

**PENDEKATAN CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL (CFIM)  
SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN PERILAKU KELUARGA DALAM  
PENANGANAN PERTAMA DIARE ANAK USIA 1-5 TAHUN**

*(Calgary Family Intervention Model (CFIM) Approach for Improving  
Family Behavior on Diarrhea First Aid in Children Aged 1-5 Years Old)*

**Wiwit Dwi Nurbadriyah**

STIKes Kepanjen Pemkab Malang  
Jl. Trunojoyo 16; Telp. (0341) 397644  
Email: wiwit.dn@gmail.com

**ABSTRAK**

**Pendahuluan:** Diare adalah kondisi pengeluaran tinja cair, kadang bercampur darah dan lendir sehingga cairan tubuh hilang dan dapat menyebabkan dehidrasi bahkan kematian terutama pada bayi dan anak usia dibawah lima tahun. Penanganan pertama selama di rumah yang kurang tepat bisa menyebabkan anak jatuh pada kondisi yang lebih parah. Upaya peningkatan perilaku keluarga yang bisa dilakukan melalui intervensi pendekatan keluarga salah satunya menggunakan CFIM (*Calgary Family Intervention Model*). **Metode:** Rancangan penelitian *design pra eksperimental* dengan sampel 35 ibu dengan anak usia 1-5 tahun yang pernah menderita diare di desa Jatirejoyoso Kepanjen melalui *purposive sampling*. Data yang diambil yaitu demografi dan CFAM (*Calgary Family Assessment Model*) dan data khusus tentang perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) keluarga dalam penanganan pertama diare. Analisa data *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan  $\alpha$  0.05. **Hasil:** uji statistic menunjukkan peningkatan pengetahuan dan sikap keluarga dengan  $p$  value=0.00, sedangkan praktik keluarga tidak mengalami perubahan setelah dilakukan intervensi ( $p=1$ ). **Pembahasan:** CFAM pada komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas sehari-hari didapatkan sebagian besar kurang. Hal ini berperan dalam perilaku responden yang tidak mengalami perubahan setelah dilakukan CFIM. **Kesimpulan:** CFIM dapat meningkatkan perilaku keluarga (pengetahuan dan sikap) dalam penanganan pertama diare anak.

**Kata Kunci:** CFIM, penanganan pertama, diare, anak 1-5 tahun

**ABSTRACT**

**Introduction:** *Diarrhea is a condition of expenditures liquid stools, sometimes mixed with blood and mucus so the body fluid drained through feces and can lead to dehydration and even death, especially in infants and children under five years. Incorrect first aidsat home can cause the child to fall in more severe conditions. The efforts to increase family behaviors can be done through the intervention of a family approach by using CFIM.* **Method:** *The study design was pre-experimental design with a sample of 35 mothers with children aged 1 to 5 years who had diarrhea in the village Jatirejoyoso Kepanjen used purposive sampling techniques. Data taken, were demography, CFAM and specific data about behavior (knowledge, attitude, action) of family in giving first aids for diarrhea. Data were analyzed using the Wilcoxon Sign Rank Test with  $\alpha$  0,05.* **Result:** *Statistical test results showed an increase in knowledge and attitudes of families*

*with p value=0.00, while the family practices did not change after the intervention (p=1). Discussion: CFAM on the functional components was an assessment of family functioning that referred to the activity of daily life was obtained with deficient. It played a role in the behavior of respondents who did not change after CFIM was done. Conclusion: CFIM can improve the behavior of the family (knowledge and attitude) in the first treatment of diarrhea children.*

**Keywords: CFIM, first aid, diarrhea, children aged 1-5 years old**

## PENDAHULUAN

Diare adalah kondisi seseorang mengeluarkan tinja cair, kadang bercampur darah, lendir dan muntah. Kondisi ini dapat menyebabkan cairan tubuh terkuras melalui tinja sehingga dapat menyebabkan dehidrasi bahkan kematian terutama pada bayi dan anak-anak usia dibawah lima tahun. Penyebab kematian lain adalah disentri, infeksi yang serius, dan kesalahan dalam terapi penanganan pertama selama di rumah sehingga anak jatuh pada kondisi yang lebih parah (Sodikin, 2011; Widoyono, 2011). Kondisi ini perlu penanganan pertama selama di rumah.

