BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Definisi Kebutuhan Rasa Nyaman

Kolcaba 1992, dalam (Potter, Perry, 2010) mengungkapkan kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek, yaitu :

a. Berhubungan dengan sensasi tubuh.
b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
d. Lingkungan, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.
e. Secara umum dalam aplikasinya, pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

2. Definisi Nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat .

Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP), nyeri adalah pengalama perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

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 atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Haswita & Sulistyowati, R., 2017).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, yaitu :

a. Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Selain itu, keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu terhadap penanganan nyeri saat ini (Potter, Perry, 2010)

b. Usia

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. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan (Potter, Perry, 2010)

c. Jenis Kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyeri nya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesic opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri (Potter, Perry, 2010)

d. Etnik dan Nilai Budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkkan orang lain.

e. Lingkungan dan Individu Pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa

keluarga, atau teman-teman yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang dapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat (Potter, Perry, 2010)

f. Ansietas dan Stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelillingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

g. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuska perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Potter, Perry, 2010)

4. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri berlangsung, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi dalam kurun waktu yang singkat, biasanya kurang dari 6 bulan. Nyeri akut yang tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek yang membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkan karena dapat mempengaruhi system pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endrokin, dan imunologik (Potter, Perry, 2010)

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi, nyeri

ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan. Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi system imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan.

5. Fisiologi Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multiple yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi structural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut A-beta, A-delta, dan C. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah A-delta dan C. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi.

Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medul spinallis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medulla spinalisdan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal.

Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri (*pain related neural signals*). Proses ini terutama terjadi di kornu dorsalis medulla spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya. Serangkaian reseptor opioid seperti *mu*, *kappa*, dan *delta* dapat ditemukan di kornu dorsalis. System nosiseptif juga mempunyai jalur desending berasal dari korteks frontalis, hipotalamus, dan area otak lainnya ke otak tengah

(midbrain) dan medulla oblongata, selanjutnya menuju medulla spinalis. Hasil dari proses inhibisi desendens ini adalah penguatan, atau bahkan penghambatan (blok) sinyal nosiseptif di kornu dorsalis.

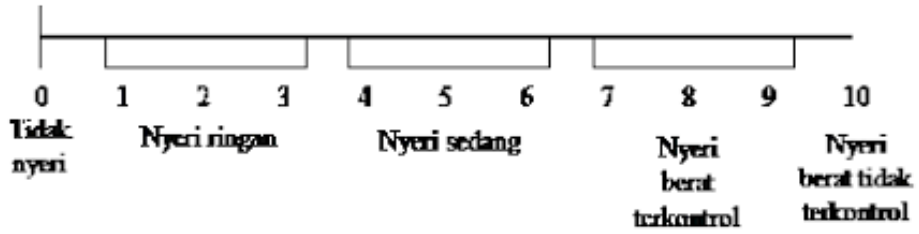
Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *nociseptor*. Secara anatomis, reseptor nyeri (*nociseptor*) ada yang bermiyelin dan ada juga yang tidak bermiyelin dari syaraf aferen.

6. Pengukuran Intensitas Nyeri

Nyeri sendiri tidak dapat diukur secara objektif, sehingga intensitas nyeri merupakan karakteristik yang sangat relatif. Oleh karena itu, banyak tes, skor, atau tingkatan angka dibuat untuk membantu dalam mengukur intensitas nyeri secara efektif setepat mungkin. Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala nyeri berikut:

a. *Numerical Rating Scale* (NRS)

Skala Numerik (*Nuremical Rating Scale*, NRS) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi pasien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan pasien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi teraupetik (Prasetyo, 2010).



Gambar 2.1 Skala Penilaian Nyeri / *Numerical Rating Scale* (NRS)

b. 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 pengalaman 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

c. Skala wajah atau *wong-boker FACES rating scale*

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

Gambar 2.2 Pengkuran Skala Nyeri Skala Wajah

Sumber : (Haswita & Sulistyowati, R., 2017)

B. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

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 (Friedman, 1998)

Keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan atau adopsi, atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi (Murray & Zentner, 1997).

Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga (Burgess dkk. 1963).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Dep Kes R.I, 1988).

2. Tipe Keluarga

Menurut Allender & Spradley (2001), dalam buku (Achjar, Komang Ayu Henny, 2010) membagi tipe keluarga berdasarkan :

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, misalnya 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) Orangtua (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.

3. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985); Carter & Mc Goldrick (1988), mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti:

1. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan

menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan diri menjadi orang tua.

