

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuha Dasar**

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

Model konsep keperawatan yang dijelaskan oleh Virginia Handerson adalah model konsep aktivitas sehari-hari dengan memberikan gambaran tugas perawat yaitu mengkaji individu baik yang sakit atau sehat dengan memberikan dukungan kepada kesehatan, penyembuhan serta agar meninggal dengan damai.

Pemahaman konsep tersebut dengan didasari kepada keyakinan dan nilai yang dimilikinya di antaranya: *pertama*, manusia akan mengalami perkembangan mulai dari pertymbuhan dan perkembangan dalam rentang kehidupan; *kedua*, dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari individu akan mengalami ketergantungan sejak lahir hingga menjadi mandiri pada dewasa yang dapat dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan dan kesehatan; *ketiga*, dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari individu dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok diantaranya:

- a. Terhambat dalam melakukan aktivitas
- b. Belum dapat melaksanakan aktivitas
- c. Tidak dapat melakukan aktivitas

Henderson dalam Potter dan Perry (1997) membagi kebutuhan dasar manusia dalam 14 komponen sebagai berikut:

- a. Bernafas secara normal

Bantuan yang dapat diberikan kepada klien oleh perawat adalah membantu memilih tempat tidur, kursi yang cocok, serta menggunakan bantal, alas dan sejenisnya sebagai alat pembantu agar klien dapat bernafas secara normal dan kemampuan mendemonstrasikan dan menjelaskan pengaruhnya kepada klien.

- b. Makan dan minum yang cukup  
Perawat harus mampu memberikan penjelasan mengenai tinggi dan berat badan yang normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan. Pemilihan dan penyediaan makanan, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan social klien.
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)  
Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran.
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan  
Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar
- e. Tidur dan istirahat  
Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur klien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat
- f. Memilih pakaian yang tepat  
Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu memakainya
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan  
Perawat harus mengetahui fisiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature, kelembaban atau pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktifitasnya
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan  
Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standard kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya
- i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman  
Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak faktor yang membuat klien tidak merasa aman dan nyaman

- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini  
Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan  
Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritual dan meyakinkan klien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhan
- l. Bekerja sedemikian rupa sebagaimodal untuk membiayai kebutuhan hidup  
Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi  
Perawat mampu memilihkan aktifitas yang cocok sesuai umur, kecerdasan, pengalaman dan selera klien, kondisi, serta keadaan penyakitnya
- n. Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Mubarok, 2015).

## 2. Kebutuhan Nyeri

### a. Definisi Kebutuhan Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan sangat mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan actual atau pada fungsi ego seorang individu persepsi (Haswita & Sulistyowati, 2017)

b. Fisiologis Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf-saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikiunin, prostaglandin) dilepaskan kemudian menstimulasi saraf perifer, membantu mengantarkan pesan nyeri dari daerah yang terluka ke otak. Sinyal nyeri dari daerah yang terluka berjalan sebagai impuls elektrokimia di sepanjang nervus ke bagian dorsal spinal cord (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak dimana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali dipersepsikan. Pesan lalu dihantarkan ke cortex, dimana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai sebagai tanda dari otak kemudian turun ke spinal cord. Di bagian dorsal, zat kimia seperti endorphan dilepaskan untuk mengurangi nyeri di daerah yang terluka (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Jenis dan bentuk nyeri

Jenis nyeri

- 1) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:
  - a) Nyeri superfisial: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit mukosa;
  - b) Nyeri verisal: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor di rongga abdomen, cranium dan toraks; dan
  - c) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- 2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang dan thalamus

- 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini di sebabkan karena faktor psikologi (Haswita & sulistyowati, 2017)

#### Bentuk nyeri

**Table 1. Bentuk Nyeri**

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017)

#### d. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

##### 1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

##### 2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri.

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanyadijumapi pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan dengan alat reproduksi atau yang secara genetic berperan dalam perbedaan jenis kelamin (Haswita & Sulistyowati, 2017).

3) Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makan dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

4) Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain (Aziz & Musrifatul, 2014).

5) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi klien dan secara actual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Haswita & Sulistyowati, 2017).

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih

toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun hal ini tidak selalu benar, sering kali lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan (Haswita & sulistyowati, 2017).

8) Gaya copingmekanisme coping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalankan perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan control dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. [enting untuk mengerti sumber coping individu selama nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidak hadira keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal yang khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri( Haswita & Sulistyowati, 2017).