Penanganan pertama diare selama di rumah bertujuan untuk mengganti cairan yang hilang dan mencegah dehidrasi. Anak sebaiknya diberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti air tajin, kuah sayur, sup atau sesuai kebiasaan setempat, makanan dapat diberikan sedikit demi sedikit tetapi sering dan rendah serat (Suandi, 2011). Fenomena yang terjadi dimasyarakat penanganan pertama pada anak penderita diare masih belum tepat. Berdasarkan wawancara tanggal 25 Februari 2016 pada 4 keluarga didapatkan 25% ibu memberikan

minum lebih banyak, 50% memberikan obat diare yang dijual bebas, 25% memberikan terapi tradisional berupa pijat dan jamu. Hal ini menunjukkan masih perlu upaya peningkatan perilaku keluarga dalam penanganan pertama diare. Salah satu upaya yang bisa dilakukan melalui intervensi pendekatan keluarga. Namun sampai saat ini pendekatan keluarga dalam peningkatan perilaku penanganan pertama masih belum jelas.

Risikesdas (2013) menunjukkan prevalensi diare sekitar 7% dan angka kejadian di Jawa Timur lebih tinggi dari rata-rata nasional yaitu 7,4%. Data Kemenkes RI (2012) menunjukkan angka kesakitan diare masih tinggi, meskipun ada penurunan yaitu 423/1.000 penduduk pada tahun 2006 menurun menjadi 411/1.000 penduduk pada tahun 2010. Angka CFR (*Case Fatality Rate*) diare selama tahun 2011-2012 meningkat, yaitu 0,40% menjadi 1,45%. Sedangkan menurut Widoyono (2011) prevelensi diare sekitar 200-400 per 1000 penduduk pertahun dan 70-80% menyerang anak dibawah usia lima tahun (balita). Golongan usia ini mengalami 2-3 episode diare per tahun. Diperkirakan kematian anak

akibat diare sekitar 200-500 ribu setiap tahunnya.

Penanganan pertama diare dalam keluarga sangat penting. Hal ini disebabkan keluarga merupakan unit terkecil dalam pengambilan keputusan, termasuk pengambilan keputusan dalam penanganan masalah kesehatan anak (Puspitasari, 2006). Anak usia 1-5 tahun masih belum mampu bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan menjaga kesehatan dirinya sehingga keterlibatan keluarga sangat diharapkan dalam hal ini (Wong, 2009). Perilaku keluarga dalam menjaga kesehatan anak termasuk penanganan pertama jika mengalami diare perlu upaya peningkatan.

Pada permasalahan anak usia 1-5 tahun dalam penanganan pertama diare oleh keluarga perlu dilakukan pengkajian menyeluruh yang mempengaruhi anak termasuk unit keluarga, pengkajian tidak hanya pada individu namun lebih pada interaksi dalam keluarga. *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) merupakan intervensi yang sesuai dalam upaya mengubah domain kognitif, afektif dan perilaku dari permasalahan fungsional keluarga termasuk yang dialami salah satu anggota keluarga (individu). Perubahan pada satu individu dapat berpengaruh pada anggota yang lain. Wright & Leahey (2009) mendefinisikan bahwa intervensi keperawatan untuk mempengaruhi perubahan dalam keluarga. CFIM dipilih sebagai intervensi dalam penelitian ini karena lebih rinci

dengan pendampingan kepada keluarga melalui kunjungan rumah. Setiyorini (2012) menyatakan bahwa ada pengaruh CFIM pada praktik manajemen asma dan derajat kontrol asma, namun masih perlu penelitian lebih lanjut jika CFIM diterapkan pada penyakit lain. Berdasarkan uraian diatas maka diperlukan kajian tentang pendekatan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) sebagai upaya peningkatan perilaku keluarga dalam penanganan pertama diare anak usia 1-5 tahun.