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

Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

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

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III 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 usia 6-13 tahun)

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

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

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan

mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara 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 perkembangan keluarga pada tahap VI 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 sakit 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,pensiun)

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

8. Tahap VIII, keluarga dalam masa pensiun dan lansia.

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

4. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga. mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat penjajagan tahap II bila ditemui data maladaptif pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

1. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk 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, termasuk sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti 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, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya 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 pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh kelurga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan Pada Klien Nyeri

Perawat perlu melakukan pendekatan manajemen nyeri secara sistematis untuk dapat mengerti dan mengobati nyeri pada klien. Manajemen nyeri yang berhasil tergantung dari bagaimana hubungan saling percaya antara petugas kesehatan, klien, dan keluarga dibangun (Potter & Perry, 2010).

a. Pengkajian

Kemampuan untuk menetapkan diagnosis keperawatan, menentukan intervensi yang akan diberikan, dan mengevaluasi respon klien (hasil) terhadap intervensi yang diberikan tergantung kepada aktivitas pokok dari pengkajian nyeri yang bersifat aktual, tepat waktu, dan akurat. Inti dari aktivitas ini adalah eksplorasi terhadap pengalaman nyeri menurut sudut pandang klien. Komponen-komponen yang bervariasi dapat digunakan untuk mengkaji nyeri klien. Ada beberapa komponen untuk mengkaji nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik. Bab ini berfokus pada komponen pengkajian kepada skala nyeri nosiseptif. Tujuan penggunaan komponen ini adalah untuk mengidentifikasi berapa banyak nyeri yang dirasakan tanpa mengganggu aktivitas klien dan bukan untuk mengidentifikasi beberapa nyeri yang dapat ditoleransi klien.

1) Ekspresi klien terhadap nyeri

Laporan klien terhadap nyeri yang dirasakan merupakan satu-satunya indicator yang dapat dipercaya tentang adanya rasa nyeri dan intensitas nyeri yang dirasakan.

2) Karakteristik nyeri

Pengkajian terhadap karakteristik nyeri yang lazim membantu perawat untuk memperoleh suatu pemahaman terhadap jenis nyeri, pola nyeri, serta jenis intervensi yang dapat pertolongan terhadap nyeri.

3) Permulaan serangan/onset atau durasi

Tanyakan pertanyaan untuk menentukan permulaan serangan, durasi, dan rangkaian nyeri.

4) Lokasi

Untuk mengkaji lokasi nyeri, minta klien untuk mengatakan atau menunjukkan semua area mana yang klien merasa tidak nyaman.

5) Intensitas

Salah satu karakteristik yang paling subjektif dan paling berguna dalam pelaporan nyeri adalah “kehebatannya” atau intensitasnya. Variasi skala nyeri telah tersedia bagi klien untuk mengkomunikasikan intensitas nyeri mereka.

6) Kualitas

Dikarenakan tidak adanya kosakata yang lazim atau spesifik dalam penggunaan secara umum, kata-kata yang digunakan untuk menggambarkan nyeri sangat bervariasi.

7) Pola nyeri

Beberapa macam faktor yang memengaruhi pola nyeri. Hal ini membantu untuk mengkaji kejadian atau kondisi tertentu yang memicu atau memperburuk nyeri.

8) Tindakan mengurangi nyeri

Penting bagi perawat untuk tahu apakah klien memiliki cara efektif dalam mengobati nyeri, seperti mengubah posisi, menggunakan perilakuu yang bersifat kebiasaan, makan, meditasi, berdoa, atau memberikan sensasi dingin atau hangat pada lokasi nyeri.

9) Gejala-gejala yang menyertai

Ada beberapa gejala yang menjadi penyebab memburuknya nyeri. Perawat perlu mengkaji gejala-gejala yang berhubungan tersebut dan mengevaluasi efeknya terhadap persepsi nyeri klien.

10) Efek nyeri terhadap klien

Nyeri mengubah gaya hidup seseorang dan mempengaruhi kesejahteraan psikologis.

11) Efek perilaku

Ketika klien mengalami nyeri, kaji ekspresi, respon verbal, gerakan wajah dan tubuh, serta interaksi sosial.

12) Pengaruh terhadap aktivitas sehari-hari

Klien yang sedang mengalami nyeri, sedikit memiliki kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitasnya.

Tabel 2.1 Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

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

Sumber : (Barbara, Korzier dkk, 2010)

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan berfokus kepada sifat nyeri yang spesifik untuk membantu perawat dalam mengidentifikasikan jenis intervensi yang paling efektif untuk meredakan rasa nyeri dan meningkatkan fungsi/peran klien. Pengkajian yang perawat lakukan dapat mengarahkan perawat untuk membuat diagnosis nyeri akut atau nyeri kronis (Potter, Perry, 2010) Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017 diagnosis yang muncul pada kasus nyeri akut antara lain:

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

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera kimiawi (mis,terbakar, bahan kimia iritan)
3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

c. Rencana Keperawatan

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) Mengidentifikasikan faktor-faktor yang meningkatkan rasa nyeri
c) Melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri secara aman ; dan
d) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan mengganggu aktivitas harian.

2) Menentukan prioritas

Ketika menentukan priotitas pada manajemen nyeri, pertimbangkan jenis nyeri yang dialami klien dan efek nyeri terhadap berbagai fungsi tubuh. Damping 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)

Tabel 2.2 Standar Intervensi Keperawatan (2018)

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (iskemia) Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut klien teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	**Manajemen nyeri** Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Pemberian analgesic** Obervasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi). 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesic, (mis, narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri	1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan diri 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat topical 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan 26. Teknik distraksi 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupresur 29. Terapi akupuntur 30. Terapi bantuan hewan

	4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektifitas analgesik Terapeutik 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid 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 Edukasi 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi	31. Terapi humor 32. Terapi murrotal 33. Terapi musik 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. Transcutaneous Electrical (TENS)

d. 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 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 koping. Perencanaan keperawatan dapat

dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan (Nursalam, 2009).

