

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Kebutuhan Dasar Manusia**

Virginia Handerson dalam *definition of nursing* (definisi keperawatan). Ia menyatakan bahwa definisi keperawatan harus menyertakan prinsip keseimbangan fisiologis. Definisi ini dipengaruhi oleh persahabatan dengan seorang ahli fisiologi bernama Stackpole Handerson sendiri kemudian mengemukakan sebuah definisi keperawatan yang ditinjau dari sisi fungsional. Menurutnya, tugas unik perawat adalah membantu individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit, melalui upaya melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu atau proses meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu saat ia memiliki kekuatan, kemampuan dan kemauan atau pengetahuan untuk itu (tugas perawat). Di samping itu, Handerson juga mengembangkan sebuah model keperawatan yang dikenal dengan "*the actives of living*". Model tersebut menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dengan meningkatkan kemandiriannya secepat mungkin. Perawat menjalankan tugasnya secara mandiri, tidak tergantung pada dokter. Akan tetapi perawat tetap menyampaikan rencananya pada dokter sewaktu mengunjungi pasien. Handerson melihat manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Handerson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan keperawatan, ke 14 kebutuhan dasar tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Bernafas secara normal
- b. Makan dan minum secara cukup
- c. Membuang kotoran tubuh
- d. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan

- e. Tidur dan istirahat
- f. Memilih pakaian yang sesuai
- g. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan
- h. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat serta melindungi integumen
- i. Menghindari bahaya lingkungan yang bisa melukai
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut atau pendapat
- k. Beribadah sesuai keyakinan
- l. Bekerja dengan tata cara yang mengandung unsur prestasi
- m. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi
- n. Belajar mengetahui atau memuaskan rasa penasarannya yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

## 2. Kebutuhan belajar

### a. Pengetian belajar

Belajar merupakan proses yang dilakukan seseorang untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku yang baru sebagai hasil pengalaman interaksi dengan lingkungan. Belajar merupakan upaya menguasai sesuatu yang berguna untuk hidup. Upaya yang dilakukan dalam belajar adalah menghafal, mengingat dan menghasilkan. Belajar akan membuat individu menguasai pengetahuan, keterampilan dan sikap. Belajar merupakan proses menginternalisasi informasi dengan tujuan akhir terjadi perubahan dalam perilaku peserta didik. Perawat sebagai pendidik dan klien sebagai peserta didik sama-sama memiliki tanggung jawab pada kegiatan proses belajar mengajar. Pengetahuan adalah "*power*" dengan membagi pengetahuan pada klien maka perawat "*mengempower*" klien untuk mencapai tingkat kesejahteraan klien yang maksimal (Niman, 2017)

### b. Fase belajar

Secara teori Gagne (2002). Dikenal 4 fase belajar dalam teori belajar.

Fase tersebut yaitu :

1. Fase penerimaan (*Apprehending phase*)  
Pada fase ini, individu akan memberikan perhatian. Menerima dan merekam stimulus pembelajaran
2. Fase penguasaan (*Acquistion phase*)  
Pada fase ini, individu akan membuktikan adanya perubahan kemampuan atau karena telah melakukan proses pembelajaran
3. Fase pengendapan (*Storage phase*)  
Individ pada fase pengendapan akan menyimpan dalam ingatan proses pembelajaran yang telah dilakukan
4. Fase pengungkapan kembali (*Retrieval phase*)  
Pada fase ini, individu akan mengungkapkan kembali apa yang telah dipelajari (Niman, 2017)

c. Bidang pembelajaran

Pembelajaran terjadi dalam tiga bidang, yaitu : kognitif (pemahaman), afektif (sikap) dan psikomotor (keterampilan motorik)

1. Pembelajaran kognitif  
Pelajaran kognitif meliputi seluruh perilaku intelektual dan membutuhkan pemikiran. Pada perilaku kognitif yaitu perilaku memperoleh pengetahuan
2. Pembelajaran afektif  
Pembelajaran afektif berhadapan dengan ekspresi perasaan dan penerimaan sikap, opini atau nilai
3. Pembelajaran psikomotor  
Pembelajaran psikomotor melibatkan perolehan keterampilan yang membutuhkan integritas aktivitas mental dan otot, seperti kemampuan jalan atau menggunakan alat makan (Patricia A. Potter, 2009)

d. faktor-faktor yang mempengaruhi belajar

banyak faktor yang dapat mendukung atau menghambat proses pembelajaran yang dilakukan klien. Perawat harus tanggap terhadap faktor-faktor ini, antara lain :

1. Motivasi

Motivasi untuk belajar adalah hasrat belajar. Hal ini sangat mempengaruhi seberapa cepat dan seberapa banyak individu belajar. Motivasi besar umumnya dicapai saat seseorang menyadari kebutuhan yang ada, serta meyakini bahwa kebutuhan tersebut dapat terpenuhi dengan belajar.

2. Kesiapan

Kesiapan untuk belajar adalah demonstrasi perilaku atau isyarat yang mencerminkan motivasi untuk belajar pada waktu-waktu tertentu. Kesiapan tidak hanya merefleksikan hasrat atau kesungguhan untuk belajar, tetapi juga kemampuan untuk belajar pada waktu-waktu tertentu.

