

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Kebutuhan Dasar Manusia

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan aktivitas yang dibutuhkan oleh setiap individu untuk kehidupan individu itu sendiri dan kepuasan hidup. Kebutuhan ialah sesuatu yang harus kita dapatkan, yang berguna untuk kehidupan itu sendiri. Misalnya supaya dapat bertahan hidup manusia memerlukan oksigen untuk bernafas dan dapat memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh. Oleh karena itu, kebutuhan dasar manusia bersifat mutlak diperlukan untuk hidup (Siti et al. 2013).

Henderson dalam Potter dan Perry membagi kebutuhan dasar manusia menjadi dalam 14 komponen sebagai berikut :

a. Bernafas secara normal

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

b. Makan dan minum yang cukup:

Perawat harus mampu memberikan penjelasan mengenai tinggi dan berat badan normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan. Pemilihan dan penyediaan makanan, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan sosial klien.

c. Eliminasi (buang air besar dan kecil):

Perawat harus mengetahui semua saluran pengeluaran dan keadaan normalnya, jarak waktu pengeluaran, dan frekuensi pengeluaran.

d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan:

Perawat harus mengetahui tentang prinsip-prinsip keseimbangan tubuh, miring, dan bersandar.

e. Tidur dan istirahat:

Perawat harus mengetahui intensitas istirahat tidur pasien yang baik dan menjaga lingkungan nyaman untuk istirahat.

f. Memilih pakaian yang tepat:

Perawat dasarnya meliputi membantu klien memilihkan pakaian yang tepat dari pakaian yang tersedia dan membantu untuk memakainya.

g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan yaitu: Perawat harus mengetahui fisiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature, kelembaban atau pergerakan udara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktivitasnya.

h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan:

Perawat harus mampu untuk memotivasi klien mengenai konsep konsep kesehatan bahwa walaupun sakit klien tidak perlu untuk menurunkan standard kesehatannya, dan bisa menjaga tetap bersih baik fisik maupun jiwanya.

i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Perawat mampu melindungi klien dari trauma dan bahaya yang timbul yang mungkin banyak faktor yang membuat klien tidak merasa nyaman dan aman.

j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini: Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik.

k. Beribadah sesuai agama dan kepercayaan:

Perawat mampu untuk menghormati klien dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya dan meyakinkan pasien bahwa kepercayaan, keyakinan dan agama sangat berpengaruh terhadap upaya penyembuhan

- l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup:

Dalam perawatan dasar maka penilaian terhadap interpretasi terhadap kebutuhan klien sangat penting, dimana sakit bisa menjadi lebih ringan apabila seseorang dapat terus bekerja.

- m. Bermain atau berpartisipasi dalam bentuk rekreasi

Perawat mampu memilihkan aktivitas yang cocok sesuai umur, kecerdasan, pengalaman, dan selera klien, kondisi serta keadaan penyakitnya.

- n. Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia

Perawat mampu membantu klien belajar dalam menolong usaha penyembuhan dan meningkatkan kesehatan, serta memperkuat dan mengikuti rencana terapi yang diberikan (Mubarak, 2015).

2. Konsep Nyaman Nyeri

a. Definisi kebutuhan nyaman

Colcaba (1992), dalam potter & perry,2005) mengungkapkan kenyamanan/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 trassendem (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- 1) Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh

- 2) Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- 3) Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan.
- 4) Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya.

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan (Dunahui, 1989) dalam alimul, 2006, meringkaskan “melalui rasa nyaman dan tindakan untuk mengupayakan kenyamanan...” Perawat memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan mempunyai subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spritual psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri. Kolcabe (1992) mendefinisikan kenyamanan dengan cara yang konsisten pada pengalaman subjektif klien.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dan hipo/hipertemia merupakan kondisi yang mempengaruhi persaaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan yang tunjukan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

b. Definisi Kebutuhan Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulasi tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau

tingkatannya, dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

c. Fisiologi Nyeri

Bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu yang masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat nyaman nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

Sistem saraf perifer terdiri atas saraf sensorik primer yang khusus bertugas mendeteksi kerusakan jaringan yang membangkitkan sensasi sentuhan, panas, dingin, nyeri dan tekan. Reseptor yang bertugas merambatkan sensasi nyeri tersebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan ujung-ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau sedikit bermielin. Reseptor nyeri tersebut dapat dirangsang oleh stimulus mekanis, suhu dan kimia. Sedangkan proses fisiologis terkait nyeri disebut nosisepsi. Proses ini terdiri dari 4 fase, yaitu:

a. Transduksi

Pada fase ini, stimulus atau rangsangan yang membahayakan (bahan kimia, suhu, listrik, atau mekanis) memicu pelepasan mediator biokimia yang mensensitisasi nosiseptor.

b. Transmisi

Fase transmisi nyeri terdiri atas 3 bagian. Pada bagian yang pertama, nyeri merambat dari serabut saraf perifer ke medula spinalis dua jenis serabut nosiseptor yang terlibat dalam proses tersebut adalah serabut C yang mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, serta serabut A-Delta yang mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Bagian kedua, adalah transmisi nyeri dari medulla spinalis dari batang otak dan thalamus melalui jaras spinotalamikus (spinothalamic tract (STT)). STT merupakan sistem diskriminatif yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi stimulus ke thalamus. Selanjutnya bagian ketiga, sinyal tersebut diteruskan ke korteks sensorik somatic tempat nyeri dipersepsikan.

Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respon otonomi dan limbic.

c. Persepsi

Pada fase ini individu mulai menyadari adanya nyeri. Tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku-kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

d. Modulasi

Fase ini disebut juga “system desenden”. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ke medulla spinalis. Serabut desenden tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls asenden yang membahayakan di bagian dorsal medulla spinalis (Mubarak & Chayatri, 2008)

d. Jenis Dan Klasifikasi Nyeri.

a. Jenis Nyeri

1) Nyeri perifer, terdapat tiga macam:

- a) Nyeri superfisial, yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- b) Nyeri visceral, yakni rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri dirongga abdomen, cranium dan toraks.
- c) Nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

2) Nyeri sentral, yakni nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis batang otak thalamus.

3) Nyeri psikogenik, yakni nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya

b. Klasifikasi Nyeri

Secara umum nyeri dapat dibedakan menjadi 2 yakni: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis adalah

nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan yang termasuk dalam nyeri kronis ini adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis dan nyeri psikosomatis.

Tabel 2.1 perbedaaan nyeri akut dan nyeri kronis

Karateristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Satu Kejadian	Satu Situasi, Status Eksistensi
Sumber	Sebab eksternal/ Penyakit Dari Dalam	Tidak Diketahui Atau Pengobatan Yang Terlalu Lama
Seragam	Mendadak	Bias Mend Adak, Berkembang Atau Berselubung
Waktu	Sampai 6 Bulan	Lebih Dari 6 Bulan Atau Bertahun-Tahun
Penyakit Nyeri	Daerah Nyeri Tidak Diketahui Dengan Pasti	Daerah Nyeri Sulit Dibedakan Intensitasnya, Sehingga Sulit Dievaluasi
Gejala-Gejala Klinis	Pola Respon Yang Khas Dengan Gejala Yang Lebih Jelas	Pola Respon Yang Bervarian Dengan Sedikit Gejala (Adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung Terus dapat Bervariasi
Perjalanan	Biasanya Berkurang Setelah Beberapa Saat	Penderita Meningkatkan Setelah Beberapa Saat

Sumber : Wahit & Nurul (2008)

e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain:

1. Anti Nyeri

Anti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti yang membahayakan, merusak dan lain-lain keadaan ini di pengaruhi oleh sebagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya dan pengalaman.

2. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada konteks (fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

3. Toleransi Nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat menurunkan toleransi nyeri antara lain: kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang sakit dan lain-lain.

4. Reaksi Terhadap Nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis dan mencejrit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi beberapa faktor seperti anti nyeri, tingkat persepsi nyeri pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental rasa takut, cemas usia dan lain-lain.

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Emosi

Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.

b. Status mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko injury.

c. Gangguan persepsi sensori

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

d. Keadaan imunitas

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang.

e. Tingkat kesadaran

Pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan, pralisasi disorientasi, dan kurang tidur.

f. Informasi atau komunikasi

Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.

g. Gangguan tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

h. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan syok anafilatik.

i. Status nutrisi

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit demikian sebaliknya, dapat berisiko terhadap penyakit tertentu.

j. Usia

Perbedaan perkembangan yang ditemukan di antara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

k. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanan

g. Mengukur Intensitas Nyeri

1) Skala nyeri menurut Hayward

Hayward (1975) mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (*painometer*) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kondisi nyeri paling hebat). Untuk mengukurnya, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas nyeri ini sifatnya subjektif dan dipengaruhi oleh banyak hal, seperti tingkat kesadaran, konsentrasi, jumlah distraksi, tingkat aktivitas, dan harapan keluarga. Intensitas nyeri dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori:

Tabel 2.2 Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
0	Tidak nyeri
1-3	Nyeri ringan

4-6	Nyeri sedang
7-9	Sangat nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang biasa dilakukan
10	Sangat nyeri dan tidak bisa dikontrol

Sumber : Wahit & Nurul (2008)

2) Skala nyeri menurut McGill (*McGill scale*)

Mengukur skala nyeri dengan menggunakan lima angka, yaitu :

0 = tidak nyeri

1 = nyeri ringan

2 = nyeri sedang

3 = nyeri berat

4 = nyeri sangat berat

5 = nyeri hebat

3) Skala wajah menurut Wong-Baker *FACES Rating Scale*

Skala ini ditujukan untuk klien yang tidak mampu menyatakan intensitas nyerinya melalui angka. Ini termasuk anak-anak yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal dan lansia yang mengalami gangguan kognisi dan komunikasi.

Gambar 2.1 : Skala wajah menurut Wong-Baker *FACES Rating Scale*



Sumber : Wahit & Nurul (2008)

h. Penatalaksanaan Nyeri

1. Terapi Nyeri Farmakologi

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

a) Analgesik nonopioid, asetaminofen dan aspirin adalah dua jenis

analgesic non-opioid yang paling sering digunakan. Obat-obatan ini bekerja pada tingkat perifer untuk mengurangi nyeri.

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

2. Terapi nyeri non farmakologi

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

a) Kompres panas dan dingin

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

b) Akupunktur

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

c) Akupresur

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

Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupunktur (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

d) Nafas Dalam

Teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri melalui mekanisme yang dapat merelaksasikan otot-otot pada seklet yang mengalami spasme yang disebabkan peningkatan prostaglandin.

Dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah ke otak, yang menyebabkan aliran darah ke otak yang meningkat dan mengalir ke daerah (spasme dan iskemik) yang mengalami nyeri.

e) Distraksi

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

f) Hipnotis

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

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival (bertahan hidup) pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif dan preventif perawatan kesehatan

1. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data

dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono dan Sumirah Budi Pertami,2015).

Pengkajian nyeri yang akurat untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka 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 (Wahit & Nurul, 2008).

Tabel 2.3Mnemonik untuk Pengkajian Nyeri

P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang munculnya nyeri
Q	<i>Quality</i> atau kualitas nyeri (mis. 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 : Wahit & Nurul (2008)

1) 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 (Wahit & Nurul, 2008). Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

a.) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bisa dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Ini sangat bermanfaat untuk klien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri.

b.) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien.

c.) Kualitas nyeri

Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang diambil.

d.) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apa nyeri berulang, kapan terakhir kali nyeri muncul.

e.) Faktor presipitasi

Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri.

f.) Gejala yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing, dan diare. Gejala tersebut bisa disebabkan oleh awitan nyeri atau oleh nyeri itu sendiri.

g.) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas di rumah, aktivitas di waktu senggang, serta status emosional.

h.) Sumber koping

Setiap individu memiliki strategi koping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya.

i.) Respon afektif

Respon afektif klien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat, dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, dan banyak faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan takut, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien (Wahit & Nurul, 2008).

2) Observasi respons perilaku dan fisiologis

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

b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Budiono dan Sumirah Budi Pertami, 2015).

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan kebutuhan nyaman nyeri adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

- a. Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan
 - b. Tanda dan gejala
 - Subjektif :
 - (1) Mengeluh nyeri
 - Objektif :
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri)
 - (3) Gelisah
 - (4) Frekuensi nadi meningkat
 - (5) Sulit tidur
2. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis
- a. Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan.
 - b. Tanda dan gejala
 - Subjektif :
 - (1) Mengeluh nyeri
 - (2) Merasa depresi (tertekan)
 - Objektif :
 - (1) Tampak meringis
 - (2) Gelisah
 - (3) Tidak mampu menuntaskan aktivitas
- c. Intervensi**
- Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) intervensi keperawatan yang bisa digunakan sesuai dengan diagnosis diatas adalah sebagai berikut :

Tabel 2.4
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>Manajemen nyeri</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Edukasi perilaku upaya kesehatan 3. Edukasi orangtua: fase remaja 4. Konsultasi 5. Promosi literasi kesehatan

	<p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 	
--	---	--

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

d. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono dan Sumirah Budi Pertami,2015).

e. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono dan Sumirah Budi Pertami,2015).

Tabel 2.5 Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) Tingkat Nyeri

Kriteria	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5

Kriteria	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5

Kriteria	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5

Sumber :(PPNI, SLKI, 2019).

C. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Jhonson R & Leny R, 2017).

Menurut Friedman (1998) dalam buku karangan Padila (2015) mendefinisikan keluarga sebagai suatu sistem sosial. Keluarga merupakan sebuah kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain, saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

2. Tipe Keluarga

Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan nontradisional atau bentuk normative atau non normative. Sussman (1974), Macklin (1988) menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut:

1) Keluarga Tradisional

- a) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orangtua tiri.
- b) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.
- c) Keluarga dengan orangtua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
- d) Bujangan dewasa sendirian.
- e) Keluarga besar, terdiri keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan.
- f) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak-anaknya sudah berpisah.

2) Keluarga Non Tradisional

- a) Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak.
- b) Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
- c) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah.
- d) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersamasebagai pasangan yang menikah.
- e) Keluarga komunis, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan monogamy dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama (Padila, 2015).