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respon klien kearah pencapaian tujuan (Potter, Perry, 2010) Menurut Deswani (2011), evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan.

Menurut Diniarti, Aryani, Nurheni, Chairani & Tutiany (2013), evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning). Komponen SOAP yaitu S (subjektif) dimana perawat menemukan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan. O (objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi klien secara langsung dan dirasakan setelah selesai tindakan keperawatan. A (assesment) adalah kesimpulan dari data subjektif dan objektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). P (planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dengan rencana kegiatan yang sudah ditentukan sebelumnya.

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

Menurut teori/model Familiy Centre Friedman, pengkajian asuhan keperawatan keluarga meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

a. Pengkajian

1) Data Umum

a) Identitas, kepala keluarga

- Nama kepala keluarga

- Umur (KK)
- Pekerjaan kepala keluarga
- Pendidikan kepala keluarga
- Alamat dan nomer telepon

b) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2.3 Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : (Achjar, Komang Ayu Henny, 2010)

c) Genogram

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

d) Tipe keluarga

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

1) Keluarga tradisional
    a) Keluarga inti (nuclear family) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
    b) Keluarga besar (extended family) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misal 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

d) bersama dalam satu rumah tangga.

e) Suku bangsa

- Asal suku bangsa keluarga
- Bahasa yang dipakai keluarga
- Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat mempengaruhi kesehatan

f) Agama

- Agama yang dianut keluarga
- Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

g) Status sosial ekonomi keluarga

- Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
- Tabungan khusus kesehatan
- Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

h) Aktifitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan oleh anak tertua)

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 6-13tahun)

e) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua umur 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 pensiun dan lansia

2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
3) Riwayat keluarga inti
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
   1) Karakteristik Rumah
      a) Ukuran rumah (luas rumah)
      b) Kondisi dalam dan luar rumah
      c) Kebersihan rumah
      d) Ventilasi rumah
      e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
      f) Air bersih

g) Pengeluaran sampah
h) Kepemilikan rumah
i) Kamarmandi/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 pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
   a) Kumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
5) Sistem pendukung keluarga

   Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

d. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

   Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan dalam keluarga, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga, dan apakah hal-hal/masalah dalam keluarga yang menutup diskusi (Setiadi, 2008).

2) Struktur kekuatan keluarga

   Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah :

a) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga?
b) Bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah/kesepakatan, diserahkan pada masing-masing individu)?
c) Siapakah pengambilan keputusan tersebut?

3) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dan masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani (Setiadi, 2008).

4) Nilai dan norma keluarga

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

e. Fungsi Keluarga

1) Fungsi afektif
a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih saying
b) Perasaan saling memiliki
c) Dukungan terhadap anggota 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 jika sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/promosi)
b) Bila ditemui data maladaptif, langsung dilakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan manfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan) (Achjar, Komang Ayu Henny, 2010)

f. Stress dan Koping Keluarga

1) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu ±6 bulan dan stressor jangka panjang yaitu yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan (Setiadi, 2008).

2) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

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

3) Strategi koping yang digunakan

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

4) Strategi adaptasi disfungsional

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

g. Pengkajian fisik

1) Aktivitas/istirahat

Gejala: Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup

Tanda: Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

2) Sirkulasi

Gejala: Riwayat dismenore, aterosklerosis, penyakit jantung koroner/katup dan penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi

Tanda:

a) Peningkatan tekanan darah
b) Nadi denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis
c) Takikardia
d) Murmur stenosis vulvular
e) Distensi vena jugularis
f) Kulitpucat,sianosis,suhudingin

3) Integritas ego

   Gejala:

   a) Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi
   b) Faktor stress multiple (hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan)

      Tanda:

      a) Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak
      b) Gerakan tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernafasan menghela, peningkatan pola bicara

4) Eliminasi

   Gejala : Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (seperti infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu)

5) Makanan/cairan

   Gejala:

   a) Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol
   b) Mual, muntah
   c) Perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/turun)
   d) Riwayat penggunaan diuretic

      Tanda: Berat badan normal atau obesitas, adanya edema, glukosuria

6) Neurosensori

   Gejala:

   a) Keluhan pusing/pening, berdenyut
   b) Sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam)
   c) Episode kebas dan/atau kelemahan pada satu sisi tubuh
   d) Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur)

e) Episode epitaksis

Tanda:

a) Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi, pola/isi bicara, afek, proses piker, memori (ingatan)

b) Respon motorik: Penurunan kekuatan genggaman tangan dan/atau reflek

7) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : Sakit kepala yang pernah terjadi sebelumnya

8) Pernafasan

Gejala:

a) Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja

b) Takipnea, ortopnea, dispnea nocturnal paroksismal

c) Batuk dengan/tanpa pembentukan sputu

d) Riwayat merokok

Tanda : Penggunaan otot aksesoris pernafasan, bunyi tambahan, sianosis

9) Keamanan

Gejala: Gangguan koordinasi/cara berjalan, hipotensi postural

10) Pembelajaran/penyuluhan

Gejala:

a) Faktor risiko keluarga: Dismenore, aterosklerosis, penyakit jantung, DM

b) Penggunaan pil KB atau hormon lain, pengunaan obat/alkohol

h. Harapan keluarga

1) Terhadap masalah kesehatan keluarga

2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Aspiani, 2017).

