

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu, dan menurut subyek (Haswita & Reni Sulistyowati, 2017) .

Henderson melihat manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan, atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan, ke-14 kebutuhan tersebut adalah sebagai berikut dalam buku Haswita dan Reni:

- a. Bernafas secara normal.
- b. Makan dan minum yang cukup.
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil).
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e. Tidur dan istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dan memodifikasi lingkungan.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan..

- l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
- n. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Haswita & Reni,2017).

2. Konsep Nyeri

1) Definisi 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 atau mental. Sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan actual atau pada fungsi ego seorang individu (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

2) Fisiologi 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.

- a. Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- b. Proses berikutnya yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medula spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju keatas, dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- c. Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu

telah di temukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti morfin.

- d. Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di tranmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

Nyeri akan menyebabkan respon tubuh meliputi aspek fisiologis dan psikologis, merangsang respon otonom simpatis dan parasimpatis. Respon simpatis akibat nyeri seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, peningkatan pernafasan , meningkatkan tegangan otot, dilatasi pupil,wajah pucat, diaphoresis, sedangkan respon parasimpatis seperti nyeri dalam, berat, berakibat tekanan darah dan nadi turun, mual dan muntah, kelemahan, kelelahan dan pucat (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

3) Klasifikasi nyeri

1. Jenis nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

a. Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu :

- 1) Nyeri superfisial, rasa nyeri yang timbul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- 2) Nyeri viseral, rasa nyeri yang timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium dan thoraks.

- 3) Nyeri alih, rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
 - b. Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.
 - c. Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.
2. Bentuk nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

Tabel 1

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
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
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus menerus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah di hilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber : (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

4) 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 dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan

4-6 : nyeri sedang

7-9 : nyeri berat terkontrol

10 : nyeri berat tidak terkontrol

2. Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan nyeri yang sangat ia rasakan.

Skala nyeri menurut Mc Gill dapat ditulis sebagai berikut :

0 : tidak nyeri

1 : nyeri ringan

2 : nyeri sedang

3 : nyeri berat atau parah

4 : nyeri sangat berat

5 : nyeri hebat (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

5) Faktor yang mempengaruhi nyeri

1. Usia

Usia merupakan faktor yang mempengaruhi nyeri.

2. Jenis kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap

nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

7. Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

8. Gaya coping

Mekanisme coping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri.

9. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang 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. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

6) Penatalaksanaan nyeri

1. Terapi nyeri farmakologi

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

- a) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis analgesik nonopioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja terutama pada tingkat perifer mengurangi nyeri.
 - b) Opioid, analgesik opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri seperti di dalam SSP dan
 - c) Adjuvant, adjuvant bukan merupakan analgesik yang sebenarnya, tetapi zat tersebut dapat membantu jenis-jenis nyeri tertentu, terutama nyeri kronis.
2. Terapi nyeri non farmakologi

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

- a) Kompres panas dan dingin

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

- b) Akupunktur

Akupunktur telah dipraktikan dibudaya asia selama berabad-abad untuk mengurangi atau meredakan nyeri.

- c) Akupresure

Akupresure adalah metode noninvasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupunktur.

d) Nafas dalam

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

e) Distraksi

Perhatian dijauhkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri. Dengan memfokuskan perhatian secara aktif pada tugas kognitif dianggap dapat membatasi kemampuan seseorang untuk memperhatikan sensasi yang tidak menyenangkan (M. Black & Hawks,2014)

7) Respon terhadap nyeri

1. Persepsi nyeri

Pada dasarnya, nyeri merupakan salah satu bentuk refleks guna menghindari rangsangan dari luar tubuh, atau melindungi tubuh dari segala bentuk bahaya. Akan tetapi, jika nyeri itu terlalu berat atau berlangsung lama dapat berakibat tidak baik bagi tubuh, dan hal ini akan menyebabkan penderita menjadi tidak tenang dan putus asa (Mubarak & Cahyatin,2008).

2. Toleransi terhadap nyeri

Toleransi terhadap nyeri terkait dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menahan nyeri sebelum mencari pertolongan. Tingkat toleransi yang tinggi berarti bahwa individu mampu menahan nyeri yang berat sebelum ia mencari pertolongan (Mubarak & Cahyatin,2008).

