan keluarga sama-sama bergumul dengan ketidakpastian dan ambiguitas seiring dengan ditemukannya penemuan baru di HGP. Sekarang adalah waktu yang menyenangkan dan bermakna bagi perawat untuk bekerja bersama keluarga dalam menghadapi informasi baru tentang risiko, ekspresi risiko, dan pilihan pengobatan.

Konteks Pekerjaan

Kontroversi yang cukup besar terkadang muncul mengenai masalah siapa sebenarnya kompeten dalam menangani klien. Kontroversi ini melibatkan masalah definisi dan profesionalisme. Bagaimana "masalah keluarga" dan "masalah medis" didefinisikan dalam lingkungan kerja tertentu dapat memicu kontroversi. Jika seorang perawat yang, misalnya, menangani pasien penderita stroke mengundang kerabatnya untuk datang ke kelas, apakah perawat tersebut merawat keluarga atau masalah medisnya? Kami mengambil pendekatan bahwa definisi masalah kurang penting dibandingkan solusinya. Artinya, jika seluruh keluarga terlibat, maka definisi masalahnya adalah pertanyaan semantik.

Masalah teritorialitas profesional adalah masalah yang sangat pelik dan tidak ada jawaban yang tepat. Terkadang pasien menemui psikolog untuk tes psikodiagnostik dan pekerja sosial untuk menangani keluarga dan lembaga luar. Peran perawat dengan keluarga dalam situasi ini dapat menjadi kontroversial. Jika perawat melakukan pengkajian keluarga dan memutuskan untuk melakukan intervensi terhadap keluarga, apakah perawat mengambil alih posisi pekerja sosial? Atau mungkin perawat mengambil alih posisi dokter dengan mengambil keputusan untuk melakukan intervensi?

Salah satu cara mengatasi dilema ini adalah dengan mempertimbangkan perawat untuk mengambil berbagai peran dalam pekerjaannya dengan keluarga. Misalnya, perawat dapat berperan sebagai mediator, advokat pasien dan keluarga, pembangun kapasitas kesehatan keluarga, pemberi pemberdayaan, pembangun aliansi, pembimbing, navigator, dan lain sebagainya.

Tidak ada jawaban sederhana terhadap permasalahan profesional dan teritorial yang kompleks. Kami mendesak perawat untuk bekerja sama untuk memastikan perawatan keluarga terbaik. Secara umum, kami percaya bahwa orang yang paling tepat untuk melakukan intervensi dalam suatu situasi adalah orang yang memiliki akses paling siap ke tingkat sistem di mana masalah tersebut muncul. Namun, kami percaya bahwa, di masa lalu, perawat terlalu cepat menyerahkan perawatan keluarga kepada profesional lain. Perawat kini mendapatkan kembali peran penting mereka dalam memberikan perawatan relasional yang berpusat pada keluarga.

Perubahan dalam penggantian biaya layanan kesehatan mengharuskan semua perawat dan penyedia layanan kesehatan untuk memeriksa dan menyesuaikan praktik mereka agar dapat memberikan layanan yang tepat waktu, efisien, dan hemat biaya. Perawatan terkelola dalam berbagai variasinya, reformasi asuransi kesehatan, peningkatan fokus pada perawatan primer, dan permasalahan kompleks lainnya telah mengubah wajah praktik keperawatan. Perpaduan antara gerakan konsumen, ekonomi kesehatan, dan teknologi mempunyai implikasi besar terhadap praktik. Perawat harus melakukan lebih dari sekedar menyembuhkan pasiennya. Hari demi hari, mereka juga harus memperhatikan konteks sosio-ekonomi dan politik dari layanan kesehatan serta kelangsungan karir mereka. Kami percaya bahwa sangat penting bagi perawat untuk menemukan cara untuk berkembang secara profesional dan agar keluarga menerima perawatan yang optimal. Strategi untuk mengatasi pencabutan hak birokrasi terhadap kelompok budaya, etnis, ras, dan kelompok minoritas lainnya harus dikedepankan. Model akses layanan kesehatan bagi

keluarga kurang mampu secara ekonomi perlu disempurnakan dan diterapkan lebih lanjut.

Struktur dan praktik akuntabilitas perlu mengakui pentingnya perbedaan kekuasaan yang terstruktur dalam masyarakat kita. Kami percaya bahwa, ketika perawat bekerja dengan keluarga yang beragam dan semakin transparan dalam pekerjaannya, mereka akan menemukan cara untuk memberikan pengaruh positif pada konteks pekerjaan mereka.

Tahap Intervensi

Setelah perawat memutuskan untuk melakukan intervensi terhadap keluarga, kami merekomendasikan agar dia meninjau CFIM (lihat Bab sebelumnya). Model ini, yang merangsang gagasan tentang perubahan, dapat membantu perawat merancang intervensi yang bekerja dengan keluarga untuk mengatasi domain tertentu dari fungsi keluarga yang terkena dampak: kognitif, afektif, atau perilaku. Petunjuk bermanfaat mengenai intervensi diberikan dalam Kotak 9-7. Dalam memilih intervensi, kami mendorong perawat untuk memperhatikan beberapa faktor untuk meningkatkan kemungkinan bahwa intervensi akan fokus pada perubahan dalam domain fungsi keluarga yang diinginkan. Intervensi, yang ditawarkan dalam hubungan kolaboratif, bukanlah sebuah tuntutan melainkan sebuah ajakan untuk berubah. Beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan ketika merancang intervensi diuraikan dalam Kotak 9-8. Pertama, intervensi harus dikaitkan dengan masalah yang harus diubah oleh perawat dan keluarga. Kedua, intervensi harus didasarkan pada hipotesis perawat tentang masalah, apa yang keluarga katakan tentang arti masalah bagi mereka, dan keyakinan mereka tentang masalah tersebut (Wright & Bell, in press). Ketiga, intervensi harus sesuai dengan gaya berhubungan keluarga. (Kami menemukan dalam penelitian klinis kami bahwa kami kadang-kadang bias terhadap satu bidang tertentu dalam fungsi keluarga, misalnya kognitif atau afektif, dan karena itu kami keliru dalam merancang intervensi yang paling nyaman bagi kami dibandingkan intervensi yang menurut kami paling nyaman. keluarga mungkin merasa paling berguna.) Keempat, intervensi harus

dikaitkan dengan kekuatan keluarga. Kami percaya bahwa keluarga memiliki sumber daya yang melekat dan tanggung jawab perawat adalah mendorong keluarga untuk menggunakan sumber daya ini dengan cara baru untuk mengatasi masalah ini. Kelima, intervensi yang dilakukan harus mempertimbangkan keyakinan keluarga yang dipengaruhi oleh etnis, spiritualitas, ras, kelas, gender, dan orientasi seksual. Keenam, perawat harus merancang beberapa intervensi sehingga perawat dan keluarga dapat mempertimbangkan manfaatnya— misalnya, apakah ide-ide ini baru bagi keluarga atau apakah solusi tersebut serupa dengan solusi yang pernah dicoba oleh keluarga?

Kotak 9-7 Petunjuk Bermanfaat Tentang Intervensi

- Intervensi adalah inti dari pekerjaan klinis dengan keluarga.
- Panduan ini harus dirancang dengan kepekaan terhadap latar belakang etnis dan agama keluarga.
- Mereka hanya dapat ditawarkan kepada keluarga. Perawat tidak dapat mengarahkan perubahan tetapi dapat menciptakan konteks terjadinya perubahan.
- Hal ini ditawarkan dalam konteks percakapan kolaboratif saat perawat dan keluarga bersama-sama memikirkan solusi untuk menemukan solusi yang paling sesuai.
- Ketika ide perawat tidak cocok untuk keluarga, praktisi harus terbuka untuk menawarkan ide lain daripada menyalahkan diri sendiri atau keluarga karena intervensi tidak dipilih.

Sumber: Levac, AMC, Wright, LM, & Leahey, M. (2002). Anak-anak dan keluarga: Model penilaian dan intervensi. Di J.A. Fox (Ed.), Pelayanan kesehatan primer pada bayi, anak-anak, dan remaja (Edisi ke-2nd) (hal. 18). St.Louis: Mosby. Hak Cipta 2002. Diadaptasi dengan izin.

Kotak 9-8 Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan Saat Merancang Intervensi

- Masalah apa yang disepakati untuk diubah?
- Pada ranah fungsi keluarga manakah intervensi ditujukan?
- Bagaimana intervensi tersebut sesuai dengan gaya berhubungan keluarga?
- Bagaimana intervensi ini dikaitkan dengan kekuatan keluarga dan strategi solusi yang berguna sebelumnya?
- Bagaimana intervensi tersebut konsisten dengan keyakinan etnis dan agama keluarga?
- Apa intervensi yang baru atau berbeda bagi keluarga?

Kami tidak percaya bahwa hanya ada satu intervensi yang “benar”. Yang ada hanyalah intervensi yang “berguna” atau “efektif”. Berdasarkan pengalaman kami, kami menemukan bahwa seorang perawat terkadang menemui jalan buntu, dengan keluarga yang tidak berubah, ketika perawat tetap menggunakan intervensi yang sama berulang kali atau mengganti intervensi terlalu cepat. Terkadang kami menemukan bahwa klien gagal memperhatikan tanggapan yang berisi kemungkinan solusi. Hal yang sama juga berlaku pada perawat. Intervensi akan berhasil ketika kendala-kendala dihilangkan dan aspek-aspek penting dalam perubahan hidup diperhatikan. Hasilnya adalah gambaran yang lebih jelas tentang bagaimana segala sesuatunya bisa berbeda di masa depan.

Kami juga menemukan bahwa terkadang perawat terlalu terkekang dan gagal mempertimbangkan tingkat sistem alternatif untuk intervensi. Misalnya, jika sebuah keluarga tidak ingin mendengar atau mendiskusikan kemungkinan lansia melakukan aktivitas seksual di pusat perawatan residensial, maka perawat dapat merancang intervensi bukan dengan keluarga melainkan dengan pusat perawatan tersebut. Intervensi yang dilakukan pada pusat perawatan residensial dapat berupa perencanaan layanan seputar topik HIV dan lansia. Hasilnya adalah kondom tersedia di pusat

tersebut dan klien mempunyai informasi yang mereka perlukan untuk menjaga diri mereka tetap aman.

Dengan ketersediaan komputer, PDA, pesan instan, dan perangkat telekomunikasi, kami percaya bahwa perawat menjadi semakin kreatif dalam menemukan sarana elektronik untuk memfasilitasi intervensi. Misalnya, pengembangan keterampilan melalui telepon dapat membantu pengasuh demensia merasakan dukungan sosial, mengurangi gejala depresi, dan meningkatkan kepuasan hidup mereka di tengah-tengah pengasuhan. Kami percaya bahwa, sama seperti penggunaan komputer, email, chat room, layanan daftar, blog, dan telepon seluler untuk bisnis dan pendidikan mempunyai dampak yang besar terhadap interaksi keluarga, demikian pula penggunaannya dalam pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi perawat-interaksi keluarga.

Setelah perawat merancang intervensi, ia harus memperhatikan keterampilan eksekutif (lihat Bab 5) yang diperlukan untuk memberikan intervensi. Bagian dari keberhasilan intervensi apa pun adalah cara intervensi tersebut ditawarkan. Keluarga harus merasa yakin bahwa intervensi ini akan mendorong perubahan. Perawat juga perlu menunjukkan bahwa ia mempunyai keyakinan terhadap intervensi atau tugas yang diminta dan yakin bahwa hal tersebut akan bermanfaat bagi keluarga.

Namun, intervensi perlu disesuaikan dengan masing-masing keluarga; oleh karena itu, pembukaan atau kata pengantar intervensi yang sebenarnya akan berbeda-beda. Misalnya, jika anggota keluarga merasa sangat putus asa dan frustrasi dengan masalah tertentu, perawat mungkin berkata, "Saya tahu ini mungkin tampak seperti hal sulit yang saya minta Anda lakukan, tetapi saya tahu keluarga Anda. mampu..." Di sisi lain, jika perawat mengajukan permintaan kepada anggota keluarga yang cenderung cukup formal satu sama lain, maka perawat mungkin mengawalinya dengan, "Apa yang akan saya minta Anda lakukan mungkin membuat Anda merasa sedikit bodoh atau konyol pada awalnya, tetapi Anda akan menyadari bahwa, saat Anda melakukannya beberapa kali, Anda akan menjadi lebih nyaman."

