

CALGARY FAMILY ASESSMENT MODEL (CFAM) KELUARGA TENTANG PENANGANAN PERTAMA FOOD BORNE DISEASE ANAK (*Calgary Family Assessment Model (CFAM) Family First Treatment of Food Borne Disease to Children*)

Wiwit Dwi Nurbadriyah
Stikes Kepanjen Pemkab Malang
email: wiwit.dn@gmail.com

Abstract: *Food borne disease (FBD) is a disease through consumption of contaminated food. The problem is that, school children are vulnerable to FBD because of household food contamination. This indicates the family as a food handler hygiene mainly the mother who prepare the food needed to be improved. Most common FBD is diarrhea, one of the danger is that the child's body fluids are expelled out through the stool this can cause dehydration or even death. Family plays very important role in the handling of FBD first before being taken to the health service. This can be known through family studies approach CFAM (Calgary Family assessment model). The design of this study was descriptive eksploratif with a sample of 35 respondents; the 4th graders and their parents (17 persons) and 5th graders and their parents (18) in Jatirejoyoso Kepanjen Elemetary School through purposive sampling technique. The data taken were demographic and CFAM consists of the structural assessment components, development as well as family function. The family in first handling of food borne disease largely was not routine (71.4%). Ways of solving the problems mostly by the head of the family (74.3%). Responsible care for sick children mostly (57.2%) by only one parent (father / mother). Follow up during sick mostly made an effort (curative) as much as 85.7%. Family belief the majority (80%) considered that the first treatment at home was not needed because it could be taken directly to the health service. Health workers are expected to provide guidance for families through health volunteers on first handling practices of FBD. While schools are expected to perform optimization of UKS (School Health Unit) program to provide health education about the prevention and first treatment of FBD toward the school community.*

Keywords: *Family Aessment Calgary, first handling, foodborne disease*

Abstrak: Food borne disease (FBD) adalah penyakit melalui konsumsi makanan terkontaminasi. Masalah yang terjadi, FBD rentan menyerang anak sekolah karena kontaminasi makanan rumah tangga. Hal ini mengindikasikan hygiene keluarga sebagai food handler utama (ibu) yang menyiapkan makanan masih perlu peningkatan. FBD terbanyak adalah diare, salah satu bahayanya adalah cairan tubuh anak keluar melalui tinja dan dapat menyebabkan dehidrasi bahkan kematian. Peran keluarga sangat penting dalam penanganan pertama FBD sebelum dibawa ke pelayanan kesehatan. Hal ini bisa diketahui melalui pendekatan pengkajian keluarga CFAM (Calgary Family Aessment Model). Rancangan penelitian deskriptif eksploratif design dengan sampel 35 responden yaitu orangtua beserta siswa kelas 4 (17 orang) dan 5 (18 orang) di SDN. Jatirejoyoso Kepanjen melalui teknik sampling purposive. Data yang diambil yaitu demografi dan CFAM terdiri dari komponen pengkajian structural, perkembangan serta fungsional keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga dalam penanganan pertama FBD sebagian besar tidak rutin (71.4%). Cara pemecahan masalah sebagian besar oleh kepala keluarga (74.3%). Penanggungjawab merawat anak sakit sebagian besar (57.2%) oleh salah satu orangtua saja (ayah/ibu). Tindak lanjut saat sakit sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) sebanyak 85.7%. Keyakinan keluarga sebagian besar (80%) menganggap bahwa penanganan pertama di rumah tidak diperlukan karena bisa langsung dibawa ke pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan diharapkan melakukan pendampingan kepada keluarga melalui kader kesehatan tentang praktek penanganan pertama FBD. Sedangkan sekolah diharapkan melakukan

pengoptimalan program UKS untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan dan penanganan pertama FBD kepada komunitas sekolah.

Kata Kunci: pengkajian keluarga Calgary, penanganan pertama, penyakit bawaan makanan

Food borne disease adalah penyakit bawaan makanan yang disebabkan oleh agen penyakit yang masuk ke dalam tubuh melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi. Serangan akut paling banyak disebabkan oleh mikroba dan parasit (WHO, 2005). Penyakit diare adalah contoh penyakit paling sering ditularkan melalui makanan dan minuman. Masalah yang terjadi saat ini adalah *food borne disease* rentan menyerang anak sekolah. Salah satu penyebab karena kurang kebersihan diri dan sanitasi lingkungan (Barakki, *et al.*, 2005). Data BPOM RI tahun 2001–2009 menunjukkan penyebab terbanyak *food borne disease* karena kontaminasi makanan rumah tangga sebanyak 38,68% (InfoPOM, 2010). Data tersebut mengindikasikan bahwa praktek hygiene dan sanitasi oleh keluarga sebagai *food handler* utama (ibu) yang menangani dan menyiapkan makanan pada anak usia sekolah masih perlu peningkatan (Widoyono, 2011; Suci, 2009).

