

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Kebutuhan Dasar Manusia

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

Virginia Henderson memperkenalkan *definition of nursing* (definisi keperawatan). Ia menyatakan bahwa definisi keperawatan harus menyertakan prinsip keseimbangan fisiologis. Definisi ini dipengaruhi oleh persahabatan dengan seorang ahli fisiologi bernama Stackpole. Henderson sendiri kemudian mengemukakan sebuah definisi keperawatan yang ditinjau dari sisi fungsional. Menurutnya tugas unik perawat adalah membantu individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit, melalui upayanya melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu atau proses meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu saat ia memiliki kekuatan, kemampuan dan kemauan atau pengetahuan untuk itu (tugas perawat). Disamping itu, Henderson juga mengembangkan sebuah model keperawatan yang dikenal dengan “The Activies of Living”. Model tersebut menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dengan meningkatnya kemandirian secepat mungkin. Perawat menjalankan tugasnya secara mandiri, tidak tergantung pada dokter. Akan tetapi perawat tetap menyampaikan rencananya pada dokter sewaktu mengunjungi pasien (Asmadi, 2008).

Henderson melihat manusia sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk meraih kesehatan, kebebasan, atau kematian yang damai, serta bantuan untuk meraih kemandirian. Menurut Henderson, kebutuhan

dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan, ke-14 kebutuhan tersebut adalah sebagai berikut dalam buku Haswita dan Reni :

- a. Bernafas secara normal.
- b. Makan dan minum yang cukup.
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil).
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e. Tidur dan istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dan memodifikasi lingkungan.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan.
- l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
- n. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Haswita & Reni, 2017).

Kebutuhan rasa nyaman adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi setelah kebutuhan fisiologis. Menurut Kolcaba (2012) dalam buku Haswita dan Reni Sulistyowati kenyamanan adalah suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Konsep kenyamanan memiliki subyektifitas yang sama dengan nyeri (Haswita & Reni, 2017).

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

a. Definisi

Kenyamanan mesti dipandang secara holistik 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 suatu keadaan dimana individu mengalami sensasi yang menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan. Gangguan rasa nyaman dibedakan menjadi tiga yaitu kenyamanan fisik, kenyamanan lingkungan, kenyamanan sosial. Gangguan rasa nyaman fisik meliputi gangguan rasa nyaman, kesiapan meningkatkan rasa nyaman, mual, nyeri akut, nyeri kronis. Gangguan rasa nyaman nyeri dapat dialami dari usia anak-anak, remaja, dewasa sampai lansia.

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 dari rasa tidak nyaman karena nyeri, gelisah, mual, tidak bisa rileks. Hal ini disebabkan karena kondisi yang dialami pasien merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

b. Faktor yang mempengaruhi kenyamanan :

1) Emosi

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

2) Status mobilisasi

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

3) Gangguan persepsi sensori

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

4) Keadaan imunitas

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

5) Tingkat kesadaran

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

6) Informasi atau komunikasi

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

7) Gangguan tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

8) Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

9) Status nutrisi

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

10) Usia

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

11) Jenis kelamin

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

12) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat kenyamanan yang mereka punya. (Pusdik SDM, 2016).

c. Definisi nyeri

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

d. Teori Nyeri

1) Teori pemisahan

Rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori pola

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3) Teori pengendalian

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa

yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan oleh medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate system supresif (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

e. Fisiologi nyeri

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

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxious diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Proses berikutnya yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medula spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju keatas, dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat

transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.

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

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

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

f. Klasifikasi nyeri

1) Jenis nyeri

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

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

(1). Nyeri superfisial, rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.

(2). Nyeri viseral, rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan thoraks.

(3). Nyeri alih, rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak, dan thalamus.

c) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena factor psikologi.

2) Bentuk nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

Tabel 2.1 Bentuk nyeri

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

	beberapa waktu	intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber : (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

g. Pengukuran intensitas nyeri

1. Skala nyeri menurut Hayward

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

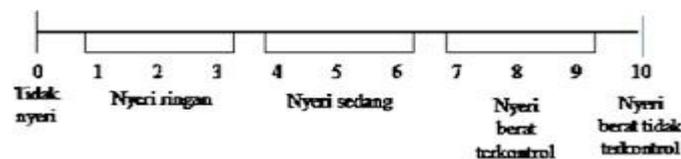
0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan

4-6 : Nyeri sedang

7-9 : Nyeri berat terkontrol

10 : Nyeri berat tidak terkontrol



Gambar 2.1 Pengukuran intensitas nyeri

2. Skala nyeri menurut Mc Gill

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

Skala nyeri menurut Mc Gill dapat ditulis sebagai berikut :

0 : Tidak nyeri

1 : Nyeri ringan

2 : Nyeri sedang

3 : Nyeri berat atau parah

4 : Nyeri sangat berat

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

h. Faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri.

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peran tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbedabeda.