#### **e. Penatalaksanaan Nyeri**

1) Terapi nyeri farmakologi

Analgesic merupakan metode yang paling umum mengatasi nyeri. Ada tiga jenis pengobatan yang bisa digunakan untuk mengendalikan nyeri, yaitu:

a) Analgesic nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgesic nonopioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja terutama pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.

- b) Opioid, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri spieripik dalam SSP, dan
- c) Adjuvant, adjuvant bukan merupakan analgesic yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis (Stanley, 2007).

## 2) Terapi non farmakologi

Walaupun terdapat berbagai jenis obat meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Untungnya, terdapat banyak intervensi nonfarmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri.

### a) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°-5°C dari temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

### b) Akupuntur

Akupuntur telah dipraktikan di budaya asia selama berabad-abad untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Jarum metal yang secara cermat ditusukan kedalam tubuh pada lokasi tertentu dan pada kedalaman dan sudut yang bervariasi. Kira-kira terdapat 1000 titik akupuntur yang diketahui yang menyebar diseluruh permukaan tubuh dalam pola yang dikenal sebagai meridian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

### c) Akupresur

Akupresur adalah metode noninvasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupuntur. Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus lainnya, seperti



kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupunktur (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

d) Napas dalam

Napas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

e) Distraksi

Perhatian dijauhkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri. Penjelasan teoritis yang utama adalah bahwa seseorang mampu untuk memfokuskan perhatiannya pada jumlah fosi yang terbatas. Dengan memfokuskan perhatian secara aktif pada tugas kognitif dianggap dapat membatasi kemampuan seseorang untuk memperhatikan sensasi yang tidak menyenangkan (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

f) Hipnotis

Reaksi seseorang akan nyeri dapat diubah dengan signifikan melalui hipnotis. Hipnotis berbasis pada sugesti, disosiasi, dan proses memfokuskan perhatian (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

**f. Respon terhadap nyeri**

1) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluative kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor* (Aziz & Musrifatul, 2014)

2) Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan,

cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain ( Aziz & Musrifatul,2014)

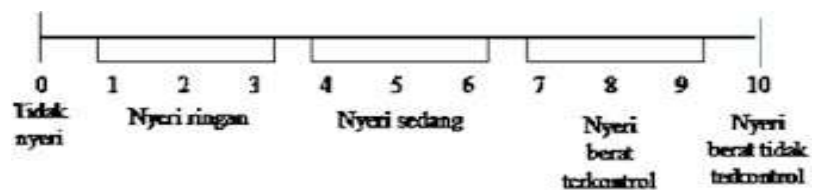
### 3) Reaksi terhadap nyeri

Setiap orang memberikan reaksi yang berbeda terhadap nyeri. Ada orang yang menghadapinya dengan perasaan takut, gelisah, dan cemas, ada pula yang menanggapinya dengan sikap yang optimis dan penuh toleransi (Mubarak & Cahyatin, 2008).

## g. Pengukuran intensitas nyeri

### 1) Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.



**Gambar 1. Skala nyeri menurut Hayward**

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017).

### 2) Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan memintapenderita untuk memilih salah satubilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkanpengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Sakal nyeri menurut Mc Gill sebagai berikut:

- 0 = Tidak Nyeri
- 1 = Nyeri Ringan
- 2 = Nyeri sedang
- 3 = Nyeri berat atau parah
- 4 = Nyeri sangat berat
- 5 = Nyeri hebat

3) Skala wajah menurut wong-baker *FACES rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah klien saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada klien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



**Gambar 2. Sakla wajah menurut wong-baker FACES rating scale**

Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Asuhan keperawatan pada klien nyeri

#### a) Pengkajian

Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama yakni, riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif (Mubarak & Cahyatin, 2008).

**Table 2. Mnemonik untuk Pengkajian Nyeri**

P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q	<i>Quality</i> atau kualitas nyeri (misalnya tumpul, tajam)
R	<i>Region</i> atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
S	<i>Severity</i> atau keganasan, yaitu intensitasnya
T	<i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan dan sebab

Sumber: Mubarak & Cahyatin (2008)

#### b) Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya member klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langkah ini

akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia beroping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi :

1) Lokasi

Untuk menentukan lokais nyeri yang spesifik minta klien untuk menunjukkan area nyerinya.

2) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri klien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10.

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”. Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang aktrat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang di ambil.

4) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi dan kekambuhan atau interval nyeri. Perawat perlu mengkaji kapan nyeri terakhir muncul.

5) Faktor pretisipasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan, stressor fisik dan emosional juga dapat meicu timbulnya nyeri.

6) Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas harian klien akan membantu perawat memahami perspektif klien tentang nyeri.

8) Sumber koping

Setiap individu memiliki sumber koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, serta status emosional.

9) Respons afektif

respons afektif klien terhadap nyeri bervariasi, tergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi nyeri dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, depresi atau perasaan gagal pada diri klien (Mubarak & Cahyatin, 2008).

c) Observasi respons perilaku dan fisiologis

Ekspresi wajah merupakan salah satu respons perilaku. Selain itu ada juga vokalisasi seperti mengerang, berteriak, meringis. Sedangkan respons fisiologis untuk nyeri bervariasi bergantung pada sumber dan durasi nyeri. Pada awal nyeri, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, dilatasi pupil akibat terstimulasinya sistem saraf simpatis. Akan tetapi jika nyeri berlangsung lama, dan saraf simpatis telah beradaptasi, respons fisiologis tersebut mungkin akan berkurang atau bahkan tidak ada (Mubarak & Cahyatin, 2008).

d) Penetapan diagnosis

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus ini adalah :

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)

e) Langkah-langkah dalam proses keperawatan membutuhkan perawat untuk mengumpulkan informasi dari berbagai sumber

1) Tujuan dan kriteria hasil

Ketika menangani nyeri klien, tujuan perawat harus dapat meningkatkan fungsi/ peran klien secara optimal kriteria hasil yang didapatkan untuk tujuan tersebut adalah :

(a) Melaporkan bahwa nyeri berada di skala 3 atau kurang pada

skala 0 sampai 10

(b) Mengidentifikasi faktor-faktor untuk mengurangi nyeri secara aman

(c) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan mengganggu aktivitas harian

2) Menentukan prioritas

Ketika menentukan prioritas pada manajemen nyeri pertimbangkan jenis nyeri yang dialami klien dan efek nyeri terhadap berbagai fungsi tubuh. Dampingi klien memilih intervensi terhadap sifat dan efek nyeri.

3) Perawatan kolaboratif

Perencanaan yang menyeluruh mencakup berbagai sumber untuk mengontrol nyeri. Sumber-sumber tersebut tersedia meliputi perawat spesialis, dokter ahli farmakologi, terapi fisik, terapis okupasional dan penasehat spiritual (Potter & Perry, 2010).

f) Rencana Keperawatan

**Table 3. Rencana Keperawatan**

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
	<p><b>Manajemen Nyeri</b> Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukungan hypnosis diri</li> <li>3. Dukungan pengungkapan kebutuhan</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>6. Adukasi proses penyakit</li> <li>7. Edukasi teknik napas</li> <li>8. Kompres dingin</li> <li>9. Kompres panas</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihna pernapasan</li> <li>12. Manajemen efek samping obat</li> <li>13. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>14. Manajemen medikasi</li> <li>15. Manajemen sedasi</li> <li>16. Manajemen terapi radiasi</li> <li>17. Pementauan nyeri</li> <li>18. Pemberian obat</li> <li>19. Pemberian obat intravena</li> <li>20. Pemberian obat oral</li> </ol>

	<p>yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgesic</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Pemberian obat intravena</li> <li>22. Pemberian obat topical</li> <li>23. Pengaturan posisi</li> <li>24. Perawatan amputasi</li> <li>25. Perawatan kenyamanan</li> <li>26. Teknik distraksi</li> <li>27. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>28. Terapi akupresur</li> <li>29. Terapi akupunktur</li> <li>30. Terapi bantuan hewan</li> <li>31. Terapi humor</li> <li>32. Terapi <i>murattal</i></li> <li>33. Terapi music</li> <li>34. Terapi pemijatan</li> <li>35. Terapi relaksasi</li> <li>36. Terapi sentuhan</li> <li>37. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)</li> </ol>
--	--	--

Sumber : Standar Intervensi keperawatan Indonesia (2018)

#### g) Implementasi

Terapi nyeri membutuhkan pendekatan secara personal, mungkin lebih pada penanganan masalah klien yang lain. Perawat, klien dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2010).