Contoh yang baik dari intervensi generik adalah pertanyaan "Apa yang siap Anda lakukan?" pertanyaan. Istilah "siap" adalah kata penting yang menunjukkan keputusan sukarela untuk berpartisipasi dalam proses perubahan.

Ketika memberikan tugas tertentu untuk dilakukan keluarga di sela-sela sesi, perawat harus berusaha melibatkan seluruh anggota keluarga. Penting bagi perawat untuk meninjau bersama anggota keluarga apa tugas tertentu untuk memeriksa pemahaman mereka tentang apa yang diminta. Meninjau tugas adalah ide yang bagus, baik itu dilakukan dalam atau di antara wawancara. Jika tugas atau eksperimen diberikan di antara sesi, perawat harus selalu meminta laporan pada wawancara berikutnya. Jika keluarga belum menyelesaikan atau hanya menyelesaikan sebagian tugas, alasannya harus ditelusuri.

Kami tidak menganut pandangan bahwa keluarga tidak patuh atau menolak jika mereka tidak mengikuti permintaan kami. Sebaliknya, kita menjadi penasaran dengan keputusan mereka untuk memilih jalur alternatif dan mencoba belajar dari tanggapan mereka. Kami percaya bahwa wawancara keluarga adalah proses melingkar. Perawat melakukan intervensi, dan keluarga merespons dengan cara yang unik. Perawat kemudian merespons respons ini dan proses berlanjut. Lihat Bab sebelumnya untuk mengetahui lebih banyak gagasan tentang sirkularitas.

Selama tahap intervensi, perawat harus menyadari unsur waktu. Seberapa bermanfaat atau efektif suatu intervensi hanya dapat dievaluasi setelah intervensi tersebut dilaksanakan. Dengan beberapa intervensi, perubahan dapat segera terlihat. Namun, umumnya, perubahan tidak akan terlihat dalam jangka waktu lama. Sama seperti kebanyakan masalah yang terjadi seiring berjalannya waktu, masalah juga memerlukan jangka waktu yang tepat untuk diselesaikan. Tidak mungkin untuk menyatakan berapa lama seseorang harus menunggu untuk memastikan apakah intervensi tertentu telah efektif, namun perubahan dalam sistem keluarga perlu disaring melalui berbagai tingkat sistem. Keluarga sendiri memberikan pengamatan dan umpan balik yang berguna mengenai intervensi apa yang paling berguna. Robinson dan Wright (1995), ketika

membahas penelitian yang dilakukan oleh Robinson, menyebutkan bahwa keluarga mengidentifikasi intervensi dalam dua tahap proses perubahan terapeutik yang mereka anggap penting untuk penyembuhan: menciptakan keadaan untuk perubahan dan melampaui serta mengatasi masalah.

Tahap Termination (Akhir /Penutupan)

Tahap terakhir dari proses wawancara dikenal sebagai terminasi atau penutupan. Sangat penting bagi perawat untuk membuat konsep bagaimana mengakhiri pengobatan dengan keluarga untuk meningkatkan kemungkinan bahwa perubahan akan dipertahankan.

CONTOH KASUS KLINIS

Berikut adalah contoh bagaimana seorang perawat melakukan wawancara keluarga dengan menggunakan pedoman yang telah kami berikan di Bab bab buku ini.

Contoh wawancara 15 menit

Pra-Wawancara

Mengembangkan Hipotesis

Sebuah lembaga kesehatan rumah menerima rujukan keluarga Auerswald untuk pulang pelayanan keperawatan, fisioterapi, konseling gizi, dan konseling kesehatan jiwa. Heinz Auerswald, 51, adalah seorang lumpuh dan menggunakan kursi roda karena berbagai trauma yang dideritanya dalam kecelakaan industri. Dia menganggur. Eva Auerswald, 49, seorang ibu rumah tangga, adalah pengasuh utama. Dia dilaporkan mengalami depresi. Perawat perawatan di rumah berhipotesis bahwa depresi Ny. Auerswald mungkin terkait dengan perasaan terlalu bertanggung jawab dalam merawat suaminya. Perawat bertanya-tanya apakah peran dan keyakinan suami mungkin melanggengkan hal ini. Dia juga penasaran untuk mengetahui sistem pendukung sosial dan profesional apa saja yang terlibat dan apa keyakinan mereka mengenai masalah kesehatan keluarga. Selama wawancara keluarga, perawat memperoleh banyak bukti dari suami dan istri untuk mengkonfirmasi kegunaan hipotesis awalnya. Dia menggunakan hipotesis ini untuk memberikan kerangka percakapannya dengan pasangan tersebut.

Kaitannya dengan CFAM. Perawat menghasilkan hipotesisnya berdasarkan pengetahuan dan pengalaman klinis dengan keluarga lain dalam situasi serupa dan dengan latar belakang etnis serupa. Perawat juga mendasarkannya pada kategori struktural CFAM (struktur keluarga internal dan eksternal, etnis, gender), kategori perkembangan (keluarga paruh baya), dan kategori fungsional (peran, kekuasaan atau pengaruh, komunikasi sirkular, keyakinan).

Mengatur Wawancara

Sang istri menyatakan bahwa dia tidak ingin membicarakan depresinya dengan sang istri perawat saat suaminya terjaga. Untuk kunjungan rumah pertama, perawat meminta agar suami istri diwawancarai bersama. Pasangan itu menyetujui hal ini.

Kaitannya dengan CFAM. Perawat memikirkan tentang peran keluarga dan gender. Dia berspekulasi bahwa Eva mungkin melindungi suaminya dari masalahnya. Dalam komunikasi verbal kategori CFAM, perawat berspekulasi bahwa komunikasi yang jelas dan langsung antara Heinz dan Eva mungkin tidak ada atau jarang terjadi.

Wawancara

Engagement (Janji)

Data genogram mengungkapkan bahwa:

- Suami dan istri sendirian di kota; keluarga besar dan anak-anak tinggal di kota lain dan jarang berkunjung.
- Eva pernah menikah sebelumnya dan tinggal bersama suami pertamanya selama 18 tahun, meskipun suami pertamanya menganiayanya secara fisik. Dia pikir itu adalah tanggung jawabnya untuk melindungi anak-anaknya.
- Ini adalah pernikahan pertama sang suami.

Kaitannya dengan CFAM. Informasi di atas menambah beberapa dukungan terhadap hipotesis awal perawat dalam hal keyakinan Eva tentang tanggung jawab dan struktur keluarga yang terisolasi.

Assessment (Penilaian)

Definisi masalah. Eva menggambarkan masalahnya sebagai, "Heinz pernah mengalami hal seperti itu

tragedi yang berat, tapi sekarang akulah yang depresi. Itu tidak masuk akal." Mr Auerswald menggambarkan masalahnya sebagai Eva "terlalu khawatir."

Hubungan Interaksi Keluarga dengan Masalah Kesehatan. Dengan mengajukan pertanyaan melingkar, perawat memperoleh fakta bahwa Eva tidak membiarkan dirinya istirahat dari pengasuhan selama 2 tahun. Heinz mendorongnya untuk "pergi keluar dan bertemu orang-orang," namun dia menyatakan bahwa dia takut suaminya akan terlalu kesepian jika dia bertemu orang lain. Tuan Auerswald menyatakan bahwa hal ini tidak akan menjadi masalah baginya. Mereka berdua mengabarkan bahwa Eva baru-baru ini mengalami depresi. Dia sering menangis dan sulit tidur.

Nyonya Auerswald merawat Heinz dengan sangat baik dan memandikannya setiap hari. Dia menghargai semua perawatannya. Dia merasa bersalah karena meminta bantuan orang tuanya.

Solusi yang Dicoba. Eva baru-baru ini mengunjungi dokter keluarganya, yang meresepkan obat antidepresan untuknya. Dia pernah meminta layanan perawatan di rumah sebelumnya, namun dia mengatakan bahwa karena "jadwal mereka tidak dapat diandalkan [dan dia] tidak pernah tahu kapan mereka akan datang," dia menghentikan perawatan dengan perawat. Atas saran dokternya, Ny. Auerswald setuju untuk mencoba perawatan di rumah lagi.

Kaitannya dengan CFAM. Perawat mencatat bahwa pendekatan pemecahan masalah Auerswald diarahkan pada kemandirian atau sumber daya profesional di luar keluarga. Mereka jarang mencari bantuan dari dokter keluarga dan lembaga perawatan di rumah, dan mereka enggan menghubungi keluarga besar untuk meminta bantuan.

Sasaran. Keinginan Eva adalah untuk "tidak merasa tertekan, [untuk] merasa nyaman dengan diri sendiri." Perubahan signifikan terkecil yang dapat dia gambarkan adalah mampu "keluar suatu sore dalam seminggu tanpa merasa bersalah." Heinz setuju dengan tujuan istrinya.

Intervensi

Pertimbangan CFIM. Setelah mengembangkan hubungan kolaboratif dengan pasangan dan hipotesis yang bisa diterapkan yang sesuai dengan data dari pengkajian keluarga, perawat mulai mempertimbangkan intervensi dengan Tuan dan Nyonya Auerswald dalam domain kognitif, afektif, dan perilaku fungsi keluarga. Fokus intervensinya adalah depresi Eva.

Intervensi dan Hasil. Mengetahui bahwa Ny. Auerswald telah menjalani pernikahan pertamanya yang penuh kekerasan fisik selama 18 tahun untuk melindungi anak-anaknya, perawat tersebut mengajukan pertanyaan tentang keyakinan dan perasaan tanggung jawab. Perawat mendorong perubahan keyakinan Eva dengan menanyakan efek perilaku suami dan istri, triadik, dan pertanyaan hipotetis tentang tanggung jawab. Dia meminta pasangan tersebut untuk terlibat dalam eksperimen perilaku untuk mencoba cara-cara baru untuk bertanggung jawab terhadap diri sendiri. Baik Tuan maupun Nyonya Auerswald menantang keyakinan mereka bahwa depresi hanya merupakan masalah biologis dan mulai mengambil lebih banyak tanggung jawab atas kehidupan mereka sendiri. Heinz mengaku ingin mandi hanya tiga kali seminggu. Eva meminta bantuan pengasuhan dari ibu mertuanya dan mampu meninggalkan suaminya sendirian selama 2 jam, tiga kali seminggu sambil bermain kartu dengan teman-temannya. Pasangan itu melaporkan perbaikan signifikan dalam depresinya. Badan perawatan di rumah terus memberikan layanan keperawatan dan terapi fisik untuk keluarga. Perawat dan asisten kesehatan di rumah berfokus untuk mendukung keyakinan baru pasangan tersebut tentang tanggung jawab.

KESIMPULAN

Pedoman tahapan tertentu wawancara keluarga yang perlu dipertimbangkan perawat selama wawancara awal dan selama seluruh proses wawancara telah dijelaskan. Kami merekomendasikan agar perawat menggunakan pedoman ini sebagai ide dan saran tentang bagaimana memaksimalkan efektivitas waktu mereka bersama keluarga. Bukan hal yang aneh jika kita bolak-balik melakukan tahapan wawancara keluarga untuk mendapatkan kejelasan lebih lanjut atau

penilaian tambahan mengenai kekhawatiran yang ada. Kadang-kadang bahkan perlu untuk kembali ke pedoman keterlibatan untuk memperkuat hubungan terapeutik sebelum ide intervensi ditawarkan. Oleh karena itu, harus ada kelancaran di antara tahap-tahap ini sehingga tahap-tahap tersebut tetap menjadi pedoman dan bukan resep kaku mengenai cara melakukan wawancara keluarga. Kami juga memperingatkan perawat untuk mengingat keunikan setiap situasi keluarga dan mendorong mereka untuk menggunakan pedoman ini dengan kepekaan terhadap setiap situasi klinis, dengan memperhatikan warisan budaya, agama, spiritual, dan etnis keluarga.