5) Perhatian

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

6) Ansietas

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

7) Pengalaman terdahulu

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

terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

8) Gaya coping

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

9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah (Haswita dan Reni Sulistyowati,2017).

i. Penatalaksanaan nyeri

1) Terapi nyeri farmakologi

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

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

b) Opioid, analgesic opioid bekerja dengan cara melekat diri pada reseptor-reseptor nyeri perifer di dalam SSP dan

c) Adjuvant. Adjuvan bukan merupakan analgesik 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 meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Untungnya, terdapat banyak intervensi nonfarmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri.

a) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°-5°C dari

temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15menit. Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi. (M.Black & Hokanson Hawks,2014).

b) Akupuntur

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

c) Akupresur

Akupresur adalah metode noninvasif dari pengurangan atau peredaan nyeri yang berdasarkan pada prinsip akupuntur. Tekanan, pijatan, atau stimulus kutaneus lainnya, seperti kompres panas atau dingin, diberikan pada titik-titik akupuntur (M. Black&HokansonHawks,2014).

d) Napas Dalam

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

e) Distraksi

Perhatian dijauhkan dari sensasi nyeri atau rangsangan emosional negatif yang dikaitkan dengan episode nyeri. Penjelasan teoritis yang utama adalah bahwa seseorang mampu untuk memfokuskan perhatiannya pada jumlah fosi

yang terbatas. Dengan memfokuskan perhatian secara aktif pada tugas kognitif dianggap dapat membatasi kemampuan seseorang untuk memperhatikan sensasi yang tidak menyenangkan (M.Black & Hokanson Hawks, 2014).

f) Hipnotis

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

j. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

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

2) Toleransi terhadap nyeri

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

3) Reaksi terhadap nyeri

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

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

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

1. Konsep asuhan keperawatan kebutuhan rasa nyaman

a. Pengkajian

Pengkajian komprehensif tentang kebutuhan rasa nyaman menggabungkan data riwayat keperawatan dan pengkajian fisik, serta melibatkan sistem pendukung klien. Pengkajian tersebut juga mempertimbangkan karakteristik klien yang dapat mempengaruhi kebutuhan rasa nyaman, misalnya apa yang menyebabkan terjadinya rasa tidak nyaman, kesiapan untuk menerima pengetahuan mengenai kebutuhan rasa nyaman, dan pemahaman klien. Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi kebutuhan rasa nyaman yaitu gejala penyakit yang mempengaruhi ketidaknyamanan seperti tidak nyaman karena nyeri haid yang disertai mual, lelah, gelisah. Faktor yang mempengaruhi nyeri faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama yakni, riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif (Mubarak & Cahyatin, 2008).

Tabel 2.2 Mnemonik Untuk Pengkajian Nyeri

P	<i>Provoking</i> atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
Q	<i>Quality</i> atau kualitas nyeri (misalnya tumpul, tajam)
R	<i>Region</i> atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain

S	<i>Severity</i> atau keganasan, yaitu intensitasnya
T	<i>Time</i> atau waktu, yaitu serangan, lamanya, kekerapan dan sebab

Sumber : (Mubarak & Cahyatin, 2008)

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

a) Lokasi

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

b) Intensitas nyeri

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

c) Kualitas nyeri

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

d) Pola

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

e) Faktor pretisipasi

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

f) Faktor yang menyertai

Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

g) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

h) Sumber coping

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

i) Respons afektif

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

j) Observasi respons perilaku dan fisiologis

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

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik investigasi terhadap tubuh untuk menentukan status kesehatan. Dengan melakukan pemeriksaan langsung anda akan mendapatkan data bernilai yang dapat menolong anda untuk menegakkan diagnosis yang akurat (Potter & Perry 2010). Dari pemeriksaan fisik mengenai kebutuhan rasa nyaman dapat diperoleh data yang menunjang keluhan tidak terpenuhinya rasa nyaman yang menjadi data untuk menegakkan diagnosa.

b. Diagnosa

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

- 1) Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
 - a) Definisi : perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial.
 - b) Penyebab : gejala penyakit, kurang pengendalian situasional atau lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya, kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi, gangguan adaptasi kehamilan
 - c) Tanda dan gejala :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- (1) Mengeluh tidak nyaman

Objektif :

- (1) Gelisah

Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- (1) Mengeluh sulit tidur
- (2) Tidak mampu rileks
- (3) Mengeluh kedinginan atau kepanasan
- (4) Merasa gatal

(5) Mengeluh mual

(6) Mengeluh lelah

Objektif :

(1) Menunjukkan gejala distress

(2) Tampak merintih atau menangis

(3) Pola eliminasi berubah

(4) Postur tubuh berubah

(5) Iritabilitas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

c. Intervensi

Standar intervensi dari diagnosa keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.3 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>1. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Status kenyamanan :</p> <p>a. Adanya peningkatan kesejahteraan fisik dan psikologis dan rileks</p> <p>b. Keluhan tidak nyaman dan gelisah seperti keluhan sulit tidur, mual, muntah, merintih atau menangis menurun</p> <p>2. Tingkat nyeri :</p> <p>a. Adanya peningkatan kemampuan menuntaskan aktivitas</p> <p>b. Keluhan nyeri misalnya meringis, sikap protektif, dan</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</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>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan tehnik non farmakologis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hipnosis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi aktivitas atau istirahat 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi keluarga 6. Edukasi kesehatan 7. Edukasi latihan fisik 8. Edukasi manajemen stres 9. Edukasi manajemen nyeri 10. Edukasi penyakit 11. Edukasi tehnik nafas 12. Kompres dingin 13. Kompres panas 14. Manajemen kenyamanan lingkungan 15. Manajemen

<p>gelisah mengalami penurunan.</p>	<p>untuk mengurangi rasa nyeri (misal peregangan, akupresur, terapi musik, terapi pijat, aromaterapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain).</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>mual</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Manajemen stres 17. Pemantauan nyeri 18. Terapi pemijatan 19. Terapi relaksasi
-------------------------------------	--	---

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

d. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. Perawat perlu bersikap fleksibel dalam mengimplementasikan setiap rencana penyuluhan karena rencana tersebut mungkin perlu direvisi. Klien mungkin berhenti lebih cepat dari yang diperkirakan atau klien terlalu cepat dihadapkan pada begitu banyak pertanyaan, atau faktor eksternal mungkin mengganggu. Pedoman penyuluhan, saat mengimplementasikan penyuluhan, perawat mungkin akan merasa bahwa pedoman berikut bermanfaat :