3. Analisa data

Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosa seperti

a. Diagnosa sehat/wellness

Diagnosa sehat/wellness, dignuakan 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).

b. Diagnosis ancaman (risiko)

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

c. 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:

1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
   a) Persepsi terhadap keparahan penyakit
   b) Pengertian
   c) Tanda dan gejala
   d) Faktor penyebab
   e) Persepsi keluarga terhadap masalah
2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusaan, meliputi:
   a) Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah

b) Masalah dirasakan keluarga
c) Keluarga menyerah terhada masalah yang dialami
d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
f) Informasi yang salah

3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
b) Sifat perkembangan perawatan yang dibutuhkan
c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
d) Sikap keluarga terhadap yang sakit

4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
a) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
b) Pentingnya hygien sanitasi
c) Upaya pencegahan penyakit

5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi:
a) Keberadaan fasilitas kesehatan
b) Keuntungan yang didapat
c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Sebelum menentukan diagnosa keperawatan tentu harus menyusun prioritas masalah dengan menggunakan proses skoring:

Tabel 2.4 Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1	Sifat masalah :		1
	□ Tidak/kurang sehat	3	
	□ Ancaman kesehatan	2	
	□ Krisis	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah :		2
	□ Dengan mudah		
	□ Hanya sebagian	2	
	□ Tidak dapat	1	
		0	

3	Potensi masalah untuk diubah : □ Tinggi □ Cukup □ Rendah Menonjolnya masalah : □ Masalah berat harus ditangani □ Masalah yang tidak perlu segera ditangani □ Masalah tidak dirasakan	3 2 1	

Sumber : Setiadi, 2008

Skoring

a) Tentukan skor untuk setiap kriteria
b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan dikalikan dengan bobot
c) Jumlah skor untuk semua kriteria
d) Skor tertinggi adalah 5 dan sama untuk seluruh bobot

Diagnosa yang mungkin muncul:

a) Gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada keluarga Tn. Y khususnya Nn. C berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah dismenore.
b) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga Tn. Y khususnya Nn. C berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien dismenore.
c) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga Tn. Y khususnya Nn. C berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien dismenore.
d) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga Tn. Y khususnya Nn. C berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dismenore.
e) Gangguan kebutuhan rasa nyeri pada keluarga Tn. Y khususnya Nn. C berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan pada klien dismenore.

4. Intervensi Keperawatan Keluarga

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

Diagnosa Keperawatan	Tujuan		Kriteria		Intervensi
	Umum	Khusus	Evaluasi	Standar	
1. Nyeri akut pada keluarga Tn. Y khususnya Nn. C berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit pada keluarga diharapkan tingkat nyeri Nn. C pada keluarga Tn. Y menurun.	1. Keluarga dapat mengenal masalah nyeri haid 1.1 Keluarga dapat menjelaskan kembali pengertian dismenore 1.2 Keluarga mampu menyebutkan kembali penyebab dari dismenore 1.3 Keluarga mampu menyebutkan kembali tanda dan gejala dismenore	Respon Verbal	1. *Dhysmenorrhea* atau nyeri haid adalah nyeri atau kram pada daerah panggul akibat gangguan aliran darah menstruasi. 2. Penyebab dari dismenore yaitu berasal dari otot rahim. Otot rahim tersebut dapat berkontraksi dan relaksasi. Saat menstruasi, kontraksi lebih kuat. Hal ini disebabkan karena banyaknya jumlah hormon prostaglandin yang dibuat oleh lapisan dalam rahim. 3. Tanda dan gejala dismenore, yaitu : nyeri berupa keram dan tegang pada perut bagian bawah, pegal pada mulut vagina, nyeri pinggang, pegal-pegal pada paha, dan pada beberapa orang dapat disertai mual, muntah, nyeri kepala, dan diare.	1. Diskusikan bersama keluarga tentang pengertian *dhysmenorrhea* atau nyeri haid. 2. Jelaskan pada keluarga mengenai penyebab dari dismenore menggunakan lembar balik dan leaflet. 3. Jelaskan tanda dan gejala dari dismenore. 4. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 5. Bantu keluarga untuk mengulangi apa yang telah di diskusikan atau dijelaskan. 6. Beri pujian atas perilaku yang benar.
		2. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk menangani dismenore 1.1. Keluarga dapat menjelaskan dampak	Respon Verbal	1. Dampak dismenore jika tidak ditangani maka dapat terjadi patologi (kelainan atau gangguan) yang mendasari dapat memicu kenaikan angka kematian, termasuk	1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat jika dismenore tidak segera di tangani. 2. Diskusikan bersama keluarga bagaimana cara