Gambar 9.1. Keperawatan Komunitas Model Calgary

Secara garis besar Keperawatan Komunitas Model Calgary baik untuk Assessment dan Intervention dalam komunikasi (wawancara) ada 4 tahapan:

- 1. Engagement (Janjian)**
- 2. Assessment (Penilaian)**
- 3. Intervention (Intervensi)**
- 4. Termination (Akhir)**

Referensi

- Al-Krenawi, A. (1998). Family therapy with a multiparental/multispousal family. *Family Process*, 37(1), 65–81.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405–413.
- de Shazer, S. (1982). *Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach*. New York: Guilford Press.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Duhamel, F., & Campagna, L. (2000). *Family genograph*. Montreal: Universite de Montreal, Faculty of Nursing. Available from www.familynursingresources.com.
- Duhamel, F., Dupuis, F. & Wright, L.M. (in press). Families and nurses answers to the 'One Question Question': Helpful directions for clinical practice, education, and research in family nursing. *Journal of Family Nursing*.
- Gallo, A.M., et al. (2005). Parents sharing information with their children about genetic conditions. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(5), 267–275.
- Green, R.J. (2003). When therapists do not want their clients to be homosexual: A response to Rosik's article. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 29–38.
- Griffith, M.E. (1995). Opening therapy to conversations with a personal God. *Journal of Feminist Family Therapy*, 7(1/2), 123–139.
- Harmon, A. (March 18, 2007). Confronting life with a lethal gene: A young woman's DNA test points to an inevitably grim fate. *The New York Times*, CLVI, pp. 1, 20–21.
- Leahey, M., Stout, L., & Myrah, I. (1991). Family systems nursing: How do you practice it in an active community hospital? *Canadian Nurse*, 87(2), 31–33.
- Leahey, M., & Wright, L. M. (1987). Families and chronic illness: Assumptions, assessment and intervention. In L.M. Wright & M. Leahey (Eds.), *Families and chronic illness* (pp. 55–76). Springhouse, PA: Springhouse Corp.
- Levac, A.M.C., Wright, L.M., & Leahey, M. (2002). *Children and families: Models for assessment and intervention*.

- In J.A. Fox (Ed.), *Primary health care of infants, children, and adolescents* (2nd ed.) (pp. 10–19). St. Louis: Mosby.
- Madsen, W.C. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York: The Guilford Press. Second edition.
- Mauksch, L.B., Hillenburg, L., & Robins, L. (2001). The establishing focus protocol: Training for collaborative agenda setting and time management in the medical interview. *Families, Systems, & Health*, 19(2), 147–157.
- McConkey, N. (2002). *Solving school problems: Solution focused strategies for principals, teachers, and counsellors*. Alberta, Canada: Solution Talk.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?: An easy-to-read introduction*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Robinson, C.A. & Wright, L.M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing*, 1(3), 327–345.
- Roffman, A.E. (2003). Unpacking and keeping it packed: Two forms of therapist responsivity. *Journal of Systemic Therapies*, 22(1), 64–79.
- Strong, T. (2002). Constructive curiosities. *Journal of Systemic Therapies*, 21(1), 77–90. Tapp, D.M. (2000). The ethics of relational stance in family nursing: Resisting the view of “nurse as expert”. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 69–91.
- Thorne, S.E., & Robinson, C.A. (1989). Guarded alliance: Health care relationships in chronic illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 21(3), 153–157.
- Weingarten, K. (2000). Witnessing, wonder, and hope. *Family Process*, 39(4), 389–402. White, M. (1991). Deconstruction and therapy. *Dulwich Centre Newsletter*, 3, 21–40.
- Wright, L.M. (1989). When clients ask questions: Enriching the therapeutic conversation. *Family Therapy Networker*, 13(6), 15–16.
- Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). *Beliefs and illness: A model to invite healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.

Bab 10

PERTANYAAN TERAPAN DALAM WAWANCARA KELUARGA

Kompetensi Dasar:

Memahami Pengertian Pertanyaan Terapan dalam Wawancara Keluarga

Indikator:

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Pertanyaan Terapan dalam Wawancara Keluarga
2. Menjelaskan strategi Pertanyaan Terapan dalam Wawancara Keluarga
3. Menjelaskan penerapan Pertanyaan Terapan dalam Wawancara Keluarga

Sepanjang buku ini kita telah membahas kegunaan mengajukan pertanyaan dalam wawancara keluarga. Kami percaya pertanyaan tidak hanya berguna untuk penilaian; intervensi ini juga merupakan salah satu intervensi paling bermanfaat yang dapat ditawarkan perawat kepada keluarga. Kami ingin mendemonstrasikan, melalui penggunaan contoh-contoh klinis, bagaimana pertanyaan digunakan dalam praktik relasional. Kami akan membahas penerapan pertanyaan dalam berbagai pengaturan dan konteks klinis untuk:

- Libatkan seluruh anggota keluarga dan fokuskan pertemuan
- Menilai dampak masalah atau penyakit terhadap keluarga
- Dapatkan keterampilan pemecahan masalah, strategi mengatasi masalah, dan kekuatan
- Melakukan intervensi dan mengundang perubahan
- Minta umpan balik tentang pertemuan tersebut

PERTANYAAN DALAM KONTEKS

Pertama, kami ingin mendiskusikan beberapa gagasan tentang mengajukan pertanyaan dalam konteks praktik klinis, khususnya dalam konteks percakapan terapeutik antara perawat dan keluarga. Jadi pertanyaan apa yang berguna atau membantu ketika mewawancarai keluarga?

Kami percaya bahwa pertanyaan yang berguna atau membantu mempunyai potensi untuk memberikan informasi kepada keluarga dan perawat, mengundang anggota keluarga untuk merenungkan pengalaman penyakit mereka, dan bahkan berpotensi menyembuhkan ketika perawat menanyakannya dengan cara yang tulus. atau rasa ingin tahu. Pertanyaan-pertanyaan itu sendiri tidak efektif; sebaliknya, hanya melalui percakapan terapeutik pertanyaan dapat membantu perawat menjadi efektif. Pertanyaan juga meningkatkan pemahaman perawat tentang pengalaman anggota keluarga dengan penyakit atau masalah tertentu. Jawaban atas pertanyaan dapat membantu perawat dan keluarga menghargai strategi penanggulangan, kekuatan unik, dan sumber daya keluarga. Jenis percakapan ini sangat berbeda dengan percakapan yang mungkin dilakukan sebuah keluarga dengan petugas penerimaan atau petugas data.

Ada banyak jenis pertanyaan seperti pertanyaan perbedaan, pertanyaan triadik, pertanyaan hipotetis, dan pertanyaan efek perilaku (lihat Bab sebelumnya di buku ini). Dalam bab ini, kami menawarkan dikotomi pertanyaan sederhana yang dapat diajukan perawat: pertanyaan Assessment (pengkajian) dan intervensi.

■ **Assessment** (Penilaian) atau pertanyaan linear dimaksudkan untuk memberi informasi kepada perawat; ini sering kali merupakan pertanyaan investigatif seperti menanyakan gambaran anggota keluarga tentang pengalaman atau masalah penyakit. Kami mendapati bahwa menceritakan kisah sering kali bisa menjadi terapi. Misalnya, menceritakan transisi perkembangan, seperti kelahiran seorang anak atau penempatan orang tua di panti jompo dapat membangkitkan kenangan akan kekuatan dan makna yang mungkin terabaikan atau terlupakan.

■ **Pertanyaan intervensi** atau melingkar dimaksudkan untuk mengundang refleksi dan menimbulkan perubahan; pertanyaan-pertanyaan ini dapat mendorong anggota keluarga untuk melihat masalah mereka dengan cara baru dan kemudian mencari solusi baru. Mereka memperkenalkan kemungkinan-kemungkinan alternatif, teori, keyakinan, dan pandangan, hanya dalam pose mereka (McGee, Del Vento, & Bavelas, 2005).

Perbedaan penting antara kedua kategori pertanyaan ini terletak pada maksudnya. Jadi, ketika jawaban keluarga memberikan informasi bagi keluarga dan perawat, pertanyaan perawat dapat memberikan informasi bagi keluarga.

Perawat pada awal pertemuan keluarga dapat bermanfaat untuk menjelaskan kepada keluarga bahwa dia akan mengajukan berbagai macam pertanyaan untuk memperoleh pemahaman menyeluruh tentang situasi mereka. Selain itu, hal ini juga memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mengenal perawat. Dalam percakapan sosial, sering kali dianggap tidak sopan jika menyela seseorang yang sedang berbicara sambil menanyakan sebuah pertanyaan. Namun, dalam wawancara keluarga dengan waktu terbatas, tidak sopan jika tidak mengetahui persepsi masing-masing anggota keluarga mengenai masalah kesehatan. Terkadang menyela salah satu anggota keluarga untuk memasukkan sudut pandang anggota keluarga lainnya adalah cara yang paling tepat.

Dalam percakapan terapeutik juga tepat bagi perawat untuk memahami bahwa mereka tidak melanggar privasi keluarga ketika mengajukan pertanyaan. Dalam melatih siswa kami untuk mengatasi hambatan mental seperti itu, kami merasa terbantu dengan mengajarkan mereka mengatakan kepada klien, "Saya tidak terlalu mengenal Anda, jadi dapatkah saya percaya jika saya menanyakan sesuatu yang terlalu sensitif, atau sesuatu yang Anda memilih untuk tidak membicarakannya, agar kamu memberitahuku?" Dengan cara ini, siswa memperoleh izin keluarga untuk melakukan diskusi luas. Jika konflik di antara anggota keluarga muncul akibat pertanyaan perawat, kami mendorong siswa kami untuk tidak takut atau terintimidasi oleh hal ini. Sebaliknya, perawat dapat mengatakan, misalnya, "Apakah ini biasanya terjadi jika Anda berdua tidak sepakat dalam suatu masalah?" Nada bicara perawat juga sangat penting ketika mengajukan pertanyaan agar tidak menyampaikan penilaian atau kritik, melainkan menyampaikan pesan keinginan perawat untuk mencari pemahaman yang tulus tentang penyakit atau permasalahannya dan mengajak keluarga

untuk melakukan refleksi yang diharapkan. akan menghasilkan perspektif baru dan perilaku baru.

Singkatnya, pertanyaan yang berguna, efektif, dan efisien waktu adalah bagian dari praktik relasional yang membantu membangun hubungan dan kolaborasi antara perawat dan keluarga. Yang paling penting, pertanyaan bisa sangat efektif dalam menciptakan konteks yang aman bagi keluarga untuk menggambarkan pengalaman penyakit mereka dan diharapkan dapat mengumpulkan ide-ide tentang bagaimana meringankan atau mengurangi penderitaan mereka. Melalui pengajuan pertanyaan intervensi serta intervensi bermanfaat lainnya, perawat dapat mengajak, mendorong, dan mendukung keluarga untuk berubah.

Contoh #1: Libatkan Semua Anggota Keluarga dan Fokuskan Rapat

Dalam contoh pertama ini, Lorraine bertemu dengan pasangan, Nicholas dan Bev. Nicholas mengalami serangan jantung baru-baru ini, dan ini adalah kunjungan klinik lanjutan. Lorraine menanyakan "satu pertanyaan pertanyaan": "Pertanyaan apa yang paling ingin Anda jawab selama pertemuan kita bersama?" "Pertanyaan tunggal" adalah istilah yang diciptakan Lorraine (Wright, 1989), dan tema jawaban atas pertanyaan ini telah dieksplorasi dalam penelitian terbaru (Duhamel, Dupuis, & Wright, in press). Pertanyaan ini menekankan kekhawatiran tertentu dan juga meminta pasangan untuk memprioritaskan kekhawatiran mereka; dia bertanya apa yang paling ingin mereka jawab. Pertanyaannya juga mencakup jangka waktu (yaitu, "selama pertemuan kita bersama").

Dalam sketsa klinis pertama ini, Lorraine menanyakan "satu pertanyaan" kepada Nicholas dan Bev. Dia tidak meminta Bev mengomentari jawaban Nicholas. Sebaliknya, dia melibatkan setiap anggota keluarga untuk mendapatkan perhatian utama mereka. Lorraine memparafrasekan dan mengklarifikasi tanggapan masing-masing orang sehingga dia dan orang tersebut sepakat tentang apa yang dikatakan. Berikut adalah contoh praktik relasional, perawat dan klien berkolaborasi dalam menetapkan fokus pertemuan:

Lorraine Wright: Saya bertanya-tanya dalam waktu singkat yang kita miliki, apakah ada pertanyaan khusus yang paling ingin Anda jawab pada pertemuan kita hari ini?

Suami: Saya ingin dia (memandang istrinya) menghadapi kecemasannya secara berbeda. Aku... aku baik-baik saja.

Istri : Hmm... Oh iya, dia mau aku minum obat penenang. Jadi... tentu saja... (Berpaling)

Dr Lorraine Wright: (Melihat suami) Jadi Anda ingin tahu bagaimana membantu istri Anda mengatasi kecemasannya?

Suami: Oh ya...

Lorraine Wright: Dan bagi Anda, Bev, pertanyaan apa yang paling ingin Anda dapatkan jawabannya?