- 1) Hubungan yang konstruktif dan saling menerima antar perawat dan klien merupakan hal yang penting.
- 2) Waktu yang optimal untuk tiap sesi sangat bergantung pada klien.
- 3) Perawat yang memberi edukasi harus berkomunikasi secara jelas dan ringkas.
- 4) Menggunakan kosa kata orang awam dan meningkatkan komunikasi.
- 5) Lingkungan dapat menghambat atau membantu proses penyuluhan.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses final dan berkelanjutan, ketika klien, perawat dan individu pendukung menilai apa yang telah dipelajari (Kozier et al, 2011). Proses evaluasi nyeri merupakan salah satu tanggung jawab perawat yang membutuhkan cara berfikir kritis yang efektif. Respon perilaku klien terhadap intervensi penanganan

nyeri tidak selalu tampak jelas. Mengevaluasi keefektifan intervensi nyeri membutuhkan perawat untuk mengevaluasi klien sesudah periode waktu tertentu yang tepat. Kriteria hasil kebutuhan rasa nyaman dapat dilihat pada tabel dibawah ini

**Tabel 2.4 Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019)
Kriteria Hasil Kebutuhan Rasa Nyaman**

Kriteria	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kesejahteraan fisik	1	2	3	4	5
Kesejahteraan fisiologis	1	2	3	4	5
Dukungan sosial dari keluarga	1	2	3	4	5
Dukungan sosial dari teman	1	2	3	4	5
Perawatan sesuai keyakinan budaya	1	2	3	4	5
Perawatan sesuai kebutuhan	1	2	3	4	5
Kebebasan melakukan ibadah	1	2	3	4	5
Rileks	1	2	3	4	5

Kriteria	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan tidak nyaman	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kebisingan	1	2	3	4	5
Keluhan sulit tidur	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
Lelah	1	2	3	4	5
Merintih	1	2	3	4	5
Menangis	1	2	3	4	5
Iritabilitas	1	2	3	4	5

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
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

Sumber : (PPNI, SLKI, 2019).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Dismenorea

Secara etimologi, dismenorea berasal dari kata dalam bahasa Yunani kuno. 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 dismenorea dapat didefinisikan sebagai aliran menstruasi yang sulit atau menstruasi yang mengalami nyeri (Dito dan Ari, 2011).

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

Nyeri haid yang dirasakan saat haid mulai dari nyeri yang ringan sampai yang berat di perut bagian bawah (Intan dan Iwan 2012).

2. Hormon yang mempengaruhi menstruasi

Hormon yang mempengaruhi terjadinya haid pada seorang wanita yaitu :

1. Follicle Stimulating Hormone (FSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis.
2. Estrogen yang dihasilkan oleh ovarium.
3. Luteinizing Hormone (LH) yang dihasilkan oleh hipofisis.
4. Progesteron yang dihasilkan oleh ovarium.

Pada saat tersebut, sel oosit primer akan membelah dan menghasilkan ovum yang haploid. Saat folikel berkembang menjadi folikel de graaf yang masak, folikel ini juga menghasilkan hormon estrogen yang merangsang perbaikan dinding uterus., yaitu endometrium, yang habis terkelupas saat menstruasi. Selain itu, estrogen menghambat pembentukan FSH dan memerintahkan hipofisis menghasilkan LH yang berfungsi merangsang folikel de graaf yang masak untuk mengadakan ovulasi yang terjadi pada hari ke-14. Waktu disekitar terjadinya ovulasi disebut fase estrus. Selain itu, LH merangsang folikel yang telah kosong untuk berubah menjadi badan kuning (corpus luteum). Badan kuning menghasilkan hormon progesterone yang berfungsi mempertebal lapisan endometrium yang kaya dengan pembuluh darah untuk mempersiapkan datangnya embrio. Periode ini disebut fase luteal. Selain itu, progesteron juga berfungsi menghambat FSH dan LH, akibat korpus luteum mengecil dan menghilang. Pembentukan progesteron berhenti sehingga pemberian nutrisi kepada endometrium terhenti. Endometrium menjadi mongering dan selanjutnya akan terkelupas dan terjadilah perdarahan pada hari ke-28. Fase ini disebut fase pendarahan atau fase menstruasi. Oleh karena tidak ada progesteron, maka FSH mulai terbentuk lagi dan terjadilah proses oogenesis kembali.

3. Klasifikasi Dismenorea

a. Dismenorea primer

Dismenorea primer adalah nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan alat-alat genital yang nyata tidak berhubungan dengan kelainan pada organ reproduksi wanita . Dismenorea primer biasanya

terjadi dalam 6-12 bulan setelah haid pertama. Penyebabnya adalah adanya peningkatan kontraksi rahim yang dirangsang oleh prostaglandin (prostaglandin adalah salah satu mediator kimia atau hormon didalam tubuh yang menimbulkan terjadinya kontraksi pembuluh darah dan penurunan aliran darah sehingga menyebabkan terjadinya proses ischemia dan necrosis pada sel-sel dan jaringan). Nyeri semakin hebat ketika bekuan atau potongan jaringan dari lapisan rahim melewati serviks atau leher rahim terutama bila salurannya sempit. (Dita, 2010).

b. Dismenorea sekunder

Dismenorea sekunder adalah nyeri haid yang berhubungan dengan berbagai keadaan patologis di organ genitalia. Dismenorea 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 dismenorea sekunder. Namun, penyakit pelvis yang menyertai haruslah ada. Penyebab yang umum diantaranya termasuk endometriosis (kejadian dimana jaringan endometrium berada diluar rahim, dapat ditandai dengan nyeri haid), penggunaan alat kontrasepsi atau IUD (Dito dan Ari, 2011).