## **BAHAN DAN METODE**

Penelitian ini menggunakan rancangan *pre eksperiment one group pre post test design*. Sampel penelitian 35 responden yaitu ibu dengan anak usia 1-5 tahun yang pernah menderita diare di Jatirejoyoso Kepanjen. Teknik *sampling purposive*. Kriteria inklusi sebagai berikut: keluarga inti, anak tinggal bersama orangtua, keluarga yang dapat membaca menulis, bersedia berpartisipasi dalam penelitian, ibu sebagai *care giver* utama, anak pernah menderita diare. Sedangkan kriteria eksklusi: Terdapat keterbatasan baik fisik atau mental yang dapat mengganggu penelitian (contoh: buta, gangguan pendengaran) dan keluarga yang mengalami *drop out* selama proses penelitian. Data yang diambil: 1). demografi (data umum keluarga dan anak), 2). pengkajian *Calgary Family Assessment Model/CFAM*. 3). Kuisisioner data khusus perilaku keluarga

(pengetahuan, sikap, tindakan) dalam penanganan pertama diare. Analisa data menggunakan *Wilcoxon Sign Rank Test* dengan  $\alpha$  0.05. CFIM (*Calgary Family Intervention Model*) merupakan intervensi yang sesuai dalam upaya mengubah domain kognitif, afektif dan perilaku. CFIM dipilih dalam penelitian ini karena lebih rinci dalam melakukan pengkajian keluarga dan pendampingan melalui kunjungan rumah. Pengkajian CFAM (*Calgary Family Assessment Model*) terdiri dari struktural, perkembangan dan fungsional. Intervensi sebanyak 2 sesi, setiap sesi sekitar 50 menit dengan metode ceramah, diskusi, konseling, demonstrasi. Intervensi melalui kunjungan rumah pada 17-30 Maret 2016 (2 minggu) lalu dilanjutkan proses tabulasi dan pengolahan data.

## HASIL

Distribusi data umum ibu sebagian besar (71%) usia 30-39. Pendidikan terakhir sebagian besar adalah SMP sebanyak 48.7%. Pekerjaan sebagian besar adalah swasta 42.9%. Sebagian besar responden pernah mendapat informasi 51.3%, sumber informasi terbanyak dari petugas kesehatan (saat berobat ke pelayanan kesehatan) tentang penanganan pertama penyakit diare (17.1%). Petugas kesehatan yang menjadi sumber informasi tidak ada yang melakukan kunjungan rumah. Sumber informasi lain dari televisi, media dan teman/saudara tentang

pembuatan oralit. Distribusi data umum anak bahwa sebagian besar usia 2.6-5 tahun (54.3%) dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 60%.

Pengkajian keluarga Calgary komponen struktural terdiri dari: jumlah anggota keluarga inti, jenis kelamin, urutan posisi anak, batasan keluarga, keluarga besar, sistem lebih luas, agama, penghasilan. Jumlah anggota keluarga inti sebagian besar  $\leq 4$  orang (ayah, ibu, anak) sebanyak 80%. Jenis kelamin: tidak ada perbedaan jenis kelamin anak terhadap dalam prioritas penanganan pertama diare, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki (60%). Urutan posisi anak ke-1 atau ke-2 sebanyak 80%.

Batasan keluarga dan keluarga besar berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan penanganan pertama diare, didapatkan sebagian besar 74.2% tidak ada aturan. Maksudnya adalah tidak ada prosedur penanganan pertama yang harus dilakukan oleh keluarga di rumah jika anak mengalami diare. Dukungan keluarga besar dari kakek, nenek, paman dan saudara yang lain. Sistem lebih luas sebanyak 88.6% tidak ada aturan penanganan pertama diare dari tokoh masyarakat, selama ini hanya ada penyuluhan kader tentang pembuatan larutan gula garam secara umum pada kegiatan PKK RT/RW.