		dismenore jika tidak ditangani 1.2. Keluarga mampu mengambil keputusan merawat anggota keluarga yang mengalami dismenore		kemandulan. Selain itu konflik emosional, ketegangan dan kegelisahan dapat memainkan peranan serta menimbulkan perasaan yang tidak nyaman dan asing. dismenore yang tidak ditangani dapat menyebabkan sulit berkonsentrasi sehingga mengganggu proses belajar mengajar. 2. Keluarga menyatakan keputusannya dalam mengatasi dismenore pada Nn. C	mengatasi dismenore dengan segera dan tepat. 3. Bimbing dan motivasi keluarga untuk mengambil keputusan dalam menangani masalah dismenore pada Nn. C. 4. Beri pujian atas keputusan yang diambil untuk mengatasi masalah dismenore pada Nn. C
		3. Keluarga mampu merawat Ny. H yang menderita dismenore 3.1. Keluarga menyebutkan cara mengatasi dismenore 3.2. Keluarga mendemonstrasikan terapi relaksasi kompres hangat botol kaca 3.3. Keluarga mendemonstrasikan cara mengatasi dismenore dengan non-farmakologis (herbal) dengan minum kunyit asam	Respon verbal dan re-demonstrasi	1. Keluarga dapat menjelaskan tentang cara merawat dismenore pada Nn. C a. Melakukan senam secara teratur b. Melakukan kompres hangat di perut bagian bawah c. Melakukan teknik akupunktur a. Minum jamu/herbal kunyit b. Melakukan teknik kompres hangat botol kaca 2. Mendemonstrasikan kepada keluarga terapi kompres hangat botol kaca untuk mengurangi rasa nyeri a. Siapkan botol kaca dan air hangat b. Masukkan air hangat kedalam botol kaca c. Letakkan botol kaca ke	1. Diskusikan bersama keluarga tentang cara merawat dismenore di rumah 2. Demonstrasikan bersama keluarga terapi kompres hangat botol kaca dalam pada masalah dismenore 3. Demonstrasikan bersama keluarga cara membuat ramuan herbal kunyit asam untuk menangani dismenore 4. Beri kesempatan pada keluarga untuk mendemonstrasikan kembali 5. Beri pujian kepada keluarga atas jawaban dan partisipasi keluarga

				perut bagian bawah dan biarkan selama 20-30 menit 3. Keluarga dapat mendemonstrasikan kembali pengobatan herbal yaitu dengan minum kunyit asam a. Siapkan bahan : ½ kg kunyit ½ kg asam jawa ¼ kg gula jawa 2sdm madu ½ sdt garam 2 liter air b. Cara pembuatan : -Bersihkan kunyit, lalu parut -Sisir halus gula jawa -Panaskan air hingga mendidih, masukkan parutan kunyit, asam jawa, gula jawa, dan garam secukupnya -Aduk hingga semua rata dan semuanya larut -Diamkan hingga hangat lalu saring dan saring. Tambahkan madu dan aduk hingga tercampur rata c. Aturan minum : -Minumlah secara teratur 1 kali (100 ml) dalam sehari -Sebelum makan pada pagi hari -Diminum saat haid hari 1,2,dan 3	

		4. Keluarga mampu menciptakan dan memodifikasi lingkungan rumah yang nyaman untuk Nn. C yang mengalami dismenore 4.1. Keluarga dapat menjelaskan cara pencegahan pada masalah dismenore	Respon Verbal	1. Keluarga mampu menyebutkan 5 dari 8 cara pencegahan dismenore. Cara untuk mencegah dismenore, yaitu : a. Hindari stress b. Pola makan yang teratur dengan asupan gizi yang memadai c. Saat menjelang haid, sebisa mungkin hindari makanan yang cenderung asam dan pedas d. Istirahat cukup, menjaga kondisi agar tidak terlalu lelah dan tidak menguras energi secara berlebihan e. Lakukan olahraga secara teratur setidaknya 30 menit setiap hari f. Hindari mengonsumsi alkohol, rokok, kopi maupun cokelat karena dapat memicu bertambahnya kadar esterogen g. Melakukan pijatan dengan aromaterapi h. Melakukan hal-hal positif	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang cara pencegahan dismenore 2. Jelaskan tentang cara pencegahan dismenore 3. Tanyakan kembali bila ada yang belum dimengerti 4. Kaji kembali pengetahuan keluarga tentang cara pencegahan dismenore 5. Beri pujian pada keluarga atas jawaban yang benar