3. Tahap dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tugas perkembangan (Duval, 1977 dalam Friedman, 1998)

1) Tahap keluarga pemula (*beginning family*)

Keluarga baru/pasangan yang belum memiliki anak. Tugas perkembangan keluarga:

- a) Membangun perkawinan yang saling memuaskan
- b) Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis
- c) Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orangtua)
- d) Menetapkan tujuan bersama
- e) Persiapan menjadi orang tua
- f) Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua)

2) Tahap keluarga sedang mengasuh anak (*Child bearing*)

Keluarga dengan anak pertama berusia kurang dari 30 bulan. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah:

- a) Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (integrasi bayi dalam keluarga)
- b) Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga
- c) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan

- d) Memperluas persahabatan keluarga besar dengan menambah peran orang tua, kakek dan nenek
 - e) Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
 - f) Konseling KB post partum 6 minggu
 - g) Menata ruang untuk anak
 - h) Menyiapkan biaya *Child bearing*
 - i) Memfasilitasi *role learning* anggota keluarga
 - j) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin
- 3) Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah
- Keluarga dengan anak pertama berusia 30 bulan-6 tahun. Tugas perkembangan keluarga:
- a) Pemenuhan kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan
 - b) Mensosialisasikan anak
 - c) Mengintegrasikan anak yang baru dan memenuhi kebutuhan anak yang lain
 - d) Mempertahankan hubungan yang sehat (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua-anak) serta hubungan di luar keluarga (keluarga besar dan komunitas)
 - e) Pembagian waktu, individu, pasangan dan anak
 - f) Pembagian tanggung jawab
 - g) Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak
- 4) Tahap keluarga dengan anak usia sekolah
- Keluarga dengan anak pertama berusia 6-13 tahun. Tugas perkembangan keluarga:
- a) Mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat
 - b) Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
 - c) Memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga
 - d) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual

- e) Menyediakan aktivitas untuk anak
- 5) Tahap keluarga dengan anak remaja
- Keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun. Tugas perkembangan keluarga:
- a) Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggungjawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
 - b) Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
 - c) Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
 - d) Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga
- 6) Tahap keluarga dengan anak dewasa
- Keluarga dengan anak pertama meninggalkan rumah. Tugas perkembangan keluarga:
- a) Memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru dari perkawinan anak-anaknya
 - b) Melanjutkan dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan
 - c) Membantu orang tua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
 - d) Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru dimasyarakat
 - e) Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya
 - f) Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya
- 7) Tahap keluarga usia pertengahan (*middle age family*)
- Tugas perkembangan keluarga:
- a) Menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
 - b) Mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orangtua (lansia) dan anak-anak
 - c) Memperkokoh hubungan perkawinan
 - d) Persiapan masa tua/pensiun
- 8) Tahap keluarga lanjut usia
- Tugas perkembangan keluarga:

- a) Penyesuaian tahap masa pensiun dengan cara merubah cara hidup
- b) Mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan
- c) Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun
- d) Mempertahankan hubungan perkawinan
- e) Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan
- f) Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
- g) Melakukan *life review* masa lalu (Padila, 2015).

4. Tugas Keluarga

- 1) 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) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, termasuk sejauh mana 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) Memberi perawatan pada 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) Mempertahankan suasana rumah yang sehat, pentingnya hygiene dan 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) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat, 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 keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Padila, 2015).

5. Fungsi Keluarga

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

1) Fungsi Afektif

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

2) Fungsi sosialisasi

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

3) Fungsi Ekonomi

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

4) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini dapat terkontrol. Namun di sisi lain banyak

kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar ikatan perkawinan sehingga akhirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

5) Fungsi Perawatan kesehatan

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

D. Tinjauan Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Center Friedman*, yaitu :

(1). Data Umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi:

- a) Nama kepala keluarga
- b) Alamat dan telepon
- c) Pekerjaan kepala keluarga
- d) Pendidikan kepala keluarga
- e) Komposisi keluarga dan genogram

Komposisi keluarga

Menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut. Bentuk komposisi keluarga dengan mencatat terlebih dahulu anggota keluarga yang sudah dewasa, kemudian diikuti dengan anggota keluarga yang lain sesuai dengan susunan kelahiran mulai dari yang lebih tua, kemudian mencantumkan jenis kelamin, hubungan setiap anggota keluarga tersebut, tempat tanggal lahir/umur, pekerjaan dan pendidikan (Padila, 2015).

Genogram

Genogram keluarga merupakan sebuah diagram yang menggambarkan konstelasi keluarga (pohon keluarga). Genogram merupakan alat pengkajian informatif yang digunakan untuk mengetahui keluarga, riwayat dan sumber-sumber keluarga. Diagram ini menggambarkan hubungan vertikal (lintas generasi) dan horizontal (dalam generasi yang sama) untuk memahami kehidupan keluarga dihubungkan dengan pola penyakit. Untuk hal tersebut, maka genogram keluarga harus memuat informasi tiga generasi (keluarga inti dan keluarga masing-masing orangtua) (Padila, 2015).

f) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis/tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadi dengan jenis/tipe keluarga tersebut (Padila, 2015). Tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional dan yang terpilih, yaitu:

1) Keluarga tradisional

Keluarga inti yaitu terdiri dari suami, istri dan anak.

Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orangtua tiri.

g) Suku bangsa

Mengkaji asal suku bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan (Padila, 2015).

h) Agama

Mengkaji agama yang dianut oleh keluarga serta kepercayaan yang dapat mempengaruhi kesehatan (Padila, 2015).

i) Status sosial ekonomi keluarga

Status sosial ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu, status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga (Padila, 2015).

j) Aktivitas rekreasi keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat dari kapan saja keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton televisi dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (Padila, 2015).

(2) Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga dengan anak pertama berusia 13-20 tahun.

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi. Tahap perkembangan anak remaja, yaitu:

- (1). Memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggungjawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri
- (2). Memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan
- (3). Berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak-anak
- (4). Mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga.

c) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

d) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri (Padila, 2015).

(3) Pengkajian Lingkungan

a) Karakteristik rumah

Karakteristik rumah diidentifikasi dengan melihat luas rumah, tipe rumah, jumlah ruangan, jumlah jendela, jarak septic tank dengan

sumber air, sumber air minum yang digunakan serta dilengkapi dengan denah rumah (Padila, 2015).

b) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik dari tetangga dan komunitas setempat meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat serta budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan (Padila, 2015).

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga ditentukan dengan melihat kebiasaan keluarga berpindah tempat (Padila, 2015).

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada dan sejauh mana interaksi keluarga dengan masyarakat (Padila, 2015).

(4) Struktur Keluarga

a) Sistem pendukung keluarga

Termasuk sistem pendukung keluarga adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas-fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan mencakup fasilitas fisik, fasilitas psikologis atau dukungan dari anggota keluarga dan fasilitas social atau dukungan dari masyarakat setempat.

b) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga.

(1)Apakah anggota keluarga mengutarakan kebutuhan-kebutuhan dan perasaan mereka dengan jelas

(2)Apakah anggota keluarga memperoleh dan memberikan respons dengan baik terhadap pesan

(3)Apakah anggota keluarga mendengar dan mengikuti pesan

(4)Bahasa apa yang digunakan dalam keluarga

(5)Pola yang digunakan dalam komunikasi untuk menyampaikan pesan (langsung atau tidak langsung)

(6) Jenis-jenis disfungsi komunikasi apa yang terlihat dalam pola komunikasi keluarga.

c) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku.

d) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun Informal.

e) Nilai atau norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2015).