Pengkajian keluarga Calgary komponen perkembangan terdiri dari: hubungan anggota keluarga (ayah-ibu, ayah-anak, ibu-anak, anak

dengan anak), hubungan keluarga dengan lingkungan (tempat kerja, tetangga, keluarga besar), sarana di lingkungan (penyuluhan kader tentang pembuatan oralit, menilai satus dehidrasi dan ponkesdes). Hubungan ayah-ibu, ibu-anak dan anak dengan anak semuanya sangat erat (100%), ayah-anak sebagian besar erat (57.1%). Hubungan keluarga dengan lingkungan tempat kerja didapatkan hubungan yang baik (100%), hubungan keluarga dengan tetangga dan keluarga besar sebagian besar baik (82.9%). Ketersediaan sarana dalam penanganan pertama diare didapatkan pelayanan kesehatan terdekat seperti Ponkesdes (pondok kesehatan kerja) sebanyak 100%, fasilitas penyuluhan kader tentang pembuatan oralit (51.3%) dan namun belum ada tentang penyuluhan menilai dehidrasi/kekurangan cairan selama di rumah (85.8%).

Komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari, terdiri dari aktivitas rutin, pemecahan masalah, penanggungjawab dalam merawat anak, tindak lanjut jika sakit, keyakinan/kepercayaan keluarga. Aktivitas rutin/kebiasan dalam 1 bulan terakhir oleh keluarga dalam penanganan pertama *diare* sebagian besar tidak dilakukan sebanyak 74.3%. Aktivitas penanganan pertama terdiri dari 3 kegiatan yaitu: penanganan pertama dehidrasi (kurang cairan) dilakukan dengan minum lebih banyak, penanganan

dehidrasi dilakukan sebelum membawa ke pelayanan kesehatan, dan penanganan dehidrasi dalam bentuk pemberian makanan yang sesuai.

Cara pemecahan masalah merupakan kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah sendiri dengan efektif. Sebagian besar pemecahan masalah ditentukan oleh kepala keluarga (74.3%). Tugas merawat anak sebagian besar oleh salah satu orangtua saja (ibu) sebanyak 60%.

Upaya penanganan pertama di rumah sebanyak 88.6%. Sebagian besar responden (80%) menganggap bahwa diare bukan merupakan tidak berbahaya dan bisa sembuh sendiri dengan obat yang beredar di pasaran, padahal bahaya diare jika tidak tertangani dengan baik bisa menyebabkan dehidrasi dan kematian.

Tabel 1. Perilaku keluarga dalam penanganan pertama diare anak usia 1-5 tahun sebelum dan setelah dilakukan CFIM

Kriteria	<i>Pre test (%)</i>	<i>Post Test (%)</i>	Median	P
Pengetahuan				
Baik	51,4	68,8	7	P=0,00
Kurang	48,6	31,2	7	
Sikap				P=0,00
Positif	54,2	57,1	28	
Negatif	45,8	42,9	30	
Tindakan				P=1
Baik	57,1	57,1	33	
Kurang	42,9	42,9	33	

## PEMBAHASAN

### Pengetahuan Keluarga

Hasil setelah dilakukan intervensi CFIM membuktikan

bahwa terjadi peningkatan skor kuisisioner pengetahuan. Pengetahuan kesehatan (*health knowledge*) mencakup apa yang diketahui oleh seseorang terhadap cara pemeliharaan kesehatan. Pengetahuan merupakan faktor predisposisi yang mempermudah terjadinya perubahan perilaku, termasuk perilaku kesehatan (Green, 1980 dalam Taufik, 2007). Pengetahuan dapat disebarkan melalui media pembelajaran dan pemilihan metode yang sesuai. Media pembelajaran merupakan sarana fisik untuk menyampaikan isi pembelajaran sehingga dapat membantu memahami informasi yang diberikan, dengan kata lain keberhasilan proses edukasi dipengaruhi oleh alat bantu (Kholid, 2015). Pendekatan CFIM menggunakan media *booklet* yaitu buku berisi tulisan atau gambar atau keduanya dengan sasaran masyarakat yang bisa membaca. *Booklet* dalam penelitian ini termasuk media rancangan (*media by design*) karena perlu dirancang sesuai maksud dan tujuan pembelajaran tertentu, dalam hal ini adalah tentang penanganan pertama diare (Maulana, 2013; Efendi, 2013).