Salah satu bahaya *food borne disease* pada diare, anak banyak mengeluarkan tinja cair, bercampur darah dan lendir kadang disertai muntah. Sehingga menyebabkan cairan tubuh terkuras keluar melalui tinja dan dapat menyebabkan dehidrasi bahkan kematian (Widoyono, 2011). Namun sampai saat ini penanganan pertama *food borne disease* melalui pendekatan pengkajian keluarga masih belum jelas.

Di Indonesia *food borne disease* terbanyak adalah diare, hingga saat ini diare masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan prevalensi diare sekitar 7% dan angka kejadian di Jawa Timur lebih tinggi dari rata-rata nasional yaitu 7,4%. Kejadian diare anak usia sekolah menempati urutan terbanyak setelah bayi dan lansia yaitu sebesar 6,2%. 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%.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2014 kejadian diare usia 5–14 tahun sebanyak 21,8% dan yang mengalami dehidrasi sedang dan berat sekitar 14%. Hal ini menunjukkan bahwa *food*

borne disease rentan terjadi pada anak usia sekolah. Jika hal ini tidak dilakukan penanganan pertama secara tepat, akan berdampak negatif bagi status kesehatan anak usia sekolah. Anak akan sering ijin sakit dan hal ini sangat berpengaruh dalam prestasi belajar yang dicapai (Solikhah, 2012). Hasil studi pendahuluan didapatkan angka kesakitan berdasarkan absensi semester ganjil (Juli–Desember 2014) didapatkan: 0,2% pada anak kelas V. Sedangkan wawancara 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.

Penanganan pertama *food borne disease* dalam sangat penting. Hal ini disebabkan keluarga merupakan unit terkecil dalam pengambilan keputusan, termasuk pengambilan keputusan dalam penanganan masalah kesehatan anak (Puspitasari, 2006). Anak berada di sekolah paling lama 8 jam/hari, selebihnya akan kembali ke rumah atau keluarga. Anak usia 10–12 tahun sudah dapat bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan menjaga kesehatan diri nya tapi masih perlu peningkatan untuk melakukannya, keterlibatan keluarga sangat diharapkan dalam hal ini (Wong, 2009).

Pada permasalahan anak sekolah dalam penanganan pertama *food borne disease* perlu dilakukan pengkajian menyeluruh pada sistem dan sub sistem yang mempengaruhi anak termasuk unit keluarga, pengkajian tidak hanya pada individu namun lebih pada interaksi dalam keluarga. CFAM (*Calgary Family Assessment Model*) dipilih sebagai pendekatan dalam penelitian ini karena lebih rinci dalam melakukan pengkajian keluarga dengan anak sekolah. CFAM terdiri dari komponen struktural tentang gambaran kondisi internal keluarga, komponen *developmental* (perkembangan) tentang hubungan eksternal keluarga seperti keterlibatan keluarga besar dan system yang lebih luas (tetangga, lingkungan, petugas kesehatan setempat), dan komponen fungsional tentang kebiasaan sehari-hari keluarga. CFAM tidak hanya pada individu namun interaksi individu dalam keluarga, sehingga dapat diambil kesimpulan dari informasi yang saling terkait dan digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam

menentukan intervensi yang tepat bagi keluarga (Wright dan Leahy, 2009).

BAHAN DAN METODE

Pada penelitian ini sampel yang diambil adalah sebagian orang tua yang memiliki anak usia sekolah kelas IV dan V. Alasan dipilih kelas IV dan V karena rentang usia sekolah 10–12 tahun: 1). Menurut teori perkembangan moral Kohlberg (1968) anak sudah masuk dalam tahap moral (konvensional) dimana kesadaran diri anak sudah mulai tumbuh sehingga kontrol perilaku sudah didapat dari dalam diri anak, anak juga mulai peduli akan pemeliharaan dan pengharapan keluarga. 2). Berdasarkan teori perkembangan kognitif sudah masuk tahap *konkrit operasional*, anak usia sekolah sudah mampu memahami masalah konkrit, dapat memahami alasan dan mulai berpikir rasional. Dalam penelitian ini tidak dipilih kelas VI karena anak sudah masuk ke tahap perkembangan *formal operasional* (sudah mampu berpikir rasional lebih baik dibandingkan tahap sebelumnya) serta kelas VI dalam persiapan ujian sehingga dikhawatirkan mengurangi keleluasaan peneliti dalam mencari waktu yang tepat untuk proses penelitian. 3) Fase *middle childhood*, anak usia sekolah 10–12 tahun sudah mampu membangun perilaku yang sehat dan pencapaian kemandirian, sehingga penanganan pertama *food borne disease* bisa diukur.