(5) Fungsi Keluarga

a) Fungsi afektif

Hal yang perlu dikaji yaitu gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

b) Fungsi sosialisasi

Dikaji bagaimana interaksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya serta perilaku.

c) Fungsi perawatan kesehatan

Menjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlindungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenal sehat sakit. Kesanggupan keluarga di dalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan kekeluarga, yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan terhadap anggota yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat.

Hal yang perlu dikaji sejauh mana keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan kesehatan keluarga adalah:

- (1). Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengenal masalah, maka perlu dikaji sejauh mana keluarga mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan.
- (2). Untuk mengetahui kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, perlu dikaji:
 - (a) Sejauh mana kemampuan keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah?
 - (b) Apakah masalah kesehatan yang dirasakan oleh keluarga?
 - (c) Apakah keluarga merasa menyerah terhadap masalah kesehatan yang dialami?
 - (d) Apakah keluarga merasa takut akan dari penyakit?
 - (e) Apakah keluarga mempunyai sifat negatif terhadap masalah kesehatan?
 - (f) Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas yang ada? Apakah keluarga kurang percaya terhadap kesehatan yang ada?
 - (g) Apakah keluarga dapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah?
- (3) Untuk mengetahui sejauhmana kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit termasuk kemampuan memelihara lingkungan dan menggunakan sumber/fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat, maka perlu dikaji :
 - (a) Apakah keluarga mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan untuk mengulangi masalah kesehatan atau penyakit?
 - (b) Apakah keluarga mempunyai sumber daya dan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan?
 - (c) Apakah keterampilan keluarga mengenai macam perawatan yang diperlukan memadai?
 - (d) Apakah keluarga mempunyai pandangan negative perawatan yang diperlukan ?

- (e) Apakah keluarga kurang dapat melihat keuntungan dalam pemeliharaan lingkungan dimasa mendatang?
 - (f) Apakah keluarga mengetahui upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit?
 - (g) Apakah keluarga merasa takut akan akibat tindakan (diagnostik, pengobatan dan rehabilitas)?
 - (h) Bagaimana falsafah hidup keluarga berkaitan dengan upaya perawatan dan pencegahan?
- (4) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat, maka perlu dikaji:
- (a) Sejauh mana keluarga mengetahui sumber-sumber keluarga yang dimiliki?
 - (b) Sejauh mana keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan?
 - (c) Sejauh mana keluarga mengetahui pentingnya hygiene dan sanitasi?
 - (d) Sejauh mana keluarga mengetahui upaya pencegahan penyakit?
 - (e) Bagaimana sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene dan sanitasi?
 - (f) Sejauh mana kekompakan antar anggota keluarga?
- (5) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, maka perlu dikaji :
- (a) Sejauh mana keluarga mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan?
 - (b) Sejauh mana keluarga memahami keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan?
 - (c) Sejauh mana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan?
 - (d) Apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan?
 - (e) Apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga?

d) Fungsi reproduksi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi reproduksi keluarga adalah:

- (1). Berapa jumlah anak?
- (2). Apakah rencana keluarga berkaitan dengan jumlah anggota keluarga?
- (3). Metode yang digunakan keluarga dalam upaya mengendalikan jumlah anggota keluarga?

e) Fungsi ekonomi

Hal yang perlu dikaji mengenai fungsi ekonomi keluarga adalah:

- (1). Sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan papan?
- (2). Sejauh mana keluarga memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga?

(6) Stress dan Koping Keluarga

a) Stressor jangka pendek dan panjang

- (1). Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan.
- (2). Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan.

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor dikaji sejauh mana keluarga berespons terhadap stressor

c) Strategi koping yang digunakan

Dikaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress

d) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan/stress.

(7) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik.

(8) Harapan Keluarga

Pemeriksaan fisik dilakukan pada semua anggota keluarga. Metode yang digunakan sama dengan pemeriksaan fisik klinik (Padila, 2015).

b. Analisa Data

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan masalah keperawatan yang didapat dari data-data pada pengkajian yang berhubungan dengan etiologi yang berasal dari data-data pengkajian fungsi perawatan keluarga.

Diagnosa keperawatan mengacu pada rumusan PES (problem, etiologi, dan simpton) dimana untuk problem menggunakan rumusan masalah dari NANDA, sedangkan untuk etiologi dapat menggunakan pendekatan lima tugas keluarga atau dengan menggambarkan pohon masalah (Padila, 2015).

Tipologi dari diagnosa keperawatan keluarga terdiri dari diagnosa keperawatan keluarga actual (terjadi defisit/gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan keadaan sejahtera (wellness).

Penulisan diagnosa keperawatan keluarga:

1) Diagnosa keperawatan keluarga: aktual

Contoh: Defisit nutrisi pada anak balita T keluarga bapak N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan kekurangan nutrisi. Ketidakmampuan keluarga merawat, dapat pula mencerminkan tiga etiologi atau lebih dari masalah yang sama, namun pada saat merumuskan tujuan dan intervensi harus melibatkan ketiga atau lebih etiologi tersebut (Padila, 2015). 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.

2) Diagnosa keperawatan keluarga: risiko (ancaman)

Diagnosa keperawatan keluarga resiko dirumuskan apabila sudah ada data yang menunjang namun belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah yang kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat dan lain sebagainya

(Padila, 2015). Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

3) Diagnosa keperawatan keluarga: sejahtera (potensial)

Diagnosa keperawatan keluarga sejahtera merupakan suatu keadaan dimana keluarga di dalam kondisi sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan (Padila, 2015). Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*) tanpa komponen etiologi (E).

Setelah seluruh diagnose Keperawatan keluarga ditetapkan sesuai prioritas, maka selanjutnya dikaji tingkat kemandirian keluarga. Pada satu keluarga mungkin saja perawat menemukan lebih dari satu diagnosa keperawatan keluarga, maka selanjutnya bersama keluarga harus menentukan prioritas dengan menggunakan skala perhitungan sebagai berikut :

Table 2.6
Skoring Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah <ul style="list-style-type: none"> • Aktual (tidak/kurang sehat) • Ancaman kesehatan • Keadaan sejahtera 	3 2 1	1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah <ul style="list-style-type: none"> • Mudah • Sebagian • Tidak dapat 	2 1 0	2
3.	Potensi masalah untuk dicegah <ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Cukup • Rendah 	3 2 1	1

4.	Menonjolnya masalah <ul style="list-style-type: none"> • Masalah yang benar-benar harus ditangani • Ada masalah tetapi tidak segera ditangani • Masalah tidak dirasakan 	2 1 0	1
----	--	---------------------	---

Sumber :Padila, 2015

Cara melakukan skoring:

- a) Tentukan skor untuk setiap kriteria
- b) Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
- c) Jumlah skor untuk semua kriteria
- d) Tentukan skor, nilai tertinggi menentukan urutan nomor diagnosa keperawatan keluarga

Diagnosa yang mungkin muncul :

- a.) Gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada Anak R keluarga Bapak S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengenal masalah *dismenore*.
- b.) Gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada Anak R keluarga Bapak S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan pada klien *dismenore*
- c.) Gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada Anak R keluarga Bapak S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat klien *dismenore*
- d.) Gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada Anak R keluarga Bapak S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memodifikasi dan menciptakan lingkungan yang aman bagi klien *dismenore*
- e.) Gangguan kebutuhan rasa nyaman nyeri pada Anak R keluarga Bapak S berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan pada klien *dismenore*.