Penelitian ini memanfaatkan beberapa metode dalam menyampaikan pesan penanganan pertama diare yaitu: ceramah, diskusi, konseling dan demonstrasi pembuatan oralit. Metode merupakan cara atau pendekatan dalam menyampaikan informasi. Jenis metode dalam penelitian ini

menggunakan kombinasi metode didaktif dan sokratik. Metode didaktif dilakukan satu arah (*one way methode*) berupa ceramah dan metode sokratik secara 2 arah (*two ways methode*) berupa diskusi dan demonstrasi cara melakukan cuci tangan. Metode pembelajaran perlu dikombinasikan karena tidak ada metode yang paling baik dan bisa berdiri sendiri agar bisa diterapkan sesuai dengan sasaran yang diharapkan (Maulana, 2013).

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah keluarga dengan jenis intervensi melalui kunjungan rumah. Menurut Mubarak (2007) dimensi sasaran kepada individu, kelompok, dan masyarakat luas. Intervensi CFIM melalui kunjungan rumah termasuk metode pembelajaran individu, umumnya dengan berhadapan langsung sehingga materi yang diberikan berfokus pada masing-masing keluarga. Hal ini memungkinkan responden akan lebih paham materi yang diberikan dan lebih leluasa bertanya jika ada hal yang belum dimengerti. CFIM diberikan sebanyak 2 sesi dengan waktu 50 menit. Taufik (2007) menyatakan bahwa belajar adalah proses yang menimbulkan terjadinya perubahan atau dalam tingkah laku atau kecakapan. Perubahan tersebut tergantung dari faktor individu (kematangan, kecerdasan, motivasi) dan sosial (dukungan keluarga dan lingkungan).

Pengetahuan responden yang sejak awal sudah baik sebelum

dilakukan intervensi bisa mempengaruhi tingkat keberhasilan intervensi CFIM secara umum. Berdasarkan data umum keluarga didapatkan sebagian besar responden sudah pernah mendapat informasi sebelumnya, sumber informasi dari berbagai media, televisi, petugas kesehatan, teman/kegiatan lain. Media merupakan metode pendidikan massa untuk memberikan pesan kepada masyarakat, bersifat umum dan bertujuan menggugah kesadaran masyarakat. Hasil yang dicapai dalam komunikasi massa adalah sekedar tahu (*awareness*), jika berulang bisa mencapai minat (*interest*) dalam keadaan tertentu bisa mencapai adopsi (Maulana, 2013; Sudiharto, 2012). Usia juga mempengaruhi pengetahuan seseorang. Sebagian besar usia ibu termasuk usia dewasa dimana seseorang akan bertanggungjawab menjalankan perannya. Kedewasaan merupakan faktor internal individu yang mempengaruhi proses belajar. Semakin dewasa seseorang pengalamannya semakin banyak dan mempengaruhi pola pikirnya. Selain faktor individu, ada faktor sosial seperti pekerjaan. Sebagian besar responden bekerja swasta. Peningkatan pengetahuan pada keluarga dapat dipengaruhi lingkungan sosial karena setiap anggota keluarga selalu berinteraksi dengan oranglain sehingga dimungkinkan mendapatkan pemahaman baru (Taufik, 2007).

Pengkajian keluarga Calgary untuk intervensi kognitif tujuannya

adalah untuk memberikan informasi, gagasan dan saran kepada keluarga sebagai target asuhan keperawatan keluarga (Wright&Leahay (2009). Perubahan pengetahuan ini didahului persepsi positif keluarga tentang keyakinan/kepercayaan bahwa intervensi CFIM mempunyai manfaat dalam peningkatan perilaku kesehatan keluarga. Hal ini bisa dicapai melalui upaya BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) pada tahap awal (*engagement*) sehingga keluarga bisa menerima intervensi yang akan diberikan. Pengetahuan tentang diare akan membuat anak dan keluarga mengerti sehingga termotivasi untuk berusaha mencegah penyakit tersebut. Perubahan dalam keluarga pada domain kognitif menurut teori Calgary akan mempengaruhi pada domain yang lainnya.