4. Penyebab dismenorea

a. Dismenorea primer

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

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

b. Dismenorea sekunder

Beberapa penyebab dismenorea sekunder antara lain :

- 1) Alat kontrasepsi dalam rahim.
- 2) Adanya endometrium selain di rahim.
- 3) Tumor jinak rahim yang terdiri dari jaringan otot.
- 4) Tumor jinak di rahim.
- 5) Kista ovarium.
- 6) Gangguan atau sumbatan di panggul.
- 7) Tumor jinak otot rahim.
- 8) Penyakit radang panggul kronis (Dito dan Ari, 2011).

5. Faktor Risiko

- a. Haid pertama pada usia amat dini atau dibawah 12 tahun.
- b. Periode haid yang lama.
- c. Aliran darah yang hebat.
- d. Merokok.
- e. Riwayat keluarga yang positif terkena penyakit.
- f. Kegemukan.
- g. Mengonsumsi alkohol.
 - 1) Faktor risiko dismenorea primer
 - a) Usia saat menstruasi pertama kurang dari 12 tahun.

- b) Belum pernah melahirkan anak.
 - c) Haid memanjang atau dalam waktu lama.
 - d) Merokok
 - e) Stres, stres menimbulkan penekanan sensasi-sensasi saraf pinggul dan otot-otot punggung bawah sehingga menyebabkan dismenorea.
 - f) Riwayat keluarga postif terkena penyakit.
 - g) Kegemukan. (Dito dan Ari, 2011)
- 2) Faktor risiko dismenorea sekunder
- a) Endometriosis.
 - b) IUD.
 - c) Penyakit radang panggul.
 - d) Kanker endometrium
 - e) Kista ovarium (Dito dan Ari, 2011)
6. Tanda dan gejala dismenoreaprimer
- a. Nyeri perut bagian bawah
 - b. Rasa tidak enak badan
 - c. Mual
 - d. Lelah
 - e. Pusing
 - f. Muntah
 - g. Diare
 - h. Nyeri punggung bawah
 - i. Sakit kepala
 - j. Kadang-kadang dapat juga disertai vertigo atau sensasi jatuh, perasaan cemas, gelisah, hingga jatuh pingsan
 - k. Biasanya berlangsung sekitar 48-72 jam, sering mulai beberapa jam sebelum atau sesaat setelah haid. Selain itu juga terjadi nyeri perut bagian bawah.
 - l. Jarang ditemukan kelainan genitalia pada pemeriksaan ginekologis.
 - m. Sering ditemukan pada usia muda (Dito dan Ari, 2011).

Tanda dan gejala dismenorea sekunder

- 1) Dismenorea terjadi selama siklus pertama atau kedua setelah haid pertama.
- 2) Dismenorea dimulai setelah usia 25 tahun.
- 3) Terdapat ketidaknormalan pelvis dengan pemeriksaan fisik, pertimbangkan kemungkinan penyakit radang panggul, perlengketan pelvis.
- 4) Sedikit atau tidak ada respon terhadap obat golongan NSAID atau obat anti inflamasi non steroid, kontrasepsi oral atau keduanya.
- 5) Darah haid yang banyak atau pendarahan yang tidak teratur.
- 6) Rasa nyeri saat berhubungan seks.
- 7) Keluar cairan yang tidak normal dari vagina.
- 8) Nyeri perut bawah atau pelvis selama waktu selain haid
- 9) Nyeri dimulai saat haid dan meningkat bersamaan dengan keluarnya darah haid
- 10) Sering ditemukan kelainan ginekologis. (Dito dan Ari, 2011).

7. Derajat dismenorea

- a. Dismenorea ringan didefinisikan sebagai nyeri haid tanpa adanya pembatasan aktivitas, tidak diperlukan penggunaan analgetik dan tidak ada keluhan sistemik.
- b. Dismenorea sedang didefinisikan sebagai nyeri haid yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari, dengan kebutuhan analgetik untuk menghilangkan rasa sakit dan terdapat beberapa keluhan sistemik.
- c. Dismenorea berat didefinisikan sebagai nyeri haid dengan keterbatasan parah pada aktivitas sehari-hari, respon analgetik untuk menghilangkan rasa sakit minimal, dan adanya keluhan sistemik seperti muntah, pingsan, dan lain sebagainya (Faridah Alatas & TA Larasati, 2016).

8. Dampak dismenorea

Dampak yang terjadi apabila dismenorea tidak diatasi membuat wanita menjadi lebih sensitif, dan berbagai macam gangguan psikologis yang dialaminya. Ini disebabkan perubahan hormonal yang terjadi di dalam tubuh (Dita, 2010). Dampak pada remaja pun membuat remaja

tidak dapat beraktivitas secara normal, malas untuk bergerak, sulit untuk berkonsentrasi dalam belajar dan motivasi belajar yang menurun karena nyeri yang dirasakan (Faridah Alatas & TA Larasati, 2016).