3. Keterlibatan aktif

Jika peserta didik terlibat aktif dalam proses pembelajaran, pembelajaran telah bermakna. Jika peserta didik berpartisipasi aktif dalam perencanaan dan diskusi, pembelajaran akan berlangsung lebih cepat dan retensi juga akan lebih baik.

4. Waktu

Individu meretensi informasi dan keterampilan psikomotor dengan sangat baik apabila jarak waktu antara pembelajaran dan praktik aktif pembelajaran secara aktif pendek, semakin panjang interval waktu, semakin banyak pembelajaran yang terlupakan.

5. Lingkungan

Lingkungan belajar yang optimal membantu proses pembelajaran dengan mengurangi distraksi dan memberikan kenyamanan fisik serta psikologis.

## 6. Emosi

Emosi seperti perasaan takut, marah dan depresi dapat mengganggu proses belajar. Ansietas tingkat tinggi dapat menyebabkan agitasi dan ketidakmampuan untuk fokus dan berkonsentrasi juga dapat menghambat pembelajaran (Kozier et al, 2011).

## 3. Pengetahuan

### a. Pengertian

Notoadmojo dalam Wawan dan Dewi (2010), Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

### b. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu :

#### 1. Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah pula seseorang menerima informasi.

#### 2. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Lingkungan pekerjaan dapat membentuk suatu pengetahuan karena adanya saling menukar informasi antar teman-teman dilingkungan kerja.

### 3. Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

### 4. Informasi

Suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru dan semakin banyak mendapatkan informasi maka pengetahuan akan semakin luas.

### 5. Lingkungan

Lingkungan merupakan keseluruhan kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

### 6. Sosial budaya

Sistem sosial dan budaya pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi.

## 4. Keluarga

### a. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan di atur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan *preventif* serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Padila, 2015).

### b. Tipe keluarga

Bentuk keluarga menurut Friedman (2010) adalah sebagai berikut ini akan disampaikan berbagai tipe keluarga :

#### 1. Tipe keluarga tradisional

##### a. Keluarga inti (Nuclear Family)

Yaitu terdiri dari suami, istri dan anak.

Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orang tua campuran atau orang tua tiri.

##### b. Pasangan keluarga besar (Extended Family)

Yaitu keluarga inti dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah. Misalnya kakek, nenek, keponakan, paman dan bibik. Tipe keluarga ini lebih sering terdapat di kalangan kelas pekerja dan keluarga imigran. Karena manusia hidup lebih lama, perceraian, hamil dikalangan remaja, lahir diluar pernikahan semakin meningkat pula dan rumah menjadi tempat tinggal beberapa generasi biasanya hanya bersifat sementara.

c. Keluarga “*Dyad*”

Yaitu satu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan tanpa anak.

d. “*Single Parent*”

Yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.

2. Tipe Keluarga Non Tradisional

a. Keluarga dengan orang tua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.

b. Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah. Di dasarkan pada hukum tertentu.

c. Pasangan kumpul kebo. Yaitu kumpul bersama tanpa menikah.

d. Keluarga Gay atau lesbian. Orang-orang berjenis kelamin sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.

e. Keluarga komuni, yaitu keluarga yang terdiri lebih dari satu pasangan monogamy dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

c. Struktur keluarga

Menurut Friedman (2010) struktur keluarga terdiri atas :

1. Pola dan proses komunikasi
2. Pola interaksi keluarga yang berfungsi : bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga, berfikiran positif.

### 3. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi social yang diberikan.

### 4. Struktur kekuatan

Kekuatan merupakan kemampuan (potensial dan aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain kearah positif.

## d. Fungsi keluarga

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai matriks bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga sebagai berikut :

### 1. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang.

### 2. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah individu meninggal. Keluarga merupakan tempat dimana individu melakukan sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

### 3. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Mencari sumber penghasilan guna



memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penghasilan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

4. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

5. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi lain keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan. Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah adanya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Keluarga juga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional (Padila, 2015).

e. Tahapan dan tugas keluarga

1. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

2. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan

nenek serta mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

3. Tahap III, keluarga dengan anak pra sekolah (anak tertua berumur 30 bulan – 6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama dan memenuhi kebutuhan bermain anak.

4. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6 – 13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur dan memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

5. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua usia 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

6. Tahap VI, keluarga yang melepaskan anak usia dewasa muda (mencangkup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga tahap VI yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang

didapat melalui perkawinan anak-anaknya, melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

7. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan/pensiun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VII yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkuat hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, memperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

8. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun lansia

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VIII yaitu mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun dan mengasuh cucu (Achjar, 2010).

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival (bertahan hidup) pasien dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif dan preventif perawatan kesehatan. Profesi keperawatan telah mengidentifikasi proses pemecahan masalah yang “menggabungkan unsur yang paling diinginkan dari seni keperawatan dengan unsur yang paling relevan dari sistem teori, dengan menggunakan metode ilmiah (Marilynn E. Dongoes et al, 2012).

Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan, melaksanakan tindakan, serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan, serta setiap tahap saling terjadi ketergantungan an berhubungan. (Hidayat A. A., 2012).

