

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

#### **1. Definisi Kebutuhan Kenyamanan**

Konsep kenyamanan memiliki subjektivitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri. Kolcaba (1992) dalam Potter dan Perry (2005), mendefinisikan kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaian (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Menurut Karpenitol (2000) dalam Potter dan Perry (2005), perubahan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap sesuatu yang berbahaya.

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan (Donahue, 1989) dalam Hidayat (2014) 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. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya tanda dan gejala pada pasien.

Penilaian tentang konteks kenyamanan memberikan seorang perawat rentang pilihan yang lebih luas dalam mencari tindakan untuk mengatasi nyeri. Cara pandang yang holistik ini menguatkan konsep Mahon yaitu harus memahami pengalaman nyeri sebagaimana nyeri itu

berlangsung. Penting bagi perawat untuk memahami makna nyeri bagi setiap individu. Penatalaksanaan nyeri lebih dari sekedar pemberian analgesik. Dengan memahami nyeri dengan lebih holistik, maka perawat dapat mengembangkan strategi yang lebih baik pada penanganan nyeri yang berhasil.

## **2. Ketidakyamanan Nyeri pada Ibu Post Partum**

Kebanyakan ibu mengalami ketidaknyamanan segera setelah memasuki masa nifas. Penyebab umum ketidaknyamanan nyeri meliputi ketidaknyamanan nyeri pasca melahirkan (*afterbirth*), episiotomi atau laserasi perineum, hemoroid, dan pembesaran (*engorgement*) payudara. Untuk memastikan lokasi dan luas penyebaran nyeri, perawat bisa melakukan inspeksi dan palpasi di daerah nyeri, memperhatikan kemerahan, pembengkakan, adanya cairan dan panas, dan observasi posisi tubuh, gerakan, dan ekspresi wajah. Tekanan darah, nadi, dan pernapasan bisa meningkat sebagai respons terhadap nyeri. Diaforesis bisa menyertai nyeri yang berat. Tidak adanya gejala obyektif tidak berarti tidak ada nyeri karena ada faktor komponen budaya dalam mengkespresikan nyeri. Intervensi keperawatan ditujukan untuk mengeliminasi sensasi nyeri secara keseluruhan atau menguranginya sampai pada tingkat yang dapat diterima ibu, sehingga ia dapat merawat dirinya dan bayinya.

Nyeri yang tidak hilang akan menimbulkan keletihan, kecemasan, dan persepsi nyeri semakin memburuk. Keadaan ini juga dapat menunjukkan adanya masalah sebelumnya yang tidak diobati atau tidak diketahui. Pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut perlu dilakukan untuk menentukan penyebab nyeri dan untuk mengupayakan penanganannya (Bobak & Lowdermilk, 2004). Perawat bisa menggunakan intervensi nonfarmakologis dan farmakologis untuk mengupayakan rasa nyaman. Sebagai patokan, tindakan nonfarmakologi harus dilakukan lebih dahulu, bisa tanpa atau dikombinasikan dengan intervensi farmakologis. Hilangnya nyeri dapat lebih cepat jika menggunakan lebih dari satu metodo atau cara.

### 3. Penatalaksanaan Nyeri Post Partum

#### a. Intervensi farmakologi.

Kebanyakan dokter secara rutin memprogramkan pemberian berbagai obat analgesik jika diperlukan, termasuk obat narkotik dengan dosis dan waktu pemberian yang dipertimbangkan. Upaya pompa *patient controlled analgesia* (PCA) dan pemberian infus analgesia epidural secara kontinu adalah dua teknologi baru yang sering digunakan untuk menghilangkan nyeri pada masa pascapartum. Banyak ibu ingin berpartisipasi dalam memilih analgesia. Akan tetapi, rasa nyeri yang berat bisa menghalangi ibu turut serta dalam pengambilan keputusan. Apabila akan memberi analgesik, perawat harus melakukan pengkajian klinis tentang jenis, dosis, dan frekuensi pemberian obat yang diprogramkan. Ibu harus diberitahu tentang analgesik yang diberikan dan efek samping yang sering timbul.

#### b. Intervensi nonfarmakologis

Berikut adalah intervensi nonfarmakologis untuk beberapa kasus post partum:

##### 1) Nyeri pasca melahirkan

Nyeri pasca melahirkan adalah nyeri yang dirasakan seperti kram menstruasi saat uterus berkontraksi setelah melahirkan. Kompres hangat, distraksi, membayangkan sesuatu, sentuhan terapeutik, relaksasi dan interaksi dengan bayi bisa mengurangi nyeri yang ditimbulkan kontraksi rahim.

##### 2) Ketidaknyamanan akibat pembesaran payudara

Rasa tidak nyaman yang timbul akibat pembesaran payudara bisa dikurangi dengan kompres es atau panas pada payudara dan menggunakan bra yang menopang payudara dengan baik. Keputusan tentang intervensi spesifik untuk *engorgemen* (pembengkakan payudara) didasarkan pada apakah ibu tersebut memilih untuk menyusui anaknya sendiri atau menggunakan susu botol.

3) Nyeri akibat episiotomi atau laserasi

Intervensi sederhana untuk mengurangi nyeri akibat episiotomi atau laserasi pada perineum ialah mendorong ibu berbaring pada salah satu sisinya dan menggunakan bantal saat duduk. Intervensi lain ialah kompres es yang dikemas (*ice pack*), obat salep (jika diresepkan dokter), aplikasi panas kering, dan *sitz bath*. Banyak intervensi ini juga efektif untuk hemoroid, terutama *ice pack*, *sitz bath*, dan mengoleskan salep (misalnya, *wicth hazel pads*).