9. Cara mencegah dismenorea

- a. Menjaga kebersihan vagina selama haid karena pembuluh darah dalam rahim mudah terkena infeksi saat haid. Oleh karena itu, kebersihan vagina harus dijaga karena kuman mudah sekali masuk dan dapat menimbulkan penyakit pada saluran reproduksi.
- b. Selama haid rajin untuk mengganti pembalut secara teratur 2-3 kali.(Dita, 2010).
- c. Mandi air hangat, boleh juga menggunakan aroma terapi untuk menenangkan diri.
- d. Mengonsumsi minuman hangat yang mengandung kalsium tinggi (susu hangat yang mengandung kalsium tinggi).
- e. Mengonsumsi makanan berserat dan perbanyak minum air putih.
- f. Jika menstruasi cukup banyak mengeluarkan darah, perbanyak makan makanan atau suplemen yang mengandung zat besi agar terhindar dari anemia.
- g. Tambahkan makanan yang mengandung kalsium dan vitamin c, seminggu sebelum menstruasi. (Eny, 2011).
- h. Menciptakan suasana rumah yang tenang, kembangkan komunikasi yang terbuka dengan anak remaja, menyediakan waktu, dan menjadi pendengar yang baik bagi remaja.
- i. Mengelola stress, sebisa mungkin hidup dengan tenang dan bahagia. Tidak usah terlalu banyak pikiran, terutama pikiran negatif yang menimbulkan kecemasan. Putuskan saja untuk menjalani hidup dengan bersyukur apapun keadannya dan lebih ikhlas dan menjalani keseharian atau kehidupan.
- j. Miliki pola makan yang teratur dengan asupan gizi yang memadai, memenuhi standar 4 sehat 5 sempurna.

- k. Saat menjelang haid, sebisa mungkin menghindari makanan yang cenderung asam dan pedas.
- l. Istirahat yang cukup, menjaga kondisi agar tidak terlalu lelah, dan tidak menguras energi secara berlebihan. Tidur yang cukup 6-8 jam sehari.
- m. Menjelang haid, cobalah berendam air dengan air hangat yang diberi garam mandi dan beberapa tetes minyak essential bunga lavender atau sesuai dengan selera masing-masing. Berendamlah selama 10-15 menit dan rasakan kesegaran serta rileks di seluruh tubuh. Cara ini membantu memperlancar peredaran darah dalam tubuh sehingga mencegah terjadinya nyeri haid.
- n. Hindari kopi maupun coklat karena akan memicu bertambahnya kadar estrogen. (Dito dan Ari, 2011).

10. Cara mengatasi dismenorea

- a. Dengan obat-obatan :

Dapat diatasi dengan obat anti inflamasi non steroid, obat yang efektif untuk menghambat sintesis prostaglandin. Seperti ibuprofen, naproxen, dan ketoprofen (Mary dkk, 2005).
- b. Tanpa obat-obatan :
 - 1) Kompres dengan botol hangat, pada bagian yang terasa kram bisa di perut atau pinggang bagian belakang.

Caranya :

 - a) Perlengkapan :
 - (1) Botol air panas dengan tutupnya.
 - (2) Sarung botol
 - (3) Air hangat.
 - b) Langkahnya :
 - (1) Isi sekitar dua pertiga botol dengan air hangat.
 - (2) Keluarkan udara dari botol.
 - (3) Tutup botol dengan kencang.
 - (4) Balikkan botol, dan periksa jika ada kebocoran.

- (5) Keringkan botol.
- (6) Bungkus botol dengan handuk atau sarung botol air panas.
- (7) Letakkan bantalan botol ke bagian yang nyeri saat haid
(Eny, 2011).

2) Peregangan otot perut dan panggul (Abdominal Stretching)

Peregangan yang disarankan di sini adalah peregangan otot-otot perut dan panggul. Dengan melakukan peregangan, diharapkan otot-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

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

b) Gerakan kedua

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

c) Gerakan ketiga

1. Duduk diatas tumit, rentangkan lengan kedepan 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 tangan keatas kepala dan lunjurkan kaki.
3. Tarik kedua lutut kearah 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 bisa 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 secara 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 kaki 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)

Semua gerakan dapat dilakukan dengan hitungan 10-20 detik, dan dapat diulangi sampai 3 kali. Dapat dilakukan juga seminggu sebelum jadwal menstruasi.

- 3) Ambil posisi menungging sehingga rahim tergantung kebawah, hal tersebut dapat membantu relaksasi (Eny, 2011)

Langkahnya :

- a) Tangan dan lutut dilantai atau matras, karpet ataupun kasur.
- b) Punggung dilengkukan, perut digerakkan ke arah lantai se nyaman mungkin. Tegakkan dagu dan mata melihat lantai.

Tahan selama 10 detik sambil dihitung bersama, lalu rileks.
Latihan dilakukan selama 3 kali.

- 4) Relaksasi nafas dalam (Eny, 2011).
Langkah-langkah tindakan relaksasi nafas dalam:
 - a) Mencari posisi yang paling nyaman.
 - b) Rileks, bernapas normal dengan perlahan-lahan.
 - c) Kemudian dalam keadaan yakin, tarik napas dalam-dalam tahan 3-5 detik, lalu menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan.
 - d) Ulangi tehnik nafas dalam selama 3 kali.
 - e) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
 - f) Usahakan agar tetap konsentrasi atau mata sambil terpejam.
 - g) Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri.
 - h) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang dan keadaan tubuh terasa rileks.
- 5) Mengonsumsi jus wortel, wortel banyak mengandung vitamin terutama vitamin E yang dapat membantu pengeblokan formasi prostaglandin dan mengatasi efek peningkatan produksi hormon prostaglandin. (Nara Lintan, 2018)
Cara membuat jus wortel :
 - a) Bahan :
 1. 1 buah wortel segar, dapat dipotong-potong terlebih dahulu
 2. 150 ml air.
 - b) Cara membuat :

Setelah bahan-bahan siap, masukkan semua bahan ke blender, blender hingga halus kemudian dapat dikonsumsi langsung.
Usahakan untuk meminum ramuan ini dua kali dalam sehari.
- 6) Menggosok-gosok perut atau pinggang yang sakit (Eny, 2011).
- 7) Pijatan menggunakan aroma terapi juga dapat mengurangi rasa tidak nyaman. Pijatan yang ringan dan melingkar dengan menggunakan telunjuk pada perut bagian bawah akan membantu mengurangi nyeri haid (Dito dan Ari, 2011).