## **1. Konsep asuhan keperawatan belajar**

### **a. Pengkajian**

Pengkajian komprehensif tentang kebutuhan belajar menggabungkan data riwayat keperawatan dan pengkajian fisik, serta melibatkan sistem pendukung klien. Pengkajian tersebut juga mempertimbangkan karakteristik klien yang dapat mempengaruhi proses belajar. Misalnya, kesiapan untuk belajar, motivasi belajar, serta tingkat interpretasi dan pemahaman klien. Mengkaji tahap perubahan klien serta hambatan untuk berubah yang ditemui juga penting dan kerap terlewatkan.

Pengetahuan pribadi perawat tentang kebutuhan belajar biasanya diperlukan oleh klien dengan masalah kesehatan yang sama merupakan sumber informasi lain yang dapat kita gunakan. Kebutuhan belajar berubah seiring perubahan status kesehatan klien. Oleh karena itu perawat harus terus mengkaji kondisi mereka.

### **1. Riwayat keperawatan**

Beberapa elemen dalam riwayat keperawatan menjadi petunjuk untuk kebutuhan belajar. Elemen tersebut meliputi (a) usia, (b) pemahaman dan persepsi klien tentang masalah kesehatan, (c) kepercayaan dan praktik kesehatan klien, (d) faktor budaya, (e) faktor ekonomi, (f) gaya belajar, (g) sistem pendukung klien.

#### **a. Usia**

Usia memberikan informasi mengenai status perkembangan seseorang yang dapat menjadi indikator isi dan pendekatan penyuluhan kesehatan khusus yang akan digunakan.

b. Pemahaman klien tentang masalah kesehatan

Persepsi klien tentang masalah kesehatan yang mereka alami saat ini dapat mengindikasikan adanya defisit kognitif atau kesalahan informasi. Selain itu efek dari masalah kesehatan tersebut pada aktivitas yang biasa klien lakukan akan menumbuhkan kewaspadaan perawat terhadap area lain yang memerlukan instruksi. Sebagai contoh individu yang tidak dapat melakukan perawatan diri di rumah kerap memerlukan informasi tentang sumber-sumber dan layanan dikomunitas.

c. Kepercayaan dan praktik kesehatan

Kepercayaan dan praktik kesehatan penting dipertimbangkan dalam setiap rencana penyuluhan. Model kepercayaan dan praktek kesehatan menjadiprediktor perilaku kesehatan preventif.

d. Faktor budaya

Sebagai besar kelompok budaya memiliki keyakinan dan praktik tradisional sendiri, dan beberapa diantaranya berkaitan dengan diet, kesehatan, penyakit dan gaya hidup. Oleh sebab itu, penting untuk diketahui bagaimana praktik dan nilai-nilai yang di anut oleh klien akan berdampak pada kebutuhan belajar mereka. Meskipun klien mudah memahami informasi kesehatan yang tengah diajarkan. Pembelajaran tersebut mungkin tidak akan diimplementasikan di lingkungan rumah tangga yang menerapkan praktik medis tradisional.

e. Faktor ekonomi

Faktor ekonomi juga dapat memengaruhi pembelajaran klien. Sebagai contoh, seorang klien yang tidak mampu membeli spuit steril baru untuk setiap injeksi insulin mungkin akan merasa kesulitan untuk mempelajari cara pemberian insulin apabila perawat mengajarkan bahwa spuit baru harus digunakan setiap kali injeksi.

f. Gaya belajar

Banyak penelitian telah dilakukan terkait gaya belajar seseorang. Cara terbaik untuk belajar bervariasi masing-masing individu. Namun, yang dapat perawat lakukan adalah menanyakan kepada klien cara terbaik yang dahulu mereka lakukan untuk mempelajari berbagai hal atau cara belajar yang membantu mereka belajar sehingga perawat dapat menggunakan informasi tersebut dalam merencanakan penyuluhan.

g. Sistem pendukung klien

Perawat menggali sistem pendukung klien guna menentukan sejauh mana orang lain dapat meningkatkan kualitas pembelajaran dan memberikan dukungan. Anggota keluarga atau teman dekat dapat membantu klien melakukan keterampilan yang dibutuhkan di rumah dan mempertahankan perubahan gaya hidup yang diinginkan.

2. Pemeriksaan fisik

Survei keseluruhan pemeriksaan fisik memberi petunjuk yang bermanfaat bagi kebutuhan belajar klien, seperti status mental, tingkat energi, dan status nutrisi. Dari pemeriksaan fisik juga diperoleh data tentang kapasitas fisik klien untuk belajar dan melakukan aktivitas perawatan diri. Sebagai contoh, kemampuan visual dan pendengaran, serta koordinasi otot mempengaruhi pemilihan materi dan pendekatan yang digunakan dalam memberikan penyuluhan.

3. Motivisasi

Motivasi berkaitan dengan keinginan klien untuk belajar. Motivasi paling besar biasanya dirasakan ketika klien siap untuk belajar. Kebutuhan belajar disadari dan informasi yang diberikan bermanfaat bagi klien.