Istri: Saya ingin dia mulai berolahraga lebih banyak, menjaga pola makannya, menghabiskan waktu bersama keluarga, dan berhenti terlalu mengkhawatirkan pekerjaan...

Suami: (Melihat ke bawah)

Dr Lorraine Wright: Apakah ada satu pertanyaan yang Anda inginkan, Bev ...

Istri: Nah, bagaimana caranya agar dia mengubah gaya hidupnya?

Dr Lorraine Wright: Oke ...

Saat membaca transkrip wawancara sebenarnya, apakah Anda memperhatikan bagaimana perawat, Lorraine, bersikeras mendapatkan jawaban dari Bev? Ketekunan yang lembut dapat menjadi keterampilan penting dalam menetapkan fokus.

Ada banyak jenis pertanyaan lain yang juga dapat digunakan untuk memfokuskan percakapan. Misalnya, seorang perawat dapat bertanya, "Apa yang ingin Anda lihat terjadi hari ini sehingga Anda tahu bahwa pertemuan kita bermanfaat bagi Anda"? Kami ingin menekankan bahwa tidak ada satu pertanyaan pun yang "benar" untuk ditanyakan. Sebaliknya, dengan terlibat dalam percakapan yang terarah dengan pasien dan keluarga mereka, perawat akan memilih pertanyaan yang paling berguna dalam konteks masing-masing keluarga beserta kekhawatiran dan permasalahan unik mereka.

Contoh #2: Gunakan Pertanyaan untuk Menilai Dampak Masalah/Penyakit pada Keluarga

Mengajukan pertanyaan tentang dampak penyakit atau masalah adalah penting untuk memahami dampak, dampak, dan perubahan yang disebabkan oleh penyakit dalam kehidupan dan hubungan anggota keluarga. Dengan bertanya seperti ini, kita memberikan kesempatan kepada keluarga tersebut untuk membicarakan pengalaman penyakitnya atau kisah penyakitnya. Keluarga-keluarga telah melaporkan kepada kami bahwa sering menceritakan kisah atau narasi penyakit mereka sangat membantu dalam penyembuhan emosional, fisik, atau spiritual ketika penyakit tersebut dipahami, didengarkan, diakui, dan disaksikan. Seringkali keluarga tidak diberi kesempatan untuk menceritakan kisah penyakit mereka melalui pertanyaan-pertanyaan berguna dan terampil yang diajukan oleh perawat yang peduli.

Dalam sketsa klinis berikutnya, Maureen bertemu dengan pasangan paruh baya yang mengalami berbagai penyakit kronis. Secara khusus, Phyllis sedang mengatasi osteoarthritis dan menggunakan skuter untuk mobilitas. Baik Ken maupun Phyllis berusia 59 tahun. Mereka mempunyai dua anak laki-laki: yang sulung, usia 26 tahun, sudah menikah, sedangkan anak bungsu, usia 22 tahun, tinggal di rumah keluarga.

Dalam wawancara ini, perawatnya adalah Maureen, dan dia mengeksplorasi dampak osteoarthritis pada pasangan tersebut. Perhatikan bagaimana awalnya sang suami mengatakan bahwa hal itu tidak berdampak pada mereka, namun kemudian ia berbicara tentang dampak penderitaan istrinya terhadap dirinya. Phyllis memuji suaminya atas dukungannya dan membantu pekerjaan rumah tangga, namun kemudian dengan sedih menawarkan keputusannya untuk meninggalkan profesi guru yang ia cintai, karena energinya terkuras karena penyakitnya. Phyllis percaya bahwa dia perlu menghemat energinya untuk keluarganya, tetapi secara terbuka mengakui bahwa menjadi ibu rumah tangga penuh waktu merupakan penyesuaian yang sangat besar.

Pertanyaan tentang dampak penyakit terhadap mereka sebagai pasangan membuka sebuah diskusi yang sangat

berguna tentang bagaimana osteoarthritis telah secara dramatis mengubah kehidupan, karier, dan hubungan mereka serta menawarkan sebuah jendela menuju pengalaman penderitaan, penanggulangan, dan penyembuhan mereka.

Dr. Maureen Leahey: Apa dampak penyakit ini pada Anda berdua?

Suami: Saya tidak tahu apakah benar-benar ada dampaknya... Saya tahu itu yang saya rasakan kadang-kadang... Saya berharap bisa menghilangkan sedikit rasa sakit itu. Sangat sulit bagiku untuk melihat... terutama seseorang yang sangat kucintai, menderita kesakitan.

Istri: (Melihat suami)

Dr Maureen Leahey: (Mengangguk)

Suami: ... Dan itu adalah rasa sakit kronis yang terus-menerus ...

Dr Maureen Leahey: Ya (Mengangguk)

Suami: Tapi aku berusaha untuk memberikan dukungan semaksimal mungkin, tapi...

Istri: Dia sangat membantu dan luar biasa... Ketika saya memikirkan dampaknya... Saya adalah seorang guru, seorang guru sekolah dasar, dan ketika radang sendi saya sangat mengganggu saya, saya memutuskan untuk mengambil cuti karena di sekolah, Saya harus ceria dan ceria. Aku harus mengedepankan diriku,

tapi ketika aku pulang ke rumah, aku tidak begitu ceria. Saya pikir ini tidak adil bagi anak-anak saya sendiri. Jadi saya pikir jika saya di rumah, saya akan bisa berbuat lebih banyak untuk mereka dengan sedikit usaha. Jadi sebenarnya, hal itu berdampak pada kehidupan kami karena saya berhenti mengajar... dan ketika saya mengajar, saya cukup mandiri, menurut saya...

Suami : (Mengangguk) Kamu tadi... Butuh waktu lama untuk menyesuaikan diri...

Istri: Benar. Jauh dari sekolah, dari menjadi guru di sekolah hingga hanya berada di rumah, itu sangat sulit bagi saya, namun Ken cepat beradaptasi dengan

membantu saya dalam hal-hal yang memerlukan bantuan. Selain itu, anak laki-laki kami, menurut saya, sangat menyadari perubahan dalam keluarga kami... bagaimana keadaannya berubah, karena sesungguhnya mereka berbeda.
Dr Maureen Leahey: Sepertinya Anda berdua membuat perubahan yang luar biasa.

Jenis pertanyaan intervensi lain yang dapat menilai dampak suatu penyakit adalah:

- Perubahan apa, jika ada, yang terjadi dalam hidup Anda sejak Anda didiagnosis mengidap penyakit serius?
- Apa dampak penyakit ini terhadap keluarga Anda? Hubungan seksual Anda? Kehidupan kerja Anda?

Pertanyaan-pertanyaan seperti ini menjawab penderitaan yang mungkin dialami keluarga dan dampak sistemik dari penderitaan tersebut. Kami merasa terbantu untuk mengingat bahwa berbicara dapat menyembuhkan, dan pertanyaan-pertanyaan semacam ini berpotensi untuk menilai dan mengintervensi secara bersamaan! Jika pasangan dalam contoh di atas menyatakan keinginannya untuk berupaya mengubah atau memodifikasi strategi penanggulangan tertentu, Maureen bisa saja menanyakan berbagai pertanyaan lain kepada mereka untuk mendorong perubahan. Beberapa contoh mungkin termasuk:

- Apa yang paling membantu Anda dalam menyesuaikan diri? Menurut Anda, apa yang diperhatikan putra Anda?
- Apa yang paling tidak bermanfaat?
- Nasihat apa yang diberikan oleh anggota keluarga Anda? Teman-teman? Penyedia layanan kesehatan? Apakah kamu sudah mencobanya? Apa yang Anda temukan?
- Ide perubahan apa yang sedang Anda pertimbangkan? Apa langkah pertama dalam mencoba ide-ide ini? Siapa yang akan mendukung Anda dalam perubahan ini? Siapa yang mungkin tidak mendukung Anda? Bagaimana Anda dapat menolak godaan untuk kembali ke kebiasaan lama? Bagaimana Anda memberi penghargaan pada diri sendiri karena mengembangkan kebiasaan baru?

Dapat dilihat bahwa pertanyaan-pertanyaan semacam ini mengenai kemungkinan ide dan cara untuk berubah adalah

pertanyaan yang mengajak keluarga untuk merenungkan apa yang berguna dan apa yang tidak berguna di masa lalu dan untuk mengembangkan ide-ide baru untuk masa depan.

Contoh #3: Gunakan Pertanyaan untuk Mendapatkan Keterampilan Pemecahan Masalah, Strategi Mengatasi dan Kekuatan

Keluarga yang sedang menghadapi penyakit kronis atau yang mengancam jiwa atau masalah psikososial biasanya merasa kalah, putus asa, atau gagal dalam upaya mereka untuk mengatasi penyakit tersebut atau hidup berdampingan dengan penyakit tersebut. Mengajukan pertanyaan tentang kemampuan keluarga dalam memecahkan masalah serta strategi dan kekuatan mereka dalam mengatasi masalah tidak hanya berfungsi sebagai penilaian tetapi juga dapat dianggap sebagai intervensi.

Menjelajahi bidang keterampilan pemecahan masalah dan strategi mengatasi masalah ini dapat mengingatkan keluarga akan keterampilan dan kekuatan yang sering terlupakan atau tertekan. Melalui pertanyaan intervensi, keluarga dapat menemukan kembali dan mendapatkan kembali kemampuan mereka sendiri untuk memecahkan masalah dan mengembalikan kekuatan bawaan mereka ke dalam hati dan pikiran mereka.

Sekarang kami ingin beralih ke sketsa keluarga biracial dengan anak kecil: Chris, usia 36, Carleen, usia 28, Reuben, usia 5, Mariah, usia 2, dan Rebecca, 9 bulan. Chris, seorang imigran dari Zimbabwe, bekerja penuh waktu; Carleen, yang tumbuh di kota kecil di pedesaan di Kanada bagian barat, adalah manajer residen di gedung mereka. Masalah kesehatan keluarga ini adalah kondisi tiroid ibu.

Pada contoh bagian pertama, suami dan ayah Chris mengomentari banyak perubahan dalam kehidupannya bersama tiga anak prasekolah, selain bekerja penuh waktu dan mengikuti kursus malam. Perhatikan bagaimana Lorraine berempati dengan banyaknya tuntutan terhadap Chris namun kemudian mengajukan pertanyaan intervensi kepada pasangan tersebut: "Apa yang telah Anda pelajari yang dapat membantu Anda memenuhi semua tuntutan ini"?

Pertanyaan intervensi ini mengundang Carleen untuk berbicara tentang bagaimana segala sesuatunya menjadi lebih terorganisir ketika dia mengarahkan sumber daya seperti teman untuk membantu mereka. Solusi ini memberinya kesempatan untuk melakukan pekerjaannya sendiri sebagai manajer residen dan memberi suaminya lebih banyak waktu untuk studinya.

Suami: Program akuntansi sangat menuntut waktu... dan kemudian anak-anak... Saya menemukannya... Saya kesulitan menemukan waktu untuk belajar karena kami memiliki mereka bertiga... untuk memberi makan mereka, terkadang menyiapkan mereka untuk tidur dan lalu membantu membersihkan rumah. Pada saat itu... aku sangat lelah...

Istri: (Melihat ke arahnya)

Lorraine M. Wright: Ya, tentu saja... Anda sendiri juga buang air besar.

Suami: Saya tidak meluangkan waktu sebanyak yang seharusnya untuk belajar. Ini adalah salah satu perubahan terbesar dari sudut pandang saya.

Dr. Lorraine M. Wright: Begitu banyak tuntutan terhadap diri Anda sendiri... lalu apa yang telah Anda pelajari untuk menangani hal ini? Apa sudahkah Anda belajar bahwa berhasil, tidak berhasil?

Suami: Hmm...

Istri: Kalau saya bisa menyiapkan segala sesuatunya, memberi mereka makan, membersihkan tempat, menyelesaikan pekerjaan saya... karena sering kali ketika dia pulang, saya harus keluar dan melakukan beberapa pekerjaan saya. Saya mempunyai teman yang membantu saya dan saya membantu mereka. Kami bayi duduk satu sama lain.

Lorraine M. Wright: Oh benarkah... itu bagus...

Istri: Itu memungkinkan saya menyelesaikan pekerjaan di siang hari.

Lorraine M. Wright: Itu ide yang bagus... pengaturan yang bagus.

Istri: Ini memberi saya lebih banyak waktu di malam hari.