		5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan 5.1. Keluarga menjelaskan tentang jenis-jenis fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. 5.2. Keluarga mampu merencanakan untuk membawa klien ke puskesmas. 5.3. Keluarga mampu membawa klien ke puskesmas untuk dilakukan perawatan maupun pengobatan.	Kognitif	1. Keluarga mampu menjelaskan tentang jenis-jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dimasyarakat secara sederhana "puskesmas kampung sawah, praktek dokter, praktek perawat, praktek bidan, dan RS. Abdoel Moeloek" 2. Keluarga mampu merencanakan untuk membawa klien ke puskesmas dengan tenang 3. Keluarga mampu membawa klien ke puskesmas, praktek dokter, prakter perawat, praktek bidan, dan RS. Abdoel Moeloek untuk dilakukan perawatan dan pengobatan.	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat 2. Jelaskan tentang jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dapat membantu menangani masalah dismenore 3. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya 4. Tanyakan kembali hal apa yang telah dijelaskan 5. Beri pujian pada keluarga atas jawaban yang benar

5. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga.Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini (Zaidin, 2010).

a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenal masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
   1) Memberikan informasi
   2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
   3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
   1) Mengidentifikasi konsekwensi tidak melakukan tindakan
   2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimilki keluarga
c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
   1) Mendemonstrasikan cara perawatan
   2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan mnejadi sehat, dengan cara:
   1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
   2) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara:
   1) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
   2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

6. Evaluasi

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

E. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian dismenore

Secara etimologi, dismenore berasal dari kata dalam bahasa Yunani kuno (Greek). Kata tersebut berasal dari dys yang berarti sulit, nyeri, abnormal; meno yang berarti bulan; dan rrhea yang berarti aliran atau arus. Dengan demikian, secara singkat dismenore dapat didefinisikan sebagai aliran menstruasi yang sulit atau menstruasi yang mengalami nyeri. Penanganan dismenore secara optimal sangat tergantung dari pemahaman terhadap faktor yang mendasarinya. Nyeri haid ini memiliki banyak sinonim, misalnya dysmenorrhea, dysmenorrhoea, dismenorhea, dismenore, painful menstruation, syndrome of painful menstriation, dan menstrual cramps (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

Kram, nyeri dan ketidaknyamanan lainnya yang dihubungkan dengan menstruasi disebut juga dengan dismenore dan kebanyakan wanita mengalami tingkat kram yang bervariasi (Aspiani, 2017). Dismenore atau nyeri haid merupakan suatu gejala dan bukan suatu penyakit. Istilah dismenore biasa dipakai untuk nyeri haid yang cukup berat. Dalam kondisi ini, penderita harus mengobati nyeri tersebut dengan analgesik atau memeriksakan diri ke dokter dan mendapatkan penanganan, perawatan, atau pengobatan yang tepat. Dismenore berat adalah nyeri haid yang disertai mual, muntah, diare, pusing, nyeri kepala, dan terkadang pingsan (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011) Banyak wanita yang dismenore mengalami rasa tidak enak diperut bagian bawah dan terkadang sampai pada daerah panggul yang muncul pada saat menstruasi ataupun selama menstruasi. Biasanya rasa nyeri yang bersifat seperti kejang ini akan mereda atau hilang dengan sendirinya setelah darah haid mulai mengalir.

2. Klasifikasi dismenore

Secara klinis, dismenore dibagi menjadi dua, yaitu dismenore primer (esensial, intrinsik, idiopatik) dan dismenore sekunder (ekstrinsik, yang

diperoleh, acquired). Dua jenis dismenore ini merupakan yang paling banyak ditemui (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

a. Dismenore primer

Dismenore primer (essensial, instrinsik, idiopatik) tidak terdapat hubungan dengan kelainan ginekologi. Ini merupakan nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan pada alat genital yang nyata. Dismenore primer terjadi beberapa waktu setelah menarche biasanya setelah 12 bulan atau lebih, oleh karena siklus haid pada bulan pertama setelah menarche umumnya berjenis anovulatoar yang tidak disertai dengan rasa nyeri. Rasa nyeri timbul tidak lama sebelumnya atau bersama – sama dengan permulaan haid dan berlangsung untuk beberapa jam. Walaupun dalam beberapa kasus dapat berlangsung beberapa hari. Sifat rasa nyeri adalah kejang berjangkit – jangkit, biasanya terbatas pada perut bawah, tetapi dapat menyebar kedaerah pinggang dan paha. Bersamaan dengan rasa nyeri dapat dijumpai rasa mual, muntah, sakit kepala, diare, iritabilitas, dan sebagainya.

b. Dismenore sekunder

Dismenore sekunder (ekstrinsik, yang diperoleh, acquired) disebabkan oleh kelainan ginekologik (endometrosis, adenomiosis, dan lain – lain) dan juga karena pemakaian IUD. Dismenore sekunder seringkali mulai muncul pada usia 20 tahun dan lebih jarang ditemukan serta terjadi pada 25% wanita yang mengalami dismenore. Tipe nyeri hampir sama dengan dismenore primer, namun lama nyeri dapat melebihi periode menstruasi dan dapat juga terjadi saat tidak menstruasi.

