BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga Dan Dukungan Keluarga

2.1.1 Definisi keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang menjadi klien dalam asuhan keperawatan. Keluarga menempati posisi diantara individu dan masyarakat, sehingga dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat mendapat dua keuntungan sekaligus. Keuntungan pertama adalah memenuhi kebutuhan individu, dan keuntungan yang kedua adalah memenuhi kebutuhan masyarakat. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, perawat harus memperhatikan nilai-nilai yang dianut keluarga, budaya keluarga serta berbagai aspek yang terkait dengan apa yang diyakini dalam keluarga tersebut (Saiful 2012).

Banyak ahli menguraikan pengertian tentang keluarga sesuai dengan perkembangan sosial yang terjadi di masyarakat. Beberapa ahli tersebut diantaranya sebagai berikut :

1. Marilyn M. Friedman (1998) yang menyatakan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.
2. Duval dan Logan (1986) menguraikan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan

perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga

3. Salvicion G Bailon dan Aracelis Maglaya (1978) menjelaskan bahwa keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Dari ketiga pengertian para ahli diatas, maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah sebagai berikut:

1. Terdiri atas dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah perkawinan atau adopsi
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial seperti peran suami, istri, anak, kakak dan adik Mempunyai tujuan menciptakan dan mempertahankan budaya serta meningkatkan perkembangan fisik psikologis dan sosial anggota keluarga yang lain.

Uraian di atas menunjukkan bahwa keluarga juga merupakan suatu sistem. Sebagai suatu system, keluarga mempunyai anggotayaitu ayah, ibu dan anakatau semua individu yang tinggal di dalam rumah tangga tersebut. Anggota keluarga tersebut saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi untuk mencapai tujuan bersama. Keluarga merupakan sistem yang terbuka sehingga dapat dipengaruhi oleh supra-sistemnya seperti lingkungan

(masyarakat). Sebaliknya, sebagai subsistem dari lingkungan masyarakat, keluarga dapat mempengaruhi masyarakat (supra-sistem).

2.1.2 Keluarga sebagai sasaran pelayanan keperawatan

Stuart (2001) memberikan batasan mengenai siapa yang disebut keluarga. Lima sifat keluarga yang dijabarkan antara lain sebagai berikut:

1. Keluarga merupakan unit terkecil dari suatu system.
2. Keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan makanan dan sosialisasi anggotanya.
3. Dalam keluarga ada komitmen saling melengkapi antar anggota keluarga.
4. Setiap anggota dapat atau tidak dapat saling berhubungan dan dapat atau tidak dapat tinggal dalam satu atap.
5. Keluarga bisa memiliki anak ataupun tidak.

Berikut ini merupakan latar belakang mengapa keluarga dijadikan sebagai sasaran pelayanan keperawatan :

1. Keluarga Dipandang Sebagai Sumber Daya Kritis Untuk Menyampaikan Pesan-Pesan Kesehatan
2. Keluarga Sebagai Satu Kesatuan

   Keluarga dipandang sebagai suatu kesatuan dari sejumlah anggota keluarga berada dalam satu ikatan dan saling mempengaruhi. Jika perawat tidak memahami ketika melakukan pengkajian terhadap setiap anggota keluarga maka perawat tersebut tidak akan mendapatkan data yang dibutuhkan, mengingat data anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya saling

mempengaruhi. Contohnya, jika salah satu anggota keluarga ingin melanjutkan sekolah di luar negeri dan ia harus meninggalkan orang-orang yang selama ini dianggap dekat, maka hal tersebut akan berdampak pada orang yang meninggalkan ataupun orang-orang yang ditinggalkan (*homesick syndrome).* Perubahan yang terjadi bisa dimulai dengan menurunnya nafsu makan, kesedihan yang berlarut-larut, menurunnya prestasi belajar dan lainnya.

3. Hubungan yang Kuat dalam Keluarga dengan Status Kesehatan Anggotanya

   Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi. Contohnya keluarga yang peduli akan kesehatannya akan memperhentikan pemberian makanan dengan gizi seimbang pada anggotanya. Memberikan imunisasi sebagai upaya pencegahan pada anak-anaknya.

4. Hubungan yang Kuat dalam Keluarga dengan Status Kesehatan Anggotanya

   Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi. Contohnya keluarga yang peduli akan kesehatannya akan memperhentikan pemberian makanan dengan gizi seimbang pada anggotanya. Memberikan imunisasi sebagai upaya pencegahan pada anak-anaknya.

5. Individu Dipandang dalam Konteks Keluarga

   Seseorang dapat lebih memahami peran dan fungsinya apabila ia dipandang dalam konteks keluarga, contohnya peran seorang anak yang sedang beranjak dewasa dan akan menikah berubah menjadi peran suami atau calon ayah bagi keluarganya.