4) Kompres dingin

Salah satu manajemen nyeri post partum yaitu dengan kompres dingin. Manfaat kompres dingin diantaranya adalah mengurangi aliran darah ke daerah luka sehingga dapat mengurangi resiko perdarahan dan odema, kompres dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Konsep kenyamanan memiliki subjektivitas yang sama dengan nyeri, dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan bebas dari rasa nyeri dan hipo/hipertermia (Kasiati & Rosmalawati, 2016). Pada pengkajian, nyeri yang akurat penting 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 memengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokltural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni:

- a. riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien
- b. observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien.

Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif.

- 1) P: *Provoking* atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri
  - 2) Q: *Quality* atau kualitas nyeri (mis., tumpul, tajam)
  - 3) R: *Region* atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain
  - 4) S: *Severity* atau keganasan, yaitu intensitasnya
  - 5) T: *Time* atau waktu, yaitu serangan, lamanya, dan sebab
- a. Riwayat nyeri

Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri bagi klien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

1) 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, terutama untuk klien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri.

2) Intensitas nyeri

Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intensitas nyeri pasien. Skala nyeri yang paling sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10. Angka "0" menandakan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri "terhebat" yang dirasakan klien.

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri bisa terasa seperti "dipukul-pukul" atau "ditusuk-tusuk." 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.

4) Pola

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

5) Faktor presipitasi

Terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu, faktor lingkungan (lingkungan yang sangat dingin atau sangat panas), stressor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.

6) Gejala yang menyertai

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

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

8) Sumber koping

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

9) Respons afektif

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

b. Observasi respons perilaku dan fisiologis

Banyak respons nonverbal yang bisa dijadikan indikator nyeri. Salah satu yang paling utama adalah ekspresi wajah. Perilaku seperti menutup mata rapat-rapat atau membukanya lebar-lebar, menggigiti bibir bawah, dan seringai wajah dapat mengindikasikan nyeri. Selain ekspresi wajah, respons perilaku lain yang dapat menandakan nyeri adalah vokalisasi (mis., erangan, menangis, berteriak), imobilisasi bagian tubuh yang mengalami nyeri, gerakan tubuh tanpa tujuan (mis., menendang-nendang, membolak-balikkan tubuh di atas kasur, dll). Sedangkan respons fisiologis untuk nyeri bervariasi, bergantung pada sumber dan durasi nyeri.

Pada awal awitan nyeri akut, respons fisiologis dapat meliputi peningkatan tekanan darah, nadi, dan pernapasan, diaforesis, serta 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. Karenanya, penting bagi perawat untuk mengkaji lebih dari satu respons fisiologis sebab bisa jadi respons tersebut merupakan indikator yang buruk untuk nyeri.

## 2. Penetapan Diagnosis

Menurut PPNI 2016, diagnosis keperawatan untuk klien yang mengalami nyeri dan kenyamanan adalah sebagai berikut:

a. Gangguan rasa nyaman

Berhubungan dengan:

- 1) Gejala penyakit
- 2) Kurang pengendalian situasional/lingkungan
- 3) Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan)
- 4) Kurangnya privasi
- 5) Gangguan stimulus lingkungan
- 6) Efek samping terapi (misalnya nedikasi, radiasi, kemotrapi)
- 7) Gejala adaptasi kehamilan

b. Ketidaknyamanan pasca partum

Berhubungan dengan:

- 1) Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran
- 2) Involus uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula
- 3) Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi asi
- 4) Kekurangan dukungan keluarga dan tenaga kesehatan
- 5) Ketidaktepatan posisi duduk
- 6) Faktor budaya

c. Nausea

Berhubungan dengan:

- 2) Gangguan biokimiawi (misalnya uremia, ketoasidosis diabetik)
- 3) Gangguan esophagus
- 4) Distensi lambung
- 5) Iritasi lambung
- 6) Gangguan pankreas
- 7) Peregangan kapsul limpa
- 8) Tumor terlokalisasi (misalnya neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak)
- 9) Peningkatan tekanan intraabdominal (misalnya keganasan intraabdomen)
- 10) Peningkatan tekanan intrakranial
- 11) Peningkatan tekanan intaorbital (misalnya glaukoma)
- 12) Mabuk perjalanan
- 13) Kehamilan
- 14) Aroma tidak sedap
- 15) Rasa makanan/minuman yang tidak enak
- 16) Stimulus penglihatan tidak menyenangkan
- 17) Faktor psikologis (misalnya kecemasan, ketakutan, stress)
- 18) Efek agen farmakologis
- 19) Efek toksin

d. Nyeri akut

Berhubungan dengan:

- 1) Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

e. Nyeri kronis

Berhubungan dengan:

- 1) Kondisi muskuloskeletal kronis
- 2) Kerusakan sistem saraf
- 3) Penekanan saraf
- 4) Infiltrasi tumor
- 5) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- 6) Gangguan imunitas (misalnya neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)
- 7) Gangguan fungsi metabolik
- 8) Gangguan posisi kerja statis
- 9) Peningkatan indeks massa tubuh
- 10) Kondisi paska trauma
- 11) Tekanan emosional
- 12) Riwayat penganiayaan (misalnya fisik, psikologis, seksual)
- 13) Riwayat penyalahgunaan obat/zat

f. Nyeri melahirkan

Berhubungan dengan:

- 1) Dilatasi serviks
- 2) Pengeluaran janin

### 3. Intervensi

Menurut PPNI (2018), intervensi keperawatan yang dapat muncul pada klien yang mengalami nyeri dan kenyamanan dapat dilihat pada tabel 1:

Tabel 1  
Intervensi Keperawatan Nyeri dan Kenyamanan

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Gangguan rasa nyaman	<p>Intervensi Utama: Manajemen nyeri</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi Pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgesik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dalam pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol> <p>Intervensi Pendukung: Edukasi Aktivitas/Istirahat</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</li> <li>2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</li> <li>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas istirahat</li> <li>4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat</li> <li>5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</li> </ol>

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Ketidaknyamanan pasca partum	<p>Intervensi Utama: Manajemen nyeri</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgesik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol> <p>Intervensi Pendukung: Edukasi Perawatan Perinium</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan perineal pasca persalinan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur perineal hygiene yang benar</li> <li>2. Jelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum</li> <li>3. Anjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab</li> <li>4. Anjurkan menghindari menggunakan bahan apapun ketika membersihkan area genitalia (kecuali air bersih)</li> <li>5. Anjurkan sesering mungkin mengganti celana dalam (setiap 4 jam)</li> <li>6. Ajarkan cara penggunaan celana dalam yang aman</li> <li>7. Ajarkan cara penggunaan pembalut</li> <li>8. Ajarkan menilai perdarahan postpartum abnormal</li> </ol>

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nausea	<p>Intervensi Utama: manajemen mual</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyaman (misalnya bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)</li> <li>3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (misalnya nafsu makan, aktivitas, kinerja, tangguang jawab peran, dan tidur)</li> <li>4. Identifikasi faktor penyebab mual (misalnya pengobatan dan prosedur)</li> <li>5. Identifikasi antimetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)</li> <li>6. Monitor mual (misalnya frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)</li> <li>7. Monitor asupan nutrisi dan kalori</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (misalnya bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (misalnya kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> <li>3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>2. Anjuran sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> <li>4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. biofeedback, hipnotis, relaksasi, terapi musik, akupresur)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</li> </ol> <p>Intervensi Pendukung: Manajemen Efek Samping Obat</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala terjadinya efek samping obat</li> <li>2. Identifikasi penyebab timbulnya efek samping obat (mis. usia tua, fungsi ginjal menurun, dosis tinggi, rute pemberian tidak tepat, waktu pemberian tidak tepat)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hentikan pemberian obat</li> <li>2. Laporkan efek samping obat sesuai dengan SPO</li> <li>3. Berikan pertolongan pertama untuk meminimalkan efek samping, sesuai kebutuhan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan proses terjadinya efek samping obat</li> <li>2. Anjurkan menghentikan konsumsi obat</li> <li>3. Ajarkan cara meminimalkan efek samping obat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsultasikan pemberian medikasi untuk penanganan efek samping</li> </ol>

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut	<p data-bbox="571 297 959 324">Intervensi Utama: Manajemen nyeri</p> <p data-bbox="603 327 722 353"><b>Observasi:</b></p> <ol data-bbox="619 356 1326 689" style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgesik</li> </ol> <p data-bbox="603 692 735 719"><b>Terapeutik:</b></p> <ol data-bbox="619 721 1350 875" style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p data-bbox="603 878 707 904"><b>Edukasi:</b></p> <ol data-bbox="619 907 1326 1061" style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p data-bbox="603 1064 735 1090"><b>Kolaborasi:</b></p> <ol data-bbox="619 1093 1126 1120" style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol> <p data-bbox="571 1151 1107 1178">Intervensi Pendukung: Edukasi Manajemen Nyeri</p> <p data-bbox="619 1180 743 1207"><b>Observasi</b></p> <ol data-bbox="619 1209 1294 1236" style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p data-bbox="619 1238 743 1265"><b>Terapeutik</b></p> <ol data-bbox="619 1267 1230 1361" style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p data-bbox="619 1364 719 1391"><b>Edukasi:</b></p> <ol data-bbox="619 1393 1286 1514" style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nyeri kronis	<p>Intervensi Utama: Manajemen nyeri</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgesik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol> <p>Intervensi Pendukung: Edukasi Aktivitas/Istirahat</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin</li> <li>2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya</li> <li>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas istirahat</li> <li>4. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat</li> <li>5. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</li> </ol>
Nyeri melahirkan	<p>Intervensi Utama: Manajemen nyeri</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah</li> </ol>

Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
	<p>diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgesik</p> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol> <p>Intervensi Pendukung: Perawatan Perinium</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeksi insisi atau robekan perineum (mis.episiotomi)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi dalam membersihkan perineum</li> <li>2. Pertahankan perineum tetap kering</li> <li>3. Berikan posisi nyaman</li> <li>4. Berikan kompres es, jika perlu</li> <li>5. Bersihkan area perineum secara teratur</li> <li>6. Berikan pembalut yang menyerap cairan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis.infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antinflamsi, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol>

(Sumber: PPNI, 2018)

#### 4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan dari perencanaan keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Implementasi ketidaknyamanan nyeri menurut Potter dan Perry adalah penentuan pilihan terapi penanganan nyeri dan kenyamanan dapat dilihat dari sifat nyeri dan sejauh mana nyeri tersebut mempengaruhi

kesejahteraan individu. Klien dan perawat harus menjadi rekan kerja dalam melakukan upaya mengontrol ketidaknyamanan nyeri.

## **5 Evaluasi**

Evaluasi perawatan merupakan proses berlangsung secara kontinu dan dimulai saat pasien masuk kerumah sakit dan berakhir saat pasien pulang. Apabila kemajuan kesehatan tidak sesuai dengan apa yang diharapkan maka intervensi perlu dimodifikasi (Bobak, Lowdermik & Jansen, 2004).