Pengetahuan pada responden yang tidak mengalami peningkatan bisa dipengaruhi oleh kondisi internal dan eksternal individu. Faktor eksternal meliputi lingkungan keluarga (kondisi sosial ekonomi, hubungan kurang harmonis), lingkungan sekitar (pengaruh teman, organisasi), dan instrumental (kondisi tempat dan waktu). Sedangkan faktor internal adalah psikologis dan fisiologis seperti tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Maulana, 2013). Pada aplikasi pendekatan CFIM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam mempelajari penanganan pertama

diare diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah.

### **Sikap Keluarga**

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap positif setelah dilakukan CFIM. Hasil tersebut membuktikan bahwa terjadi peningkatan skor kuisioner sikap keluarga dalam melakukan penanganan pertama diare. Peningkatan sikap dalam penelitian ini karena pendekatan CFIM yang diterapkan melalui beberapa tahap, tahap awal adalah *engagement* untuk membina hubungan saling percaya dengan keluarga sehingga didapatkan data pengkajian yang valid.

Menurut Wright & Leahay (2009) untuk merubah sikap dilakukan dengan menceritakan pengalaman sakit melalui komunikasi terapeutik serta memberi dukungan/motivasi. CFIM dilakukan sebanyak 2 sesi dengan waktu 50 menit/sesi sehingga terjadi interaksi kontinyu selama intervensi. Hal ini memungkinkan terjadi peningkatan sikap responden karena sudah ada ikatan emosi dan pemberian motivasi kepada keluarga dalam mengaplikasikan penanganan pertama diare. Sikap dan tindakan bisa diperantarai oleh pengetahuan. Hasil penelitian ini didapatkan peningkatan pengetahuan sehingga sikap secara tidak langsung juga ikut meningkat. Selain itu pembentukan sikap juga dipengaruhi lingkungan dan kebudayaan dimana seseorang dibesarkan (Azwar, 2010).

CFAM pada komponen perkembangan (*developmental*) menunjukkan tentang hubungan responden dengan lingkungan dan hubungan antar anggota keluarga. Hubungan antar anggota keluarga merupakan ikatan kasih sayang melalui kebersamaan dalam keluarga melalui kegiatan yang dilakukan bersama dan komunikasi yang terbuka. Interaksi ini merupakan kekuatan keluarga dalam memberikan *support* (motivasi) antar anggota keluarga dalam penanganan pertama diare. Sedangkan hubungan keluarga dengan lingkungan luar seperti tempat kerja, tetangga dan keluarga besar sebagian besar baik. Interaksi yang baik ini dimungkinkan muncul pemahaman dan sikap yang mendukung penanganan pertama diare.

Sikap dipengaruhi oleh kebudayaan seseorang. Pengkajian kebudayaan terdapat pada CFAM komponen struktural yaitu batasan keluarga, keluarga besar dan sistem yang lebih luas. Batasan berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan penanganan pertama diare, didapatkan sebagian besar tidak ada aturan. Dukungan keluarga besar dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak dilakukan penanganan pertama diare. Dukungan keluarga besar dari kakek, nenek, paman dan saudara yang lain. Sedangkan aturan dalam sistem yang lebih luas sudah ada, namun hanya secara umum dilingkungan RT/RW berupa penyuluhan PKK dari kader

posyandu tentang pembuatan oralit. Sedangkan penyuluhan tentang penilaian status dehidrasi selama di rumah sebagian besar belum ada. Aturan yang longgar inilah memungkinkan terbentuknya sikap yang tidak mendukung, dalam penanganan pertama diare (Azwar, 2010).

### **Praktik keluarga**

Penelitian ini didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden mempunyai praktik penanganan pertama diare yang baik, namun tidak ada kenaikan setelah dilakukan intervensi selama 2 sesi. Responden mengungkapkan bahwa belum bisa melaksanakan penanganan pertama diare pada anak usia 1-5 tahun karena kendala keluarga tidak mempunyai persediaan oralit atau obat lain jika terjadi sakit mendadak. Praktik kesehatan (*health practice*) merupakan tindakan untuk hidup sehat atau semua aktivitas dalam memelihara kesehatan. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan karena perlu faktor lain yaitu sarana prasarana dan faktor penguat seperti contoh/peraturan dari tokoh masyarakat (Taufik, 2007).