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujuakan untuk membenatu kloen mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah memebantu klien dalam peningkatan mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memefasilitasi koping. Perencanaan keperawatan dapat

dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

#### h) Evaluasi

Evaluasi nyeri merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis yang efektif. Respon perilaku klien terhadap intervensi penanganan nyeri tidak selalu tampak jelas. Mengevaluasi keefektifan intervensi nyeri membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat.

## 2. Asuhan Keperawatan Keluarga

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

### A. Data Umum

#### 1. Identitas kepala keluarga

- a) Nama kepala keluarga
- b) Umur (KK)
- c) Pekerjaan kepala keluarga
- d) Pendidikan kepala keluarga
- e) Alamat dan nomor telepon

#### 2. Komposisi anggota keluarga

**Table 4. Komposisi anggota keluarga**

Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : Achjar (2010)

#### 3. Genogram

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

#### 4. 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:

a) Keluarga tradisional

- (1) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
- (2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal kakek, nenek, paman dan bibi.
- (3) Keluarga Dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
- (4) Single parent yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
- (5) Single adult yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
- (6) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

b) Keluarga non tradisional

- (1) Commune family, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
- (2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
- (3) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

5. Suku bangsa

- a) Asal suku bangsa
- b) Bahasa yang dipakai keluarga
- c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat memengaruhi kesehatan

6. Agama
  - a) Agama yang dianut keluarga
  - b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
7. Status sosial ekonomi keluarga
  - a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
  - b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
  - c) Tabungan khusus kesehatan
  - d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
8. Aktifitas rekreasi keluarga

## B. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

1. Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)  
Menurut (Achjar, 2010)
  - a) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru
  - b) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)
  - c) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)
  - d) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)
  - e) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua usia 13-20 tahun)
  - f) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
  - g) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
  - h) Tahap VIII, keluarga dalam masa pension dan lansia
2. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
3. Riwayat keluarga inti
  - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
  - b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menular atau penyakit menular di keluarga)
4. Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri)
  - (a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
  - (b) Riwayat kebiasaan/ gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

### C. Lingkungan

Menurut (Achjar, 2010)

1. Karakteristik rumah
  - a) Ukuran rumah (luas rumah)
  - b) Kondisi dalam rumah dan luar rumah
  - c) Kebersihan rumah
  - d) Ventilasi rumah
  - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
  - f) Air bersih
  - g) Pengelolaan sampah
  - h) Kepemilikan rumah
  - i) Kamar mandi/ wc
  - j) Denah rumah
2. Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
  - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
  - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
  - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
3. Mobilitas geografis keluarga
  - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
  - b) Dampak terhadap pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
4. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
  - a) Perkumpulan/ organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
  - b) Digambarkan dalam ecomap
5. Sistem pendukung keluarga  
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

### D. Struktur Keluarga

Menurut (Maria, 2017)

1. Pola komunikasi keluarga  
Perawat diharuskna untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang

baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan perasaan dalam berinteraksi.

## 2. Struktur kekuatan keluarga

Keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya.

## 3. Struktur peran formal

Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orangtua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa disepkati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya, anak yang harus belajar atau bermain jika tak melakukannya tentu orang tua akan gelisah. Begitu pula jika orang tua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya.

## 4. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008).

## E. Fungsi Keluarga

Menurut (Achjar, 2010)

### 1. Fungsi afektif

- a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang
- b) Perasaan saling memiliki
- c) Dukungan terhadap keluarga
- d) Saling menghargai, kehangatan

### 2. Fungsi sosialisasi

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

### 3. Fungsi perawatan kesehatan

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/ promosi)

- b) Bila ditemui data maladaptive, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

#### F. Stress dan Koping Keluarga

1. Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017).

2. Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan (Maria, 2017).

3. Respon keluarga terhadap stress

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor (Setiadi, 2008).

4. Strategi koping yang digunakan

Strategi apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

5. Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (Setiadi, 2008).

#### G. Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)

1. Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan

2. Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga

3. Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata mulut THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genitalia

4. Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik (Achjar, 2010)

#### H. Harapan Keluarga

1. Terhadap masalah kesehatan keluarga

2. Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010)

## I. Analisi Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti :

### 1. Diagnosis sehat/ *wellness*

Diagnosis sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. 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 maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, 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.

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga.

**Tabel 5**  
**Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga**

<b>KRITERIA</b>	<b>BOBOT</b>	<b>SKOR</b>
Sifat masalah	1	Actual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak diarsakan adanya masalah = 0

Sumber : Achjar (2010)

### I. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek menggunakan *SMART* (*S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time limited/punya limit waktu*) (Achjar, 2010).