Apakah Anda memperhatikan bahwa, setelah Carleen membagikan pemikirannya tentang “apa yang berhasil” dalam keluarga untuk membantu memenuhi semua tuntutan mereka, Lorraine memuji pasangan tersebut atas gagasan bagus mereka tentang teman-teman yang bergiliran merawat anak satu sama lain?

Pada bagian sketsa berikutnya, Lorraine menormalkan kesulitan tekanan waktu bagi ibu dan ayah; dia bertanya apakah Carleen bisa menemukan waktu untuk dirinya sendiri. Percakapan penting terjadi saat Carleen mengilustrasikan keterampilan pemecahan masalahnya. Dia berbicara tentang melibatkan putranya untuk mengawasi anak bungsu saat dia melakukan yoga di rumah mereka. Hal ini membuat sang ayah teringat bagaimana dia memberi istrinya waktu untuk dirinya sendiri saat dia mengajak ketiga anaknya ke taman. Sekali lagi, Lorraine memuji keluarga atas upaya ini.

Lorraine M. Wright: (Kepada istri) Apakah Anda bisa meluangkan waktu untuk diri sendiri?

Istri: Ya, pernah. Saya mencoba untuk bangun sebelum anak-anak... namun itu tidak selalu berhasil. Yang ini (Beralih ke arah Ruben yang berusia 5 tahun) bangun, lalu bayinya bangun... Saya akan turun dan melakukan yoga, dan Ruben hanya akan mengawasi saya. Atau saya akan melakukan aerobik...

Lorraine M. Wright: (Melihat Reuben) Jadi Anda menonton ibu melakukan yoga...Apakah Anda pernah bergabung dan melakukannya bersamanya?

Reuben: (Melihat Dr. Lorraine M. Wright) ... ketika bayinya bangun ... mengawasinya ...

Istri: Dia memperhatikan bayinya.

Dr Lorraine M. Wright: Sangat bagus.

Suami: Terkadang yang saya lakukan adalah mengajak anak-anak ke taman agar dia bisa menghabiskan hari sendirian. Saya masih mencoba melakukannya, namun terkadang dia lebih memilih melakukan pekerjaannya.

Menanyakan tentang keterampilan, cara mengatasi masalah, dan kekuatan keluarga dalam memecahkan masalah dapat menjadi landasan bagi intervensi lebih lanjut, jika diperlukan. Misalnya, jika Carleen menyatakan dia ingin meningkatkan keterampilan pemecahan masalahnya, Lorraine dapat melakukan hal ini bersamanya. Misalnya, mereka dapat mendiskusikan kemungkinan kelompok bermain di wilayah tersebut, sumber daya masyarakat yang tersedia, dan sebagainya. Pertanyaan lain yang dapat diajukan untuk memunculkan keterampilan dan kekuatan pemecahan masalah dalam sebuah keluarga meliputi:

- Menanyakan suami di hadapan istrinya: "Menurut Anda, apa manfaat pengabdian dan kepedulian Anda terhadap istri Anda selama dia sakit bagi pernikahan Anda"?
- Menanyakan kepada remaja dalam pertemuan keluarga: "Menurut Anda, apa yang dapat dipelajari oleh keluarga lain dari keluarga Anda mengenai cara mengatasi penyakit kronis"?

Contoh #4: Gunakan Pertanyaan sebagai Intervensi dan Mengundang Perubahan

Proses intervensi mewakili inti praktik klinis dengan keluarga. Banyak sekali intervensi yang mungkin dilakukan, namun perawat perlu menyesuaikan intervensinya dengan setiap keluarga yang mereka temui. Keterbukaan terhadap intervensi tertentu sangat dipengaruhi oleh hubungan antara perawat dan keluarga serta kemampuan perawat dalam membantu keluarga merefleksikan masalah kesehatannya. Pertanyaan itu sendiri dapat memberikan informasi dan jawaban baru bagi keluarga; dengan demikian, mereka menjadi intervensi. Pertanyaan intervensi dapat mendorong anggota keluarga untuk memandang masalah atau pengalaman penyakit mereka dengan cara baru atau mengubah keyakinan mereka dan kemudian menemukan solusi baru.

Contoh klinis berikutnya adalah pada pasangan, Al dan Benz. Dia adalah seorang imigran Tiongkok yang terdokumentasi, dan ini adalah pernikahan pertamanya. Al adalah penduduk asli Kanada, dan ini adalah pernikahan keduanya. Benz hampir keluar dari rumah sakit setelah operasi kanker payudara. Pertanyaan intervensi pertama dalam sketsa klinis ini adalah, "Siapa di antara Anda berdua yang paling kesal dengan berita diagnosis tersebut?" Hal ini mengarah pada percakapan terapeutik yang sangat menyentuh tentang masa depan Benz.

Dr. Lorraine M. Wright: (Melihat istri) Apakah ada jenis kanker lain di keluarga Anda?

Istri: Tidak... kami semua cukup sehat.

Lorraine M. Wright: (Melihat suami) ...dan bagaimana denganmu Al, apakah ada riwayat kanker di keluargamu?

Suami: Tidak... Saya tidak bisa memikirkan apa pun... Saya mempunyai seorang bibi dan paman yang menderita kanker paru-paru. Keduanya adalah perokok berat.

Dr. Lorraine Wright: Jadi ini adalah sesuatu yang sangat baru bagi Anda berdua yang sedang berjuang melawan kanker. Dan menurut Anda, siapa di antara Anda berdua yang paling kecewa dengan diagnosis dan berita ini ketika Anda mendapatkannya?

Suami: Oh Benz, menurutku.

Istri: Menurutku juga begitu. Saya menangis dan menangis. Saya tidak bisa mengatasinya.

Dr Lorraine Wright: Ya ...

Suami: ... dan saya tidak mengerti apa manfaat banyak menangis. Saya pikir Anda harus benar-benar berpikir positif dan tahu di dalam hati bahwa Anda bisa mengalahkan hal ini.

Lorraine Wright: Begitulah cara Anda mencoba menyemangati Benz?

Istri: Ya, dia terus mengatakan itu padaku. Aku hanya merasa perlu menangis. Itulah satu-satunya hal yang perlu saya lakukan...

Dr Lorraine M. Wright: Ya ...

Suami: Baiklah, sebagian dari hal ini dapat dimengerti, dan saya telah mencoba untuk bersimpati, namun Anda harus mengambil jalur berpikir positif dan benar-benar yakin bahwa Anda akan mengatasi hal ini.

Lorraine M. Wright: (Mengangguk)

Suami: Saya sungguh percaya itu. Saya sangat percaya itu.

Lorraine M. Wright: (Melihat suami) ... Benar. (Melihat istri) Dan apa pendapat Anda untuk masa depan? Karena saya pernah bertemu dengan wanita lain penderita kanker payudara yang khawatir... Apa pendapat Anda?

Istri: Kadang-kadang saya cukup baik dalam hal itu. Saya berada di tangan yang tepat; dokterku baik. Dan kadang-kadang, saya tidak tahu. Itu berfluktuasi. Ada hari yang baik dan ada pula yang buruk.

Lorraine M. Wright: Jadi pada suatu hari Anda lebih optimis tentang masa depan Anda dan pada hari lain Anda ...

Istri : Menurutku yang terburuk.

Lorraine M. Wright: Dan apa yang Anda pikirkan saat memikirkan kemungkinan terburuk?

Istri: Bahwa Al dan anak kami, Bryan, akan sendirian tanpa aku. Saya sangat peduli pada mereka.

Suami: Dan pemikiran seperti inilah yang saya coba cegah. Menurutku itu tidak bagus.

Dr. Lorraine M. Wright: Jadi ketika Anda mendengar istri Anda berbicara seperti ini dan saya tidak ada di sini, apakah Anda mencoba untuk menghiburnya dan mengalihkannya dari topik ini?

Suami: Oh ya. Saya mengizinkannya sedikit. Dia harus mengekspresikan dirinya dan mengungkapkan perasaannya, tetapi begitu dia mengungkapkannya, dia harus kembali berharap.

Lorraine M. Wright: (Mencari istri) Dan apakah Anda menyukai pendekatan yang diambil Al? Dia mencoba mengeluarkan Anda dari topik ini dan berpikir optimis. Atau apakah Anda ingin bisa mengatakan lebih banyak tentang sisi lain, 'sisi kekhawatiran'...

Istri: Baiklah, saya tahu dia baik hati dan ingin saya melakukannya dengan baik. Namun terkadang, itulah yang saya rasakan. Mungkin jika dia mau mendengarkanku...

Dalam percakapan terapeutik yang sangat menyayat hati ini, Benz sangat prihatin dengan prognosisnya. Lorraine bertanya tentang keyakinan Benz tentang prognosisnya ketika dia berkata kepada Benz, "Apa pendapat Anda tentang masa depan Anda?"

Ini bukanlah percakapan yang mudah ketika seorang perawat "mengatakan hal yang tidak dapat diungkapkan" dengan memperkenalkan percakapan tentang keyakinan mereka tentang prognosis (Wright & Bell, in press). Mengetahui keyakinan keluarga tentang berbagai aspek penyakit mereka membantu perawat mengetahui apakah keyakinan mereka menghambat atau memfasilitasi. Kami percaya bahwa perawat memiliki peran yang disetujui secara sosial dan dengan demikian dapat membicarakan topik yang sensitif dan intim dengan keluarga. Dalam pengalaman klinis kami, kami menemukan bahwa keluarga jarang keberatan dengan pertanyaan apa pun jika ditanyakan dengan cara yang baik dan bijaksana. Kami telah mendorong siswa kami untuk memiliki rasa ingin tahu dan mengejar topik sulit bersama keluarga. Jika perawat yang bekerja dengan keluarga tersebut tidak dapat mengatasi area yang berpotensi menimbulkan kesulitan dengan keluarga, maka kami mendorong perawat tersebut untuk memindahkan keluarga tersebut ke perawat lain jika memungkinkan atau meminta perawat lain untuk melanjutkan pembicaraan.

Pertanyaan Lorraine mengundang pengungkapan yang sangat berguna tentang perbedaan keyakinan pasangan ini tentang cara mengatasi kekhawatiran dan menghadapi masa depan. Benz ingin mengungkapkan ketakutannya terhadap

masa depan, sedangkan cara yang disukai Al untuk mengatasi kekhawatirannya adalah dengan bersikap optimis. Alih-alih Lorraine memihak Al atau Benz tentang cara terbaik menangani rasa takut, dia bertanya kepada Benz: "Apakah Anda menyukai pendekatan ini (optimisme suaminya), atau Anda ingin mengatakan lebih banyak tentang 'sisi kekhawatiran'?"

Pertanyaan intervensi yang sederhana namun kuat ini berpotensi mengundang perubahan penyembuhan pada salah satu atau kedua pasangan. Benz menyampaikan dengan sangat jelas bahwa dia lebih suka suaminya mendengarkannya. Dapat dimengerti bahwa Al ingin menghiburnya, namun Benz tidak memilih cara suaminya untuk menghiburnya.

Dalam contoh klinis ini, pertanyaan intervensi mengundang anggota keluarga untuk mengeksplorasi dan merefleksikan keyakinan mereka tentang pengalaman penyakit, prognosis, dan cara terbaik untuk menangani penyakit mereka. Refleksi dilakukan melalui pertanyaan intervensi yang sangat disengaja, bijaksana, dan penuh tujuan.

Contoh pertanyaan intervensi lainnya adalah:

- Bagaimana Anda memahami penderitaan Anda?
- Dalam 6 bulan dari sekarang, menurut Anda bagaimana keluarga Anda dapat menyesuaikan diri dengan penyakit ini?

Dalam percakapan terapeutik kami dengan keluarga, kami berharap penyembuhan akan ditingkatkan seiring munculnya pemikiran, ide, atau solusi baru, direnungkan, dan ditindaklanjuti. Ketika anggota keluarga mempertimbangkan cara terbaik menjalani hidup mereka dengan penyakit, perubahan mungkin terjadi.

Contoh #5: Gunakan Pertanyaan untuk Meminta Umpan Balik Tentang Pertemuan Keluarga

Kami berupaya mengajukan pertanyaan yang sesuai dengan filosofi kami dalam membina hubungan kolaboratif antara perawat dan keluarga. Pertanyaan-pertanyaan semacam ini menyiratkan kepada anggota keluarga bahwa kepuasan mereka terhadap pertemuan tersebut, atau kekurangannya, penting dan bahwa kita ingin meningkatkan kepedulian kita

terhadap keluarga. Pertanyaan kolaboratif juga membuka ruang bagi keluarga untuk menyuarakan keprihatinan tentang apa yang secara spesifik bermanfaat bagi mereka.