Pengetahuan dan sikap merupakan *predisposing factor* (faktor pemudah) terjadinya perilaku. Pengetahuan yang sudah baik akan memunculkan respon berupa sikap positif. Sikap positif akan tercermin dalam tindakan individu dalam menerapkan penanganan pertama diare. Hal ini berarti pengetahuan dan sikap merupakan dasar

membentuk perilaku, namun pengetahuan dan sikap yang baik belum menjamin baik pula praktik yang dilaksanakan keluarga. Sikap bisa menjadi tindakan nyata diperlukan kondisi yang memungkinkan seperti fasilitas dan faktor dukungan keluarga (Azwar, 2010).

CFAM komponen fungsional merupakan pengkajian fungsi keluarga yang merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari. Faktor ini juga berperan dalam perilaku responden yang tidak mengalami perubahan setelah dilakukan CFAM, terdiri dari aktivitas rutin, pemecahan masalah, penanggungjawab dalam merawat anak, tindak lanjut jika sakit, keyakinan/kepercayaan keluarga. Aktivitas rutin/kebiasan dalam keluarga dalam penanganan pertama *diare* sebagian besar tidak dilakukan secara rutin dalam 1 bulan terakhir. Aktivitas rutin terdiri dari 3 kegiatan yaitu memberikan minum lebih banyak, penilaian dehidrasi dilakukan sebelum membawa ke pelayanan kesehatan, dan pemberian makanan yang sesuai.

Cara pemecahan masalah merupakan kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah sendiri dengan efektif. Sebagian besar didapatkan pembuatan keputusan keluarga oleh kepala keluarga. Idealnya pemecahan masalah dilakukan melalui musyawarah oleh semua anggota keluarga inti, bukan hanya oleh kepala keluarga (Wright & Leahay, 2009). Penanggungjawab merawat anak sakit merupakan

pembentukan peran anggota keluarga. Tugas merawat anak merupakan tanggungjawab orangtua dan bukan kewajiban salah satu orangtua saja (ibu). Hasil pengkajian pada sub komponen tugas merawat anak sebagian besar oleh salah satu orangtua saja. Selain itu tahap perkembangan keluarga dengan anak muda. Tugas perkembangan keluarga adalah pengaturan jarak anak, memandirikan anak, tugas finansial dan memantapkan hubungan dengan keluarga besar. Pada tahap ini sistem lebih kompleks dibandingkan tahap sebelumnya, sehingga orangtua biasanya mempunyai area kekuasaan dan pembagian tugas sendiri. Ibu bertugas mengurus anak dan rumah sedangkan ayah bekerja.

Tindak lanjut terhadap diare merupakan kegiatan yang dilakukan keluarga melalui upaya pengobatan (kuratif) dan penanganan pertama (preventif) agar tidak terjangkit atau terkena kembali penyakit tersebut. Upaya yang dilakukan sebaiknya berupa tindakan preventif, namun hasil pengkajian didapatkan data sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) dengan membawa anak berobat ke pelayanan kesehatan jika sakit. Upaya kuratif saja tidak dapat mengurangi angka kesakitan secara signifikan. Upaya penanganan pertama preventif merupakan usaha agar masyarakat berada dalam tahap kesehatan yang optimum dan tidak jatuh ke tahap yang lebih buruk (Kholid, 2012).

Keyakinan merupakan sesuatu yang mendasari keluarga

dalam melakukan penanganan pertama penyakit. Sebagian besar responden menganggap bahwa penyakit diare bukan merupakan masalah besar karena penyakit tersebut sering terjadi dan hampir semua anak pernah mengalami. Keyakinan tersebut menyebabkan persepsi bahwa dampak diare tidak berbahaya sehingga tidak perlu dilakukan upaya penanganan pertama. Keyakinan merupakan hal yang mendasar untuk merubah perilaku, karena perubahan yang didasari kesadaran dari dalam individu akan lebih bertahan lama daripada perubahan yang disebabkan dari luar.