**Tabel 6**  
**Renccana Keperawatan Disfungsi Seksual**

Diagnosa keperawatan	Tujuan		Kriteria Evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
Gangguan rasa aman nyaman : nyeri pada keluarga Bapak S khususnya Ny. R b.d ketidakmampuan keluarga dalam mengenali masalah tentang seksualitas.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan masalah disfungsi seksual dapat teratasi	1. Setelah empat kali pertemuan keluarga mampu mengenal masalah			
		1.1 Keluarga menyebutkan pengertian disfungsi seksual	Respon verbal	Disfungsi seksual adalah perubahan fungsi seksual selama fase respon seksual berupa hasrat,terangsang,orgasme,dan/atau relaksasi yang dirasa tidak memuaskan,tidak bermakna atau tidak adekuat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengankeluarga tentang disfungsi seksual Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti</li> <li>2. Evaluasi kembali tentang pengertian disfungsi seksual</li> <li>3. Beri reinforcement positif pada keluarga</li> </ol>

		1.1 Keluarga mampu menyebutkan penyebab pola seksual tidak efektif	Respon Verbal	Penyebab disfungsi seksual umumnya disebabkan oleh : 1. Perubahan fungsi/struktur tubuh (kehamilan,baru melahirkan obat-obatan,pembedahan,anomaly,proses penyakit,traumaradiasi) 2. Perubahan biopsikososial seksualitas 3. Ketidakadaan model peran 4. Kurang privasi 5. Kurang terpapar informasi	1. Diskusikan dengan keluarga tentang disfungsi seksual 2. Minta keluarga menentukan penyebab disfungsi seksual kepada keluarga khususnya Ny R dan Bapak S 3. Evaluasi kembali tentang penyebab disfungsi seksual 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
		1.3 Keluarga mampu menyebutkan tanda dan gejala disfungsi seksual	Respon Verbal	Menyebutkan tanda dan gejala disfungsi seksual : 1. Mengungkapkan aktivitas seksual berubah 2. Mengungkapkan eskitasi seksual berubah 3. Merasa hubungan seksual tidak memuaskan 4. Mengungkapkan peran seksual berubah 5. Mengeluhkan hasrat seksual menurun 6. Mengungkapkan fungsi seksual berubah 7. Mengeluh nyeri saat berhubungan seksual	1. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda dan gejala disfungsi seksual 2. Bersama keluarga identifikasi tanda dan gejala disfungsi seksual 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga mengidentifikasi kondisi pada keluarga Bapak S

		2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menangani masalah disfungsi seksual			
		2.1 Keluarga mampu menjelaskan akibat yang terjadi bila disfungsi seksual tidak ditangani dengan tepat.	Respon verbal	Menyebutkan dari akibat bila disfungsi seksual tidak ditangani dengan segera : 1. Dapat menyebabkan gangguan endokrin,perkemihan,neumuskuler,muskuloskeletal 2. Dapat menyebabkan trauma genital 3. Dapat menyebabkan kanker 4. Dapat menyebabkan kecemasan (ansietas)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat lanjut dari disfungsi seksual bila tidak ditangani dengan segera dan cepat</li> <li>2. Evaluasi kembali kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari pola seksual tidak efektif</li> <li>3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga</li> </ol>
		2.1 Mengambil keputusan untuk mengatasi disfungsi seksual pada keluarga Bapak S	Respon Verbal	Keputusan keluarga untuk mengatasi disfungsi seksual dengan tepat : 1. Berhenti merokok dan meminum alkohol 2. Mengelola stress dan cemas dengan baik untuk Ny R	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi disfungsi seksual</li> <li>2. Beri kesempatan keluarga bertanya</li> <li>3. Tanyakan kembali hal yang telah</li> </ol>

					dijelaskan 4. Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar
		3. Setelah 1 x pertemuan selama 30 menit keluarga mampu merawat klien dengan masalah disfungsi seksual			
		3.1 Menjelaskan cara merawat dengan memberikan edukasi pada klien dengan masalah disfungsi seksual	Respon Verbal	Menyebutkan cara mengatasi 1. Memberi edukasi tentang seksualitas dengan cara menjelaskan anatomi fisiologi system reproduksi laki-laki dan perempuan 2. Memberikan edukasi bahaya meminum alkohol 3. Mengelola stress dan cemas dengan baik untuk Ny R	1. Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan gangguan disfungsi seksual 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar

		3.2 Mendemonstrasikan cara tarik nafas dalam untuk mengatasi nyeri	Respon psiko motor	Mendemonstrasikan bagaimana latihan relaksasi menggunakan cara tarik nafas dalam <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leher dan bahu dalam keadaan rileks.</li> <li>• Katupkan bibir dan tarik napas perlahan lewat hidung selama dua hitungan.</li> <li>• Kerucutkan bibir seakan hendak bersiul.</li> <li>• Hembuskan napas dari mulut selama empat hitungan.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demonstrasikan dengan keluarga cara membuat dan memberikan obat herbal dengan ramuan jam kuat</li> <li>2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>3. Beri kesempatan keluarga mendemonstrasika</li> <li>4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar</li> </ol>
		4. Keluarga mampu memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien dengan gangguan disfungsi seksual			

		4.1 Menyebutkan lingkungan yang dapat mendukung untuk klien dengan gangguan disfungsi seksual	Respon verbal	Lingkungan yang dapat mendukung untuk klien disfungsi seksual : 1. Beri lingkungan yang nyaman 2. Usahakan lingkungan bersih	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal atau lingkungan yang dapat mendukung untuk klien dengan masalah disfungsi seksual 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar
		4.2 Melakukan modifikasi atau menciptakan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien disfungsi seksual	Kunjungan yang tidak direncanakan	Lingkungan keluarga atau rumah mendukung bagi klien disfungsi seksual 1. Kurangi lingkungan yang tidak nyaman	5. Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang kondusif dan bersih klien disfungsi seksual dengan memberikan reinforcement positif
		5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah disfungsi seksual			

		5.1 Menjelaskan fasilitas kesehatan yang dapat digunakan dan manfaatnya	Respon verbal	Fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi Puskesmas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan disfungsi seksual</li> <li>2. Beri penjelasan kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan disfungsi seksual</li> <li>3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya</li> <li>4. Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan</li> <li>5. Berikan reinforcement positif atas jawaban yang benar</li> </ol>
		5.2 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk berobat	Kunjungan tidak direncanakan	Keluarga menunjukkan kartu berobat Puskesmas sebagai bukti telah melakukan kunjungan pada fasilitas pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi pelayanan kesehatan</li> <li>2. Beri reinforcement positif atas tindakan yang dilakukan keluarga</li> </ol>

#### J. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berbuah dari keluarga, memandirikan keluarga (Achjar, 2010).

#### K. Evaluasi

Pengukuran efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga, didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, analysis, planning) (Achjar,2010).

### 3. Tinjauan Konsep Penyakit

#### a. Definisi

Disfungsi seksual merupakan suatu kondisi ketika individu mengalami suatu perubahan fungsi seksual selama fase respons seksual berupa hasrat, terangsang, dan/atau orgasme, yang dipandang tidak memuaskan, tidak bermakna, atau tidak adekuat(NANDA, 2015). Disfungsi seksual wanita adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan berbagai masalah-masalah seksual seperti rendahnya keinginan atau minat, berkurangnya gairah, kesulitan orgasme, dan dispareunia (Russel *et al.*,2010).

#### b. Fungsi Seksual

Seksualitas merupakan suatu komponen integral dari kehidupan seorang wanita normal. Hubungan seksual yang nyaman dan memuaskan merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam hubungan perkawinan bagi banyak pasangan (Irwan, 2012). Menurut Kaplan (2002) dalam Utomo (2014) fungsi seksual berhubungan dengan fase tertentu dari siklus respons seksual. Fase seksual meliputi fase inisiasi, arousal, orgasme dan resolusi. Fungsi seksual adalah gejala (biogenik) atau gejala yang bermanifestasi dari konflik intrapsikis/intrapersonal (psikogenik) atau kombinasi dari kedua faktor tersebut. Fungsi seksual dapat terganggu oleh stres dalam tiap bentuknya, gangguan emosional dan ketidaktahuan akan fungsi dan fisiologi seksual.