#### 4. Tingkat kemampuan membaca

Individu dengan kemampuan baca tulis yang rendah akan memiliki kosakata yang terbatas serta mengalami kesulitan dalam memahami informasi lisan maupun tertulis. Keterampilan baca tulis yang rendah sangat berkaitan dengan kondisi kesehatan yang buruk. Suatu tantangan bagi perawat untuk mengajarkan klien dengan keterampilan baca tulis yang rendah atau tidak memiliki keterampilan sama sekali. Akan tetapi, metode penyuluhan semacam itu mutlak diperlukan karena klien dengan keterampilan baca tulis yang rendah juga memerlukan penyuluhan untuk meningkatkan praktik kesehatan mereka (Kozier et al, 2011)

#### b. Diagnosa

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia SDKI (2017)

Tiga diagnosa keperawatan utama yang akan muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan belajar adalah sebagai berikut :

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
  - a. Definisi : Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.
  - b. Tanda dan gejala :
    - Subjektif :
      1. Menanyakan masalah yang dihadapi
    - Objektif :
      1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
      2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
      3. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
      4. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

2. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengankurangnya keterampilan motorik halus/kasar
  - a. Definisi : ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola dan atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan.
  - b. Tanda dan gejala  
Subjektif :  
Tidak tersedia  
Objektif :
    1. Kurang menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan
    2. Kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat
    3. Tidak mampu menjalankan perilaku sehat
    4. Memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang
    5. Kurang menunjukkan minat untuk meningkatkan perilaku sehat
    6. Tidak memiliki sistem pendukung (*support system*)
3. Ketidapatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman
  - a. Definisi : perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan sehingga menyebabkan hasil perawatan/pengobatan tidak efektif
  - b. Tanda dan gejala  
Subjektif :
    1. Menolak menjalani perawatan/pengobatan
    2. Menolak mengikuti anjuran  
Objektif :
    1. Perilaku tidak mengikuti program perawatan dan pengobatan



2. Perilaku tidak menjalankan anjuran
3. Tampak tanda/gejala penyakit/masalah kesehatan masih ada atau meningkat
4. Tampak komplikasi penyakit/masalah kesehatan menetap atau meningkat.

c. Intervensi

**Tabel 2.1**  
**Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)**  
**Intervensi Kebutuhan Belajar**

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan</p> <p>b. Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan dengan benar</p> <p>c. Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya</p>	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bimbingan sistem kesehatan</li> <li>2. Edukasi aktivitas/istirahat</li> <li>3. Edukasi alat bantu dengar</li> <li>4. Edukasi analgesia terkontrol</li> <li>5. Edukasi berat badan efektif</li> <li>6. Edukasi berhenti merokok</li> <li>7. Edukasi dehidrasi</li> <li>8. Edukasi efek samping obat</li> <li>9. Edukasi fisioterapi dada</li> <li>10. Edukasi irigasi kolostomi</li> <li>11. Edukasi kelekatan ibu dan bayi</li> <li>12. Edukasi keluarga berencana</li> <li>13. Edukasi keluarga pola kebersihan</li> <li>14. Edukasi keselamatan lingkungan</li> <li>15. Edukasi manajemen</li> </ol>

		nyeri 16. Edukasi mobilisasi 17. Edukasi nutrisi 18. Edukasi perawatan parineum 19. Edukasi perkembangan bayi 20. Edukasi persalinan 21. Edukasi pencegahan infeksi 22. Edukasi penggunaan alat kontrasepsi
<p>2. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif berhubungan dengan kurangnya keterampilan motorik halus/kasar.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien memiliki pengetahuan mengenai masalah kesehatan</p> <p>b. Perilaku klien berubah setelah mendapat informasi mengenai masalah kesehatan</p>	<p><i>Observasi</i></p> <p>1. Identifikasi perilaku upaya kesehatan yang dapat ditingkatkan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Berikan lingkungan yang mendukung kesehatan</p> <p>2. Orientasi pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Anjurkan persalinan ditolong tenaga kesehatan</p> <p>2. Anjurkan pemberian ASI Eksklusif</p> <p>3. Anjurkan menimbang balita setiap bulan</p> <p>4. Anjurkan menggunakan air bersih</p> <p>5. Anjurkan mencuci tangan dengan bersih dengan sabun</p> <p>6. Anjurkan menggunakan jamban sehat</p> <p>7. Anjurkan</p>	<p>1. Edukasi keselamatan lingkungan</p> <p>2. Edukasi perilaku mencari kesehatan</p> <p>3. Manajemen lingkungan</p> <p>4. Surveilens komunitas</p> <p>5. Manajemen lingkungan komunitas</p> <p>6. Pencegahan resiko lingkungan</p> <p>7. Promosi kesehatan</p> <p>8. Skrining kesehatan</p>

	<p>memberantas jentik dirumah setiap minggu</p> <p>8. Anjurkan makan buah dan sayur setiap hari</p> <p>9. Anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari</p> <p>10. Anjurkan tidak merokok di dalam rumah</p>	
<p>3. Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Klien mengikuti program kesehatan</p> <p>b. Komplikasi penyakit pada klien menurun</p>	<p><i>Observasi</i></p> <p>1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>2. Buat jadwal pendamping keluarga untuk bergantian menemani klien selama menjalani program pengobatan, <i>jika perlu</i></p> <p>3. Dokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan</p> <p>4. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>5. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani</p> <p>2. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan</p> <p>3. Anjurkan keluarga untuk</p>	<p>1. Dukungan pengambilan keputusan</p> <p>2. Dukungan sumber finansial</p> <p>3. Edukasi penyakit</p> <p>4. Edukasi kesehatan</p> <p>5. Fasilitasi pungkapan kebutuhan</p> <p>6. Konseling</p> <p>7. Kontrak perilaku positif manajemen efek samping obat</p> <p>8. Pelibatan keluarga</p> <p>9. Pemantauan efek samping obat</p> <p>10. Penentuan tujuan bersama</p> <p>11. Perantara budaya</p> <p>12. Perencanaan pulang</p> <p>13. Promosi hubungan positif</p> <p>14. Promosi sistem pendukung</p>

	mendampingi dan merawat klien selama menjalani program pengobatan 4. Anjurkan klien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat, <i>jika perlu</i>	
--	---	--