Dalam sketsa berikut, di akhir pertemuan dengan Al dan Benz, Lorraine bertanya apakah percakapan tersebut bermanfaat bagi mereka. Benz memberikan jawaban singkat dan mengomentari hubungannya dengan Lorraine dengan mengatakan, "Kamu baik hati."

Namun perhatikan bagaimana pertanyaan Lorraine mengundang lebih banyak pemikiran dari Al. Dia merenungkan kembali saran Benz yang ingin dia lebih banyak mendengarkan. Ini adalah contoh yang bagus tentang bagaimana pertanyaan intervensi mengundang refleksi dan bagaimana Al memutuskan sendiri bahwa dia dapat melakukan perubahan perilaku yang akan menjadi cara yang lebih disukai istrinya untuk merasa nyaman. Ini selalu merupakan jenis perubahan yang paling diinginkan dan berkelanjutan, yaitu ketika seorang anggota keluarga memulai perubahan dan bukannya diinstruksikan untuk melakukannya.

Dr. Lorraine M. Wright: (Melihat pasangan itu) Baiklah, sebelum kita mengakhirinya, apakah ada sesuatu dalam percakapan ini yang berguna atau bermanfaat bagi Anda atau tidak?

Istri: ... Menurutku kamu sangat baik.

Lorraine M. Wright: (Mengangguk ke arah istri lalu menatap ke arah suami) Adakah yang bermanfaat bagimu, Al?

Suami: Iya...itu membuatku berpikir. Itu membuatku berpikir. Mungkin saya perlu lebih banyak mendengarkan dan tidak terlalu leluasa memberikan nasihat.

Lorraine M. Wright: (Melihat istri) Menurut saya sungguh luar biasa memiliki suami yang ingin menghibur Anda dan membuat Anda merasa lebih baik...

Istri: Saya beruntung.

Lorraine M. Wright: Namun ada kalanya Anda ingin dia mendengarkan Anda tentang apa yang Anda pikirkan dan rasakan.

Pertanyaan lain yang dapat mengundang umpan balik tentang kegunaan percakapan terapeutik yang dilakukan perawat dengan keluarga adalah:

- Dalam hal apa diskusi kita bermanfaat atau tidak bagi Anda masing-masing?
- Pada skala 1 sampai 10 (1 berarti sangat rendah dan 10 sangat tinggi), menurut Anda seberapa baik saya memahami situasi Anda?
- Apakah ada hal yang Anda harapkan dalam pertemuan ini namun tidak terwujud?

Tentu saja keluarga tidak selalu menyampaikan perasaan positif tentang pertemuan dengan perawat. Jika keluarga menyatakan ketidakpuasan, kami mendorong perawat untuk mengeksplorasi alasan ketidakpuasan mereka dan menerima umpan balik tanpa membela diri. Perawat dapat berterima kasih kepada keluarga atas wawasan mereka dan meminta saran mereka mengenai bagaimana dia dapat lebih membantu orang lain keluarga. Jika perawat mengambil posisi “menundukkan” dengan tulus saat menerima umpan balik, hal ini akan mendorong keluarga untuk mempertahankan hubungan kolaboratif. Hal ini juga memungkinkan perawat untuk merefleksikan praktiknya dan berpotensi mengubah tindakannya untuk pertemuan keluarga di masa depan.

TERMINATION (AKHIR)

Cara Mengakhiri Hubungan dengan Keluarga

Mengetahui bagaimana menyelesaikan pekerjaan klinis dengan keluarga dengan sukses sama pentingnya dengan mengetahui bagaimana memulainya—bahkan mungkin lebih penting lagi. Ketika perawat berpisah dengan keluarga, mereka harus melakukannya dengan cara yang membuat keluarga memiliki harapan dan keyakinan akan kekuatan, sumber daya, dan kemampuan mereka yang baru dan ditemukan kembali untuk mengelola kesehatan dan hubungan mereka. Jika keluarga tersebut menderita

penyakit, kehilangan, atau kecacatan, maka pada akhir penelitian klinis, hasil yang sangat diinginkan adalah meringankan atau meringankan penderitaan dan meningkatkan kesembuhan.

Mengakhiri hubungan profesional dengan keluarga dengan cara terapeutik adalah salah satu aspek paling menantang dalam proses wawancara keluarga bagi perawat. Reed dan Tarko (2004) membuat pengamatan yang menarik bahwa, dalam keperawatan, "masalah terminasi telah sering dibahas dalam teks keperawatan psikiatri, membuatnya tampak seolah-olah tidak ada situasi keperawatan lain yang memiliki masalah seputar terminasi" (hal. 266). Penghentian terus menjadi fase pengobatan yang paling sedikit diperiksa dalam pekerjaan klinis dengan keluarga.

Aspek penting dari tahap terminasi bukan hanya mengakhiri hubungan perawat-keluarga secara terapeutik namun melakukannya dengan cara yang akan mempertahankan kemajuan dan menumbuhkan harapan untuk masa depan. Perawat umumnya membangun hubungan yang sangat intens dan bermakna dengan keluarga dan, oleh karena itu, mungkin merasa bersalah atau takut untuk memulai terminasi. Hal ini terutama terlihat dalam praktik keperawatan ketika hubungan tersebut telah berlangsung lama, selama berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun, seperti di panti jompo, fasilitas perawatan tambahan, dan rumah klien. Dalam bab ini, kami meninjau proses terminasi dengan memeriksa keputusan untuk melakukan terminasi ketika hal tersebut diprakarsai oleh keluarga atau perawat atau sebagai akibat dari konteks di mana anggota keluarga berada. Dalam banyak kasus, keputusan perawat untuk mengakhiri hubungan dengan keluarganya tidak berarti bahwa keluarga tersebut akan menghentikan kontak dengan semua profesional. Oleh karena itu, kami juga membahas proses merujuk keluarga ke profesional kesehatan lainnya. Kami memberikan saran khusus untuk menghentikan secara bertahap dan mengakhiri pengobatan serta untuk mengevaluasi efek dari proses pengobatan. Kita harus menekankan bahwa seperti halnya aspek lain dari wawancara keluarga yang dilakukan secara kolaboratif, fase terminasi juga harus dilakukan. Pemutusan hubungan kerja harus dilakukan dengan partisipasi penuh dan masukan dari keluarga bila memungkinkan.

KEPUTUSAN UNTUK MENGHENTIKAN Pengakhiran yang Diprakarsai Perawat

Penting untuk ditekankan bahwa pemutusan hubungan kerja dapat terjadi sebelum masalah atau penyakit yang ada benar-benar “sembuh” atau terselesaikan. Sebaliknya, kemampuan keluarga untuk mengatasi atau hidup berdampingan dengan masalah atau penyakit, meskipun diharapkan dengan meringankan penderitaan emosional, fisik, dan spiritual, adalah dorongan untuk memulai terminasi. Dalam sebagian besar kasus, tidak realistis bagi perawat untuk berusaha sepenuhnya menghilangkan kekhawatiran atau penyakit yang ada, dan tujuan seperti itu sering kali membuat keluarga merasa lebih putus asa dan putus asa serta perawat merasa tidak mampu atau tidak membantu. Ini adalah pelunakan penderitaan karena penyakit atau peningkatan penyembuhan dan kesadaran yang memungkinkan sebuah keluarga untuk hidup dengan masalah atau penyakitnya dengan cara yang lebih damai dan terkendali. Jika kekhawatiran keluarga terkait dengan promosi kesehatan, maka pengetahuan yang lebih luas atau peningkatan keahlian keluarga mungkin menjadi indikator pemutusan hubungan kerja.

Tahap terminasi berkembang dengan mudah jika tahap awal dan tengah keterlibatan dan pengobatan telah berkembang dengan sukses. Namun, keputusan tersulit yang diambil perawat mana pun sehubungan dengan terminasi berhubungan dengan waktu. Kapan waktu yang tepat untuk terminasi? Pertanyaan ini berkaitan langsung dengan pandangan, keyakinan, ide, dan solusi baru yang telah dihasilkan oleh keluarga dan perawat untuk menyelesaikan permasalahan saat ini. Jika pilihan-pilihan solusi baru telah ditemukan dan akibatnya fungsi keluarga menjadi berbeda, terutama ketika ada permasalahan yang muncul, inilah saatnya untuk mengakhirinya karena telah terjadi perubahan. Keterampilan yang diperlukan untuk terminasi yang diprakarsai perawat diberikan di bagian selanjutnya dari bab ini (“Pentahapan dan Penutupan Perawatan”).

Ketika terminasi diprakarsai oleh perawat, penekanan sepanjang proses terminasi adalah untuk mengidentifikasi, menegaskan, memperkuat, dan memperkuat perubahan

yang telah terjadi dalam anggota keluarga. Oleh karena itu, perubahan harus dibedakan agar menjadi kenyataan (Wright & Bell, in press). Salah satu cara untuk membedakan perubahan adalah dengan memperoleh perspektif anggota keluarga lainnya. Perawat dapat mencapai hal ini dengan mengajukan pertanyaan seperti, "Perubahan apa yang Anda perhatikan pada istri Anda sejak dia mengadopsi gagasan baru bahwa 'penyakit adalah urusan keluarga?'" atau "Apa lagi yang dianggap berbeda oleh keluarga atau teman Anda? dalam dirimu sejak depresimu karena menderita kanker telah hilang?"

Memulai ritual pada saat terminasi juga dapat menekankan perubahan dan memberikan keberanian kepada keluarga untuk menjalani hidup mereka tanpa keterlibatan profesional layanan kesehatan. Jika kekhawatiran awal melibatkan seorang anak, kita sering mengadakan pesta (balon, kue, dan sebagainya) untuk merayakan penguasaan anak terhadap masalah tertentu, apakah itu enuresis, melawan rasa takut, atau menggantikan rasa sakit kronis. Selain itu, anak tersebut diberikan sertifikat yang menunjukkan bahwa ia telah mengatasi masalahnya. Praktik ini membantu keluarga untuk mengakui perubahan melalui perayaan.

Tim perawat klinis lainnya memberikan keluarga sesuatu untuk melambangkan kemajuan mereka. Misalnya saja, sebuah keluarga diberi sebuah bulu untuk menunjukkan bahwa permasalahan mereka kini hanya membutuhkan "sentuhan sehelai bulu" untuk dapat mengatasinya. Penting untuk menandai kekuatan keluarga dan kemampuan pemecahan masalah ketika keluarga melanjutkan kehidupan sehari-hari tanpa keterlibatan perawat.

Di salah satu klinik rawat jalan, surat penutup secara rutin dikirimkan pada akhir pekerjaan klinis kepada setiap keluarga yang menyoroti apa yang telah dipelajari tim keperawatan klinis dari keluarga dan gagasan apa yang ditawarkan tim kepada keluarga (Moules, 2002; Wright & Bell, dalam tekan). Surat-surat terapeutik ini berfungsi sebagai ritual penutup. Mereka memberikan kesempatan untuk menyoroti kekuatan keluarga dan mendokumentasikan

secara pribadi intervensi keluarga dan individu yang ditawarkan. Surat-surat tersebut juga mengakui bahwa keperawatan keluarga bukanlah jalan satu arah dimana perawat membantu keluarga. Sebaliknya, dengan menyatakan apa yang telah dipelajari oleh perawat dan tim klinis dari keluarga, perawat menghormati pengaruh timbal balik dan relasional antara keluarga dan tim keperawatan klinis.

Pengakhiran yang Diprakarsai Keluarga

Ketika sebuah keluarga mengambil inisiatif untuk melakukan keputusan hubungan kerja, sangat penting bagi perawat untuk mengetahui keinginan mereka dan kemudian mendapatkan informasi yang lebih eksplisit mengenai alasan mereka ingin melakukan keputusan hubungan kerja. Informasi ini membantu perawat untuk memahami respon keluarga terhadap proses wawancara. Apakah keluarga tersebut telah menemukan solusi baru terhadap masalah mereka atau menantang keyakinan mereka untuk meringankan penderitaan mereka? Misalnya, apakah mereka sudah menemukan cara untuk beristirahat dari merawat anak mereka yang sakit tanpa merasa bersalah berlebihan? Apakah keluarga telah menantang keyakinan mereka yang menghambat tentang pengalaman sakitnya (Wright & Bell, in press)? Misalnya, apakah mereka kini sudah berhenti menyalahkan diri sendiri atas suami yang menderita penyakit jantung, salah satunya karena harus melakukan dua pekerjaan? Apakah keluarga dan perawat mampu mengidentifikasi dan menyepakati perubahan signifikan yang terjadi baik dalam fungsi individu maupun keluarga? Apakah keluarga juga mengetahui cara mempertahankan perubahan ini? Misalnya, jika seorang anak laki-laki menolak memberikan suntikan insulin di kemudian hari, apa yang akan dilakukan keluarga tersebut?