Penentuan sampel berdasar kriteria inklusi: keluarga inti, anak tinggal bersama orangtua, keluarga yang dapat membaca menulis, bersedia berpartisipasi dalam penelitian, ibu sebagai *food handler* utama, anak pernah menderita *food borne disease*. Sedangkan kriteria eksklusi: Terdapat keterbatasan baik fisik atau mental yang dapat mengganggu penelitian (contoh: buta, gangguan pendengaran (tuli), dan *dimensia*).

Dalam penelitian ini jumlah sampel adalah 35 orang mahasiswa dengan rincian sebagai berikut: Jumlah siswa kelas IV sebanyak 17 orang dan kelas V sebanyak 18 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini secara *Purposive Sampling*, yaitu pemilihan sampel berdasarkan kriteria yang ditentukan oleh peneliti.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah: 1) Kuisisioner data demografi. Data demografi terdiri dari data orang tua (ayah dan ibu) dan data anak, data orang tua meliputi: nama, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan. Data anak meliputi

nama anak, usia, 2) Kuisisioner pengkajian keluarga Calgary (CFAM).

Pengkajian struktural terdiri dari suku, tipe keluarga, jumlah anggota keluarga, agama, penghasilan. Pengkajian perkembangan keluarga meliputi tahap perkembangan keluarga, hubungan antar anggota keluarga, hubungan keluarga dengan system luar, lingkungan rumah yang berhubungan dengan *food borne disease*. Pengkajian fungsional meliputi *Activity Daily Living* (ADL) keluarga dalam penanganan pertama *food borne disease*, cara pemecahan masalah, penanggung jawab anak sakit, keyakinan kondisi anak, pola komunikasi antar anggota keluarga, pengambil keputusan dalam keluarga

HASIL PENELITIAN

Data umum menunjukkan bahwa sebagian besar usia 30–39 tahun, ayah sebanyak 15 orang (42.9%) dan ibu sebanyak 24 orang (68.1%). Pendidikan terakhir ayah dan ibu sebagian besar adalah SMP sebanyak 19 orang (54.3%) dan 17 orang (48.7%). Pekerjaan sebagian besar adalah swasta untuk ayah dan ibu sebanyak 25 orang (71.5%) dan 15 orang (42.9%). Sebagian besar responden pernah mendapat informasi (94.3%), sumber informasi dari petugas kesehatan (saat berobat ke pelayanan kesehatan) tentang penanganan penyakit *food borne disease* (diare). Petugas kesehatan yang menjadi sumber informasi tidak ada yang melakukan kunjungan rumah. Sumber informasi dari kegiatan lain berupa PKK tentang informasi pembuatan larutan gula garam jika terjadi diare.

Data umum anak menunjukkan bahwa sebagian besar anak usia sekolah yaitu usia 11–12 tahun sebanyak 19 orang (54.3%). Kelas V sebanyak 18 orang (51.4%) dengan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki sebanyak 21 orang (60%).

Pengkajian Keluarga Calgary Komponen Struktural

Hasil menunjukkan hasil pengkajian komponen struktural yang 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 ≤ 4 orang (ayah, ibu, anak) sebanyak 27 orang (77.1%). Jenis kelamin: tidak ada perbedaan jenis kelamin anak terhadap dalam prioritas penanganan pertama *food borne disease*, sebagian besar

berjenis kelamin laki-laki (60%). Urutan posisi anak ke-1 atau ke-2 sebanyak 27 orang (77.1%).

Batasan keluarga dan keluarga besar berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan penanganan pertama *food borne disease*, didapatkan sebagian besar (71.4%) tidak ada aturan. Maksudnya adalah tidak ada prosedur penanganan pertama yang harus dilakukan oleh keluarga di rumah jika anak mengalami *food borne disease*. Dukungan keluarga besar dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak melakukan penanganan pertama. Dukungan keluarga besar dari kakek, nenek, paman dan saudara yang lain. Sistem lebih luas sebanyak 30 orang (85.7%) sudah ada aturan penanganan pertama *food borne disease* dari tokoh masyarakat tentang pelatihan pembuatan larutan gula garam secara umum pada kegiatan PKK RT/RW.