Sumber : (PPNI, Tim Pokja SIKI DPP, 2018)

d. Implementasi

Perawat perlu bersikap fleksibel dalam mengimplementasikan setiap rencana penyuluhan karena rencana tersebut mungkin perlu direvisi. Klien mungkin berhenti lebih cepat dari yang diperkirakan atau klien terlalu cepat dihadapkan pada begitu banyak pertanyaan atau faktor eksternal mungkin mengganggu. Pedoman penyuluhan, saat mengimplementasikan penyuluhan, perawat mungkin akan merasa bahwa pedoman berikut bermanfaat :

1. Hubungan yang konstruktif dan saling menerima antar pengajar dan peserta didik merupakan hal yang penting
2. Waktu yang optimal untuk setiap sesi sangat bergantung pada peserta didik
3. Perawat pengajar harus dapat berkomunikasi secara jelas dan ringkas
4. Menggunakan kosa kata orang awam akan meningkatkan komunikasi
5. Kecepatan untuk masing-masing sesi belajar juga memengaruhi pembelajaran
6. Lingkungan yang dapat menghambat atau membantu proses belajar

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses final dan berkelanjutan. Ketika klien, perawat, individu pendukung menilai apa yang telah

dipelajari. Proses evaluasi belajar dimulai berdasarkan hasil pembelajaran yang telah ditentukan sebelumnya dalam fase perencanaan proses penyuluhan. Jadi hasil tidak hanya untuk mengarahkan rencana penyuluhan, tetapi juga sebagai kriteria hasil untuk evaluasi.

Metode terbaik untuk melakukan evaluasi bergantung pada jenis pembelajaran. Dalam pembelajaran kognitif, klien menunjukkan penguasaan pengetahuan. Evaluasi untuk pembelajaran kognitif meliputi : observasi langsung terhadap perilaku, penilaian tertulis dan pertanyaan lisan. Penguasaan keterampilan psikomotor paling baik dievaluasi dengan mengamati sejauh mana klien mampu melakukan suatu prosedur. Penguasaan afektif lebih untuk dievaluasi, untuk mengetahui sikap atau nilai-nilai telah berhasil dipelajari oleh klien dapat disimpulkan dengan mendengarkan respon klien terhadap pertanyaan. Memperhatikan mata klien berbicara tentang subjek-subjek yang relevan dan dengan mengamati perilaku klien yang mengekspresikan perasaan dan nilai-nilai yang ada. Setelah evaluasi, perawat mungkin perlu memodifikasi atau mengulang rencana penyuluhan jika tujuan belum tercapai atau hanya tercapai sebagian (Kozier et al, 2011).

## **2. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga**

### **a. Pengkajian**

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori model/model Family Centre Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

#### **1. Data umum**

##### **a. Identitas kepala keluarga**

1. Nama kepala keluarga
2. Umur (KK)
3. Pekerjaan kepala keluarga
4. Pendidikan kepala keluarga
5. Alamat dan nomor telpon

## b. Komposisi anggota keluarga

**Tabel 2.2 komposisi anggota keluarga (Achjar, 2010)**

Nama	Umur	Sex	Hub Dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

## c. Genogram

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar.

## d. Tipe keluarga

Menurut Allender & Spradley tahun 2001 (dikutip dalam Achjar, 2010). Tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional yang mana masing-masing tipe tersebut dibagi lagi menjadi beberapa jenis, yaitu :

## 1. Keluarga tradisional

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat
- b. Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluargalain yang memiliki hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi
- c. Keluarga dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri tanpa anak
- d. Single parent yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat yang disebabkan karena perceraian atau kematian
- e. Single adult yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja
- f. Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut

2. Keluarga non tradisional
    - a. Commune family, yaitu lebihh dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah
    - b. Orang tua (Ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga
    - c. Homoseksual yaitu dua individu yang jenis kelamin sama hidup bersama dalam satu rumah tangga
  - e. Suku bangsa
    1. Asal suku bangsa keluarga
    2. Bahasa yang dipakai keluarga
    3. Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan
  - f. Agama
    1. Agama yang dianut keluarga
    2. Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
  - g. Status sosial ekonomi keluarga
    1. Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
    2. Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
    3. Tabungan khusus kesehatan
    4. Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
  - h. Aktivitas rekreasi keluarga
2. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga
    - a. Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)
      1. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru
      2. Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)
      3. Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)
      4. Tahap IV, keluarga anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)

5. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)
  6. Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencangkup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
  7. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
  8. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia
- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
  - c. Riwayat keluarga inti
  - d. Riwayat keluarga sebelumnya (suami/istri)
    1. Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular dikeluarga
    2. Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan
3. Lingkungan
- a. Karakteristik rumah :
    1. Ukuran rumah (luas rumah)
    2. Kondisi dalam dan luar rumah
    3. Kebersihan rumah
    4. Ventilasi rumah
    5. Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
    6. Air bersih
    7. Pengeluaran sampah
    8. Kepemilikan rumah
    9. Kamar mandi/wc
    10. Denah rumah
  - b. Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
    1. Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
    2. Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
    3. Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan



- c. Mobilitas geografis keluarga
    - 1. Apakah keluarga sering pindah rumah
    - 2. Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
  - d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat perkumpulan/organisasi social yang diikuti oleh anggota keluarga
  - e. Sistem pendukung keluarga  
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah (Bakri, 2017)
4. Struktur keluarga
- a. Pola komunikasi keluarga  
Jelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutup diskusi.
  - b. Struktur kekuatan keluarga  
Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah :
    - 1. Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
    - 2. Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
    - 3. Siapakah pengambil keputusan tersebut?
  - c. Struktur peran (formal dan informal)  
Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani

5. Fungsi keluarga
  - a. Fungsi afektif
    1. Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
    2. Perasaan saling memiliki
    3. Dukungan terhadap anggota keluarga
    4. Saling menghargai, kehangatan
  - b. Fungsi sosialisasi
    1. Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
    2. Interaksi dan hubungan dalam keluarga
  - c. Fungsi perawatan kesehatan
    1. Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
    2. Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (Achjar, 2010).
6. Stress dan coping keluarga
  - a. Stressor jangka pendek dan jangka panjang  
Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang lebih 6 bulan dan jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.
  - b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor  
Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.
  - c. Strategi coping yang digunakan  
Strategi coping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.
  - d. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Padila, 2015).

#### 7. Pemeriksaan fisik

**Tabel 2.3 Pemeriksaan fisik (Wahid Iqbal Mubarak & Nurul Chayatin, 2008)**

Aspek	Yang mungkin muncul
Keadaan umum	Lemah
Kesadaran	Composmetis
Tanda-tanda vital	a. Tekanan darah lebih >140/90 mmHg b. Nadi (60-100x/menit) c. Suhu (35,0-37,2°C) d. Frekuensi nafas meningkat bila disertai sesak)
Rambut	Tidak ada masalah
Mata	Konjuntiva sedikit anemis, edema pada retina
Hidung	Tidak ada masalah
Telinga	Tidak ada masalah
Mulut	Tidak ada masalah
Leher	Tidak ada masalah
Dada/Thorax	Krepitasi (edema paru)
Ekstremitas	a. Edema pada kaki b. Edema tangann serta jari-jari

#### 8. Harapan keluarga

1. Terhadap masalah kesehatan keluarga.
2. Terhadap petugas kesehatan yang ada.

#### b. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Dianosa keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

##### 1. Diagnosis sehat *wellnes*

Dianosa sehat *wellnes*, digunakan bila keluarga memiliki potensi untuk ditingkatkan. Belum ada maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

## 2. Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan *symptom/sign* (S).

## 3. Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/masalah kesehatan di keluarga, didukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/gangguan terdiri dari problem (P), etiologi (E), dan *symptom/sign* (S).

Perumusan problem (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
  1. Persepsi terhadap keparahan penyakit
  2. Pengertian
  3. Tanda dan gejala
  4. Faktor penyebab
  5. Persepsi keluarga terhadap masalah
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
  1. Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
  2. Masalah dirasakan keluarga
  3. Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
  4. Sikap negative terhadap masalah kesehatan
  5. Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
  6. Informasi yang salah

- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
  1. Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
  2. Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
  3. Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
  4. Sikap keluarga terhadap yang sakit
  
- d. Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
  1. Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan
  2. Pentingnya hygiene sanitasi
  3. Upaya pencegahan penyakit
  
- e. Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
  1. Keberadaan fasilitas kesehatan
  2. Keuntungan yang didapat
  3. Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  4. Pengalaman keluarga yang kurang baik
  5. Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan keluarga di haruskan untuk menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel berikut.

**Tabel 2.4 Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga (Achjar, 2010)**

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah : a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman kesehatan c. Kritis	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : a. Dengan mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk diubah : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1

4.	Menonjolnya masalah :		
	a. Masalah berat harus ditangani	2	1
	b. Masalah yang tidak perlu segera ditangani	1	
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

### Skoring

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
4. Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot.

Menentukan diagnosa yang mungkin muncul

#### c. Intervensi keperawatan keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada, tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan penetapan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S= spesifik, M= *measurable*/dapat diukur, A= *achievable*/dapat dicapai, R=*reality*, T=*time limited*/punya limit waktu) (Padila, 2015)

#### d. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini :

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
  - a. Memberikan informasi

- b. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
- c. Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- 2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara :
  - a. Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
  - b. Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
  - c. Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- 3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
  - a. Mendemonstrasikan cara perawatan
  - b. Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
  - c. Mengawasi keluarga melakukan perawatan
- 4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara :
  - a. Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
  - b. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
- 5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
  - a. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
  - b. Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- e. Evaluasi

Sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan. Dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Bila tidak/belum berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

1. S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya : keluarga mengatakan pusing berkunang.

2. O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan, misalnya : TTV normal.
3. A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
4. P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi Penyakit

Infertilitas atau ketidaksuburan adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat hamil secara alami atau tidak dapat menjalani kehamilannya secara utuh. Defenisi standar infertilitas adalah kondisi yang menunjukkan tidak terdapatnya pembuahan dalam waktu 1 tahun setelah melakukan hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi.