Disfungsi seksual wanita secara tradisional terbagi menjadi gangguan minat/keinginan seksual atau libido, gangguan birahi, nyeri/rasa tidak nyaman, dan hambatan mencapai puncak atau orgasme. Pada DSM IV (*Diagnostic and Statistic Manual version IV*) dari *American Phychiatric Association*, dan ICD-10 (*International Classification of Disease*) dari WHO, disfungsi seksual wanita ini dibagi menjadi empat kategori yaitu gangguan minat/keinginan seksual (*desire disorders*), gangguan birahi (*arousal disorder*), gangguan orgasme (*orgasmic disorder*), dan gangguannyeri seksual (*sexual pain disorder*) (Saraswati, 2011).

c. Etiologi Disfungsi Seksual

Menurut Saraswati (2011) disfungsi seksual wanita juga dapat disebabkan oleh faktor-faktor yang terdiri dari:

1. Faktor fisiologis

a. Siklus menstruasi

Keadaan yang mungkin adalah amenore (tidak terjadi menstruasi), dismenore (sakit waktu menstruasi), dan menstruasi yang tidak teratur. Perdarahan bisa disebabkan oleh trauma atau polip atau tumor, endometriosis, kanker endometrium, atau adanya alat IUD (*Intra Uterine Device*). Kondisi ini juga bisa merupakan efek sekunder dari infeksi panggul dan penyakit-penyakit lokal lainnya, seperti fibroid rahim atau endometriosis, dan pada keadaan ini antibiotik untuk mengobati infeksi atau pembedahan mungkin perlu diberikan untuk menyembuhkannya.

b. Kehamilan

Pada sebagian wanita terjadi penurunan frekuensi senggama (aktivitas seks) secara gradual dan perlahan-lahan, sejalan dengan berkurangnya keinginan, kemampuan, serta kenyamanan untuk melakukan senggama. Perbedaan ini disebabkan baik oleh faktor fisik maupun emosi. Pada awal kehamilan, rasa mual, pusing, maupun adanya perubahan-perubahan fisik (membesarnya perut, bertambahnya berat badan, perasaan cepat lelah) membuat

wanita kehilangan selera untuk bermesraan dan bersenggama.

c. Menopause

Pada saat memasuki menopause wanita akan mengalami keadaan vagina kering. Ini merupakan keadaan yang umum ditemukan sesudah menopause dan bisa menyebabkan timbulnya kesulitan yang serius pada waktu berhubungan seksual. Vagina kering disebabkan oleh menurunnya/hilangnya hormon estrogen. Kehilangan hormon ini menyebabkan terjadinya atrofi lapisan vagina dan mengurangi kemampuannya untuk menghantarkan cairan dari jaringan sekitarnya. Kondisi ini ditolong dengan terapi sulih hormon.

2. Faktor organik

- a. Mempengaruhi respons seksual, contohnya neuropati diabetika
- b. Mempengaruhi otonom genital, contohnya vulvektomi
- c. Mempengaruhi mobilitas, contohnya *cerebrovascular accident*
- d. Terhambat oleh nyeri, contohnya arthritis, angina
- e. Terhambat oleh nyeri genital, contohnya endometritis
- f. Terhambat oleh kelelahan atau penyakit kronik
- g. Efek samping pengobatan

3. Faktor psikoseksual

a. Kurangnya atau kesalahan informasi mengenai seks

b. Mitos seksual

Kepercayaan seksual, perilaku dan nilai-nilai yang berkembang dalam keluarga, sosial, kultural, dan agama memberikan pengalaman mengenai kebiasaan seksual yang dapat diterima seseorang.

c. Masalah komunikasi

Masalah hubungan sehari-hari yang tidak terselesaikan mungkin menyebabkan kemarahan atau rasa bersalah yang burujung terjadinya hambatan pada hubungan seksual

d. Faktor predisposisi dan penyerta

Pengalaman hidup dimasalalu dapat menyebabkan masalah seksual.

e. Harapan yang tidak realistis dan bertentangan

Masalah dapat muncul ketika salah satu pasangan menginginkan seks lebih dari yang lainnya atau harapan berlebihan, memberikan tekanan atau ketakutan jika gagal.