Pengkajian Keluarga Calgary Komponen Perkembangan

Komponen perkembangan terdiri dari: hubungan anggota keluarga (ayah-ibu, ayah-anak, ibu-anak, anak dengan anak), hubungan keluarga dengan lingkungan (sekolah, lingkungan kerja, tetangga, keluarga besar). Responden merupakan keluarga tahap perkembangan ke3 (keluarga dengan anak muda), yaitu menerima anggota baru dalam sistem, dimana didalamnya ada anak yang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan (anak sekolah). Hubungan ayah-ibu, ibu-anak dan anak dengan anak semuanya sangat erat (100%), ayah-anak sebagian besar tidak erat (57.1%). Hubungan antar anggota keluarga merupakan ikatan kasih sayang melalui kebersamaan dalam keluarga. Indikator dilihat dari kegiatan makan bersama, rekreasi bersama, momen komunikasi yang terbuka. Hubungan ayah/ibu ke anak ini merupakan kekuatan keluarga dalam memberikan *support* (motivasi) antar anggota keluarga dalam penanganan pertama *food borne disease*.

Hubungan keluarga dengan lingkungan merupakan keterikatan keluarga dengan lingkungan luar seperti sekolah, tempat kerja dan keluarga besar didapatkan hubungan yang baik (100%), hubungan keluarga dengan tetangga sebagian besar sangat baik (85.7%). Ketersediaan sarana dalam penanganan pertama *food borne disease* didapatkan pelayanan kesehatan terdekat seperti Ponkesdes (pondok kesehatan kerja) sebanyak 100%, fasilitas penyuluhan kader tentang pembuatan oralit (51.4%)

dan penyuluhan tentang menilai dehidrasi/kekurangan cairan dan penanganan pertama di rumah (88.5%).

Pengkajian Keluarga Calgary Komponen Fungsional

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. *Activity Daily Living* atau aktivitas rutin/kebiasan dalam 1 bulan terakhir oleh keluarga dalam penanganan pertama *food borne disease* sebagian besar tidak dilakukan sebanyak 25 orang (71.4%). Aktivitas penanganan pertama terdiri dari 3 kegiatan yaitu: pencegahan 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. Idealnya pemecahan masalah dilakukan melalui musyawarah oleh semua anggota keluarga inti, bukan hanya oleh kepala keluarga. Hasil pengkajian fungsional didapatkan sebagian besar pemecahan masalah ditentukan oleh kepala keluarga sebanyak 26 orang (74.3%). 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 (ayah/ibu) sebanyak 20 orang (57.2%).

Tindak lanjut terhadap penanganan *food borne disease* 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 sebelum dibawa ke pelayanan kesehatan, namun hasil pengkajian didapatkan data sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) dengan langsung membawa anak berobat ke pelayanan jika sakit tanpa dilakukan upaya penanganan pertama di rumah sebanyak 85.7%. Keyakinan merupakan sesuatu yang mendasari keluarga dalam melakukan penanganan pertama penyakit. Sebagian besar responden (80%) menganggap bahwa *food borne*

disease bukan merupakan tidak berbahaya dan tidak seberat penyakit lain seperti *stroke* atau kanker, padahal bahaya *food borne disease* jika tidak tertangani dengan baik bisa menyebabkan dehidrasi dan kematian.

PEMBAHASAN

Calgary Family Assessment Model komponen Struktural tentang penanganan pertama *food borne disease*

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah pengkajian keluarga dengan melalui kunjungan rumah. Menurut Mubarak (2007) dimensi sasaran kepada individu, kelompok, dan masyarakat luas. Pengkajian keluarga CFAM melalui kunjungan rumah termasuk metode langsung ke individu, umumnya dengan berhadapan langsung sehingga instrumen yang diberikan peneliti bisa berfokus pada masing-masing keluarga. Hal ini memungkinkan responden akan lebih fokus mengisi instrumen yang diberikan dan lebih leluasa bertanya jika ada hal yang belum dimengerti. CFAM dilakukan sebanyak 1 sesi dengan waktu 50 menit.