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 optimis dan penuh toleransi (Mubarak & Cahyatin,2008).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan kebutuhan 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).

Tabel 2
Mnemonic 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)

a) Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi 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 berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi :

1) Lokasi

Untuk menentukan lokasi 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

pasien. 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 di gunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat 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 di mulaj, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.

5) Faktor pretisipasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan, stresser fisik dan emosional juga dapat memicu 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, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang 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 respon 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 DPP PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri akut 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:

(a) Melaporkan bahwa nyeri berada di skala 3 atau kurang pada skala 0 sampai 10

(b) Mengidentifikasi faktor-faktor yang meningkatkan rasa nyeri

(c) Melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri secara aman

(d) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan mengganggu aktivitas harian

2) Menentukan prioritas

Ketika menentukan prioritas pada manajemen nyeri, pertimbangan 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 spritual (Potter & Perry, 2010).

f) Rencana Keperawatan

Tabel 3
Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi utama	Intervensi pendamping
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (iskemia)</p> <p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu, penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Monitor keberhasilan terapi</p>	<p>1. Aromaterapi</p> <p>2. Dukungan hipnosis diri</p> <p>3. Dukungan pengungkapan diri</p> <p>4. Edukasi efek samping obat</p> <p>5. Edukasi</p> <p>6. Manajemen nyeri</p> <p>7. Edukasi</p> <p>8. Proses penyakit</p> <p>9. Edukasi teknik napas</p> <p>10. Kompres dingin</p> <p>11. Kompres panas</p> <p>12. Konsultasi</p> <p>13. Latihan pernafasan</p> <p>14. Manajemen efek samping obat</p> <p>15. Manajemen kenyamanan lingkungan</p>

<p>bantuan)</p> <p>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3. mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)</p> <p>4. menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>komplementer</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Pemberian analgesik</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis, narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</p> <p>4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</p> <p>5. Monitor efektifitas analgesik</p>	<p>16. Manajemen medikasi</p> <p>17. Manajemen sedasi</p> <p>18. Manajemen terapi radiasi</p> <p>19. Pemantauan nyeri</p> <p>20. Pemberian obat</p> <p>21. Pemberian obat intravena</p> <p>22. Pemberian obat oral</p> <p>23. Pemberian obat tropical</p> <p>24. Pengaturan posisi</p> <p>25. Perawatan amputasi</p> <p>26. Perawatan kenyamanan</p> <p>27. Teknik distraksi</p> <p>28. Teknik imajinasi terbimbing</p> <p>29. Terapi akupresur</p> <p>30. Terapi akupuntur</p> <p>31. Terapi bantuan hewan</p> <p>32. Terapi humor</p> <p>33. Terapi murattal</p> <p>34. Terapi musik</p> <p>35. Terapi pemijatan</p> <p>36. Terapi relaksasi</p> <p>37. Terapi sentuhan</p> <p>38. Transcutaneous Electrical (TENS)</p>
---	---	---

	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi 	
--	---	--

Sumber : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

g) Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. 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).

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, evaluasi terhadap nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis yang baik, dan mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri (A.Aziz Alimul & Musrifatul, 2014).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Dismenore

Dismenore adalah nyeri saat haid atau gangguan fisik yang berupa nyeri atau kram perut pada bagian bawah. Nyeri atau kram tersebut terutama dirasakan didaerah perut bagian bawah menjalar ke punggung atau permukaan dalam paha. Gangguan ini biasanya mulai terjadi pada 24 jam sebelum terjadinya perdarahan menstruasi dan dapat terasa selama 24-36 jam. Pada kasus dismenore berat nyeri dapat disertai muntah dan diare (Dita,2010).

2. Klasifikasi Dismenore

1) Dismenore primer

Dismenore primer adalah nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan alat- alat genital yang nyata tidak berhubungan dengan kelainan pada organ reproduksi wanita . Dismenore primer biasanya terjadi dalam 6-12 bulan setelah haid pertama. Penyebabnya adalah adanya

peningkatan kontraksi rahim yang dirangsang oleh prostaglandin (prostaglandin adalah salah satu mediator kimia atau hormone didalam tubuh yang menimbulkan terjadinya kontraksi pembuluh pembuluh darah dan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan terjadinya proses ischemia dan necrosis pada sel-sel dan jaringan). Nyeri semakin hebat ketika bekuan atau potongan jaringan dari lapisan rahim melewati serviks atau leher rahim terutama bila salurannya sempit (Dita,2010).