Evaluasi terhadap ketidaknyamanan nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan ketidaknyamanan nyeri, adanya respons fisiologis yang baik, dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari hari tanpa keluhan (Hidayat & Uliyah, 2014).

## **C. Tinjauan Konsep Episiotomi**

### **1. Definisi Episiotomi**

Episiotomi atau laserasi perineum adalah tindakan insisi pada perineum untuk memperbesar mulut vagina yang bertujuan untuk memudahkan proses persalinan dan mencegah rupture perineum totalis. Menurut Homilton (2000) dalam buku Edukasi Postnatal, episiotomi adalah suatu tindakan yang disengaja pada perineum dan vagina yang sedang dalam keadaan meregang. Tindakan ini dilakukan jika perineum diperkirakan akan robek teregang oleh kepala janin, harus dilakukan infiltrasi perineum dengan anestasi lokal, kecuali bila pasien sudah diberi anestasi epidural.

Tujuan dilakukannya episiotomi adalah untuk mencegah robekan perineum derajat tiga, insisi yang bersih dan dilakukan pada posisi yang benar akan lebih cepat sembuh dari pada robekan yang tidak teratur, menjaga uretra dan klitoris dari trauma yang luas, kemungkinan mengurangi regangan otot penyangga kandung kemih atau rektum yang terlalu kuat dan berkepanjangan yang di kemudian hari menyebabkan inkontinensia urine dan prolaps vagina dan mengurangi lama kala II yang

mungkin penting terhadap kondisi ibu atau keadaan janin (*fetal distress*), memperbesar vagina jika diperlukan manipulasi untuk melahirkan bayi, dan mengurangi risiko luka intrakranial pada bayi prematur.

Namun tindakan episiotomi ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan nyeri masa nifas yang tidak perlu karena insisi episiotomi dan penjahitan terutama saat ibu berbaring dan duduk di tempat tidur, tindakan ini juga dapat menyebabkan insomnia dan mengganggu kemampuan ibu untuk berinteraksi dengan bayinya pada minggu pertama, pasien pun sering membutuhkan penggunaan analgesik untuk mengurangi rasa nyeri.

## 2. Penyebab Episiotomi

Pada persalinan, episiotomi bukanlah tindakan rutin yang dilakukan. Alasan mengapa episiotomi bukan merupakan tindakan rutin adalah sebagai berikut:

- a. Perineum dapat dipersiapkan untuk persalinan melalui latihan Keagel (*Keagel exercise*) dan pijatan pada periode prenatal. Latihan Keagel pada periode postpartum dapat memperbaiki tonus otot-otot perineum.
- b. Robekan dapat terjadi meskipun telah dilakukan episiotomi.
- c. Nyeri dan rasa tidak nyaman akibat episiotomi dapat menghambat interaksi ibu anak dan dimulai kembalinya hubungan seksual orang tua.

Oleh karena itu maka episiotomi hanya dilakukan pada kondisi kondisi tertentu, seperti:

- a. Gawat janin.
- b. Persalinan per vaginam dengan penyulit (sungsang, distosia bahu, ekstraksi forsep, ekstraksi vakum, bayi besar, presentasi muka, dan lain-lain).
- c. Jaringan parut pada perineum atau vagina yang menghalangi kemajuan persalinan.

### 3. Klasifikasi Episiotomi

#### a. Episiotomi mediolateralis.

Episiotomi mediolateralis merupakan insisi pada perineum ke arah bawah, tetapi menjauhi rektum, selain itu juga dapat ke arah kanan atau kiri tergantung tangan dominan yang digunakan oleh penolong. Episiotomi mediolateralis memotong sampai titik tendineus pusat perineum, melewati bulbokavernosus dan otot-otot transversus perinei superfisialis dan profunda, kemudian ke dalam otot pubokoksigeus (levator ani). Banyaknya otot pubokoksigeus yang dipotong tergantung pada panjang dan kedalaman insisi. Pada episiotomi mediolateralis penolong diharapkan agar berhati-hati untuk memulai potongan pada aspek lateral fourchette atau mengarahkan potongan terlalu jauh ke sisi lateral sebagai upaya menghindari kelenjar bartholin di sisi tersebut.

Episiotomi mediolateral paling sering digunakan karena relatif lebih aman untuk mencegah perluasan ruptur perineum ke arah derajat 3 dan 4. Pada episiotomi ini kehilangan darah akan lebih banyak dan perbaikan lebih sulit, serta lebih nyeri dibandingkan dengan episiotomi median. Pengguntingan di sini sengaja dilakukan menjauhi otot sfingter ani untuk mencegah ruptur perineum tingkat III. Perdarahan luka lebih banyak karena melibatkan daerah yang banyak pembuluh darahnya. Otot-otot perineum terpotong sehingga penjahitan luka lebih sukar. Penjahitan dilakukan sedemikian rupa sehingga setelah penjahitan selesai hasilnya harus simetris.

#### b. Episiotomi median.

Pengguntingan yang dimulai pada garis tengah komisura posterior lurus ke bawah, tetapi tidak sampai mengenai serabut sfingter ani. Episiotomi median merupakan insisi pada garis tengah perineum ke arah rektum, yaitu ke arah titik tendineus perineum, memisahkan dua sisi otot perineum bulbokavernosus. Otot transversus perinei profunda juga dapat dipisahkan, bergantung pada kedalaman insisi. Episiotomi ini efektif, mudah diperbaiki, dan biasanya nyeri timbul

lebih ringan. Terkadang juga dapat terjadi perluasan ruptur perineum ke derajat 3 dan 4, namun penyembuhan primer dan perbaikan (jahitan) yang baik akan memulihkan tonus sfingter. Keuntungan dari jenis episiotomi ini adalah sebagai berikut.