Hasil pengkajian CFAM 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 hasil pengkajian struktural keluarga. Sebagian besar usia ayah dan ibu adalah 30–39 tahun. Usia tersebut 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). Pengetahuan dalam penanganan pertama *food borne disease* ini didahului persepsi positif keluarga tentang keyakinan/kepercayaan bahwa pengkajian CFAM 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 mengisi data yang sebenarnya pada instrumen yang diberikan. Pengetahuan tentang penanganan pertama *food borne disease* akan membuat keluarga mengerti sehingga termotivasi untuk berusaha melakukan penanganan pertama tersebut. Perubahan dalam keluarga pada domain kognitif menurut teori Calgary akan mempengaruhi pada domain yang lainnya, yaitu psikomotor atau ketrampilan dalam penanganan pertama *food borne disease*.

Komponen structural pada pengkajian keluarga CFAM responden juga 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 pengisian instrumen CFAM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu keluarga dalam mengisi instrumen penanganan pertama *food borne disease* diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah.

Pengkajian kebudayaan terdapat pada CFAM (*Calgary Family Assessment Model*) komponen struktural yaitu batasan keluarga, keluarga besar dan sistem yang lebih luas. Batasan berupa ada atau tidaknya aturan dalam melakukan penanganan pertama *food borne disease*, didapatkan sebagian besar tidak ada aturan. Maksudnya adalah tidak ada pemberian *support/dukungan* dalam melakukan penanganan pertama *food borne disease*. Dukungan keluarga besar dalam bentuk mengingatkan, memberi contoh langsung, menegur jika tidak mau melakukan penanganan pertama *food borne disease*. 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 dari kader PKK terkait pembuatan oralit. Aturan yang longgar inilah memungkinkan terbentuknya hasil CFAM yang tidak mendukung, dalam penanganan pertama *food borne disease* (Azwar, 2010).

Calgary Family Assessment Model komponen Perkembangan tentang penanganan pertama *food borne disease*

Wright & Leahay (2009) menyebutkan bahwa tindakan penanganan pertama *food borne disease* bisa diperantarai oleh pengetahuan. Selain itu juga dipengaruhi lingkungan dan kebudayaan dimana seseorang dibesarkan (Azwar, 2010). Pengkajian Calgary (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 melakukan penanganan pertama *food borne disease*. Sedangkan hubungan keluarga dengan lingkungan luar seperti sekolah, tempat kerja dan keluarga besar didapatkan hubungan yang baik, hubungan keluarga dengan tetangga sebagian besar sangat baik. Interaksi yang baik ini dimungkinkan muncul hasil CFAM komponen yang mendukung penanganan pertama *food borne disease*.

Calgary Family Assessment Model komponen Fungsional tentang penanganan pertama *food borne disease*

Perilaku penanganan pertama *food borne disease* bisa dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap. Hal ini disebut sebagai *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 *food borne disease*. 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).

Fasilitas sarana dilingkungan hampir semua sudah ada penyuluhan tentang pembuatan oralit dari kader PKK, namun penyuluhan tentang penilaian derajat dehidrasi masih belum ada. Hal inilah yang dimungkinkan hasil pengkajian fungsional CFAM tentang tindakan penanganan pertama *food borne disease* sebagian besar kurang.

Hasil pengkajian Calgary pada 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. *Activity Daily Living* atau aktivitas rutin/kebiasaan dalam keluarga dalam penanganan pertama *food borne disease* sebagian besar tidak dilakukan secara rutin dalam 1 bulan terakhir. Aktivitas rutin terdiri dari 3 kegiatan yaitu pencegahan dehidrasi (kurang cairan) dilakukan dengan minum lebih banyak, penilaian dehidrasi dilakukan sebelum membawa ke pelayanan kesehatan dan penanganan dehidrasi diperlukan dalam bentuk 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 sakit 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 penanganan *food borne disease* merupakan kegiatan yang dilakukan keluarga melalui upaya pengobatan (kuratif) dan penanganan pertama sebelum dibawa ke pelayanan kesehatan agar tidak jatuh ke kondisi yang lebih

parah. Upaya yang dilakukan sebaiknya berupa tindakan penanganan pertama di rumah lebih dulu sebelum dibawa ke pelayanan kesehatan, namun hasil pengkajian didapatkan data sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) dengan membawa anak berobat ke pelayanan kesehatan langsung jika sakit. Upaya kuratif saja tidak dapat mengurangi angka kesakitan secara signifikan. Upaya penanganan pertama merupakan usaha agar 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 bawaan makanan bukan merupakan masalah besar, karena penyakit tersebut tidak seberat penyakit lain seperti *stroke* atau kanker. Keyakinan tersebut menyebabkan persepsi bahwa dampak *food borne disease* 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.