6. Keluarga sebagai Sumber Dukungan Sosial bagi Anggota Keluarga Lainnya

   Dukungan sosial sangat diperlukan oleh setiap individu di dalam setiap siklus kehidupannya. Dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang sedang menghadapi masalah atau sakit, di sinilah peran anggota keluarga diperlukan untuk menjalani masa-masa sulit dengan cepat.

2.1.3 Struktur keluarga

1. Ciri – Ciri Struktur Keluarga

   a. Terorganisasi

   Menurut Makhfludi, Efendy (2009) Keluarga adalah cerminan sebuah organisasi, dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing, sehingga tujuan keluarga dapat tercapai. Organisasi yang baik ditandai dengan adanya hubungan yang kuat antara anggota sebagai bentuk saling ketergantungan dalam mencapai tujuan.

   b. Keterbatasan

   Dalam mencapai tujuan setiap anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawabnya masing-masing. Sehingga dalam berinteraksi

setiap anggota tidak bisa semena-mena tetapi mempunyai keterbatasan yang dilandasi oleh tanggung jawab masing-masing anggota keluarga Makhfludi, Efendy (2009).

c. Perbedaan dan kekhususan

Adanya peran yang beragam dalam keluarga menunjukkan bahwa masing-masing anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi yang berbeda dan khas seperti halnya. Peran ayah sebagai pencari nafkah utama dan peran ibu yang merawat anak-anak.

2. Struktur Keluarga

a. Menurut Agapito (2012) Dominasi jalur hubungan darat

1. Patrilineal. Keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ayah. Suku-suku di Indonesia rata-rata menggunakan struktur keluarga patrilineal.
2. Matrilineal. Keluarga yang dihubungkan atau disusun melalui jalur garis keturunan ibu. Suku Padang merupakan salah satu contoh suku yang menggunakan struktur keluarga matrilineal.

b. Menurut Makhfludi, Efendy (2009) dominasi keberadaan tempat tinggal

1. Patrilokal. Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami.
2. Matrilokal. Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri.

c. Menurut makhfludi, Efendy (2009) dominasi pengambilan keputusan

1. Patriakal.Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak suami

2. Matriakal. Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak istri

2.1.4 Bentuk- Bentuk Keluarga

1. Pembagian Tipe Keluarga menurut Sussman (1974) dan Maclin (1988)
   a. Keluarga tradisional
      1. Keluarga inti : keluarga yang terdiri atas ayah ibu dan anak
      2. Pasangan inti : keluarga yang terdiri atas suami dan istri saja
      3. Keluarga dengan orang tua tunggal satu orang sebagai kepala keluarga, biasanya bagian dari konsekuensi perceraian
      4. Lajang yang tinggal sendirian
      5. Keluarga besar yang mencakup tiga generasi
      6. Pasangan usia pertengahan atau pasangan lanjut usia
      7. Jaringan keluarga besar
   b. Keluarga non-tradisional
      1. Pasangan yang memiliki Anak tanpa menikah
      2. Pasangan yang hidup bersama tanpa menikah (kumpul kebo)
      3. Keluarga homoseksual (gay dan atau lesbian)
      4. Keluarga komuni: keluarga dengan lebih dari satu pasang monogami dengan anak-anak secara bersama-sama menggunakan fasilitas serta sumber-sumber yang ada
2. Pembagian Tipe Keluarga Menurut Anderson Carter
      1. *Keluarga inti(nuclear family),* keluarga yang terdiri atas ayah ibu dan anak anak

2. *Keluarga besar(extended family)*, keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, nenek, kakek, keponakan, paman, bibi dan sebagainya
3. *Keluarga berantai (serial family)*, keluarga yang terdiri atas wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti
4. *keluarga duda atau Janda(single family)*, keluarga ini terjadi karena adanya perceraian atau kematian
5. *Keluarga kabitas* ,dua orang yang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk satu keluarga

3. Pembagian Tipe Keluarga menurut Konteks Keilmuan dan Pengelompokan
    1. *Traditional nuclear*. Keluarga inti (ayah, ibu, anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh saksi saksi legal dalam suatu perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah
    2. *Reconstitute nuclear*. pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan suatu rumah dengan anak-anaknya, baik itu anak dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru. Satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah
    3. *Middle age atau aging couple*. Suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau keduanya bekerja diluar rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah, perkawinan atau meniti karir