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 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 menggunakan SMART (S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time limited/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

Tabel 2.7 Rencana Keperawatan Keluarga pada Pasien *Dismenore*

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI KEPERAWATAN
	UMUM	KHUSUS	KRITERIA	STANDAR	
Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah <i>dismenore</i>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari kunjungan rumah diharapkan gangguan rasa nyaman nyeri tidak terjadi	1. Keluarga dapat mengenal masalah <i>dismenore</i> dengan cara :			
		1.1 Keluarga menyebutkan pengertian <i>dismenore</i>	Respon Verbal	<i>Dismenore</i> adalah nyeri yang dirasakan pada sebelum atau selama menstruasi <i>Dismenore</i> adalah rasa tidak nyaman pada abdomen berupa nyeri dan kram yang timbul sebelum atau selama menstruasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang <i>dismenore</i> 2. Tanyakan kembali bila ada yang belum mengerti 3. Evaluasi kembali tentang pengertian <i>dismenore</i> 4. Beri reinforcement positif pada keluarga
		1.2 Keluarga mampu menyebutkan jenis dan penyebab <i>dismenore</i>	Respon Verbal	Jenis dan penyebab <i>dismenore</i> 1. <i>Dismenore</i> primer, merupakan nyeri dan kram pada daerah perut yang terjadi tanpa adanya masalah patologis dan biasanya muncul setelah <i>menarche</i> (haid pertama). Keadaan umumnya disebabkan dari peningkatan prostaglandin yang diproduksi pada lapisan dari rahim.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan keluarga tentang penyebab <i>dismenore</i> 2. Minta keluarga menentukan penyebab <i>dismenore</i> pada klien 3. Evaluasi penyebab kembali <i>dismenore</i> 4. Beri reinforcement positif pada keluarga

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI KEPERAWATAN
	UMUM	KHUSUS	KRITERIA	STANDAR	
				2. <i>Dismenore</i> sekunder, merupakan nyeri yang berlangsung umumnya setelah 25 tahun yang berhubungan dengan abnormalitas panggul seperti : adenomiosis, endometriosis, penyakit radang panggul, polip endometrium, tumor jinak yang terdiri dari jaringan otot.	
		1.3 Keluarga mampu menyebutkan tanda dan gejala <i>dismenore</i>	Respon Verbal	Tanda dan gejala <i>dismenore</i> , yaitu : 1. Kram atau nyeri di perut bagian bawah yang bisa menyebar sampai ke punggung bawah, dan paha bagian dalam 2. Nyeri muncul 1-2 hari sebelum menstruasi atau di awal-awal menstruasi 3. Rasa sakit terasa intens atau konstan 4. Timbul jerawat 5. Mudah marah dan gampang tersinggung 6. Perut kembung 7. Diare 8. Mual muntah 9. Sakit kepala 10. Pusing 11. Lemah, lesu, dan tidak bertenaga	1. Diskusikan dengan keluarga tentang tanda dan gejala <i>dismenore</i> 2. Bersama keluarga identifikasi tanda dan gejala <i>dismenore</i> pada klien 3. Beri reinforcement positif atas kemampuan keluarga mengidentifikasi kondisi klien
		2. Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai <i>dismenore</i>			
		2.1 Keluarga dapat menjelaskan	Respon Verbal	Dampak dari <i>dismenore</i> jika tidak ditangani dengan segera adalah gangguan	1. Diskusikan bersama keluarga tentang akibat

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI KEPERAWATAN
	UMUM	KHUSUS	KRITERIA	STANDAR	
		dampak dari <i>dismenore</i> jika tidak segera ditangani		aktivitas hidup sehari-hari, <i>retrograde menstruasi</i> (menstruasi yang bergerak mundur), kemandulan.	<p>lanjut dari <i>dismenore</i> apabila tidak ditangani dengan segera</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kemampuan keluarga dalam menyebutkan kembali akibat dari <i>dismenore</i> Beri reinforcement positif pada keluarga
		2.2 Keluarga mampu mengambil keputusan untuk mengatasi <i>dismenore</i> dengan segera dan tepat	Respon	Keputusan keluarga untuk mengatasi <i>dismenore</i> dengan segera dan cepat	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan keluarga tentang bagaimana cara mengatasi <i>dismenore</i> Beri kesempatan keluarga untuk bertanya Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan Beri reinforcement atas jawaban yang benar
		3. Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit			
		3.1 Keluarga mampu menjelaskan cara merawat klien <i>dismenore</i>	Respon Verbal	<p>Cara merawat klien dengan <i>dismenore</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> Terapi farmakologis yang dasar dapat dengan pemberian obat anti inflamasi non-steroid (NSAID), misalnya ibuprofen dan aspirin. Terapi non-farmakologis dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu, kompres air hangat, terapi 	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan keluarga tentang cara perawatan klien <i>dismenore</i> Beri kesempatan keluarga untuk bertanya Tanyakan kembali hal yang telah dijelaskan Beri reinforcement atas

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI KEPERAWATAN
	UMUM	KHUSUS	KRITERIA	STANDAR	
				<p> pijat, aromaterapi, terapi music, terapi suhu, yoga, senam <i>dismenore</i> Cara mengompres dengan air hangat:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) tuangkan air hangat ke dalam botol b) lalu gulung botol dengan menggunakan handuk tipis c) kemudian letakan dibagian perut yang nyeri d) ulangi beberapa kali sampai nyeri berkurang <p>Cara latihan teknik relaksaksi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Atur posisi pasien dengan posisi nyaman b) Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan-lahan selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat maksimal, jaga mulut tetap tertutup selama menarik nafas c) Tahan nafas selama 3 detik d) Hembuskan dan keluarkan nafas secara perlahan melalui mulut selama 4 detik e) Lakukan secara berulang 	jawaban yang benar