3. Etiologi dismenore

Secara umum, nyeri haid muncul akibat kontraksi disritmik myometrium yang menampilkan suatu gejala atau lebih, mulai dari nyeri yang ringan sampai berat di perut bagian bawah, bokong, dan nyeri spasmodik di sisi medial paha. Riset biologi molekuler terbaru berhasil menemukan kerentanan gen (susceptibility genes), yaitu memodifikasi

hubungan antara merokok pasif (passive smoking) dan nyeri haid (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011) Berikut adalah penyebab nyeri haid berdasarkan klasifikasinya :

a. Penyebab dismenore primer

1) Faktor endokrin

Rendahnya kadar progresteron pada akhir fase corpus luteum. Hormon progresteron menghambat atau mencegah kontraktilitas uterus sedangkan hormon estrogen merangsang kontraktilitas uterus. Di sisi lain, endometrium dalam fase sekresi memproduksi prostaglandin F2 sehingga menyebabkan konstraksi otot – otot polos. Jika kadar prostaglandin yang berlebihan memasuki peredaran darah maka selain dismenore dapat juga dijumpai efek lainnya seperti nausea (mual), muntah, diare, flushing (respons involunter tidak terkontrol) dari sistem darah yang memicu pelebaran pembuluh kapiler kulit, dapat berupa warna kemerahan atau sensasi panas. Jelaslah bahwa peningkatkan kadar prostaglandin memegang peranan penting pada timbulnya dismenore primer (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

2) Faktor organik

Kelainan organik yang dimaksud yaitu seperti retrofleksia uterus (kelainan letak – arah anatomis Rahim), hipoplasia uterus (perkembangan rahim yang tidak lengkap), obstruksi kanalis servikal (sumbatan saluran jalan lahir), mioma submukosa bertangkai (tumor jinak yang terdiri dari jaringan otot), dan polip endometrium (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

3) Faktor kejiwaan atau psikis

Pada wanita yang secara emosional tidak stabil, apalagi jika tidak mendapat penerangan yang baik tentang proses haid, maka akan mudah timbul dismenore. Contoh gangguan psikis yaitu seperti rasa bersalah, ketakutan seksual, takut hamil, konflik dan masalah jenis kelaminnya, dan imaturitas (belum mencapai kematangan) (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

4) Faktor konstitusi

Faktor konstitusi yaitu seperti anemia dan penyakit menahun juga dapat memperngaruhi timbulnya dismenore (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

5) Faktor alergi

Teori ini dikemukakan setelah memperhatikan adanya asosiasi antara hipermenorea dengan urtikaria migrain atau asma bronkele. Smith menduga bahwa sebab alergi adalah toksin haid.

b. Penyebab dismenore sekunder

1) Infeksi : nyeri sudah terasa sebelum haid
2) Myoma submucosa, polyp corpus uteri : nyeri bersifat kolik
3) Endometriosis : nyeri disebabkan
4) Retroflexio uteri fixate
5) Stenosis kanalis servikalis
6) Adanya AKDR : tumor ovarium

4. Patofisiologi dismenore

1. Dismenore primer

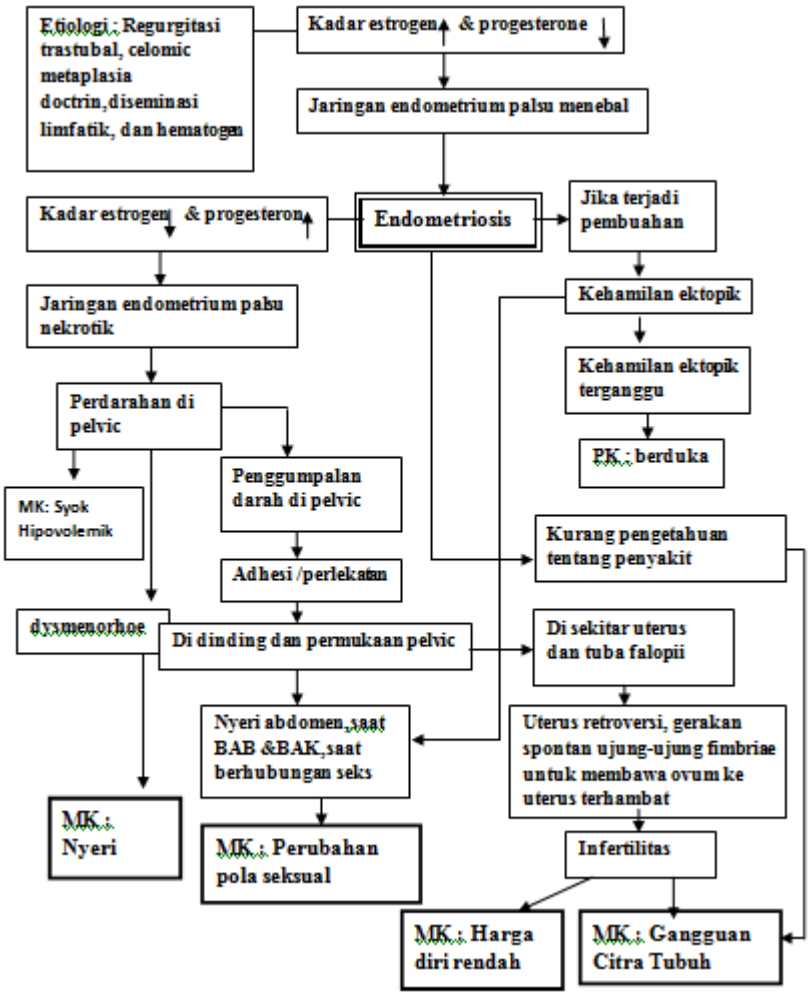
Mekanisme terjadinya nyeri pada dismenore primer diterangkan sebagai berikut. Bila tidak terjadi kehamilan, maka korpus luteum akan mengalami regresi dan hal ini akan mengakibatkan penurunan kadar progesteron. Penurunan ini akan mengakibatkan labilisasi membran lisosom, sehingga mudah pecah dan melepaskan enzim fosfolipase A2. Enzim ini akan menghidrolisis senyawa fosfolipid yang ada di membran sel endometrium; menghasilkan asam arakhidonat. Adanya asam arakhidonat bersama dengan kerusakan endometrium akan merangsang kaskade asam arakhidonat yang akan menghasilkan prostaglandin, antara lain PGE2 dan PGF2 alfa. Wanita dengan dismenore primer didapatkan adanya peningkatan kadar PGE dan PGF2 alfa di dalam darahnya, yang akan merangsang miometrium dengan akibat terjadinya peningkatan kontraksi dan disritmi uterus. Akibatnya akan terjadi penurunan aliran darah ke