4. *Dyadic nuclear*, pasangan suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak. Keduanya atau salah satu bekerja di luar rumah
5. *Single parent.* Keluarga dengan satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya. anak-anak dapat tinggal di dalam atau luar rumah
6. *Dual carrier*. Suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak
7. *Commuter married*. Pasangan suami istri atau keduanya sama-sama bekerja dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu waktu tertentu.
8. *Single adult*, Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah
9. *Three generation*. Tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.
10. *Institutional.* Anak-anak atau orang dewasa yang tinggal dalam satu panti
11. *Communal.* Satu rumah terdiri atas dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama berbagi fasilitas
12. *Group marriage.* Satu rumah terdiri atas orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga.
13. *Unmarried parent and child*. Ibu dan anak yang pernikahannya tidak dikehendaki dan kemudian anaknya diadopsi

14. *Cohabitating couple*. Dua orang atau satu pasangan yang bersama tanpa menikah
15. *Extended family*. Nuclear family dan anggota keluarga yang lain tinggal dalam satu rumah dan berorientasi pada satu kepala keluarga

2.1.5 Peran Dan Fungsi Keluarga

a. Menurut (Nasrul Effendi, 1998) Peran Formal dalam Keluarga:

1. Peran sebagai ayah. Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anaknya yang berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman juga sebagai kepala keluarga anggota kelompok sosial serta anggota masyarakat dan lingkungan.
2. Peran sebagai ibu. Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya berperan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan salah satu anggota kelompok sosial serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungan di samping dapat berperan pula sebagai mencari nafkah tambahan keluarga
3. Peran sebagai anak. Anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual

b. Lima Fungsi Keluarga menurut M.Friedman (1998)

1. Fungsi Afektif (*affective function*)

Berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif, perasaan memiliki perasaan yang berarti dan merupakan sumber kasih sayang dan *reinforcement.* Hal tersebut dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan berhubungan dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Perceraian atau masalah keluarga sering timbul sebagai akibat tidak terpenuhinya fungsi afektif

2. Fungsi Sosialisasi dan Tempat Bersosialisasi (*Socialization and Social Placement Function)*

Fungsi ini sebagai tempat untuk melatih anak dan mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antara anggota keluarga yang ditujukan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar

tentang disiplin, norma-norma, budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga.

3. Fungsi reproduksi (*reproductive function*)

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program Keluarga Berencana, maka fungsi ini sedikit terkontrol. Di sisi lain, banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau di luar ikatan perkawinan sehingga lahirlah keluarga baru dengan satu orang tua

4. Fungsi ekonomi (*economic function*)

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu untuk meningkatkan penghasilan dan memenuhi kebutuhan keluarga seperti makan, pakaian dan rumah. Fungsi ini sukar dipenuhi oleh keluarga di bawah garis kemiskinan.

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*health care function*)

Fungsi ini untuk mempertahankan keadaan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan memengaruhi status kesehatan keluarga. Bagi tenaga kesehatan keluarga yang profesional, fungsi perawatan kesehatan merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga.

Untuk menempatkannya dalam perspektif fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga dalam pemenuhan kebutuhan kebutuhan fisik seperti makan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan

kesehatan. Keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan memelihara kesehatan. Keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. keluarga pula yang menentukan kapan anggota keluarga yang terganggu meminta pertolongan tenaga profesional. Kemampuan keluarga memberikan asuhan keperawatan memengaruhi tingkat kesehatan keluarga dan individu. tingkat pengetahuan keluarga tentang sehat-sakit juga memengaruhi perilaku keluarga menyelesaikan masalah kesehatan keluarga

c. Tugas Kesehatan Keluarga menurut Bailon dan Maglaya (1998)

1. Mengenal masalah kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan. Berikut ini adalah hal-hal yang harus dikaji oleh perawat.

a. Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
b. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan
c. Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah yang dialami
d. Apakah keluarga merasa takut akan akibat penyakit
e. Apakah keluarga mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan
f. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada
g. Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
h. Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut:

a. Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya)

b. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
c. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan
d. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial)
e. sikap keluarga terhadap yang sakit

4. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

a. Sumber-sumber yang dimiliki
b. Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
c. Pentingnya higiene sanitasi
d. Upaya pencegahan penyakit
e. Sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi
f. Kekompakan antar anggota keluarga

5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat

Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut ini:

a. Keberadaan fasilitas keluarga
b. Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
c. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan

d. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan fasilitas kesehatan

e. Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

Kelima tugas kesehatan keluarga tersebut saling terkait dilakukan oleh keluarga, perawat perlu mengkaji sejauh mana keluarga mampu melaksanakan tugas tersebut dengan baik agar dapat memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut.

2.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek setres yang buruk (Kaplan dan Sadock, 2002). Dukungan keluarga menurut Fridman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluargannya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Erdiana, 2015).

Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang kehidupan, dimana dalam semua tahap siklus kehidupan dukungan

keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan (Friedman dalamYoga, 2011).