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI KEPERAWATAN
	UMUM	KHUSUS	KRITERIA	STANDAR	
				3. pengobatan herbal: a) Jahe b) Teh chamomile c) Biji adas d) Kayu manis	
		4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan			
		4.1 Keluarga mampu menyebutkan cara mencegah <i>dismenore</i>	Respon Verbal	Cara pencegahan <i>dismenore</i> : 1. Menghindari stress 2. Miliki asupan pola makan yang teratur dengan asupan gizi yang memadai, memenuhi standar, 4 sehat 5 sempurna 3. Saat menjelang haid, sebisa mungkin menghindari makanan yang cenderung asam dan pedas 4. Istirahat yang cukup, menjaga kondisi agar tidak terlalu lelah dan tidak menguras energy secara berlebihan 5. Tidur yang cukup sesuai standar keperluan masing-masing 6-8 jam sehari 6. Lakukan olahraga ringan secara teratur	1. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal yang dapat mencegah <i>dismenore</i> 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 3. Tanyakan kembali hal yang belum dimengerti 4. Beri reinforcement atas jawaban yang benar
		4.2 Keluarga melakukan modifikasi lingkungan rumah	Kunjungan tidak direncanakan	Lingkungan keluarga atau rumah mendukung bagi klien <i>dismenore</i> seperti lingkungan yang tenang dan tidak bising, sehingga tidak mengganggu waktu	Motivasi keluarga untuk tetap mempertahankan lingkungan rumah yang kondusif bagi klien <i>dismenore</i> dengan memberikan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI KEPERAWATAN
	UMUM	KHUSUS	KRITERIA	STANDAR	
		yang kondusif bagi klien <i>dismenore</i>		istirahat klien saat mengalami <i>dismenore</i>	reinforcement positif
		5. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan			
		5.1 Keluarga menyebutkan jenis-jenis fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat	Respon Verbal	Jenis-jenis fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat dan dapat dikunjungi adalah puskesmas, posbindu, praktik mandiri perawat, rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pengetahuan klien tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan 2. Beri penjelasan kepada keluarga tentang pelayanan kesehatan untuk pengobatan dan perawatan <i>dismenore</i> 3. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya 4. Tanyakan kembali hal yang belum dimengerti 5. Beri reinforcement positif atas jawaban yang benar
		5.2 Keluarga mampu membawa klien ke puskesmas untuk dilakukan perawatan maupun pengobatan	Kunjungan tidak direncanakan	Keluarga menunjukkan kartu berobat posbindu atau puskesmas sebagai bukti telah menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi keluarga untuk dapat mengunjungi posbindu, praktik mandiri perawat maupun puskesmas atau pelayanan kesehatan lain 2. Beri reinforcement atas tindakan yang dilakukan keluarga

d. Implementasi

Implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun, perawat membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan, oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik ini dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga
- 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan
- 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga
- 4) Membantu keluarga mewujudkan lingkungan sehat
- 5) Memotivasi keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

(Padila, 2015).

e. Evaluasi

Tahap evaluasi ini dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

S : adalah berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : adalah berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan terkait dengan diagnosis.

E. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Nyeri Haid

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 ke dokter dan mendapatkan penanganan, perawatan, atau pengobatan yang tepat.

Dismenore berat adalah nyeri haid yang disertai mual, muntah, diare, pusing, nyeri kepala, dan kadang kadang pingsan. Jika sudah demikian, penderita tidak boleh menganggap remeh dan harus segera memeriksakan diri ke dokter. Penanganannya pun akan dilakukan secara menyeluruh dengan memeriksa kondisi kesehatan dan latar belakang, serta riwayat penyakit dalam keluarga. bisa jadi, kondisi nyeri tersebut dipicu oleh penyakit lain.

2. Etiologi

Secara umum, nyeri haid muncul akibat kontraksi disritmik miometrium yang menampilkan satu 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 genotip CYPLAI Mspl dan Hinc11 memodifikasi hubungan antan merokok pasif (*passive smoking*) dan nyeri haid. Berikut adalah penyebab nyeri haid berdasarkan klasifikasinya:

a. Penyebab *Dismenore* Primer

a) Faktor endokrin.

Rendahnya kadar progesteron pada akhir fase corpus luteum. Hormon progesteron menghambat atau mencegah kontraktilitas uterus sedangkan hormon estrogen merangsang kontraktilitas uterus. Di sisi 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, flushing (respons involunter (tak terkontrol) dari sistem saraf yang memicu pelebaran pembuluh kapiler kulit, dapat berupa warna kemerahan atau sensasi panas). Jelaslah bahwa peningkatan kadar prostaglandin memegang peranan penting pada timbulnya *dismenore* primer.

b) Kelainan organik

Kelainan organik, seperti retrofleksia uterus, kelainan letak arah anatomis rahim), hipoplasia uterus (perkembangan rahim yang tak lengkap), obstruksi kanalis servikalis (sumbatan saluran jalan lahir), mioma submukosa bertangkai (tumor jinak yang terdiri dari jaringan otot), dan polip endometrium.

c) Faktor kejiwaan atau gangguan psikis

Faktor kejiwaan atau gangguan psikis, seperti rasa bersalah, ketakutan seksual, takut hamil, hilangnya tempat berteduh, konflik dengan masalah jenis kelaminnya, dan imaturitas (belum mencapai kematangan).

d) Faktor konstitusi, seperti anemia dan penyakit menahun juga dapat mempengaruhi timbulnya *dismenore*

b. Penyebab *Dismenore* Sekunder

Beberapa penyebab *dismenore* sekunder, antara lain:

- a) *Intrauterine contraceptive devices* (alat kontrasepsi dalam rahim)
- b) *Adenomyosis* (adanya endometrium selain di rahim)
- c) Uterine myoma (tumor jinak rahim yang terdiri dari jaringan otot), terutama mioma submukosa (bentuk mioma uteri)
- d) *Uterine polyps* (tumor jinak di rahim)
- e) *Adhesions* (pelekatan)
- f) Stenosis atau striktur serviks, striktur kanalis servikalis, varikosis pelvik, dan adanya AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)
- g) *Ovarian cysts* (kista ovarium)
- h) *Ovarian torsion* (sel telur terpuntir atau terpelintir).
- i) *Pelvic congestion syndrome* (gangguan atau sumbatan di panggul).
- j) *Uterine leiomyoma* (tumor jinak otot rahim)
- k) *Mittelschmerz* (nyeri saat pertengahan siklus ovulasi)
- l) *Psychogenic pain* (nyeri psikogenik)
- m) *Endometriosis pelvis* (jaringan endometrium yang berada di panggul)
- n) Penyakit radang panggul kronis
- o) Tumor ovarium, polip endometrium

- p) Kelainan letak uterus seperti retrofleksi, hiperante fleksi, dan retrofleksi terfiksasi
- q) Faktor psikis, seperti takut tidak punya anak, konflik dengan pasangan, gangguan libido
- r) *Allen-Masters syndrome* (kerusakan lapisan otot di panggul sehingga pergerakan serviks (leher rahim) meningkat abnormal). Sindrom Masten Allen ditandai dengan: nyeri perut bagian bawah yang akut, nyeri saat bersenggama (*dyspareunia*), kelelahan yang sangat (*excessive fatigue*), nyeri panggul secara umum (*general pelvic pain*), dan nyeri punggung (*backache*). Selain itu, dokter juga menjumpai adanya tanda-tanda peradangan lapisan perut (*peritoneal inflammation*). Semua penderita memiliki riwayat pernah hamil. Dalam literatur, sindrom ini disebut juga dengan istilah *traumatic laceration of uterine support*.

3. Klasifikasi

Secara klinis, *dismenore* dibagi menjadi dua, yaitu (1) *dismenore* primer (esensial, intrinsik, idiopatik) dan (2) *dismenore* sekunder (ekstrinsik, yang diperoleh, acquired). Sementara Caroline M. Colin dan Asher Shushan (2007) membagi *dismenore* menjadi tiga tipe, yaitu (1) *dismenore* primary, (2) *dismenore* secondary, dan (3) *dismenore* membranous. Namun pembahasan pada buku ini menggunakan dua klasifikasi, yaitu *dismenore* primer dan *dismenore* sekunder. Dua jenis *dismenore* inilah yang paling banyak ditemui. Sedangkan *dismenore* membranous, walaupun ada tetapi sangat jarang ditemukan di dalam kehidupan sehari-hari.