uterus dan ini akan mengakibatkan iskemia. Prostaglandin sendiri dan endoperoksid juga menyebabkan sensitisasi dan selanjutnya menurunkan ambang rasa sakit pada ujung – ujung saraf aferen nervus pelvicus terhadap rangsang fisik dan kimia.

2. Dismenore sekunder

   Dismenore sekunder dapat terjadi kapan saja setelah haid pertama, tetapi yang paling sering mucul di usia 20 – 30 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, di antaranya termasuk endometriosis (kejadian di mana jaringan endometrium berada di luar rahim, dapat ditandai dengan nyeri haid), adenomyosis (bentuk endometriosis yang invasive), polip endometrium (tumor jinak di endometrium), *chronic pelvic inflammatory disease* (penyakit radang panggul menahun), dan penggunaan peralatan kontrasepsi atau IU(C)D [intrauterine (contraceptive) device]. Hampir semua proses apapun yang memengaruhi *pelvic viscera* (bagian organ panggul yang lunak) dapat mengakibatkan nyeri pelvis siklik (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

5. Pathway dismenore



6. Tanda dan gejala dismenore

a. Dismenore primer

Dismenore primer hampir selalu terjadi saat siklus ovulasi (ovulatory cycles) dan biasanya muncul dalam setahun setelah haid pertama. Pada dismenore primer klasik, nyeri dimulai bersamaan dengan onset haid atau hanya sesaat sebelum haid dan bertahan atau menetap selama 1 – 2 hari. Nyeri dideskripsikan sebagai spasmodik dan menyebar ke bagian belakang (punggung) atau paha atas atau tengah. Berhubungan dengan gejala – gejala umumnya yaitu seperti berikut :

1) Malaise(rasa tidak enak badan)
2) Fatigue(lelah)
3) Nausea (mual) dan vomiting (muntah)
4) Diare
5) Nyeri punggung bawah
6) Sakit kepala
7) Terkadang dapat juga disertai vertigo atau sensasi jatuh, perasaan cemas, gelisah, hingga jatuh pingsan.

b. Gejala klinis dismenore primer termasuk onset segera setelah haid pertamadan biasanya berlangsung sekitar 48 – 72 jam, sering mulai beberapa jam sebelum atau sesaat setelah haid. Selain itu juga terjadi nyeri perut atau nyeri seperti saat melahirkan dan hal ini sering ditemukan pada pemeriksaan pelvis yang biasa atau pada rektum (Anurogo, D. & Wulandari, A, 2011)

c. Dismenore sekunder

Nyeri dengan pola yang berbeda didapatkan pada dismenore sekunder yang terbatas pada onset haid. Ini biasanya berhubungan dengan perut besar atau kembung, pelvis terasa berat, dan nyeri punggung. Secara klinis, nyeri meningkat secara progresif selama fase luteal dan akan memuncak sekitar onset haid. Berikut adalah gejala klinis dismenore secara umum :

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, pertimbangkan kemudian endometriosis, pelvic inflammatory disease (penyakit radang panggul), dan pelvic adhesion (perlengketan pelvis).
4) Sedikit atau tidak ada respons terhadap obat golongan NSAID (nonsteroidal anti-inflammatory drug) atau obat anti – inflamasi non – steroid, kontrasepsi oral, atau keduanya.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien dismenore adalah:

a. Tes laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap: normal

2) Urinalisis: normal

b. Tes diagnostik tambahan

Laparoskopi : penyikapan atas adanya endomeriosi atau kelainan pelvis yang lain.