2) Dismenore sekunder

Dismenore sekunder adalah nyeri haid yang berhubungan dengan berbagai berbagai keadaan patologis di organ genitalia. Dismenore sekunder dapat terjadi kapan saja setelah haid pertama, tetapi yang paling sering muncul di usia 20-3- tahunan., setelah tahun-tahun normal dengan siklus tanpa nyeri. Peningkatan prostaglandin dapat berperan pada dismenore sekunder. Namun, penyakit pelvis yang menyertai haruslah ada. Penyebab yang umum diantaranya termasuk endometriosis (kejadian dimana jaringan endometrium berada diluar rahim, dapat ditandai dengan nyeri haid), penggunaan alat kontrasepsi atau IUD (Dito dan Ari, 2011).

1. Penyebab Dismenore

1) Dismenore primer

- a. Faktor endokrin, Rendahnya kadar progesterone pada akhir fase corpus luteum. Hormone progesterone menghambat atau mencegah kontraktilitas uterus sedangkan hormone esterogen merangsang kontraktilitas uterus. Disisi lain, endometrium dalam fase sekresi memproduksi prostaglandin F2 sehingga menyebabkan kontraksi otot-otot polos. Jika kadar prostaglandin yang berlebihan memasuki peredaran darah maka selain dismenore dapat juga dijumpai efek lainnya seperti mual, muntah, diare. Jelaslah bahwa peningkatan kadar prostaglandin memegang peranan penting pada timbulnya dismenorea primer.

- b. Kelaianan organik, seperti kelainan letak arah anatomis rahim, perkembangan rahim yang tak lengkap, sumbatan saluran jalan lahir, tumor jinak yang terdiri dari jaringan otot, dan polipendometrium.
- c. Faktor kejiwaan atau gangguan psikis, seperti rasa bersalah, ketakutan seksual, takut hamil, hilangnya tempat berteduh, konflik dengan masalah jenis kelaminnya.
- d. Faktor konstitusi, seperti anemia dan penyakit menahun juga dapat mempengaruhi timbulnya dismenore.
- e. Faktor alergi, penyebab alergi adalah toksin haid. Menurut riset ada hubungan antara dismenore dengan utikaria, migraine, dan asma (Dito dan Ari,2011).

2) Disminore sekunder

- a. Alat kontrasepsi dalam rahim
- b. Adanya endometrium selain di rahim
- c. Tumor jinak rahim yang terdiri dari jaringan otot
- d. Tumor jinak di rahim
- e. Kista ovarium
- f. Gangguan atau sumbatan di panggul
- g. Tumor jinak otot rahim
- h. Penyakit radang panggul kronis (Dito dan Ari,2011).

2. Faktor Risiko

1. Haid pertama pada usia amat dini atau dibawah 12 tahun
 2. Periode haid yang lama
 3. Aliran darah yang hebat
 4. Merokok
 5. Riwayat keluarga yag positif terkena penyakit
 6. Kegemukan
 7. Mengonsumsi alkohol
- 1) Faktor risiko dismenore primer
 - a. Usia saat menstruasi pertama kurang dari 12 tahun
 - b. Belum pernah melahirkan

- c. Haid memanjang atau dalam waktu lama
 - d. Merokok
 - e. Stress
 - f. Riwayat keluarga positif terkena penyakit
 - g. Kegemukan (Dito dan Ari,2011).
- 2) Faktor risiko dismenore sekunder
 - a. Endometriosis
 - b. IUD
 - c. Penyakit radang panggul
 - d. Kanker endometrium
 - e. Kista ovarium (Dito dan Ari,2011).
3. Tanda dan gejala dismenore primer
 - 1) Rasa tidak enak badan
 - 2) Lelah
 - 3) Muntah
 - 4) Diare
 - 5) Nyeri punggung bawah
 - 6) Sakit kepala
 - 7) Kadang-kadang dapat juga disertai vertigo atau sensasi jatuh, perasaan cemas, gelisah hingga jatuh pingsan
 - 8) Biasanya berlangsung sekitar 48-72 jam
 - 9) Jarang di temukan kelainan genetalia
 - 10) Sering ditemukan pada usia muda (Dito dan Ari,2011).