- 1) Perdarahan yang timbul dari luka episiotomi lebih sedikit karena merupakan daerah yang relatif sedikit mengandung pembuluh darah.
- 2) Pengguntingan bersifat simetris dan anatomis sehingga penjahitan kembali lebih mudah dan penyembuhan lebih memuaskan.

Kerugian dari episiotomi jenis ini adalah dapat terjadi ruptur perineum tingkat III inkomplet (laserasi m. sfingter ani) atau komplet (laserasi dinding rektum).

c. Episiotomi lateralis.

Pengguntingan yang dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira jam tiga atau sembilan menurut arah jarum jam. Jenis episiotomi ini sekarang tidak dilakukan lagi karena banyak menimbulkan komplikasi. Luka sayatan dapat melebar ke arah di mana terdapat pembuluh darah pudendal interna sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang banyak. Selain itu, parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu penderita.

d. Insisi schuchardt.

Jenis ini merupakan variasi dari episiotomi mediolateralis, tetapi pengguntingannya melengkung ke arah bawah lateral, melingkari rektum, dan sayatannya lebih lebar.

#### 4. Komplikasi Episiotomi

Perawatan perineum jika tidak dilakukan dengan tepat dapat menimbulkan hal berikut ini:

a. Infeksi

Kondisi perineum yang terkena lokia dan lembab akan sangat menunjang perkembangbiakan bakteri yang dapat menyebabkan timbulnya infeksi pada perineum

b. Komplikasi

Munculnya infeksi pada perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun jalan lahir yang dapat berakibat pada munculnya komplikasi infeksi kandung kemih maupun infeksi pada jalan lahir.

c. Kematian ibu post partum

Penanganan komplikasi yang lambat dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu post partum mengingat kondisi fisik ibu post partum yang masih lemah.

## 5. Penatalaksanaan

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik dengan menggunakan antiseptik dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan ke belakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.

a. Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak. Produksi keringat yang tinggi berguna untuk menghilangkan ekstra volume saat hamil. Sebaiknya, pakaian agak longgar di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi (lecet) pada daerah sekitarnya akibat lochea.

b. Kebersihan rambut

Setelah bayi lahir, ibu mungkin akan mengalami kerontokan rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaannya menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Jumlah dan lamanya kerontokan berbeda-beda antara satu wanita dengan wanita yang lain. Meskipun demikian, kebanyakan akan pulih setelah beberapa bulan.

Cuci rambut dengan sampo dan *conditioner* yang cukup, lalu menggunakan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut.

c. Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis, dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering.

d. Kebersihan vulva dan sekitarnya

- 1) Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Bersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar.
- 2) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari atau disetrika.
- 3) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- 4) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh luka, cebok dengan air dingin atau cuci menggunakan sabun. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan luka perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan, baru kemudian daerah anus.

## **D. Tinjauan Konsep Keluarga**

### **1. Konsep Dasar Keluarga**

#### **a. Pengertian keluarga**

Pengertian keperawatan kesehatan keluarga (*Family Health Nursing*) beberapa tokoh dalam Achar 2012 sebagai berikut:

- 1) Menurut Friedman (1998) keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat dari pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.
- 2) Menurut Burgess (1963) keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama dalam satu rumah tangga, anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dengan peran sosial keluarga.
- 3) Menurut Murray dan Zentner (1997) keluarga adalah suatu sistem sosial yang berisi dua atau lebih orang yang hidup bersama yang mempunyai hubungan darah, perkawinan atau adopsi, atau tinggal bersama dan saling menguntungkan, mempunyai tujuan bersama, mempunyai generasi penerus, saling pengertian dan saling menyayangi.
- 4) Menurut Hanson (1996) keluarga adalah kumpulan dua atau lebih individu yang saling tergantung satu sama lainnya untuk emosi, fisik dan dukungan ekonomi.
- 5) Menurut Baylon dan Maglaya (1978) keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan perkawinan, darah atau adopsi dan hidup dalam satu rumah yang saling berinteraksi satu sama lain dalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

- 6) Dep Kes RI (1988) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.
- 7) Keluarga menurut Stuart (1991), meliputi 5 sifat yaitu:
  - a) Keluarga merupakan unit suatu sistem.
  - b) Setiap anggota keluarga dapat atau tidak dapat saling berhubungan atau dapat dan tidak selalu tinggal dalam satu atap.
  - c) Keluarga dapat mempunyai anak ataupun tidak mempunyai anak.
  - d) Terdapat komitmen dan saling melengkapi antar anggota keluarga.
  - e) Keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan, kebutuhan hidup dan sosialisasi antar anggota keluarga.

Keluarga merupakan subsistem komunitas sebagai sistem sosial yang bersifat unik dan dinamis. Oleh karena itu perawat komunitas perlu memberikan intervensi pada keluarga untuk membantu keluarga dalam mencapai derajat kesehatan yang diinginkan, dengan mengambil langkah peningkatan pemberdayaan peran keluarga. Allender dan Spradley (1997) memberikan alasan mengapa keluarga menjadi penting, karena keluarga sebagai sistem, membutuhkan pelayanan kesehatan seperti halnya individu agar dapat melakukan tugas sesuai perkembangannya. Tingkat kesehatan individu berkaitan dengan tingkat kesehatan keluarga, begitu juga sebaliknya dan tingkat fungsional keluarga sebagai unit terkecil dari komunitas dapat mempengaruhi derajat kesehatan sistem di atasnya. Keluarga sebagai suatu sistem, dimana sistem keluarga merupakan bagian dari suprasistem yang lebih besar dan disusun dari beberapa subsistem, perubahan pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi

semua anggota keluarga. Mempelajari keluarga secara utuh lebih mudah dari pada mempelajari masing-masing anggotanya.