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Keluarga

a. Pengertian keluarga

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

Keluarga melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota keluarga yang sakit sehingga keluarga keluarga menentukan kapan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan memerlukan bantuan atau pertolongan tenaga profesional. (Padila, 2012).

b. Tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja

Menurut WHO, masa remaja adalah masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, di mana pada masa itu terjadi pertumbuhan yang pesat termasuk fungsi reproduksi sehingga mempengaruhi terjadinya perubahan-perubahan perkembangan, baik fisik, mental, maupun peran sosial.

Pieget (1991) menyatakan bahwa secara psikologis remaja adalah suatu usia di mana individu menjadi terintegrasi ke dalam masyarakat dewasa, suatu usia di mana anak tidak merasa bahwa dirinya berada di bawah tingkat orang yang lebih tua melainkan merasa sama atau paling tidak sejajar (Intan dan Iwan, 2012).

Dalam siklus kehidupan keluarga terdapat tahap-tahap yang dapat di prediksi seperti halnya individu-individu yang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan secara terus menerus. Tahap perkembangan keluarga dikelompokkan menjadi delapan tahap salah satunya yaitu tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja. Keluarga dengan tahap perkembangan anak remaja dilihat dari anak pertama berusia 13-18 tahun yang merupakan masa dimana terjadi

transisi masa kanak-kanak menuju dewasa. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja yaitu memberikan keseimbangan antara kebebasan dan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri, memfokuskan kembali hubungan intim perkawinan, berkomunikasi secara terbuka antara orangtua dan anak, dan mempersiapkan perubahan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh dan kembang anggota keluarga (Padila, 2012).

Perhatian kesehatan pada tahap perkembangan keluarga dengan anak remaja masih dibutuhkan, walaupun pada tahap ini, kesehatan fisik anggota keluarga biasanya baik, tetapi promosi kesehatan tetap merupakan perhatian yang penting (Friedman, 2010). Oleh karena itu pendidikan kesehatan menjadi hal penting seperti kesehatan reproduksi pada remaja, masalah menstruasi pada remaja putri, hubungan orangtua dengan anak remaja, dan masalah lainnya yang terkait dengan remaja.

c. Tugas kesehatan keluarga

Menurut Friedman 1998 dalam (Padila, 2012) keluarga mempunyai tugas kesehatan keluarga yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat. Kelima tugas kesehatan tersebut saling terkait dan perlu dilakukan oleh keluarga. Perawat perlu melakukan pengkajian untuk mengetahui sejauh mana keluarga dapat melaksanakan kelima tugas tersebut dengan baik, selanjutnya memberikan bantuan atau pembinaan terhadap keluarga untuk memenuhi tugas kesehatan keluarga tersebut melalui pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya terencana untuk perubahan perilaku masyarakat sesuai dengan norma-norma kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan untuk

memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang terjadi, seharusnya didasarkan pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran yang dihasilkan akibat pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan merupakan strategi penting dalam asuhan keperawatan komunitas, karena pendidikan kesehatan merupakan upaya transformasi pengetahuan tertentu dari perawat kepada masyarakat. Pendidikan kesehatan diberikan agar masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu dalam menyelesaikan masalah. Pendidikan kesehatan ini dilakukan dalam berbagai upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pendidikan kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah dan mengatasi lingkungannya baik lingkungan fisik, sosial maupun budaya (Notoadmodjo, 2005).

Pendidikan kesehatan (health education), merupakan salah satu bentuk kegiatan promosi kesehatan (health promotion) yang dapat dilakukan kepada keluarga. Promosi kesehatan merupakan pendidikan kesehatan plus atau promosi kesehatan adalah lebih dari kegiatan pendidikan kesehatan (Notoadmodjo, 2005). Promosi kesehatan salah satunya dapat dilakukan dengan melakukan pendidikan kesehatan, selain itu dapat juga dilakukan dengan menggunakan media kesehatan keluarga seperti menggunakan spanduk, VCD, penyebaran leaflet dan sebagainya. Promosi kesehatan merupakan program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan, baik perubahan yang terjadi di keluarga juga perubahan yang terjadi di lingkungannya (lingkungan fisik, sosial, budaya). Promosi kesehatan tidak hanya ditujukan untuk peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan saja, tetapi juga

meningkatkan atau memperbaiki lingkungan fisik dan lingkungan non fisik dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan keluarga.

Pendidikan kesehatan diperlukan pada lima tingkat pencegahan yaitu pada health promotion, dalam upaya peningkatan gizi, perilaku hidup bersih dan sehat, hygiene dan perbaikan sanitasi lingkungan. Specific protection (pencegahan spesifik), dalam program imunisasi. Early diagnosis and prompt treatment, ditujukan pada keluarga yang sulit mendeteksi penyakit yang terjadi di keluarga. Disability limitation, ditujukan pada keluarga yang tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang lengkap terhadap penyakitnya. Rehabilitation, diperlukan pendidikan kesehatan pada pemulihan cacat dengan latihan atau ditujukan pada masyarakat untuk kembali diterima sebagai anggota keluarga dan masyarakat setelah sembuh dari penyakit.

Pada dasarnya dalam melakukan pendidikan kesehatan di masyarakat atau di keluarga terutama pendidikan yang di fokuskan terhadap anak harus di dampingi oleh orang tua. Dalam bentuk pelaksanaannya minimal didampingi oleh salah satu orang tua, misalnya: anak dan ibu atau anak dan ayah.

2. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

a. Pengkajian

1) Data Umum

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

Dari data pengkajian demografi yang berkaitan dengan kebutuhan rasa nyaman pada remaja yaitu pengkajian pada umur anak pertama (remaja) dan jenis kelamin. Umur remaja putri memiliki kaitannya dalam menentukan kebutuhan rasa nyaman karena usia saat remaja terutama putri sangat mampu untuk mengekspresikan bagaimana rasa ketidaknyamanan yang dirasakan karena nyeri dan pada usia anak remaja tersebut masih sangat

matang dan mampu dalam menerima informasi pendidikan kesehatan mengenai kebutuhan rasa nyaman yang dialami.

Pada tahap pengkajian kebutuhan rasa nyaman perawat melibatkan keluarga dan remaja untuk mengenali, menyatakan, mengkomunikasikan dan merumuskan kebutuhan rasa nyaman, sumber-sumber yang tersedia dan hambatan yang mungkin dihadapi dalam kegiatan untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman. Pengkajian kebutuhan rasa nyaman bertujuan untuk melibatkan dan memotivasi keluarga agar dapat mengekspresikan dan mengkomunikasikan bagaimana ketidaknyamanan yang dirasakan saat dismenorea.

Keluarga dan remaja didorong untuk menyatakan kebutuhan rasa nyaman yang ingin mereka atasi dan diperoleh melalui pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat. Selanjutnya keluarga didorong untuk mengenali dan memanfaatkan lingkungan untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman. Selain itu keluarga dan remaja dibantu untuk mengenali dan menyatakan kemungkinan adanya hambatan dalam upaya memenuhi kebutuhan rasa nyaman karena dismenorea, baik yang datang dari dalam maupun dari luar.

2) Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Perkembangan keluarga merupakan suatu proses perubahan system keluarga yang terjadi dari waktu ke waktu yang meliputi perubahan interaksi dan hubungan diantara anggota keluarga (Yohanes & Yasinta, 2013).

a) Tahap perkembangan keluarga saat ini

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

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

b) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

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

c) Riwayat keluarga inti

Disini diuraikan riwayat keluarga baik dari pihak suami maupun dari pihak istri (Yohanes & Yasinta, 2013).

Dismenorea berpengaruh dalam hubungan genetik. Sehingga jika keluarga terutama ibu mengalami dismenorea atau nyeri haid maka remaja putri beresiko lebih besar mengalami masalah dismenorea atau nyeri haid dibandingkan dengan keluarga tanpa riwayat keluarga dismenorea.

3) Lingkungan

Dalam asuhan keperawatan keluarga pengkajian lingkungan meliputi :

a) Karakteristik rumah

Yang harus dipaparkan adalah gambar dan jelaskan tentang karakteristik rumah (Yohanes & Yasinta, 2013).

Kondisi rumah yang tenang dengan meminimalisir dan memodifikasi lingkungan membuat lingkungan yang tenang dan nyaman untuk remaja dengan mengurangi suara-suara berisik anak kecil saat bermain seperti memerintahkan anak-anak untuk bermain di teras rumah akan membuat remaja merasa lebih nyaman dan tenang saat sedang mengalami

dismenorea atau nyeri haid karena kondisi emosionalnya tidak stabil saat menstruasi.

b) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal

Menjelaskan mengenai karakteristik tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, aturan atau kesepakatan penduduk setempat (Yohanes & Yasinta, 2013).

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

c) Mobilitas geografis keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat dan sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah tersebut (Yohanes & Yasinta, 2013).

Keluarga yang tidak sering berpindah-pindah rumah akan membuat remaja putri mampu berinteraksi dan beradaptasi dengan keadaan lingkungan sekitar.

d) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada (Yohanes & Yasinta, 2013).

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

e) Sistem pendukung keluarga

Yang termasuk sistem pendukung adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga baik secara formal maupun informal untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis, atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat dengan mengkaji siapa yang menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan bantuan, dukungan konseling, aktivitas-aktivitas keluarga (Yohanes & Yasinta, 2013).

Siapa saja orang yang terlibat dalam penyelesaian masalah yang dialami remaja, remaja yang kurang sistem pendukung dalam keluarga akan menyebabkan remaja takut untuk menyelesaikan masalah dismenorea atau nyeri haid yang dialaminya sehingga dismenorea pada remaja akan beresiko menjadi semakin parah.

4) Struktur keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa apa yang digunakan, bagaimana frekuensi dan kualitas komunikasi yang berlangsung dalam keluarga dan hal-hal dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan (Yohanes & Yasinta, 2013).

Pola komunikasi yang terbuka mempermudah keluarga membicarakan hal-hal yang penting secara langsung terutama tentang masalah kesehatan seperti halnya ketika remaja putri memiliki masalah kesehatan reproduksi yaitu dismenorea, remaja tersebut dapat membicarakannya secara langsung pada keluarga sehingga keluarga dapat memutuskan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya untuk remaja. Sedangkan komunikasi yang tertutup menyebabkan remaja putri merasa

ragu untuk menyampaikan masalah dismenorea yang dialaminya, sehingga dapat menyebabkan dismenorea yang dialami remaja putri semakin parah jika tidak ditangani dengan benar.

b) Struktur kekuatan keluarga

Yang perlu dikaji adalah siapa yang mengambil keputusan dalam keluarga dan bagaimana cara keluarga dalam mengambil keputusan tersebut.

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi remaja putri untuk menyelesaikan masalah dismenorea atau nyeri haid. Seorang ayah berperan penting dalam memutuskan tindakan yang akan dilakukan, sebelum memutuskan seorang ayah sebaiknya melakukan musyawarah dengan keluarga yaitu ibu maupun dengan remaja putri tersebut.

c) Struktur peran (formal dan informal)

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal (Yohanes & Yasinta, 2013).