Perilaku sehat sulit berubah tergantung motivasi seseorang, bagaimana persepsinya terhadap ancaman sebuah penyakit sehingga memunculkan nilai dari perilaku penanganan pertama, dalam hal ini adalah penanganan pertama diare (Taufik, 2007). Tindakan yang diharapkan belum bisa meningkat juga dipengaruhi faktor psikologis dan fisiologis seperti tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Maulana, 2013). Pada aplikasi pendekatan CFIM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam mempelajari penanganan pertama diare diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah. Kondisi ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan proses penerimaan informasi oleh responden, sehingga

dampak selanjutnya adalah proses internalisasi menjadi sebuah tindakan juga akan kurang berhasil sesuai harapan yang diinginkan. Profil ibu sebagai *care giver* utama sebaiknya dilakukan pemilihan kriteria inklusi yang lebih ketat agar proses selama intervensi bisa berjalan lancar.

Pelaksanaan CFIM yang sudah dilakukan belum mampu meningkatkan praktik keluarga dalam penanganan pertama diare bisa disebabkan karena fleksibilitas intervensi belum diterapkan sesuai hasil pengkajian CFAM masing-masing keluarga, sehingga strategi intervensi yang berbeda sesuai hasil pengkajian perlu disiapkan. Pelaksanaan CFIM berdasarkan kebutuhan keluarga diharapkan bisa meningkatkan praktik keluarga dalam penanganan pertama diare.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Pendekatan CFIM dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap keluarga, namun belum dapat meningkatkan tindakan keluarga dalam penanganan pertama diare anak usia 1-5 tahun di desa Jatirejoyoso Kepanjen Malang.

### **Saran**

Keluarga dengan anak usia 1-5 tahun diharapkan meningkatkan pemahaman tentang penanganan pertama diare dengan aktif bertanya pada petugas atau kader kesehatan setempat, mencari informasi secara mandiri melalui televisi, internet dan media lain.

Kader kesehatan melakukan penyuluhan kepada keluarga tentang praktek penanganan pertama diare (menilai status dehidrasi pada diare selama di rumah).

Penelitian selanjutnya tentang pemberian intervensi CFIM diterapkan pada keluarga dalam penanganan pertama diare sesuai hasil pengkajian masing-masing keluarga.

## **KEPUSTAKAAN**

Alimul, A. 2011. *Ilmu Kesehatan Anak Pendidikan Kebidanan*, Jakarta:Salemba medika.

Azwar, S. 2010. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Barakki, N et al. 2005. *Diare*. Haramaya University, Usaid In Collaboration Wiyh The Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, The Ethiopia Ministry Of Health And Education. Module. Ethiopia

Dahlan, S. 2012. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika

Dharma, K.K. 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media

Efendi, F. 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas, Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Friedman, M.et al. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC

- Kemenkes RI, 2012 .Profil Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta
- Kholid, A. 2015. *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Maulana, H. 2013. *Promosi Kesehatan*. Jakarta:EGC
- Mubarak, W. et al. 2007. Promosi Kesehatan, Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Notoatmodjo, S. 2010. *Promosi Kesehatan: teori dan Aplikasi*. Jakarta. Rineka Cipta
- Puspitasari, H. 2006. Pengaruh Sosial Ekonomi, dukungan keluarga terhadap kenakalan remaja di kota Bogor. Disertasi Institut Pertanian Bogor (Karya tidak dipublikasikan)
- Riskesdas. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI: Jakarta
- Sodikin. 2011. Keperawatan Anak (Gangguan Pencernaan). Jakarta: EGC
- Suandi. 2011. *Diet Anak Sakit Gizi Klinik*, Jakarta: EGC.
- Sudiharto. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta. EGC
- Taufik, M. 2007. *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta: Infomedika
- WHO. 2009. *Diarrhoea :Why Children Are Still Dying And What Can Be Done*.Unicef
- Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Penanganan pertama Dan Pemberantasannya* Edisi 2. Jakarta: Erlangga
- Wong, D. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatric Edisi 6*. Jakarta: PT.Indeks
- Wright, M And Leahey, M. 2009. *Nurses And Families A Guide To Family Assessment And Intervention, Second Edition*. Philadelphia: Davis Company