Pada kejadian infertilitas diketahui bahwa sekitar 61% sebabnya datang dari istri dan 36% dari pihak suami. Dari istri sebabnya adalah faktor tuba 15%, ovulasi 21%, endometriosis 8%, vagina, serviks, korpus dan endometrium 8%, psikogenik 8%, serta tak terjelaskan 15-20%. Sedangkan dari suami istri sebab endrokinologik dalam infertilitas adalah sebesar 20% dan sebab imunologik cukup rendah, sekitar 2%. Sekitar 10% lainnya telah mempunyai anak satu atau dua dan tidak berhasil untuk hamil lagi (Saraswati, 2015)\

Sinonim dari infertilitas adalah infenkuditas (*infencudity*). Istilah yang berhubungan dengan fertilitas antara lain :

- a. Sterilitas (*sterility*), yaitu tidak adanya kemampuan bereproduksi.
- b. Fertilitas (*fertility*), yaitu kemampuan untuk hamil.
- c. Fekunditas (*fecundity*), yaitu kemampuan fisiologis untuk hamil, ada atau tidaknya melahirkan hidup (Kusmiran Eny, 2013)

Infertilitas dapat terjadi pada wanita dan pria. Hasil penelitian menunjukkan sepertiga faktor berasal dar wanita, sepertiga faktor dari pria, dan sepertiga lainnya merupakan campuran faktor-faktor dari wanita dan pria.



Infertilitas terbagi menjadi dua :

1. Infertilitas primer, yaitu pasangan berusaha untuk hamil tetapi tidak menghasilkan konsepsi.
2. Infertilitas sekunder, yaitu pasangan yang pernah hamil sekurang-kurangnya satu kali tidak tergantung janin yang dilahirkan hidup atau meninggal kemudian tidak mampu untuk hamil setelah kehamilan yang pertama (Kusmiran Eny, 2013)

## **2. Etiologi**

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian infertilitas adalah umur, stres, merokok, masalah kesehatan yang menyebabkan perubahan hormon, masalah ovulasi, infeksi menular seksual (IMS), diet yang buruk, kelebihan atau kekurangan berat badan (Kusmiran, Eny 2013)

Penyebab lain dari infertilitas adalah obesitas. Menurut Sibagariang dkk (2010) dalam penelitian Dewi & Vanessa, seorang wanita memiliki berat badan yang berlebihan (overweight) atau kegemukann (obesitas), atau memiliki lemak tubuh 10-15% dari lemak tubuh normal, maka wanita tersebut akan menderita gangguan pertumbuhan folikel di ovarium yang terkait dengan sebuah sindrom yaitu sindrom ovarium polistik (SOPK). Hal ini didukung oleh Baziad L (2012), bahwa sindrom ovarium polikistik pertama kali ditemukan oleh Stein dan Leventhal pada sekitar tahun 1935. Kelainan atau sindrom ini bukanlah sebuah penyakit, melainkan kelompok gejala. Gambaran klinis yang dijumpai, pada umumnya berupa amenorea (tidak ada menstruasi), oligomenorea (haid yang sedikit), infertilitas (ketidaksuburan), hirsutisme (tumbuhnya rambut berlebihan), adipositas (kegemukan), dan pembesaran kedua ovarium. Mayoritas wanita dengan sindrom ovarium polikistik memiliki masalah kegemukan atau obesitas dan mengalami resistensi insulin yang menyebabkan keadaan hiperandrogen (kadar androgen yang tinggi) pada ovarium, dengan akibat akan menghambat perkembangan folikel dan memicu terjadinya siklus anovulatorik.

Obesitas dapat menyebabkan infertilitas karena wanita usia reproduksi dengan IMT (indeks massa tubuh) lebih dari 25 dapat mengakibatkan Polycystic Ovari (PCO). Pada wanita dengan PCO tidak didapatkan satupun kantung telur yang memiliki besar yang optimal. Akibatnya, telur yang ada di dalamnya tidak pernah matang dan gangguan hormon yang terjadi menyebabkan pula sel telur tidak dapat pecah. Obesitas berkaitan dengan tiga kerusakan yang dapat mempengaruhi ovulasi, peningkatan aromatisasi androgen menjadi estrogen di perifer, penurunan kadar seks SHBG, jadi secara signifikan infertilitas dapat disebabkan oleh obesitas karena anovulasi, yang merupakan efek utama yang bertanggung jawab terhadap kegagalan memperoleh kehamilan. Pada umumnya ibu yang mengalami obesitas kebanyakan akan mengalami infertilitas. Hal ini disebabkan karena Distribusi lemak di perut pada ibu dengan berat badan berlebih atau obesitas secara signifikan mempengaruhi fungsi dan produksi hormon-hormon (androgen dan estrogen) yang berperan dalam ovulasi. Oleh karena itu, ibu yang kelebihan berat badan atau obesitas lebih mungkin untuk mengalami ketidakteraturan ovulasi sehingga menstruasinya menjadi tidak teratur dan infertilitas (Susilawati&Restia, 2017)