2.2.2 Bentuk-bentuk dukungan keluarga

Menurut (Friedman, 2010) Keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan yaitu:

a. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengaharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata *(instrumental support material support)*, suatu kondisi dimana benda

atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

c. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan Emosional

Individu sering merasakan secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga

individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

2.2.3 Manfaat dukungan keluarga

Ada empat manfaat dukungan sosial dihubungkan dengan pekerjaan akan menigkat produktivitasnya, meningkatkan kesejahteraan psikologis dan penyesuaian diri dengan memberikan rasa memilki, memperjelas identitas diri, menambah harga diri, dan mengurangi stres, meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik, serta pengelolaan terhadap stres dan tekanan.

Menurut Wills dalam Friedman, (2003) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga, yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan dan efek utama, yaitu dukungan keluarga secara langsung mempengaruhi peningkatan kesehatan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan juga dapat menjaga fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosional

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Purnawan (2008) dalam Rahayu (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

a. Faktor internal

1. Tahap perkembangan (usia)

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Menurut Supartini dalam Sidik (2014) usia orang tua sangat berpengaruh dalam mengasuh anak. Usia orang tua dibagi menjadi 2 kategori yaitu: usia 21-40 tahun (dewasa awal), usia 41-65 (dewasa tengah). Hasil persentase usia 41-65 tahun lebih banyak (54%) dari usia 21-40 tahun (46%). Hal ini dapat dilihat sesuai dengan tugas perkembangan menurut Erikson yaitu pada usia 41-65 tahun (dewasa tengah) harapan yang ingin dicapai pada masa ini yaitu dapat menjalin hubungan secara baik dan menyenangkan antara orang-orang yang berada pada usia dewasa dengan para penerusnya seperti mengabdikan diri serta memberikan kepedulian dan motivasi terhadap generasi yang akan datang.

2. Pendidikan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3. Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

4. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

b. Eksternal

1. Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

2. Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja.Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi

2.2.5 Sumber dukungan keluarga

Menurut Rook dan Dooley (dalam Srikuntjoyo 2002) dukungan keluarga dibagi menjadi dua yaitu sumber natural dan sumber artifisial. Dukungan keluarga yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada disekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami, dan kerabat) teman dekat atau relasi. Dukungan keluarga ini bersifat non-formal. Sementara itu dukungan artifisial

adalah dukungan sosial yang dirancang kedalam kebutuhan primer seseorang.

Misalnya dukungan keluarga akibat bencana alam melalui berbagai sumber sumbangan sosial. Dengan demikian, sumber dukungan keluarga natural memiliki berbagai perbedaan jika dibandingkan dengan dukungan keluarga artifisial. Perbedaan tersebut terletak pada keberadaan sumber dukungan keluarga natural bersifat apa adanya tanpa dibuat-buat sehingga lebih mudah diperoleh dan bersifat spontan. Sumber dukungan keluarga yang natural memiliki kesesuaian dengan nama yang berlaku tentang kapan sesuatu harus diberikan dan berakar dari hubungan yang telah berakar lama.

2.3 Konsep Perawatan Diri

2.3.1 Definisi

Perawatan diri adalah pelaksanan aktivitas individu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Jika perawatan diri dapat dilakukan dengan efektif, maka dapat membantu individu dalam mengembangkan potensi diri (Orem, 1991 dalam Tomey and Alligood, 2006). Perawatan diri *(personal hygiene)* mencakup aktivitas yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, yang dikenal dengan aktivitas kehidupan sehari-hari. Aktivitas ini menjadi kebiasaan seumur hidup. Kegiatan perawatan diri tidak hanya melibatkan apa yang harus dilakukan (kebersihan, mandi,

berpakaian, toilet, makan), tetapi juga berapa, kapan, di mana, dengan siapa, dan bagaimana (Miller dalam Carpenito-moyet, 2009).

2.3.2 Etiologi

Menurut Potter dan Perry (2009), terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* //,adalah :

1. Citra tubuh

   Gambaran diri individu sangat mempengaruhi kebersihan dirinya. Adanya perubahan fisik membuat individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.

2. Status sosial ekonomi

   Sumber penghasilan atau sumber ekonomi mempengaruhi jenis dan tingkat praktik keperawatan diri yang dilakukan. Keluarga harus menentukan apakah orang dengan gangguan jiwa dapat mencukupi perlengkapan perawatan diri yang penting, seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, dan sampo.

3. Praktik sosial

   Kemungkinan akan terjadi perubahan pola personal hygiene yang selalu dimanja dalam kebersihan diri.

4. Pengetahuan

   Pengetahuan tentang kebersihan diri sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan dan kebersihan.