Tanda dan gejala dismenore sekunder

- 1) Dismenore terjadi selama siklus pertama atau kedua setelah haid pertama
- 2) Dismenore dimulai setelah usia 25 tahun
- 3) Terdapat ketidaknormalan pelvis dengan pemeriksaan fisik, pertimbangan kemungkinan penyakit radang panggul, perlengketan pelvis
- 4) Sedikit atau tidak ada respon terhadap obat golongan NSAID atau obat

anti inflamasi non steroid, kontrasepsi oral atau keduanya

- 5) Darah haid yang banyak atau perdarahan yang tidak teratur
- 6) Rasa nyeri saat berhubungan
- 7) Keluar cairan yang tidak normal dari vagina
- 8) Nyeri perut bawah atau pelvis selama waktu selain haid
- 9) Nyeri di mulai saat haid dan meningkat bersamaan dengan keluarnya darah haid (Dito dan Ari,2011).

4. Dampak dismenore

Dampak yang terjadi apabila dismenore tidak diatasi membuat wanita menjadi lebih sensitif, dan berbagai macam gangguan psikologis yang dialaminya. Ini disebabkan perubahan hormonal yang terjadi di dalam tubuh (Dita, 2010). Dampak pada remaja pun membuat remaja tidak dapat beraktivitas secara normal, malas untuk bergerak, sulit untuk berkonsentrasi dalam belajar dan motivasi belajar yang menurun karena nyeri yang dirasakan (Faridah Alatas & TA Larasati,2016).

5. Cara mencegah dismenore

- 1) Menjaga kebersihan vagina selama haid karena pembuluh darah dalam rahim mudah terkena infeksi saat haid.
- 2) Selama haid rajin mengganti pembalut secara teratur 2-3 kali
- 3) Mandi air hangat
- 4) Mengonsumsi minuman hangat yang mengandung kalsium tinggi
- 5) Mengonsumsi makanan berserat dan perbanyak minum air putih
- 6) Menciptakan suasana rumah yang tenang
- 7) Mengelola stress
- 8) Miliki pola makan yang teratur dengan asupan gizi yang memadai
- 9) Istirahat yang cukup

6. Cara mengatasi dismenore

- 1) Dengan obat-obatan

Dapat diatasi dengan obat anti inflamasi non steroid, obat yang efektif untuk menghambat sintesis prostaglandin, seperti ibuprofen, naproxen dan ketoprofen.

2) Tanpa obat-obatan

1. Kompres dengan botol hangat, pada bagian yang terasa kram bisa di perut atau pinggang bagian belakang.

Caranya :

- a. Perlengkapan:

- a. Botol air panas dengan tutupnya.
- b. Sarung botol
- c. Air hangat.

- b. Langkahnya :

- 1) Isi sekitar dua pertiga botol dengan air hangat.
- 2) Keluarkan udara dari botol.
- 3) Tutup botol dengan kencang.
- 4) Balikkan botol, dan periksa jika ada kebocoran.
- 5) Keringkan botol.
- 6) Bungkus botol dengan handuk atau sarung botol air panas.
- 7) Letakkan bantal botol ke bagian yang nyeri saat haid.

2. Relaksasi nafas dalam

Langkah-langkah tindakan relaksasi nafas dalam:

1. Mencari posisi yang paling nyaman.
 2. Rileks, bernapas normal dengan perlahan-lahan.
 3. Kemudian dalam keadaan yakin, tarik napas dalam-dalam tahan 3-5 detik, lalu menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan.
 4. Ulangi teknik nafas dalam selama 3 kali.
 5. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
 6. Usahakan agar tetap konsentrasi atau mata sambil terpejam.
 7. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri.
 8. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang dan keadaan tubuh terasa rileks.
3. Mengonsumsi jus wortel, wortel banyak mengandung vitamin terutama vitamin E yang dapat membantu pengeblokan formasi prostaglandin dan mengatasi efek peningkatan produksi hormon

prostaglandin.

Cara membuat jus wortel :

a. Bahan:

- 1) 1 buah wortel segar, dapat dipotong-potong terlebih dahulu
- 2) 150 ml air.

b. Cara membuat:

Setelah bahan-bahan siap, masukkan semua bahan ke blender, blender hingga halus kemudian dapat dikonsumsi langsung.