Keluarga merupakan sentral pelayanan keperawatan karena keluarga merupakan sumber kritikal untuk pemberian pelayanan keperawatan, intervensi yang dilakukan pada keluarga merupakan hal penting untuk pemenuhan kebutuhan individu. Disfungsi apapun yang terjadi pada keluarga akan berdampak pada satu atau lebih anggota keluarga atau keseluruhan keluarga, bila ada satu orang yang sakit akan berpengaruh pada keluarga secara keseluruhan. Adanya hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan setiap anggota keluarga, sangat memerlukan peran keluarga pada saat menghadapi masalah yang terjadi pada keluarga. Juga keluarga merupakan sistem pendukung yang vital untuk individu, support sistem utama individu dengan mengkaji setiap sumber yang tersedia.

Karakteristik keluarga yang sehat, bila anggota keluarganya berinteraksi satu dengan yang lainnya, anggota keluarga terlibat dalam peran masing-masing secara fleksibel, anggota keluarga selalu termotivasi untuk berkomunikasi dengan keluarga lainnya dan juga dengan masyarakat sekitar serta setiap anggota keluarga menguasai salah satu tugas keluarga seperti pengambilan keputusan atau upaya pencarian informasi.

#### **b. Tahap perkembangan keluarga**

Perawat keluarga perlu mengetahui tentang tahapan dan tugas perkembangan keluarga, untuk memberikan pedoman dalam menganalisis pertumbuhan dan kebutuhan promosi kesehatan keluarga serta untuk memberikan dukungan pada keluarga untuk kemajuan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Dalam asuhan keperawatan keluarga ini, yang akan diangkat adalah keluarga pada tahap II (*childbearing*), yaitu keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua lahir sampai umur 30 bulan). Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan

dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua kakek dan nenek dan mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

**c. Tugas kesehatan keluarga**

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

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk 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) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- 4) Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya *hygiene* sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

- 5) Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

## 2. Asuhan Keperawatan Keluarga

### a. Pengkajian (*Assesment*)

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

- 1) Data Umum
  - a) Identitas kepala keluarga
    - (1) Nama kepala keluarga (KK)
    - (2) Umur (KK)
    - (3) Pekerjaan kepala keluarga (KK)
    - (4) Pendidikan kepala keluarga (KK)
    - (5) Alamat dan nomor telepon
- 2) Komposisi anggota keluarga

Tabel 2  
Contoh Komposisi Keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

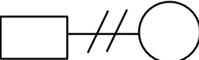
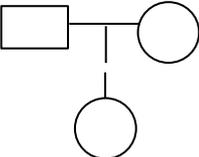
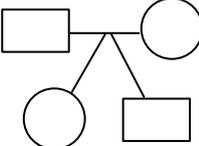
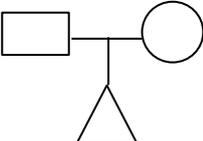
(Sumber: Achjar, 2012)

### 3) Genogram:

Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998) seperti:

Laki-laki : 

Perempuan : 

Meninggal dunia	:	
Tinggal serumah	:	
Pasien yang diidentifikasi	:	
Kawin	:	
Cerai	:	
Anak adopsi	:	
Anak kembar	:	
Aborsi/keguguran	:	

4) Tipe keluarga

5) Suku bangsa:

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

6) Agama:

- Agama yang dianut keluarga
- Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
- Status sosial ekonomi keluarga:
  - Rata-rata penghasilan seluruh anggota
  - Jenis pengeluaran keluarga setiap bulan

- 3) Tabungan khusus kesehatan
- 4) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
- 7) Aktifitas rekreasi keluarga

**b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga**

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan anak tertentu
- 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi
- 3) Riwayat keluarga inti:
  - a) Riwayat terbentuknya keluarga inti
  - b) Penyakit yang diderita keluarga orang tua (adanya penyakit menurun atau penyakit menular di keluarga)
- 4) Riwayat keluarga sebelumnya (suami istri):
  - a) Riwayat penyakit keturunan dan penyakit menular di keluarga
  - b) Riwayat kebiasaan/gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan

**c. Lingkungan**

- 1) Karakteristik rumah:
  - a) Ukuran rumah (luas rumah)
  - b) Kondisi dalam dan luar rumah
  - c) Kebersihan rumah
  - d) Ventilasi rumah
  - e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)
  - f) Air bersih
  - g) Pengelolaan sampah
  - h) Kepemilikan rumah
  - i) Kamar mandi/wc
  - j) Denah rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal:
  - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
  - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
  - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan

- 3) Mobilitas geografis keluarga:
  - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
  - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
- 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:
  - a) Perkumpulan/organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
  - b) Digambarkan dalam ecomap
- 5) Sistem pendukung keluarga  
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah

**d. Struktur keluarga**

- 1) Pola komunikasi keluarga:
  - a) Cara dan jenis komunikasi yang dilakukan keluarga
  - b) Cara keluarga memecahkan masalah
- 2) Struktur kekuatan keluarga:
  - a) Respon keluarga bila ada anggota keluarga yang mengalami masalah
  - b) Power yang digunakan keluarga
- 3) Struktur peran (formal dan informal):
  - a) Peran seluruh anggota keluarga
  - b) Nilai dan norma keluarga

**e. Fungsi keluarga**

- 1) Fungsi afektif:
  - a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaan kasih
  - b) Perasaan saling memiliki
  - c) Dukungan terhadap anggota keluarga
  - d) Saling menghargai, kehangatan
- 2) Fungsi sosialisasi:
  - a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
  - b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