5. Budaya

   Kepercayaan akan nilai kebudayaan dan nilai diri mempengaruhi perawatan diri. Orang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda mengikuti praktek kesehatan yang berbeda pula. Disebagian masyarakat, misalnya, ada yang menerapkan mandi setiap hari, tatapi masyarakat dengan lingkup budaya yang berbeda hanya mandi seminggu sekali.

6. Kondisi fisik atau psikis

   Pada keadaan tertentu, seperti sakit, kemampuan untuk merawat diri berkurang dan diperlukan bantuan keluarga untuk melakukannya. Biasanya, jika tidak mampu, klien dengan kondisi fisik yang tidak sehat lebih memilih untuk tidak melakukan perawatan diri.

7. Kebiasaan seseorang

   Ada kebiasaan dimana sesorang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain – lain Tarwoto dan Wartonah (2006).

2.3.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan diri

Menurut Potter & Perry (2006) faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene yaitu:

a. Citra Tubuh

   Penampilan umum klien dapat menggambarkan pentingnya hygiene pada orang tersebut, citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya, citra tubuh

mempengaruhi cara mempertahankan hygiene. Jika seorang klien rapi sekalimaka perawat mempertimbangkan rincian kerapian ketika merencanakan perawatan dan berkonsultasi pada klien sebelum membuat keputusan tentang bagaimana memberikan perawatan hygiene.

c. Praktik Sosial

Kelompok-kelompok sosial pada seorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi. Selama masa kanak-kanak, anak-anak mendapatkan praktik hygiene dari orang tua mereka. Remaja dapat menjadi lebih perhatian pada hygiene seperti peningkatan ketertarikan mereka pada lawan jenisnya.

d. Status Sosiol ekonomi

Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Perawat harus menentukan apakah klien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodoran, shampo, pasta gigi, dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan dari produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang di praktikkan oleh kelompok sosial klien. Status ekonomi seseorang dapat menentukan tersedianya suatu fasilitas yang di dibutuhkan untuk kegiatan sehingga status sosial ekonomi akan berpengaruh dengan dukungan keluarga (Notoatmodjo, 2010)

e. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya hygiene dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup. Klien juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri. Seringkali, pembelajaran tentang penyakit atau kondisi mendorong klien untuk meningkatkan hygiene.

f. Variable Kebudayaan

Kepercayaan kebudayaan klien dan nilai pribadi mempengaruhi perawatan hygienis. Orang dari latar kebudayaan yang berbeda mengikuti praktik perawatan diri yang berbeda. Dalam merawat klien dengan praktik higienis yang berbeda, perawat menghindari menjadi pembuat keputusan atau mencoba untuk menentukan standar kebersihannya.

g. Pilihan Pribadi

Setiap klien memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Klien memilih produk yang berbeda menurut pilihan dan kebutuhan pribadi. Klien juga memiliki pilihan mengenai bagaimana melakukan hygiene.

h. Kondisi Fisik

Orang yang menderita penyakit tertentu (misalnya: kanker tahap lanjut) atau yang menjalani operasi seringkali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan hygiene pribadi.

2.3.3 Tujuan Perawatan Diri

Menurut Tarwoto & Wartonah (2006) tujuan perawatan diri yaitu:

a. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

b. Memelihara kebersihan diri seseorang

c. Memperbaiki personal hygiene yang kurang

d. Pencegahan penyakit

e. Meningkatkan percaya diri seseorang

f. Menciptakan keindahan

2.3.4 Lingkup perawatan diri

1. Kebersihan diri (Mandi)

   Mandi adalah salah satu cara untuk menghilangkan keringat, sel-sel yang mati dan bakteri. Tujuannya adalah untuk menghilangkan bau badan, menstimulasi peredaran darah dan sirkulasi, meningkatkan rasa nyaman. Sedangkan pada anak yang masih sering main akan lupa untuk mandi secara teratur.

2. Berpakaian dan berhias

   Berpakaian dan berhias adalah suatu kemampuan memakai pakaian dan aktifitas berdandan sendiri. Pakaian dan cara seseorang dalam berpakaian merupakan hal yang sayang penting karena merupakan simbol dari kepribadian orang tersebut.

3. Makan

   Makan merupakan suatu proses metabolik tubuh mengontrol pencernaan, menyimpan zat makanan dan mengeluarkan produk sampah. Tujuan pemenuhan zat gizi yang cukup sesuai dengan

kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan. Tanda orang yang terganggu jiwanya maupun orang yang sakit adalah nafsu makan menurun. Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan untuk mengambil makan sendiri, makan tidak pada tempatnya dan makan berceceran (Purba,2011).