Usahakan untuk meminum ramuan ini dua kali dalam sehari.

4. Pijatan menggunakan aroma terapi juga dapat mengurangi rasa tidak nyaman. Pijatan yang ringan dan melingkar dengan menggunakan telunjuk pada perut bagian bawah akan membantu mengurangi nyeri haid. (Dito dan Ari, 2011).

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

a. Pengertian keluarga

Keluarga adalah hubungan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah, adopsi, dan kesepakatan yang dibuat, keluarga memiliki peran masing-masing dan bertanggung jawab terhadap tugas yang diberikan dan ada ikatan emosional yang sulit untuk ditinggalkan oleh setiap anggota keluarga (Yohanes & Yasinta, 2013).

b. Tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja

Tahap perkembangan keluarga dikelompokkan menjadi delapan tahap salah satunya yaitu tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja. Keluarga dengan tahap perkembangan anak remaja dilihat dari anak pertama berusia 13-18 tahun yang merupakan masa dimana terjadi transisi masa kanak-kanak menuju dewasa. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja yaitu memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri, memfokuskan kembali

hubungan intim perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak, dan mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga (Padila,2012).

c. Tugas kesehatan keluarga

Menurut Friedman 1998 dalam (Padila,2012) keluarga mempunyai tugas kesehatan keluarga yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat. Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga.

Perawat perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut melalui pendidikan kesehatan.

2. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengkajian

1) Data umum

Pengkajian demografi dalam asuhan keperawatan keluarga terdiri dari identitas keluarga, komposisi anggota keluarga, genogram, tipe keluarga, suku bangsa, agama, dan status sosial ekonomi keluarga (Padila,2012).

Dari data pengkajian demografi yang berkaitan dengan kebutuhan rasa nyaman pada remaja yaitu pengkajian pada umur anak pertama (remaja) dan jenis kelamin. Pada tahap pengkajian kebutuhan rasa nyaman perawat melibatkan keluarga dan remaja untuk mengenali, menyatakan, mengkomunikasikan dan merumuskan kebutuhan rasa nyaman, sumber-sumber yang tersedia dan hambatan yang mungkin dihadapi dalam kegiatan untuk memenuhi kebutuhan rasa

nyaman. Pengkajian kebutuhan rasa nyaman bertujuan untuk melibatkandan memotivasi keluarga agar dapat mengekspresikan dan mengkomunikasikan bagaimana ketidaknyamanan yang dirasakan saat dismenore.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Keluarga dengan tahap perkembangan anak remaja dilihat dari anak pertama berusia 13-18 tahun yang merupakan masa dimana terjadi transisi masa kanak-kanak menuju dewasa. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja yaitu memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri, memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak, dan mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga (Padila, 2012).

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Keluarga dengan tahap perkembangan keluarga sebelumnya pada usia anak sekolah yang belum terpenuhi misalnya dalam meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat dapat mempengaruhi pada tahap perkembangan keluarga usia remaja saat ini yang dapat menyebabkan stress pada remaja putri sehingga memicu dismenore atau nyeri haid yang dirasakan.

c. Riwayat keluarga inti

Dismenore berpengaruh dalam hubungan genetik. Sehingga jika keluarga terutama ibu mengalami dismenore atau nyeri haid maka remaja putri beresiko lebih besar mengalami masalah dismenore atau nyeri haid

dibandingkan dengan keluarga tanpa riwayat keluarga dismenore.

3) Lingkungan

a. Karakteristik rumah

Kondisi rumah yang tenang dengan meminimalisir dan memodifikasi lingkungan membuat lingkungan yang tenang dan nyaman untuk remaja dengan mengurangi suara-suara berisik anak kecil saat bermain seperti memerintahkan anak-anak untuk bermain di teras rumah akan membuat remaja merasa lebih nyaman dan tenang saat sedang mengalami dismenore atau nyeri haid karena kondisi emosionalnya tidak stabil saat menstruasi (Yohanes & Yasinta, 2013).

b. Karakteristik tetangga dan tempat tinggal

Lingkungan tempat tinggal yang bersih dapat mengurangi resiko terjadinya masalah kesehatan, keluarga yang sering berkomunikasi dengan tetangga rumah dapat menciptakan kerukunan akan berdampak baik untuk remaja putri dalam mengelola stres sehingga remaja dapat dengan mudah ikut berinteraksi dengan tetangga sekitar rumah (Yohanes & Yasinta, 2013).

c. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga yang tidak sering berpindah-pindah rumah akan membuat remaja putri mampu berinteraksi dan beradaptasi dengan keadaan lingkungan sekitar (Yohanes & Yasinta, 2013).