Jika keluarga secara khusus menyatakan bahwa mereka ingin mengakhiri hubungan tetapi perawat yakin hal ini terlalu dini atau bahkan memperburuk penderitaan mereka, penting bagi perawat untuk mengambil inisiatif untuk meninjau kembali keputusan keluarga. Dengan melakukan hal ini, perawat mengonsep ulang kemajuan yang telah dicapai keluarga dan mengenali masalah apa yang masih ada

serta tujuan dan solusi apa yang mungkin dapat dicapai. Salah satu cara untuk melakukan hal ini adalah dengan meminta anggota keluarga berdiskusi satu sama lain tentang keinginan mereka untuk melanjutkan atau menghentikan sesi dan mencari tahu siapa yang paling tidak menyukai penghentian. Selain itu, hal-hal spesifik dari keputusan tersebut mungkin berguna, seperti kapan keluarga memutuskan untuk mengakhiri hubungan dan apa yang mendorong keputusan tersebut. Setelah menentukan siapa yang paling bersemangat untuk melanjutkan, perawat dapat mengundang anggota keluarga tersebut untuk berbagi dengan anggota keluarga lainnya mengenai manfaat yang diharapkan dari sesi selanjutnya. Akan sangat membantu bagi keluarga untuk menjelaskan secara spesifik dan menekankan manfaat yang dapat dicapai jika wawancara keluarga terus dilanjutkan. Namun, ada kalanya pemutusan hubungan kerja tidak bisa dihindari. Pada titik ini, masuk akal dan etis untuk menerima inisiatif keluarga untuk melakukan penghentian dan melakukannya tanpa memberikan tekanan yang tidak semestinya, meskipun perawat mungkin tidak setuju dengan keputusan mereka.

Kami sangat menyarakan para perawat untuk tidak menyalahkan keluarga atau diri mereka sendiri ketika mereka yakin bahwa keluarga tersebut meninggalkan pengobatan sebelum waktunya atau secara tiba-tiba. Sebaliknya, kami mendorong perawat untuk membuat hipotesis tentang faktor-faktor yang mungkin berkontribusi terhadap terminasi. Faktor-faktor ini mungkin termasuk perilaku yang berhubungan dengan perawat seperti terlalu selaras dengan anak-anak, terlalu lambat dalam melakukan intervensi, atau terlalu "menikah" dengan hipotesis tertentu tentang fungsi keluarga, atau tidak memperhatikan perhatian utama keluarga, kesalahan yang harus dihindari). Perilaku yang berhubungan dengan keluarga seperti keterlibatan secara bersamaan dengan lembaga lain juga harus dipertimbangkan.

Perawat juga mungkin menghadapi kasus di mana sebuah keluarga menyatakan bahwa mereka ingin melanjutkan pengobatan namun memulai terminasi secara tidak langsung. Indikasinya antara lain datang terlambat untuk

sesi, janji yang terlewat, dan ketidakhadiran anggota keluarga tertentu yang diminta hadir. Indikator lain yang mungkin membuat keluarga mempertimbangkan untuk melakukan pemutusan hubungan kerja adalah ekspresi ketidakpuasan mereka terhadap jalannya pengobatan atau keluhan tentang kesulitan logistik untuk hadir atau hilangnya waktu kerja. Dalam situasi ini, kami menyarankan agar langkah yang sama diambil seperti ketika keluarga memulai pemutusan hubungan kerja secara langsung.

Tantangan dari pemutusan hubungan kerja yang diprakarsai oleh keluarga adalah menentukan apakah hal tersebut prematur atau tidak. Dalam literatur keperawatan, masih sedikit penelitian yang memberikan wawasan mengenai alasan terminasi dini. Oleh karena itu, perawat harus mengandalkan penilaian klinis mereka sendiri untuk memastikan apakah terminasi dini. Mudah-mudahan, studi penelitian di masa depan akan membahas bidang ini dalam praktik keperawatan dengan keluarga yang menjalani rawat jalan.

Berdasarkan pengalaman klinis kami, kami menemukan bahwa keluarga yang melewatkan sesi pengobatan pertama berisiko tinggi untuk putus sekolah selama menjalani pengobatan. Implikasi dari janji yang terlewat mengacu pada pentingnya tahap pertunangan dan bahkan kontak awal dengan keluarga melalui telepon. Kami juga menemukan bahwa sumber rujukan mempunyai korelasi langsung dengan kelanjutan pengobatan keluarga. Keluarga yang dirujuk oleh institusi (seperti sekolah atau pengadilan) lebih cenderung menghentikan pengobatan sebelum mencapai tujuan pengobatan dibandingkan keluarga yang dirujuk secara individu (misalnya oleh dokter atau profesional kesehatan mental). Keluarga yang merujuk sendiri cenderung menyelesaikan proses pengobatan.

Sangat penting untuk membantu keluarga memahami sifat kontrak pengobatan. Pemahaman banyak keluarga tentang apa yang terjadi dalam wawancara keluarga sangat berbeda dengan pemahaman perawat. Oleh karena itu, keluarga-keluarga ini mungkin memperlakukan perawat seperti halnya mereka memperlakukan dokter, imam, atau ulama, dimana

mereka menggunakan layanan tersebut sesuai keinginan mereka dan berhenti menggunakannya sesuai keinginan mereka. Karena alasan ini, kami merasa sangat berguna ketika menemui keluarga yang menjalani rawat jalan untuk melakukan kontrak sejumlah sesi tertentu dan kemudian mengevaluasi kembali seiring kemajuan yang terjadi. Pendekatan ini dapat membantu mencegah penghentian prematur atau tiba-tiba.

Surat Penutup

Cara lain untuk memberi tanda baca pada akhir pengobatan secara positif adalah dengan mengirimkan surat kepada keluarga yang berisi ringkasan sesi keluarga. Surat ini memberikan kesempatan untuk menyoroti kekuatan keluarga, memperkuat perubahan yang dilakukan, menawarkan kepada keluarga tinjauan atas upaya mereka dan apa yang telah mereka capai, dan membuat daftar ide (intervensi) yang ditawarkan kepada mereka. Di Unit Keperawatan Keluarga, Universitas Calgary, surat penutup secara rutin dikirim ke setiap keluarga setelah pengobatan selesai (Hougher Limacher & Wright, 2006; Moules, 2002, 2003; Wright, 2005; Wright & Bell, in press). Banyak keluarga berkomentar betapa mereka menghargai surat-surat itu dan seberapa sering mereka merujuknya. Contoh berikut mengilustrasikan surat penutup yang khas:

Keluarga Barbosa yang terhormat:

Salam dari Unit Keperawatan Keluarga. Kami berkesempatan bertemu dengan berbagai anggota keluarga Anda sebanyak delapan kali. Saya juga melakukan beberapa percakapan telepon dengan Venicio dan Fatima dalam beberapa bulan terakhir.

Apa yang Tim Kami Tawarkan kepada Keluarga Anda. Sepanjang kerja sama kami, tim perawat klinis kami sangat terkesan dengan keluarga Anda. Meskipun banyak tantangan yang dihadapi Anda selama beberapa tahun terakhir, keluarga Anda mampu mengatasi banyak hambatan dan mencari cara untuk saling membantu melewati masa-masa sulit ini.

1. Kami menawarkan kepada Anda gagasan bahwa sebagian besar keluarga merasa sangat sulit untuk berbicara secara terbuka tentang kehilangan atau

kematian anggota keluarga yang akan terjadi, namun pembicaraan tersebut dapat sangat menyembuhkan. Anda telah menunjukkan kepada kami bahwa hal ini juga terjadi di keluarga Anda.

2. Kami menawari Anda beberapa buku untuk dibaca tentang keluarga lain yang mengalami tragedi serupa seperti Anda.

3. Kami menawarkan kepada Anda gagasan bahwa menyelesaikan permasalahan dalam hubungan yang bersifat konfliktual dapat mendatangkan kedamaian dan kenyamanan yang luar biasa, khususnya setelah kematian orang yang dicintai.

Apa yang Tim Kami Pelajari dari Keluarga Anda. Pengalaman kami dengan keluarga Anda telah mengajarkan banyak hal kepada tim keperawatan klinis kami. Berikut sintesisnya:

1. Keluarga yang menderita penyakit yang memperpendek umur salah satu anggotanya memiliki kekuatan untuk menghadapi masalah menyalahkan, bersalah, dan malu yang belum terselesaikan. Meskipun ada banyak kepedihan dan luka dalam sebuah keluarga, mereka dapat memulihkan hubungan mereka dan melanjutkan hidup.

2. Meskipun merupakan respons umum bagi anggota keluarga untuk menjauhkan diri dari kemungkinan kematian karena penyakit yang memperpendek hidup dan takut akan kematian, mereka dapat berdamai satu sama lain dan menemukan kedamaian dalam keluarga. diri mereka sendiri, memberi mereka keberanian untuk melanjutkan.

3. Meskipun ibu dan anak tinggal di tempat yang berbeda dan jarang bertemu, mereka tetap dapat memainkan peran penting dalam kehidupan satu sama lain. Tidak peduli berapa usia seorang anak dan orang tua, pengetahuan bahwa mereka saling mencintai dan menerima satu sama lain apa adanya dapat mewujudkannya

perbedaan yang signifikan dalam kehidupan mereka.

4. Ketidakpastian akibat penyakit yang memperpendek umur bisa menjadi hal tersulit yang dihadapi keluarga. Anggota keluarga dapat saling membantu mengatasi

ketidakpastian dengan mendiskusikan situasi secara terbuka di antara mereka sendiri.

5. Kakek-nenek dan cucu mempunyai hubungan yang sangat istimewa yang berbeda dengan hubungan orang tua dan anak laki-laki.

Saat Anda semua terus menghadapi banyak tantangan yang ada di depan, kami percaya bahwa Anda akan memanfaatkan kekuatan khusus Anda serta komunikasi yang lebih terbuka untuk membantu Anda menghadapi tantangan ini. Sungguh suatu kehormatan bisa bekerja sama dengan Anda. Kami berharap Anda terus diberi kekuatan untuk masa depan.

Jika Anda menginginkan konsultasi lebih lanjut kapan saja, Anda dapat mengaturnya dengan menghubungi sekretaris Unit Keperawatan Keluarga. Seorang asisten peneliti akan menghubungi Anda dalam waktu sekitar 6 bulan untuk meminta Anda berpartisipasi dalam studi hasil kami guna memastikan kepuasan Anda terhadap Unit Keperawatan Keluarga.

Hormat kami,

Jane Nagy, R.N.

Lorraine M. Wright, RN, Ph.D.

Direktur Mahasiswa Magister,

Profesor Unit Keperawatan Keluarga, Fakultas Keperawatan

Surat terapeutik, baik yang dikirim selama tugas klinis bersama keluarga atau pada akhir pengobatan, telah terbukti menjadi intervensi yang sangat berguna dan sering kali ampuh untuk mengundang keluarga merefleksikan ide-ide yang ditawarkan dalam sesi tersebut serta untuk merefleksikan perubahan yang telah mereka buat selama sesi tersebut. sesi (Hougher Limacher & Wright, 2006; Levac, dkk, 1998; Moules, 2002, 2003; Watson & Lee, 1993; White & Epston, 1990; Wright, 2005; Wright & Nagy, 1993; Wright & Watson, 1988 ; Wright & Bell,).

REFERENSI KEPADA PROFESIONAL LAINNYA

Rujukan ke profesional lain mungkin disarankan karena berbagai alasan. Kami akan membuat daftar beberapa tugas khusus yang diperlukan untuk kelancaran transisi keluarga dari satu profesional ke profesional lainnya. Namun pertamanya, kita akan membahas beberapa alasan umum bagi perawat untuk merujuk keluarga ke profesional lain. Dengan berkembangnya bidang spesialisasi dalam keperawatan, termasuk keperawatan sistem keluarga, menjadi tidak mungkin dan sama sekali tidak realistis untuk mengharapkan perawat menjadi ahli di semua bidang. Oleh karena itu, ketika masalahnya cukup kompleks, mungkin tepat bagi perawat untuk mencari masukan dari sumber daya profesional tambahan. Seorang perawat dapat merujuk keluarga atau anggota keluarga tertentu untuk konsultasi atau pengobatan berkelanjutan. Misalnya, jika seorang senior dalam sebuah keluarga mengalami sakit kepala sementara, sangat penting untuk menyingkirkan asal usul organik atau biologis dari masalah ini. Oleh karena itu, perawat mungkin merujuk keluarga untuk berkonsultasi dengan ahli saraf dan dapat menunda pengobatan sampai konsultasi selesai.