4. *Toileting*

Adalah suatu keadaan dimana individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melaksanakan atau menyelesaikan aktivitas *toileting* lengkap untuk diri sendiri (Carpenito,1997).

2.3.5 Dampak Dari Perawatan Diri

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang di derita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah: gangguan integrasi kulit, gangguan membrane mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak Psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial (Tarwoto & Wartonah, 2010).

2.3.6 Tanda Dan Gejala

Adapun tanda dan gejala defisit perawatan diri menurut Fitria (2009) adalah sebagai berikut:

a. Mandi/hygiene

Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

b. Berpakaian/berhias

Klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik, melepaskan pakaian, menggunakan kaos kaki, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian dan mengenakan sepatu.

c. Makan

Klien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka container, memanipulasi makanan dalam mulut, mengambil makanan dari wadah lalu memasukkannya ke mulut, melengkapi makan, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat, mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

d. BAB/BAK (*toileting)*

Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil.

2.4 Konsep Anak Usia Sekolah

2.4.1 Definisi

Masa usia sekolah dasar sering disebut sebagai masa intelektual. Pada tahap perkembangan usia anak sekolah dasar 6-12 tahun. Pada masa anak ini secara relatif lebih mudah dididik dari pada masa sebelum dan sesudahnya (Yusuf, 2008). Anak sekolah adalah anak yang berusia 6-12 tahun *(middle childhood).* Kesehatan bagi anak sekolah tidak terlepas dari pengertian kesehatan pada umumnya. Kesehatan disini meliputi kesehatan badan, rohani dan sosial, bukan hanya sekedar bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan (UU No.9 Tahun 1980 tentang pokok-pokok kesehatan). Anak pada usia ini telah memilih fisik yang lebih kuat sehingga kebutuhan untuk melakukan aktivitas tampak menonjol. Penampilannya dan pertumbuhan menjadi mantap pada diri anak tersebut (Adriani, 2012)

2.4.2 Ciri – Ciri Anak Usia Sekolah

Hurlock (2002) mengatakan orang tua, pendidik, dan ahli psikologis memberikan berbagai label kepada periode ini dan label-label itu mencerminkan ciri-ciri penting dari periode anak usia sekolah, yaitu sebagai berikut :

a. Label yang digunakan oleh orang tua

Bagi banyak orang tua akhir masa kanak-kanak merupakan usia yang menyulitkan, suatu masa dimana anak tidak mau lagi menuruti perintah dan dimana ia lebih banyak dipengaruhi oleh teman-teman sebaya daripada oleh orang tua dan anggota kelompok lain. Karena kebayakan anak, terutama laki-laki, kurang memperhatikan dan tidak bertanggung jawab terhadap pakaian dan benda-benda miliknya sendiri, maka orang tua memandang periode ini sebagai usia tidak rapih, suatu masa dimana anak cenderung tidak memperdulikan dan ceroboh dalam penampilan, dan kamarnya sangat berantakan.

Dalam keluarga yang terdiri dari anak laki-laki dan perempuan, sudah sering bila terjadi pertengkaran antara anak laki-laki dan perempuan. Pola perilaku ini banyak terjadi dalam keluarga sehingga periode ini disebut oleh orang tua sebagai usia bertengkar, suatu masa dimana banyak terjadi pertengkaran antar keluarga dan suasana rumah yang tidak menyenangkan bagi semua anggota keluarga.

b. Label yang digunakan oleh Para Pendidik

Para pendidik memandang periode ini sebagai periode kritis dalam dorongan berprestasi, suatu masa dimana anak membentuk kebiasaan untuk mencapai sukses, tidak sukses, atau sangat sukses. Pada usia tersebut anak diharapkan memperoleh dasar-dasar pengetahuan yang dianggap penting untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa, dan mempelajari berbagai keterampilan penting tertentu, baik keterampilan kurikuler maupun ekstra kulikuler.

c. Label yang digunakan Ahli Psikologi

Bagi ahli psikologi, akhir masa kanak-kanak adalah usia berkelompok, suatu masa dimana perhatian utama anak tertuju pada keinginan diterima oleh teman-teman sebaya sebagai anggota kelompok, terutama kelompok yang bergengsi dalam pandangan teman-temannya. Oleh karena itu, anak ingin menyesuaikan dengan standar yang disetujui kelompok dalam penampilan, berbicara, dan perilaku. Keadaan ini disebut oleh ahli psikologi sebagai usia penyesuaian diri.

Anak-anak yang lebih besar bila tidak dihalangi oleh rintangan-rintangan lingkungan, oleh kritik, atau cemoohan orang-orang dewasa atau orang lain, akan mengarahkan tenaga kedalam kegiatan-kegiatan kreatif. Oleh karena itu, ahli psikologi menamakan masa akhir kanak-kanak dengan

usia kreatif, suatu masa dalam rentang kehidupan dimana akan ditentukan apakah anak-anak akan menjadi konformis atau pencifta karya yang baru dan orisinal.