Penanganan pertama *food borne disease* termasuk perilaku kesehatan. Salah satu faktor perilaku kesehatan sulit berubah adalah motivasi seseorang, bagaimana persepsinya terhadap ancaman sebuah penyakit sehingga memunculkan nilai dari perilaku penanganan pertama, dalam hal ini adalah penanganan pertama *food borne disease* (Taufik, 2007). Selain itu juga bisa dipengaruhi faktor psikologis dan fisiologis seperti tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan (Maulana, 2013). Pada pengkajian CFAM terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam pengisian instrumen penanganan pertama *food borne disease* diantaranya adalah anak yang masih kecil rewel dan keluarga dalam kondisi lelah. Kondisi ini sangat berpengaruh terhadap keberhasilan proses pengisian informasi oleh responden, sehingga hasil penelitian kurang sesuai dengan harapan yang diinginkan.

Hasil pengkajian CFAM masing-masing keluarga harapannya bisa diteruskan dengan intervensi CFIM (*Calgary Family Intervention Model*) sehingga strategi intervensi yang berbeda sesuai hasil pengkajian perlu disiapkan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

CFAM keluarga tentang penanganan pertama *food borne disease* pada komponen struktural dipengaruhi oleh batasan keluarga, keluarga besar dan sistem yang lebih luas.

CFAM keluarga tentang penanganan pertama *food borne disease* pada komponen perkembangan dipengaruhi oleh hubungan anggota keluarga, hubungan dengan lingkungan, sarana di lingkungan.

CFAM keluarga tentang penanganan pertama *food borne disease* pada komponen fungsional merupakan komponen yang paling berpengaruh karena merujuk pada aktivitas kehidupan sehari-hari, terdiri dari aktivitas rutin, pemecahan masalah, penanggungjawab dalam merawat anak, tindak lanjut saat sakit, keyakinan keluarga. Keluarga dalam penanganan pertama *food borne disease* sebagian besar tidak rutin (71.4%). Cara pemecahan masalah sebagian besar oleh kepala keluarga (74.3%). Penanggungjawab merawat anak sakit sebagian besar (57.2%) oleh salah satu orangtua saja (ayah/ibu). Tindak lanjut saat sakit sebagian besar melakukan upaya pengobatan (kuratif) sebanyak 85.7%. Keyakinan keluarga sebagian besar (80%) menganggap bahwa penanganan pertama di rumah tidak diperlukan karena bisa langsung dibawa ke pelayanan kesehatan.

Saran

Keluarga dengan anak usia sekolah diharapkan meningkatkan pemahaman tentang penanganan pertama *food borne disease* dengan aktif bertanya pada petugas atau kader kesehatan setempat, mencari informasi secara mandiri melalui televisi, internet dan media lain.

Tenaga kesehatan melakukan pendampingan kepada keluarga melalui kader kesehatan tentang praktek penanganan pertama *food borne disease*.

Penelitian selanjutnya tentang pemberian intervensi CFIM (*Calgary Family Intervention Model*) diterapkan pada keluarga dalam penanganan pertama *food borne disease* sesuai hasil pengkajian masing-masing keluarga.

DAFTAR RUJUKAN

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

- Barakki, N., et al. 2005. *Food Borne Disease*. Haramaya University, Usaid In Collaboration Wiyh The Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, The Ethiopia Ministry Of Health And Education. Module. Ethiopia.
- BPOM. 2010. *Info POM Badan Pengawas Obat Dan Makanan Republik Indonesia Volume XI, No 3. Mei-Juni 2010, ISSN 1829-9334*.
- Kholid, A. 2015. *Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Maulana, H. 2013. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- 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.
- Solikhah, H. 2013. *Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Tentang Food Borne Disease Pada Anak Usia Sekolah di SDN Babat Jerawat I Kecamatan Pakal Kota Surabaya*.
- Suci, E.S.T. 2009. *Gambaran Perilaku Jajan Murid sekolah dasar di Jakarta*. *Jurnal Psikobuana-jurnal ilmiah psikologi*, vol 1, no.1, 29-38. Universitas Katolik Atma Jaya Jakarta, ISSN 2085-1242.
- 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.
- WHO. 2005. *Penyakit Bawaan Makanan; Fokus Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Widoyono. 2011. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Penanganan Pertama dan Pemberantasannya*. Edisi 2. Jakarta: Erlangga.
- Wong, D.L. 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, Ta. Davis Company, Philadelphia.