- 3) Fungsi perawatan kesehatan:
  - a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya saat sakit tetapi bagaimana prevensi/ promosi)
  - b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan)

**f. Stress dan koping keluarga**

- 1) Stressor jangka panjang dan stressor jangka pendek serta kekuatan keluarga.
- 2) Respon keluarga terhadap stress
- 3) Strategi koping yang digunakan
- 4) Strategi adaptasi yang disfungsional:  
Adakah cara keluarga mengatasi masalah secara maladaptif

**g. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)**

- 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai *vital sign*, rambut, kepala, mata, mulut, THT, leher, thorax, abdomen, ekstremitas atas dan bawah, sistem genitalia
- 4) Kesimpulan dari hasil pemeriksaan fisik

**h. Harapan keluarga**

- 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
- 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

**i. Analisis data**

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Analisis data dibuat dalam bentuk matriks seperti tabel 3 berikut:

Tabel 3  
Analisa Data

NO	Data	Diagnosis Keperawatan
1	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan anak L mengalami nyeri haid yang berlangsung 1-2 hari</li> <li>- Keluarga mengatakan tidak diobati apapun tetapi terkadang diberikan feminax 1 butir sehari bila terasa nyeri.</li> <li>- Anak L mengatakan bila haid, badan terasa malas beraktivitas, perut mulas, pegal, merasa lelah dan inginnya marah-marah.</li> <li>- Anak L mengatakan kadang mendapatkan haid 2 kali sebulan.</li> <li>- Keluarga mengatakan tidak tahu penyebab, akibat, cara perawatan nyeri haid.</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak L Tampak malas</li> <li>- Nyeri bila ditekan pada abdomen</li> </ul>	Gangguan rasa nyaman, nyeri haid pada keluarga Bapak A khususnya Anak L berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami nyeri haid

(Sumber: Achjar, 2012)

#### j. Diagnosis keperawatan

Menurut Achjar (2012) diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis seperti:

##### 1) Diagnosis sehat/*wellness*,

Diagnosis sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen *problem* (P (*problem*)) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E). Contoh perumusan diagnosis sehat/*wellness*: potensial peningkatan kemampuan keluarga Bapak A dalam meningkatkan kesehatan reproduksi pada ibu N.

##### 2) Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S). Contoh diagnosis risiko: risiko cedera pada keluarga Bapak A khususnya ibu N berhubungan

dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan hipertensi.

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). Contoh diagnosis nyata/aktual: gangguan cerebral pada keluarga bapak A khususnya ibu N berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga dengan hipertensi. Perumusan *problem* (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar, sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

- a) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
  - (1) Persepsi terhadap keparahan penyakit
  - (2) Pengertian
  - (3) Tanda dan gejala
  - (4) Faktor penyebab
  - (5) Persepsi keluarga terhadap masalah
- b) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
  - (1) Sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
  - (2) Masalah dirasakan keluarga
  - (3) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami.
  - (4) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
  - (5) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
  - (6) Informasi yang salah
- c) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
  - (1) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit.
  - (2) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
  - (3) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga.

- (4) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- d) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- 1) Keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan
  - 2) Pentingnya *higiyene* sanitasi
  - 3) Upaya pencegahan penyakit
- e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
- 1) Keberadaan fasilitas kesehatan
  - 2) Keuntungan yang didapat
  - 3) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
  - 4) Pengalaman keluarga yang kurang baik
  - 5) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

Setelah data dianalisis dan ditetapkan masalah keperawatan keluarga, selanjutnya masalah kesehatan keluarga yang ada, perlu diprioritaskan bersama keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga. Prioritas masalah asuhan keperawatan keluarga seperti tabel 4.

Tabel 4  
Prioritas Masalah

Kriteria	Skor	Bobot
Sifat Masalah:		
a. Aktual	3	1
b. Risiko	2	
c. Potensial	1	
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan:		
a. Mudah	2	2
b. Sebagian	1	
c. Tidak dapat	0	
Potensi masalah untuk dicegah:		
a. Tinggi	3	1
b. Cukup	2	
c. Rendah	1	
Menonjolnya masalah:		
a. Segera diatasi	2	1
b. Tidak segera diatasi	1	
c. Tidak dirasakan adanya masalah	0	

(Sumber: Komang, 2012)

Penilaian skoring:

- a) Temukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Angka tertinggi adalah 5

- b) Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria
- c) Skor dibagi dengan angka tertinggi
- d) Kemudian dikalikan dengan bobot skor
- e) Jumlahkan skor dari semua kriteria

**k. Perencanaan keperawatan**

Tahap berikutnya setelah merumuskan diagnosis keperawatan keluarga adalah melakukan perencanaan. Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dirumuskan untuk mengatasi atau meminimalkan stresser dan intervensi dirancang berdasarkan tiga tingkat pencegahan. Pencegahan primer untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel, pencegahan sekunder untuk memperkuat garis pertahanan sekunder dan pencegahan tersier untuk memperkuat garis pertahanan resisten.

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).