Peran dari seorang ayah sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah dan peran ibu sebagai ibu rumah tangga, istri, dan menjual beras dirumah. Peran anak remaja dalam keluarga seperti membantu aktivitas orang tua dalam memenuhi kebutuhan.

d) Nilai dan norma keluarga

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

5) Fungsi Keluarga

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 fungsi keluarga menurut Friedman (1998) sebagai berikut :

a) Fungsi afektif

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

- (1) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih sayang terhadap remaja putri.
- (2) Perasaan saling memiliki.
- (3) Bagaimana cara keluarga memberikan dukungan terhadap remaja putri.
- (4) Saling menghargai antara keluarga dan remaja putri.
- (5) Terciptanya kehangatan dalam anggota keluarga.

b) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan perubahan yang dialami remaja yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar peran dalam lingkungan social. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan.

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

c) Fungsi ekonomi

Keluarga dengan ekonomi yang cukup akan membantu terpenuhinya kebutuhan remaja putri terutama dalam menangani masalah dismenorea atau nyeri haid. Begitu juga dengan ekonomi dan pendidikan yang kurang dapat

mempengaruhi kesehatan remaja putri terutama dismenorea atau nyeri haid yang tidak ditindak lanjuti karena faktor ekonomi dan pendidikan yang kurang.

d) Fungsi reproduksi

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

e) Fungsi perawatan kesehatan

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

b) Bila ditemui data mal adaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II berdasarkan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu :

(1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi :

(a) Definisi dismenorea atau nyeri haid

(b) Jenis dan penyebab dismenorea

(c) Tanda dan gejala dismenorea

(d) Persepsi keluarga terhadap masalah yang berkaitan dengan dismenorea atau nyeri haid.

(2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi :

(a) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah dismenorea atau nyeri haid.

(b) Masalah dismenorea atau nyeri haid dirasakan keluarga.

(c) Keluarga menyerah terhadap masalah dismenorea yang dialami oleh remaja putri.

- (d) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan akibat dismenorea atau nyeri haid.
- (e) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan.
- (f) Informasi yang salah mengenai dismenorea atau nyeri haid.
- (3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi :
 - (a) Bagaimana sikap keluarga mengetahui keadaan remaja putri yang mengalami dismenorea atau nyeri haid.
 - (b) Bagaimana keluarga memberikan perhatian pada remaja putri.
 - (c) Bagaimana keluarga memberikan dukungan terhadap hal-hal positif pada remaja.
- (4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi :
 - (a) Keuntungan manfaat pemeliharaan lingkungan yang tidak beresiko terjadinya dismenorea atau nyeri haid.
 - (b) Upaya pencegahan masalah dismenorea atau nyeri haid.
- (5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan, meliputi :
 - (a) Keberadaan fasilitas kesehatan, terutama mencari informasi kesehatan tentang dismenorea atau nyeri haid.
 - (b) Keuntungan yang didapat ketika menggunakan fasilitas kesehatan.
 - (c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan.
 - (d) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga dan remaja (Padila, 2012).
- 6) Stress dan coping keluarga
 - a) Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari enam bulan, sedangkan jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari enam bulan. Masalah dismenorea atau nyeri haid menjadi stressor jangka pendek karena bila dapat diatasi dengan tepat maka masalah dismenorea akan berkurang atau teratasi.

b) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi atau stressor

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

c) Strategi koping yang digunakan

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

d) Strategi adaptasi disfungsional

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

7) Pemeriksaan fisik

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

8) Harapan keluarga

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

b. Analisa data

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

1) *Diagnosis sehat/wellness*

Diagnose sehat/wellness, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptive. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen problem (P) saja atau P (problem) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

2) *Diagnosis ancaman (risiko)*

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

3) *Diagnosis nyata/gangguan*

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

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

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

Tabel 2.5 Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

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

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

Sumber : (Achjar, 2010).

Skoring :

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

Diagnosa yang mungkin muncul :

- 1) Gangguan Rasa Nyaman pada keluarga Tn. J khususnya An. R berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dismenorea atau nyeri haid pada anak remaja putri.
- 2) Kesiapan peningkatan pengetahuan pada keluarga Tn. J berhubungan dengan upaya peningkatan kesehatan keluarga tentang masalah dismenorea atau nyeri haid pada anak remaja putri.

c. Perencanaan

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

d. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk

merencanakan implementasi. Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal dibawah ini:

- 1) Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a) Memberikan informasi
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
 - c) Mendorong sikap yang positif terhadap masalah yang dihadapi
 - 2) Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c) Mendiskusikan tentang konsekuensi setiap tindakan
 - 3) Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara :
 - a) Mendemonstrasikan cara perawatan
 - b) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada dirumah
 - c) Mengawasi keluarga melakukan perawatan
 - 4) Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
 - a) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
 - b) Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin
 - 5) Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada, dengan cara :
 - a) Mengenakan fasilitas kesehatan yang ada
 - b) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- (Achjar, 2010).

e. Evaluasi

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

waktu dan kesediaan keluarga. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S : Keluarga dapat menjelaskan kembali materi tentang dismenorea dan

dampak yang telah dijelaskan oleh perawat.

O : Keluarga dapat menjawab pertanyaan yang diberikan perawat tentang dismenorea.

A : Remaja putri dapat mengatasi masalah dismenorea setelah mendapatkan informasi tentang dismenorea dari perawat.

P : Memberikan informasi tentang dampak dismenorea secara rutin kepada keluarga dan remaja.