4. Patofisiologi

a. *Dismenore* Primer

Dismenore primer adalah nyeri haid yang di jumpai tanpa kelainan alat-alat genital yang mata. *Dismenore* primer biasanya terjadi dalam 6-12 bulan pertama setelah haid pertama segera setelah siklus ovulasi teratur ditentukan. Selama menstruasi, sel-sel endometrium yang terkelupas melepaskan prostaglandin (kelompok persenyawaan mirip

hormon kuat yang terdiri dari asam lemak esensial. Prostaglandin merangsang otot uterus (trahim) dan mempengaruhi pembuluh darah; biasa digunakan untuk menginduksi aborsi atau kelahiran yang menyebabkan iskemia uterus (penurunan suplai darah ke rahim) melalui kontraksi myometrium (otot dinding rahim) dan *vasoconstriction* (penyempitan pembuluh darah). Peningkatan kadar prostaglandin telah terbukti ditemukan pada cairan haid pada perempuan dengan *dismenore* berat. Kadar ini memang meningkat terutama selama dua hari pertama haid. *Vasopressin* (disebut juga: *antidiuretic hormone*, suatu hormon yang disekresi oleh *lobus posterior* kelenjar pituitari yang menyempitkan pembuluh darah, meningkatkan tekanan darah, dan mengurangi pengeluaran ekskresi (air seni) juga memiliki peran yang sama.

Riset terbaru menunjukkan bahwa patogenesis *dismenore* primer adalah karena prostaglandin F₂alpha (PGF₂alpha), suatu stimulan miometrium yang kuat dan *vasoconstrictor* (penyempit pembuluh darah) yang ada di endometrium sekretori. Respons terhadap inhibitor (penghambat) prostaglandin pada pasien dengan *dismenore* mendukung pernyataan bahwa *dismenore* diperantarai oleh prostaglandin. Banyak bukti kuat menghubungkan *dismenore* dengan kontraksi uterus yang memanjang dan penurunan aliran darah ke miometrium.

Kadar prostaglandin yang meningkat ditemukan di cairan endometrium perempuan dengan *dismenore* dan berhubungan baik dengan derajat nyeri. Peningkatan endometrial prostaglandin sebanyak tiga kali lipat terjadi dari fase folikuler menuju fase luteal, dengan peningkatan lebih lanjut yang terjadi selama haid. Peningkatan prostaglandin di endometrium yang mengikuti penurunan progesterone pada akhir fase luteal menimbulkan peningkatan tonus miometrium dan kontraksi uterus yang berlebihan.

Leukotriene (suatu produk perubahan metabolisme asam arakidonat, bertanggung jawab atas terjadinya *contraction* (penyusutan

atau penciutan) otot polos (*smooth muscle*) proses peradangan) juga telah diterima ahli untuk mempertinggi sensitivitas nyeri serabut di uterus. Jumlah *leukotriene* yang signifikan telah ditunjukkan di endometrium perempuan penderita *dismenore* primer yang tidak merespons terapi antagonis prostaglandin.

Hormon pituitari posterior, vasopressin terlibat pada hipersensitivitas miometrium, mengurangi aliran darah uterus, dan nyeri pada penderita *dismenore* primer. Peranan vasopressin di endometrium dapat berhubungan dengan sintesis dan pelepasan prostaglandin. Hipotesis neuronal juga telah direkomendasikan untuk patogenesis *dismenore* primer. Neuron nyeri tipe C di stimulasi oleh metabolit anaerob yang diproduksi oleh *ischemic endometrium* (berkurangnya suplai oksigen ke membran mukosa kelenjar yang melapisi rahim)

Dismenore primer kini telah dihubungkan dengan faktor tingkah laku dan psikologis. Meskipun faktor-faktor ini belum diterima sepenuhnya sebagai kausa tetapi dapat dipertimbangkan jika pengobatan secara medis gagal.

b. *Dismenore* sekunder

Dismenore sekunder dapat terjadi kapan saja setelah haid pertama, tetapi yang paling sering muncul 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. Penyebabnya umum, diantaranya termasuk endometriosis (kejadian di mana jaringan endometrium berada di luar rahim dapat ditandai dengan nyeri haid), adenomyosis (bentuk endometriosis yang invasif), polip endometrium (tumor jinak di endometrium), *chronic pelvic inflammatory disease* (penyakit radang panggul menabuni, 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

5. Tanda Gejala

1) *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 boid 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 umum, seperti berikut:

- a. *Malaise* (rasa tidak enak badan)
- b. *Fatigue* (lelah)
- c. *Nausea* (mual) dan *vomiting* (muntah)
- d. Diare
- e. Nyeri punggung bawah
- f. Sakit kepala
- g. Kadang kadang dapat juga disertai vertigo ata sensast jatuh, perasaan cemas, gelisah, hingga jatu pingsan.

2) *Dismenore* sekunder

Menurut Laurel D. Edmundson (2006), *dismenore* sekunder memiliki ciri khas sebagai berikut:

- a. Onset pada usia sekitar 20-30 tahun, setelah siklus haid yang relatif tidak nyeri di masa lalu
- b. Infertilitas
- c. Darah haid yang banyak atau pendarahan yang tidak teratur
- d. Rasa nyeri saat berhubungan seks
- e. *Vaginal discharge* (keluar cairan yang tidak normal dari vaginal)
- f. Nyen perut bawah atau pelvis selama waktu selain haid
- g. Nyeri yang tidak berkurang dengan terapi NSAID

6. Penatalaksanaan

Ada banyak cara yang dapat dilakukan untuk mengobati nyeri haid. Berikut adalah beberapa pengobatan yang dapat Anda pilih:

1. Pengobatan farmakologis

Pada nyeri haid dapat menggunakan obat analgetik (obat anti nyeri) dan obat non-steroidanti inflamasi (NSAID) seperti asam mefenamat, ibuprofen, piroxicam, dan lain-lain.

2. Pengobatan nonfarmakologis

1) Kompres hangat

Kompres hangat merupakan metode memberikan rasa hangat pada pasien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada tubuh yang memerlukan. Penggunaan kompres hangat merupakan cara untuk menghilangkan atau menurunkan rasa nyeri tanpa memberikan efek samping. Teknik kompres hangat menurut Hayati (2018) dilakukan dengan cara:

- a. Menyiapkan bulih-bulih/botol dan air hangat yang sudah diukur menggunakan termometer air
- b. Mengisi bulih-bulih/botol dengan air hangat
- c. Membalut bulih-bulih/botol, lalu ditempelkan pada bagian yang nyeri seperti perut bagian bawah dan punggung bagian belakang
- d. Kompres hangat dilakukan selama 20 menit dengan selang waktu 10 menit pergantian air hangat untuk mempertahankan suhunya.

2) Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam

Menurut penelitian dari (Hapsari, 2013) teknik relaksasi tarik nafa dalam efektif untuk menurunkan nyeri *dismenore*. Teknik nafas dalam adalah teknik yang melakukan nafas dalam, atau nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafa secara perlahan. Prosedur teknik relaksasi nafas dalam:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang
- c. Menarik nafas dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3

- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
- h. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
- j. Ulangi sampai 15 kali, dengan selang istirahat singkat setiap 5 kali
- k. Bila nyeri menjadi hebat seseorang dapat bernafas dengan dangkal dan cepat

3) Peregangan otot perut dan panggul (*abdominal stretching*)

Peregangan yang disarankan di sini adalah peregangan otot-otot perut dan panggul. Dengan melakukan peregangan, diharapkan otot tersebut akan melemas dan nyeri berkurang. Sebelum melakukan peregangan, pastikan lantai tempat anda akan melakukan peregangan datar. Jika ada, gunakan matras senam. Selanjutnya lakukan gerakan sebagai berikut.

a. Gerakan pertama

Duduk di lantai atau matras, kemudian kaki diluruskan dan badan dicondongkan ke depan dengan kedua tangan meraih jari kaki. Tahan selama 10 detik.

b. Gerakan kedua

1. Kaki kanan ditekuk ke kanan, lalu kaki kiri diluruskan dengan tangan kiri meraih jari kaki kiri dengan badan condong ke depan.

2. Kaki kiri ditekuk ke kiri, lalu kaki kanan diluruskan dengan tangan kanan meraih jari kaki kanan dengan badan condong ke depan.

- c. Gerakan ketiga
Duduk di atas tumit, rentnangkan lengan ke depan sejauh mungkin. Tahan selama 10-20 detik. Lalu rileks.
 - d. Gerakan keempat
 1. Tidur terlentang dengan posisi punggung menempel rata pada lantai atau matras
 2. Luruskan kedua tangan kepala dan lunjurkan kaki.
 3. Tarik kedua lutut ke arah dada bantu dengan memegang kedua lutut
 4. Tarik perlahan ke arah dada tanpa menggerakkan dada, leher atau mengangkat kepala
 5. Setelah sampai pada posisi paling tinggi yang bias dicapai, tahan hingga hitungan kelima
 6. Selanjutnya, lepaskan pegangan, dan kembalikan posisi kaki ke arah awal
 7. Gerakan ini dilakukan tiga hingga empat kali. Anda juga dapat melakukan gerakan tersebut dengan satu lutut bergantian, jika merasa kurang nyaman melakukan gerakan dengan dua lutut sekaligus.
 - e. Gerakan kelima
 1. Posisikan tubuh anda tidur terlentang, dengan posisi punggung menempel rata pada lantai atau matras
 2. Luruskan tangan ke atas kepala dan lunjurkan kaki
 3. Selanjutnya, tekuk dari pangkal paha, kemudian angkat lurus ke atas sehingga tubuh membentuk sudut 90 derajat
 4. Tahan tubuh anda pada posisi tersebut hingga lima hitungan
 5. Setelah itu, turunkan perlahan-lahan, dan kembalikan kaki ke posisi semula
 6. Lakukan gerakan ini hingga tiga atau empat kali (Dita, 2010).
- 4) Ambil posisi menungging sehingga Rahim tergantung ke bawah, hal tersebut dapat membantu relaksasi. Langkahnya:
- a) Tangan dan lutut di lantai atau matras, karpet ataupun kasur

- b) Punggung dilengkukkan, perut digerakkan ke arah lantai senyaman mungkin. Tegakkan dagu dan mata melihat lantai. Tahan selama 10 detik sambil dihitung bersama, lalu rileks. Latihan dilakukan selama 3 kali.
- 5) Pengobatan herbal
- a. Kayu manis

Rempah yang beraroma manis ini mengandung asam sinemik yang bermanfaat untuk meredakan berbagai nyeri, termasuk nyeri haid. Caranya, campurkan rempah kayu manis ke dalam air hangat, lalu minumlah untuk mencegah dan mengatasi nyeri haid. Bisa juga ditambahkan pada teh dan diberi madu murni secukupnya. Biasakan meminum ramuan ini bila nyeri mulai terasa.
 - b. Kedelai

Kacang kedelai yang banyak manfaatnya ini kaya kandungan phytoestrogens. Zat tersebut sangat membantu menyeimbangkan hormon tubuh terutama saat haid. Caranya, rebus setangkup kacang kedelai dengan air yang sudah diberi sedikit garam. Cukup rebus lima menit, lalu makanlah kedelai rebusnya. Bisa juga mengonsumsi susu kedelai atau makanan olahan dari kedelai, seperti tahu dan tempe.
 - c. Cengkeh

Campuran bunga cengkeh kering, ketumbar, kunyit, dan bubuk pala bisa membantu mengatasi nyeri haid. Seduh bahan tersebut dengan air panas. Saring ampasnya, lalu minum selagi hangat.
 - d. Kunyit

Ambil 30 gram kunyit, kupas, cuci bersih, kemudian potong tipis-tipis. Tambahkan asam dan gula aren secukupnya. Seduh ketiga bahan tersebut dengan 1 gelas air panas (200 cc) dan aduk-aduk hingga rasanya asam manis. Minum ramuan tersebut setiap pagi dan petang. Ramuan ini dapat mengurangi nyeri haid.
 - e. Jahe

Jahe (*ginger*) sama efektifnya dengan asam mefenamat (mefenamic acid) dan ibuprofen untuk mengurangi nyeri pada wanita dengan *dismenore* primer. Caranya mudah, ambil jahe secukupnya, kupas, cuci, lalu parut. Selanjutnya rebus dengan 2 gelas air (400 cc) hingga mendidih dan tersisa 1 gelas (200cc), tunggu hingga hangat lalu diminum.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium

Tidak ada tes spesifik untuk diagnosis *dismenore* primer. Diagnosa ditegakkan berdasarkan *clinical findings* (penemuan klinis oleh dokter). Pemeriksaan berikut ini dapat dilakukan untuk menyingkirkan penyebab organik *dismenore*.

- a. Pemeriksaan *laparaskopic* (menggunakan laparoscopy) merupakan prosedur tunggal yang paling bermanfaat. Ini meliputi survei diagnostik yang lengkap pada pelvis dan organ reproduktif yang memastikan adanya proses patologi apapun yang bermakna secara klinis atau menimbulkan gejala-gejala klinis.
- b. *Cervical culture* (kultur serviks) untuk menyingkirkan *sexually transmitted diseases* (penyakit menular seksual)
- c. Hitung leukosit untuk menyingkirkan infeksi
- d. Kadar *human chorionic gonadotropin* (HCG) untuk menyingkirkan dugaan atau kemungkinan kehamilan ektopik HCG merupakan hormon yang dikeluarkan (*diekskresikan*) selama perkembangan embrio atau janin. HCG merupakan hormon glikoprotein dimer yang disintesis dan disekresi oleh plasenta yang tersusun dari 92 subunit alfa asam amino, yang serupa dengan hormon pituitari.
- e. *Sedimentation rate* (rerata sedimentasi)
- f. *Cancer antigen 125* (CA-125) *assay* ini memiliki nilai klinis yang terbatas dalam mengevaluasi wanita dengan *dismenore* karena nilai prediktif negatifnya yang relatif rendah.