### **3. Hubungan Obesitas Dan Infertilitas**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan simanjuntak (2014) ada hubungan antara obesitas dengan kejadian infertilitas pada pasangan usia subur. Obesitas adalah keadaan dimana seseorang memiliki berat badan yang lebih berat dibandingkan berat badan idealnya yang disebabkan terjadinya penumpukan lemak tubuhnya. Seorang wanita yang memiliki berat badan lebih (overweight) atau kegemukan (obesitas), atau memiliki lemak tubuh 10-15% dari lemak tubuh normal, maka wanita tersebut akan menderita gangguan pertumbuhan folikel diovarium yang terkait dengan sebuah sindrom yaitu *Sindrom Ovarium Polikistik* (SOPK). Hal ini didukung oleh Baziad L (2012),

bahwa sindrom ovarium polikistik (SOPK) pertama kali ditemukan oleh Stein dan Leventhal pada sekitar tahun 1935. Kelainan atau sindrom ini bukanlah sebuah penyakit, melainkan kelompok gejala. Gambaran klinis yang dijumpai, pada umumnya berupa amenorea (tidak ada menstruasi), oligomenorea (haid yang sedikit), infertilitas (ketidak suburan), hirsutisme (tumbuhnya rambut berlebihan), dan pembesaran kedua ovarium. Mayoritas wanita dengan sindrom ovarium polikistik memiliki masalah kegemukan atau obesitas dan mengalami resistensi insulin yang menyebabkan keadaan hiperandrogen (kadar androgen yang tinggi) pada ovarium, dengan akibat akan menghambat folikel dan memicu terjadinya siklus anovulatorik (Susilawati&Restia, 2017)

#### **4. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan infertilitas wanita bergantung pada penyebab infertilitas. Beberapa obat dan tindakan medis dapat dilakukan, seperti pemberian klomifen sitrat ataupun bayi tabung. Penatalaksanaan infertilitas dapat dilakukan dengan terapi farmakologi dan tindakan medis.

##### **a. Farmakologi**

Beberapa obat digunakan untuk menstimulasi ovarium secara terkontrol, misalnya klomifen sitrat dan letrozole.

##### **1. Klomifen sitrat**

Klomifen sitrat merupakan *selective estrogen receptor modulator* (SERM) yang memiliki efek untuk meningkatkan sekresi gonadotropin dari pituitari anterior. Umumnya klomifen sitrat disarankan pada pasien dengan anovulasi kelas 2 dan ditemukan tidak efektif pada pasien dengan anovulasi kelas 1 dan 3. Dosis klomifen sitrat yang disarankan adalah dimulai dari 50 mg sehari dan dimulai pada hari ke 2-6 siklus haid. Pasien kemudian perlu menjalani pemantauan folikel dengan USG transvaginal pada hari ke 12 untuk mengevaluasi terjadinya kehamilan ganda. Pasien disarankan melakukan

hubungan seksual pada hari ke 12 siklus haid. Efek samping dari klomifen sitrat adalah sindrom hiperstimulasi, rasa kurang nyaman pada perut, dan kehamilan ganda.

## 2. Letrozol

Letrozol merupakan obat inhibitor aromatase yang bekerja dengan mencegah konversi androstenedione dan testosterone yang bekerja dengan mencegah konversi andostenedione dan testosterone menjadi estron dan estradiol. Obat ini umumnya digunakan sebagai terapi adjuvant kanker payudara. Akan tetapi, obat ini juga ditemukan dapat digunakan untuk induksi ovulasi.

Dosis letrozone yang disarankan adalah mulai dengan dosis 2,5,5, atau 7,5 mg/hari pada siklus hari ke 3-7 dengan melakukan hubungan seksual 5 hari setelah menyelesaikan obat. Pada pasien PCOS, letrozone lebih disarankan penggunaannya dibandingkan klomifen sitrat.

## 3. Terapi gonadotropin

Terapi gonadotropin disarankan penggunaannya pada pasien dengan gangguan anovulasi kelas 1,2, dan 3. Terapi ini digunakan apabila terapi klomifen sitrat gagal. Beberapa preparat dapat digunakan, seperti *human menopausal gonatropin*, *urinary FSH*, rekombinan HCG, dan rekombinan FSH. Protokol penggunaan terapi gonadotropin sesuai dengan masing-masing fasilitas kesehatan. Penggunaan preparat gonadotropin kombinasi FSH dan LH rekombinan ditemui memiliki efikasi yang lebih tinggi dibandingkan FSH rekombinan saja.

### b. Tindakan medis

Tindakan atau prosedur medis umumnya dilakukan apabila farakoterapi tidak memiliki efek yang maksimal. Fertilisasi *in vitro*

dan inseminasi intrauterine merupakan prosedur yang umumnya dilakukan pada pasien infertilitas.

1. Fertilisasi In Vitro

Fertilisasi In Vitro (IVF) merupakan salah satu terapi utama infertilitas pada wanita, terutama pada wanita dengan kerusakan tuba falopi dan infertilitas persisten. Prosedur IVF dilakukan dengan pemberian injeksi gonadotropin untuk hiperstimulasi ovarium terlebih dahulu dan 36 jam kemudian pasien menjalani aspirasi jarum dengan ultrasonografi transvaginal dan pengambilan oosit. Setelah itu, oosit akan ditaruh di media khusus dan dilakukan inseminasi dengan sperma.

2. Inseminasi intraurine

Inseminasi intraurine merupakan pilihan tata laksana infertilitas idiopatik. Prosedur ini dapat dilakukan dengan menempatkan sperma pada dekat 1 atau lebih oosit saat ovarium diperkirakan sedang pembuahan (Kusmiran Eny, 2013)