Tabel 5  
Contoh Rencana Keperawatan Keluarga

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
Gangguan rasa nyaman, nyeri haid pada keluarga Bapak A khususnya Anak L berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami nyeri haid.	Tujuan umum: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 minggu, diharapkan nyeri haid berkurang			
	Tujuan Khusus: Setelah pertemuan 6x45 menit, keluarga mampu: 1. Menegal masalah nyeri haid dengan: a. Menjelaskan apa yang dimaksud nyeri haid	Respon Verbal	Haid adalah peristiwa meluruhnya lapisan dinding rahim yang banyak meng andung pembuluh kembali penger darah	Diskusikan dengan keluarga pengertian haid. Anjurkan keluarga untuk mengungkap kembali pengertian haid
	b. Menjelaskan tanda/gejala haid	Respon Verbal	Menyebutkan 5 dari 8 tanda/ gejala yang terjadi sebelum haid: malas beraktivitas, lemas, mudah lelah, emosi labil, kram perut, nyeri kepala, pingsan, sakit pada payudara.	Diskusikan tanda dan gejala yang biasanya terjadi pada anak L Anjurkan keluarga untuk menyebutkan kembali tanda sebelum haid.  Beri pujian atas jawaban yang benar.
	c. Menjelaskan penyebab haid.	Respon Verbal	Menyebutkan 3 dari 4 penyebab nyeri haid: hormon, posisi rahim, penyakit infeksi rahim, faktor psikis seperti stress	Diskusikan bersama keluarga penyebab nyeri haid. Motivasi keluarga untuk mengulang kembali penyebab nyeri haid. Jelaskan kembali tentang hal-hal yang telah didiskusikan.
	2. Mengambil keputusan untuk mengatasi masalah nyeri haid: a. Menjelaskan akibat yang	Respon Verbal	Menyebutkan akibat bila nyeri haid tidak diatasi seperti syok, TD/ N/RR meningkat.	Identifikasi akibat nyeri haid yang lalu. Motivasi keluarga untuk mengungkap kan kembali akibat nyeri haid bila tidak diatasi.

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Standar Evaluasi	Rencana Intervensi
	terjadi bila nyeri haid tidak diatasi.			
	b. Mengambil keputusan untuk mencegah nyeri haid agar tidak bertambah parah.	Respon Verbal	Keputusan keluarga untuk mengatasi nyeri haid agar tidak bertambah berat.	Diskusikan dengan keluarga tentang rentangan nyeri yang dialami remaja untuk mengambil keputusan selanjutnya. Gali pendapat keluarga bagaimana cara mengatasi nyeri haid. Motivasi keluarga untuk memutuskan mengatasi nyeri haid secara tepat. Beri reinforcement atas keputusan yang diambil keluarga.
	3. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam perawatan nyeri haid	Respon Verbal	Menciptakan suasana rumah yang tenang, kembangkan komunikasi yang terbuka, menyediakan waktu dan menjadi pendengar yang baik bagi remaja.	Diskusikan dengan keluarga tentang lingkungan dan komunikasi yang efektif untuk mengurangi nyeri haid. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya tentang hal yang belum jelas
	4. Keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan bila nyeri haid berlanjut: a. Menyebutkan manfaat fasilitas kesehatan.	Respon Verbal	Menjelaskan manfaat fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri bila haid berlanjut.	Klarifikasi pengetahuan keluarga tentang manfaat fasilitas kesehatan. Diskusikan dengan keluarga tentang manfaat pelayanan kesehatan. Anjurkan keluarga untuk periksa ke pelayanan kesehatan bila haid lebih dari 1 kali sebulan dengan jumlah banyak dan rasa nyeri hebat.
	b. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	Respon Psikomotor	Kunjungan keluarga ke fasilitas kesehatan bila haid lebih dari satu kali sebulan.	Tanyakan perasaan keluarga setelah mengunjungi fasilitas kesehatan.

## **l. Implementasi**

Menurut Achjar 2012 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.

## **m. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan sekumpulan informasi yang sistematis berkenaan dengan program kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait progres karakteristik (Patton, 1986) dalam kerja dan efektifitas dari serangkaian program yang digunakan terkait kegiatan, karakteristik dan hasil yang telah dicapai (Patton, 1986 dalam Helvie, 1998). Program evaluasi dilakukan untuk memberikan informasi kepada perencana program dan pengambil kebijakan tentang efektifitas dan efisiensi program. Evaluasi merupakan sekumpulan metode dan keterampilan untuk menentukan apakah program sudah sesuai dengan rencana dan tuntutan keluarga.

Program evaluasi digunakan untuk mengetahui seberapa tujuan yang ditetapkan telah tercapai dan apakah intervensi yang dilakukan efektif untuk keluarga setempat sesuai dengan kondisi dan situasi keluarga, apakah sesuai dengan rencana atau apakah dapat mengatasi masalah keluarga. Evaluasi ditujukan untuk menjawab apa yang menjadi kebutuhan keluarga dan program apa yang dibutuhkan keluarga, apakah media yang digunakan tepat, ada tidaknya program perencanaan yang dapat diimplementasikan, apakah program dapat menjangkau keluarga, siapa yang menjadi target sasaran program, apakah program yang dilakukan dapat memenuhi kebutuhan keluarga. Evaluasi juga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dalam perkembangan program dan penyelesaiannya.

Program evaluasi dilaksanakan untuk memastikan apakah hasil program sudah sejalan dengan sasaran dan tujuan, memastikan biaya

program, sumber daya dan waktu pelaksanaan program yang telah dilakukan. Evaluasi juga diperlukan untuk memastikan apakah prioritas program yang disusun sudah memenuhi kebutuhan keluarga, dengan membandingkan perbedaan program terkait keefektifannya.

Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi program merupakan proses mendapatkan dan menggunakan informasi sebagai dasar proses pengambilan keputusan, dengan cara meningkatkan upaya pelayanan kesehatan. Evaluasi proses, difokuskan pada urutan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil. Evaluasi hasil dapat diukur melalui perubahan pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan perubahan perilaku.

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif, menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektifitas pengambilan keputusan. Pengukuran efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga, didokumentasikan dalam SOAP (*subjektif, objektif, analysis, planning*).