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga yang memiliki waktu berkumpul bersama setiap harinya akan memudahkan keluarga dalam berkomunikasi ketika memiliki suatu masalah terutama masalah kesehatan seperti ketika remaja putri mengalami dismenore atau nyeri haid dan keluarga memiliki interaksi yang baik dengan masyarakat sekitar akan menimbulkan

kerukunan ketika keluarga membutuhkan bantuan akan dengan mudah meminta bantuan dengan masyarakat sekitar(Yohanes & Yasinta, 2013).

e. Sistem pendukung keluarga

Siapa saja orang yang terlibat dalam penyelesaian masalah yang di alami remaja, remaja yang kurang sistem pendukung dalam keluarga akan menyebabkan remaja takut untuk menyelesaikan masalah dismenore atau nyeri haid yang dialaminya sehingga dismenore pada remaja akan beresiko menjadi semakin parah(Yohanes & Yasinta, 2013).

4) Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Pola komunikasi yang terbuka mempermudah keluarga membicarakan hal-hal yang penting secara langsung terutama tentang masalah kesehatan seperti halnya ketika remaja putri memiliki masalah kesehatan reproduksi yaitu dismenore, remaja tersebut dapat membicarakannya secara langsung pada keluarga sehingga keluarga dapat memutuskan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya untukremaja. Sedangkan komunikasi yang tertutup menyebabkan remaja putri merasa ragu untuk menyampaikan masalah dismenore yang dialaminya, sehingga dapat menyebabkan dismenore yang dialami remaja putri semakin parah jika tidak ditangani dengan benar(Yohanes & Yasinta, 2013).

b. Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi remaja putri untuk menyelesaikan masalah dismenore atau nyeri haid. Seorang ayah berperan penting dalam memutuskan tindakan yang akan dilakukan, sebelum memutuskan seorang ayah sebaiknya melakukan musyawarah dengan keluarga yaitu ibumaupun dengan remaja putri tersebut (Yohanes & Yasinta, 2013).

c. Struktur peran (formal dan informal)

Peran dari seorang ayah sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah dan peran ibu sebagai ibu rumah tangga, istri, dan menjual beras dirumah. Peran anak remaja dalam keluarga seperti membantu aktivitas orang tua dalam memenuhikebutuhan(Yohanes & Yasinta, 2013).

d. Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2012). Misalnya keluarga yang mempunyai kebiasaan membersihkan rumah dan rumah selalu dalam keadaan bersih dan rapi akan bernilai baik untuk kesehatan remaja putri.

5) Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) sebagai berikut :

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari remaja putri. Hal ini juga terlihat dari anggota keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang terhadap remaja putri. Pengkajian meliputi :

1. Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasan kasih sayang terhadap remajaputri.
2. Perasaan salingmemiliki.
3. Bagaimana cara keluarga memberikan dukungan terhadap remaja putri.
4. Saling menghargai antara keluarga dan remajaputri.
5. Terciptanya kehangatan dalam anggotakeluarga.

b. Fungsi sosial

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami remaja yang menghasilkan

interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan social. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan.

1. Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar.
2. Interaksi dan hubungan dalam keluarga.
3. Kedisiplinan dalam anggota keluarga.

c. Fungsi ekonomi

Keluarga dengan ekonomi yang cukup akan membantu terpenuhinya kebutuhan remaja putri terutama dalam menangani masalah dismenore atau nyeri haid. Begitu juga dengan ekonomi dan pendidikan yang kurang dapat mempengaruhi kesehatan remaja putri terutama dismenore atau nyeri haid yang tidak ditindak lanjuti karena faktor ekonomi dan pendidikan yang kurang.

d. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan keluarga menjelaskan tentang pentingnya menjaga kesehatan reproduksi pada remaja putri maka remaja putri akan lebih memperhatikan masalah kesehatan reproduksinya terutama saat sedang menstruasi yang mengalami dismenore atau nyeri haid.

e. Fungsi perawatan kesehatan

1. Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi ataupun promosi).
2. Bila ditemui data mal adaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II berdasarkan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu:
 - a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:

1. Definisi dismenore atau nyerihaid
 2. Jenis dan penyebab dismenore
 3. Tanda dan gejala dismenore
 4. Persepsi keluarga terhadap masalah yang berkaitan dengan dismenore atau nyerihaid.
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
1. Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah dismenore atau nyerihaid.
 2. Masalah dismenore atau nyeri haid dirasakan keluarga.
 3. Keluarga menyerah terhadap masalah dismenore yang dialami oleh remaja putri.
 4. Sikap negative terhadap masalah kesehatan akibat dismenore atau nyeri haid.
 5. Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.
 6. Informasi yang salah mengenai dismenore atau nyeri haid.
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
1. Bagaimana sikap keluarga mengetahui keadaan remaja putri yang mengalami dismenore atau nyeri haid.
 2. Bagaimana keluarga memberikan perhatian pada remaja putri.
 3. Bagaimana keluarga memberikan dukungan terhadap hal-hal positif pada remaja.
- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
1. Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan yang tidak beresiko terjadinya dismenore atau nyerihaid.

2. Upaya pencegahan masalah dismenore atau nyerihaid.

e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:

1. Keberadaan fasilitas kesehatan, terutama mencari informasi kesehatan tentang dismenore atau nyerihaid.

2. Keuntungan yang didapat ketika menggunakan fasilitas kesehatan.

3. Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.

4. Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga dan remaja (Padila,2012).

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 dari enam bulan, sedangkan jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

Bagaimana respon keluarga saat anggota keluarga mengalami masalah kesehatan terutama masalah dismenore atau nyeri haid pada remaja putri.

c. Strategi coping yang digunakan

Apa strategi coping yang dilakukan keluarga saat anggota keluarga mengalami masalah kesehatan terutama masalah dismenore atau nyeri haid pada remaja putri.

d. Strategi adaptasi disfungsional

Apa strategi disfungsional yang dilakukan keluarga bila menghadapi masalah dismenore atau nyeri haid pada remaja putri (Padila,2015).

7) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada remaja putri yang mengalami dismenore atau nyeri haid yaitu head to toe untuk mendapatkan tanda dan gejala dari dismenore atau nyeri haid. Pemeriksaan head to toe pada area abdomen apakah ada nyeri tekan.

8) Harapan keluarga

Harapan keluarga terhadap anggota keluarga adalah meningkatnya derajat kesehatan pada anggota keluarga yang dibuktikan dengan kesejahteraan keluarga.

b. Analisa data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan.

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring seperti pada tabel dibawah :

Tabel 4
Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah : a. Tidak/kurangsehat b. AncamanKesehatan c. Kritis	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah a. DenganMudah b. Hanya sebagian c. Tidakdapat	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 harusditangani b. Masalah yang tidak perlusegera ditangani c. Masalah tidakdirasakan	2 1 0	1

Sumber (Achjar,2010)

Skoring :

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
- c) Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- d) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh

Diagnosa yang mungkin muncul:

- 1) Nyeri akut pada keluarga Tn. A khususnya Nn. M berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dismenore.
- 2) Kesiapan peningkatan pengetahuan pada keluarga Tn.A berhubungan dengan upaya peningkatan kesehatan keluarga tentang masalah dismenore atau nyeri haid pada anak remaja putri.

c. Perencanaan

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 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

dibawahini:

- 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 yang positif terhadap masalah yang dihadapi
- 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 setiap 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) Mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada (Achjar, 2010).

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 ke keluarga. Untuk dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

- S : Keluarga dapat menjelaskan kembali materi tentang dismenore dan dampak yang telah dijelaskan oleh perawat.
- O : Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat tentang dismenore.
- A: Remaja putri dapat mengatasi masalah dismenore setelah mendapatkan informasi tentang dismenore dari perawat.
- P : Memberikan informasi tentang dampak dismenore secara rutin kepada keluarga dan remaja.