Akhir masa kanak-kanak seringkali disebut usia bermain oleh ahli psikologi, bukan karena terdapat lebih banyak waktu untuk bermain melainkan karena terdapat tumpang tindih antara ciri-ciri kegiatan bermain anak-anak yang lebih muda dengan ciri-ciri bermain anak-anak remaja. Jadi alasan periode ini disebut sebagai usia bermain adalah karena luasnya minat dan kegiatan bermain dan bukan karena banyaknya waktu untuk bermain.

2.4.3 Perkembangan Anak Usia Sekolah

Perkembangan anak usia sekolah dibagi menjadi perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial (Potter & Perry, 2009).

1. Perkembangan fisik

Kecepatan pertumbuhan pada usia sekolah awal bersifat perlahan dan konsisten sebelum terjadinya lonjakan pertumbuhan pada usia remaja. Anak usia sekolah tampak lebih langsing dibandingkan anak usia pra- sekolah karena perubahan distribusi dan ketebalan lemak. Peningkatan tinggi badan berkisar 2 inci (5 cm) per tahun, dan berat badan meningkat sekitar 4 sampai 7 pon (1,8 sampai 3,2 kg) per tahun. Banyak anak yang mengalami peningkataan berat badan dua kali lipat, dan sebagian besar anak perempuan

mendahului anak laki-laki dalam pertambahan tinggi dan berat badan pada akhir usia sekolah. Pengukuran tinggi dan berat badan tiap tahunnya akan mendeteksi perubahan pertumbuhan yang merupakan gejala timbulnya berbagai penyakit anak.

Anak usia sekolah menjadi lebih terkoordinasi karena dapat mengatur otot besar dan kekuatannya yang meningkat. Sebagian besar melakukan keterampilan mototrik kasar seperti berlari, melompat, menjaga keseimbangan, melempar, dan menangkap saat bermain.

2. Perkembangan Kognitif

Perubahan kognitif memberikan kemampuan untuk berpikir secara logis tentang waktu dan lokasi dan untuk memahami hubungan antara benda dan pikiran. Anak telah dapat membayangkan suatu peristiwa tanpa harus mengalaminya terlebih dahulu. Pikiran anak tidak lagi didominasi oleh persepsi sehingga kemampuan mereka untuk memahami dunia sangat meningkat. Pada usia 7 tahun anak mampu menggunakan simbol untuk melakukan tindakan (aktivitas mental) dalam pikiran dan bukan secara nyata. Mereka mulai menggunakan proses pikir logis dengan materi yang konkret (objek, manusia, dan peristiwa yang dapat disentuh dan dilihat).

Anak usia sekolah menggunakan kognisinya untuk memecahkan masalah. Beberapa orang memiliki kemampuan yang lebih baik dibandingkan lainnya karena bakat intelektual, pendidikan dan pengalaman, namun semua anak dapat meningkatkan keterampilan ini. Mereka yang mampu memecahkan masalah dengan baik serta memiliki karakteristik berikut : pandangan positif bahwa masalah dapat diselesaikan dengan usaha, memusatkan perhatiaan pada ketepatan, kemampuan membagi masalah menjadi bagian-bagian pelajaran, dan kemampuan menghindari tebakan saat mencari fakta.

3. Perkembangan Psikososial

Erikson (dalam Potter & Perry, 2009) mengatakan tugas perkembangan pada anak usia sekolah adalah industry versus inferioritas (industry vs inferioritas). Pada masa ini, anak mencoba memperoleh kompetensi dan keterampilan yang dibutuhkan untuk berfungsi kelak pada usia dewasa. Mereka yang direspon secara positif akan merasakan adanya harga diri. Mereka yang memperoleh kegagalan sering merasa rendah diri atau tidak berharga sehingga dapat mengakibatkan penarikan diri dari sekolah maupun kelompok temannya.