Demikian pula, perawat mungkin menemukan bahwa anak tertentu mempunyai ketidakmampuan belajar yang berada di luar keahlian perawat. Perawat mungkin menyarankan untuk merujuk anak tersebut ke pusat pendidikan yang memiliki personel yang memiliki keahlian lebih dalam menangani anak yang mengalami kesulitan belajar. Perawat harus terbuka untuk merujuk individu atau seluruh keluarga untuk konsultasi tanpa menganggap hal ini sebagai kekurangan dalam keahlian mereka. Untuk merujuk dengan bijak, perawat memerlukan perluasan pengetahuan luas tentang sumber daya profesional dalam komunitas.

Beberapa keterampilan khusus yang diperlukan dalam membuat rujukan yang tepat dijelaskan dalam paragraf berikut.

Mempersiapkan Keluarga

Perawat harus mempersiapkan keluarga secara memadai sehingga mereka memahami sifat rujukan ke profesional

baru. Hal ini dapat dilakukan dengan menjelaskan secara langsung kepada keluarga alasan rujukan dan mengapa perawat merasa keluarga mendapat manfaat dari rujukan tersebut. Metode lain yang berguna untuk memastikan keterbukaan dan kejelasan tentang sifat rujukan adalah dengan menulis ringkasan oleh perawat dan kemudian meninjau ringkasan tersebut bersama keluarga. Ringkasan ini kemudian dapat dikirim ke profesional baru dan salinannya disediakan untuk keluarga. Dengan cara ini, keluarga tidak lagi bertanya-tanya informasi apa yang akan dibagikan kepada profesional baru tersebut. Selain itu, pesan implisit penting diberikan bahwa informasi ini bersifat rahasia dan pribadi tentang mereka dan, oleh karena itu, mereka mempunyai hak untuk mengetahui apa yang dibagikan.

Memilih seorang profesional baru terkadang menimbulkan tantangan. Jika seorang perawat dikenal di masyarakat, adalah bijaksana untuk meminta bantuan rekan kerja untuk mendapatkan ide dan saran mengenai lembaga atau profesional mana yang terbaik untuk jenis perawatan yang diperlukan atau mencari informasi dari direktori dan buklet informasi komunitas.

Temui Profesional Baru

Berdasarkan pengalaman kami, transisi ke profesional baru akan jauh lebih efektif dan efisien jika perawat dapat hadir bersama keluarga pada pertemuan pertama. Dengan cara ini, rujukan yang lebih pribadi dibuat. Hal ini sering kali mengurangi ketakutan dan kecemasan yang mungkin dimiliki keluarga tentang memulai "baru" dengan seseorang yang baru. Sebelum rujukan, kesempatan harus diberikan kepada keluarga untuk mengungkapkan kekhawatiran atau mengajukan pertanyaan tentang rujukan. Pada pertemuan pertama, keluarga mungkin ingin mengklarifikasi harapan dan pemahaman mereka tentang alasan rujukan kepada profesional baru, dan kesalahpahaman apa pun dapat diatasi pada saat itu. Pertemuan bersama dengan keluarga, perawat, dan profesional baru juga dapat menjadi "penanda" berakhirnya hubungan perawat dengan keluarga.

Pertahankan Batasan yang Sesuai

Meskipun terdapat peningkatan kolaborasi interdisipliner dalam pelayanan kesehatan, tetap penting untuk memperjelas batasan tanggung jawab ketika sebuah keluarga dirujuk. Jika tidak, ada potensi perawat secara tidak sengaja menjadi triangulasi antara keluarga dan profesional baru. Misalnya, seorang perawat perawatan di rumah secara teratur mengunjungi seorang pasien lanjut usia yang tinggal bersama putrinya yang sudah dewasa. Tujuan kunjungan perawat home care adalah untuk membantu perawatan kolostomi. Perawat mengamati dan menilai konflik yang parah dan berkepanjangan antara orang tua lanjut usia dan anak perempuannya yang sudah dewasa. Konflik ini mempunyai dampak negatif, menghalangi pasien lanjut usia untuk memikul lebih banyak tanggung jawab atas perawatan fisiknya. Karena keterampilan penilaian keluarga yang dimilikinya, perawat dapat membuat rujukan penting ke program terapi keluarga di mana penelitian yang lebih mendalam mengenai konflik antargenerasi dimulai. Namun, pada kunjungan selanjutnya, pasien lanjut usia menyampaikan keluhannya kepada perawat tentang putrinya yang sudah dewasa sehingga pasien tidak berdiskusi dalam pertemuan keluarga. Selain itu, terapis keluarga memanggil perawat dan meminta perawat untuk memberikan tekanan pada orang tua lanjut usia agar lebih kooperatif dalam menghadiri sesi. Dengan demikian, dengan cepat perawat menjadi "terjebak di tengah-tengah" antara keluarga dan terapis. Perawat menangani situasi tersebut dengan meminta untuk bergabung dalam pertemuan dengan keluarga dan terapis untuk memperjelas harapan semua pihak. Dalam satu sesi ini, perawat mampu "mendetriangulasi" dirinya dari aliansi apa pun dengan memperjelas perannya saat ini dalam keluarga dan profesional baru.

Kami percaya bahwa tingkat perubahan positif yang lebih tinggi terjadi ketika perbaikan dibuktikan dalam interaksi sistemik (keseluruhan keluarga) atau hubungan (diadik) dibandingkan ketika perbaikan dibuktikan pada individu saja. Artinya, perubahan individu secara logis tidak memerlukan perubahan sistem, tetapi perubahan sistem yang stabil memerlukan perubahan individu dan perubahan hubungan, dan perubahan hubungan memerlukan perubahan individu.

Perawat dapat memberikan kontribusi yang signifikan terhadap penelitian hasil keluarga dengan berfokus pada tindak lanjut dengan keluarga di mana anggota keluarga tertentu mengalami masalah kesehatan. Bidang pekerjaan keluarga ini baru saja mulai diteliti dan sangat cocok dengan keterlibatan aktif perawat dalam evolusinya.

KESIMPULAN

Kami berharap bab ini memberi Anda ide tentang bagaimana menggunakan pertanyaan dalam wawancara keluarga—pertanyaan yang mengundang kemungkinan penyembuhan dan perubahan. Tentu saja, ada banyak sekali pertanyaan yang dapat diajukan perawat kepada keluarga. Namun kami berharap contoh peta jalan wawancara ini akan membantu Anda menjadi lebih selektif dan efisien waktu saat mengajukan pertanyaan. Kami berharap Anda akan mendapati bahwa mengajukan pertanyaan kepada keluarga akan memberi Anda peningkatan pemahaman dan apresiasi terhadap pengalaman atau kekhawatiran penyakit mereka dan ini akan meringankan penderitaan serta mengundang lebih banyak harapan dan kesembuhan.

Menyelesaikan pengobatan dengan cara terapeutik dan konstruktif merupakan tantangan bagi setiap perawat yang bekerja dengan keluarga. Sayangnya, lebih banyak yang telah ditulis dalam literatur tentang bagaimana memulai dan menangani keluarga daripada bagaimana mengakhiri keluarga secara efektif dan terapeutik. Namun, kami ingin menekankan pentingnya mengakhiri kontak dengan keluarga dengan cara yang akan meningkatkan kemungkinan bahwa berkurangnya penderitaan akan terus berlanjut dan bahwa perubahan serta harapan dalam hubungan keluarga akan dipertahankan, dirayakan, dan diperluas. Dan Kami berharap para perawat dapat mengakhiri perawatan secara baik baik dan memberikan kesan yang bagus serta professional.

References

Duhamel, F., Dupuis, F., & Wright, L.M. (in press). Families and nurses answers to the One Question Question': Helpful directions clinical practice, education, and research in family nursing. *Journal of Family Nursing*.

- Duhamel, F., & Talbot, L. (2004). A constructivist evaluation of family interventions in cardiovascular nursing practice. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 12-32.
- Hougher Limacher, L.H., & Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12, 307-331.
- Levac, A.M., et al. (1998). A "Reader's Theater" intervention to managing grief: Posttherapy reflections by a family and a clinical team. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(1), 81-93.
- Madsen, W. (2007). Working within traditional structures to support a collaborative clinical practice. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, 51-61.
- McGee, D., Del Vento, A., & Bavelas, J.B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 371-384.
- Wright, L.M. (1989). When clients ask questions: Enriching the therapeutic conversation. *Family Therapy Networker*, 13(6), 15-16.
- Reed, K., & Tarko, M.A. (2004). Using the nursing process with families. In P.J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Robinson, C.A., & Wright, L.M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing*, 1(2), 327-345.
- Watson, W.L., & Lee, D. (1993). Is there life after suicide? The systemic belief approach for "survivors" of suicide. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 37-43.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wright, L.M. & Bell, J.M). (in press). *Belief and illness: A model to invite healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L.M., & Levac, A.M. (1992). The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. *Journal of Advanced Nursing*, 17(8), 913-917.

- Wright, L.M., & Nagy, J. (1993). Death: The most troublesome family secret of all. In E. Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 121–137). New York: W.W. Norton & Co.
- Wright, L.M., & Watson, W.L. (1988). Systemic family therapy and family development. In C.J. Falicov (Ed.), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle* (pp. 407–30). New York: Guilford Press.
- Wright, L.M. (2005). *Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (Producers). (2006). *How to use questions in family interviewing*. [DVD]. Calgary, Canada

Biodata Penulis:



Dr. Prima Dewi Kusumawati, S.Kep Ns., M.Kes, saat ini menjadi dosen di Universitas STRADA Indonesia (USI) yang dulu bernama IIK Strada Indonesia di Kediri.

Background Pendidikan:

- Tahun (2004 – 2009) STIKes "Surya Mitra Husada "Kediri, S1 Ilmu Keperawatan
- Tahun (2009 – 2011) Universitas Sebelas Maret, S2 - Magister Kedokteran Keluarga
- Tahun (2017 – 2022) Universitas Merdeka Malang, S3 – Ilmu Sosial
- Link **Google Scholar**:

https://scholar.google.com/citations?user=b0R_FGsAAAAJ&hl=id

Buku buku yang sudah terbit oleh penulis:

1. **PEDOMAN PENULISAN ABSTRAK Model IMRAD (Versi Bahasa Inggris)** oleh : DR. H. KOESNADI, SH. MH. & PRIMA DEWI KUSUMAWATI, S.Kep.Ns. M.Kes.– September 2019
2. **KEPERAWATAN KESEHATAN KOMUNITAS**, Oleh: PRIMA DEWI KUSUMAWATI, S.Kep.Ns. M.Kes, Maret 2019
3. **CARA EFEKTIF MENGATASI KECEMASAN LANSIA** oleh Prima Dewi Kusumawati, S.Kep, Ns., M.Kes, ©– September 2018
4. **ETIKA – HUKUM DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN** oleh DR. H. KOESNADI, SH. MH. PRIMA DEWI KUSUMAWATI, S.Kep.Ns. M.Kes. – Februari 2018
5. **BUKU AJAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN** Oleh Prima Dewi Kusumawati, S.Kep, Ns., M.Kes & Joko Sutrisno, S.Kep. Ns. M.Kes– Nopember 2017

6. **KEPERAWATAN KELUARGA & APLIKSINYA**
Oleh Prima Dewi Kusumawati. S.Kep.Ns.
M.Kes,– Nopember 2017
7. **METODE DASAR PENELITIAN KUALITATIF & KUANTITATIF** oleh DR. H. KOESNADI, SH. MH. DR. H. SANDU SIYOTO, SKM, M.KES. PRIMA DEWI KUSUMAWATI, S. KEP. NS., M.KES. – Desember 2017
8. **LANSIA DAN CARA PENGISIAN INSTRUMEN PENILAIAN UNTUK LANSIA**, oleh Prima Dewi Kusumawati,S.Kep,Ns.,M.Kes, 2016,