d. Tanda dan Gejala Disfungsi Seksual

Menurut Saraswati (2011) disfungsi seksual pada wanita menunjukkan tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Hasrat seksual yang rendah adalah jenis disfungsi seksual yang paling umum diderita wanita, dan ditandai dengan hilangnya hasrat atau keinginan untuk berhubungan seksual.
2. Gangguan rangsangan seksual merupakan kondisi dimana hasrat untuk berhubungan seksual tetap ada, namun seorang wanita sulit untuk terangsang dan mempertahankan rangsangan selama kegiatan seksual.
3. Gangguan nyeri atau dispareunia adalah nyeri saat melakukan hubungan seksual, baik disebabkan trauma psikologis maupun kelainan fisik seperti infeksi, tumor, kista dan endometriosis
4. Gangguan orgasme yaitu kesulitan mencapai orgasme meski rangsangan dan stimulasi dilakukan terus menerus

e. Dampak dari Disfungsi Seksual

Seksualitas merupakan bagian yang mendasar serta penting dalam kehidupan manusia dan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi, jika kebutuhan seksualitas tidak terpenuhi karena adanya disfungsi seksual maka akan terjadi perubahan yang dapat mempengaruhi perkembangan identitas individu termasuk masalah psikologis seperti ketidak harmonisan dengan pasangan, masalah fisik dan faktor-faktor sosial budaya seperti harga diri rendah atau dianggap tidak mampu melayani pasangan yang berdampak padakualitas hidup dan kesehatan seksual dan psikologis (Lurie dkk,

2013).

f. Dampak dari Disfungsi Seksual

Seksualitas merupakan bagian yang mendasar serta penting dalam kehidupan manusia dan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi, jika kebutuhan seksualitas tidak terpenuhi karena adanya disfungsi seksual maka akan terjadi perubahan yang dapat mempengaruhi perkembangan identitas individu termasuk masalah psikologis seperti ketidakharmonisan dengan pasangan, masalah fisik dan faktor-faktor sosial budaya seperti harga diri rendah atau dianggap tidak mampu melayani pasangan yang berdampak pada kualitas hidup dan kesehatan seksual dan psikologis (Lurie dkk, 2013).

g. Penatalaksanaan

Menurut Saraswati (2011) penatalaksanaan disfungsi seksual bertujuan mengatasi masalah utama yang menyebabkan gangguan, diantaranya:

1. Pengobatan medis untuk menangani masalah fisik

Bagi penderita suatu penyakit, dokter dapat menyesuaikan atau mengganti obat yang memiliki efek seksual tertentu. Obat flibanserin diberikan pada wanita pramenopause yang memiliki hasrat seksual rendah.

2. Pengobatan yang berkaitan dengan masalah hormon

Bagi wanita dengan kadar estrogen rendah, terapi estrogen dapat diberikan guna membantu elastisitas vagina dengan meningkatkan aliran darah dan pelumas pada vagina.

3. Terapi psikologis

Terapi ini dilakukan oleh konselor terlatih untuk membantu seseorang mengatasi kecemasan, rasa takut atau perasaan bersalah yang berdampak pada fungsi seksual.

#### 4. Tinjauan Konsep Keluarga

##### a. Pengertian Keluarga

Menurut Friedman, 1998 dikutip dalam (Achjar, 2010)

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

##### b. Tipe Keluarga

Berbagai bentuk dan tipe keluarga berdasarkan sumber, deibedakan berdasarkan keluarga tradisional dan keluarga non tradisional seperti:

Menurut Allender & Sparadley (2001) yang dikutip dalam (Achjar, 2010), membagi tipe keluarga berdasarkan:

##### (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 keluarga lain yang mempunyai 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 lebih 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 sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga

c. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Frideman (1998); Setiawati & Dermawan (2005) yang dikutip dalam (Achjar, 2010) yaitu:

(1) Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari 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

Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyarakat

(3) Fungsi perawatan kesehatan

Merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta

menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga

(4) Fungsi ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga

(5) Fungsi biologis

Bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya

(6) Fungsi psikologis

Terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga

(7) Fungsi pendidikan

Diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya

d. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985); Carter & Mc Goldrick (1988) dikutip dalam buku (Achjar, 2010), mempunyai tugas perkembangan berbeda seperti:

(1) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangannya 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 perkembangannya 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 dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasnagan.

- (3) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangannya yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yang baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- (4) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berumur 6-13 tahun)

Tugas perkebangannya 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, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

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

Tugas perkembangannya yaitu meningkatkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antar orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- (6) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangannya yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan skit sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak.

- (7) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiunan)

Tugas perkembangannya yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, memperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang,

meperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunikasi dengan anak-anak.

- (8) Tahap VIII, keluarga dalam masa pension dan lansia  
Tugas perkembangannya adalah mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun, memperthankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memahami eksistensi mereka, mengasuh cucu..

e. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

- (1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Ternasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

- (2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah diarsikan keluarga, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-

sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

- (4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan  
Pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upsys pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- (5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan  
Seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada (Achjar, 2010).