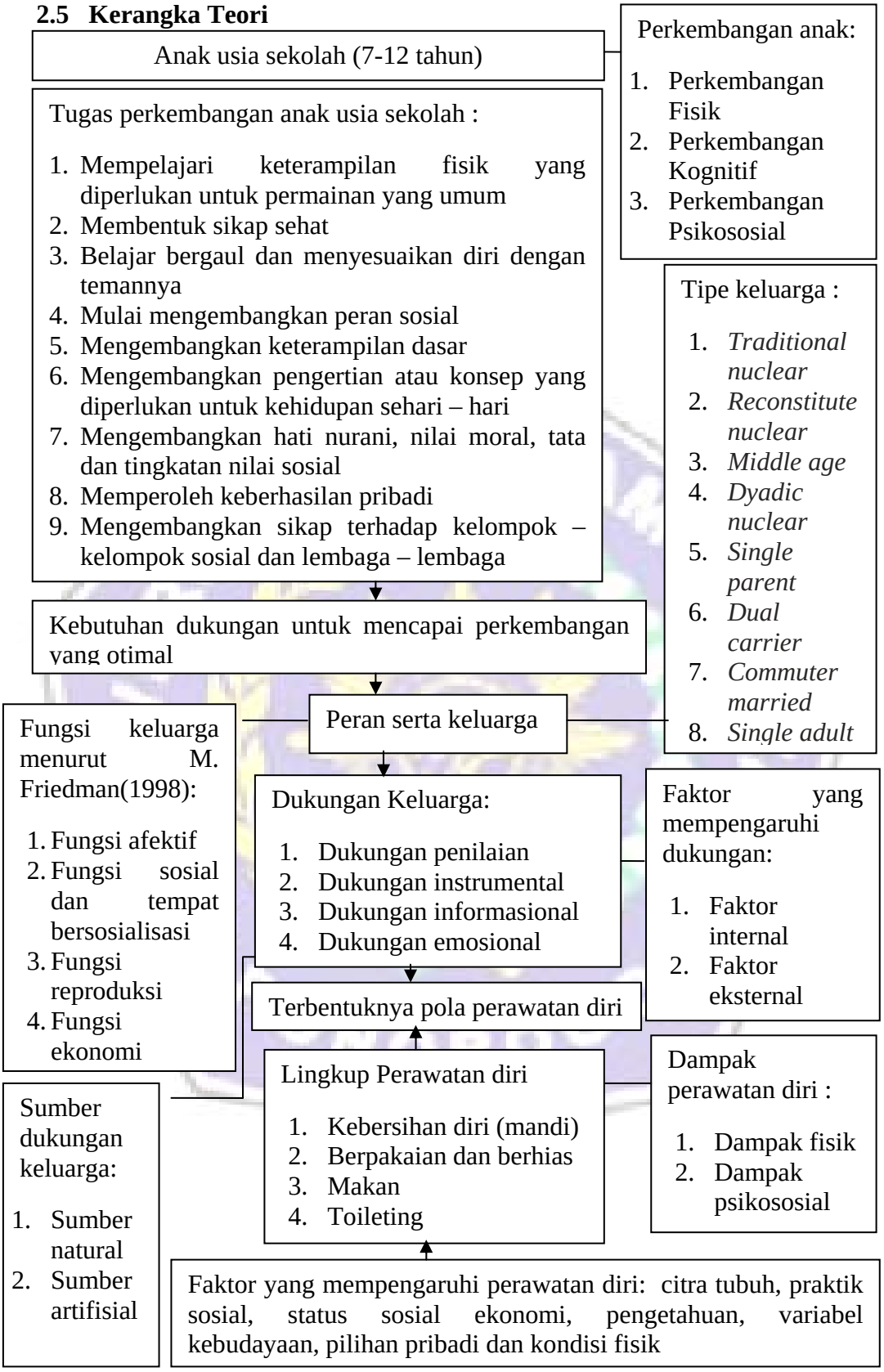
2.4.4 Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah

Pada masa ini anak memasuki masa belajar di dalam dan diluar sekolah. Anak belajar di sekolah, tetapi membuat latihan pekerjaan rumah yang mendukung hasil belajar disekolah. Aspek perilaku banyak dibentuk melalui pengetahuan *(reinforcement)* verbal, keteladanan, dan identifikasi. Anak – anak pada masa ini harus menjalankan tugas – tugas perkembangan, yaitu :

1. Mempelajari keterampilan fisik yang diperlukan untuk permainan yang umum
2. Membentuk sikap sehat mengenai dirinya sendiri
3. Belajar bergaul dan menyesuaikan diri dengan teman – teman seusianya.
4. Mulai mengembangkan peran sosial pria atau wanita yang tepat
5. Mengembangkan keterampilan dasar seperti membaca, menulis dan berhitung
6. Mengembangkan pengertian atau konsep yang diperlukan untuk kehidupan sehari – hari
7. Mengembangkan hati nurani, nilai moral, tata dan tingkatan nilai sosial
8. Memperoleh keberhasilan pribadi

9. Mengembangkan sikap terhadap kelompok – kelompok sosial dan lembaga – lembaga (Gunarso, D & Gunarsa, Y 2008).

2.5 Kerangka Teori



Gambar 1.2 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Diri Pada Anak Usia Sekolah (7-12 Tahun) di SDN 03 Bosan Lor Ngrayun