BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuha Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Model konsep keperawatan yang dijelaskan oleh Virginia Handerson adalah model konsep aktivitas sehari-hari dengan memberikan gambaran tugas perawat yaitu mengkaji individu baik yang sakit atau sehat dengan memberikan dukungan kepada kesehatan, penyembuhan serta agar meninggal dengan damai.

Pemahaman konsep tersebut dengan didasari kepada keyakinan dan nilai yang dimilikinya di antaranya: *pertama,* manusia akan mengalami perkembangan mulai dari pertymbuhan dan perkembangan dalam rentang kehidupan; *kedua,* dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari individu akan mengalami ketergantungan sejak lahir hingga menjadi mandiri pada dewasa yang dapat dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan dan kesehatan; *ketiga,* dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari individu dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok diantaranya:

a. Terhambat dalam melakukan aktivitas
b. Belum dapat melaksanakan aktivitas
c. Tidak dapat melakukan aktivitas (Aziz & Musrifatul, 2014).

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

a. Bernafas secara normal

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

b. Makan dan minum yang cukup

   Perawat harus mampu memberikan penejelasan mengenai tinggi dan berat badan yang normal, kebutuhan nutrisi yang diperlukan. Pemilihan dan

penyediaan makanan, dengan tidak lupa memperhatikan latar belakang dan social klien.

c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)

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

d. Bergerak dan mepertahankan postur yang diinginkan

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

e. Tidur dan istirahat

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

f. Memilih pakaian yang tepat

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

g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan

   Perawat harus mengetahui physiologi panas dan bisa mendorong kearah tercapainya keadaan panas maupun dingin dengan mengubah temperature, kelembaban atau pergerakan undara, atau dengan memotivasi klien untuk meningkatkan atau mengurangi aktifitasnya

h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan

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

i. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

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

j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekpresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini

   Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekpresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat. Perawat menjadi penerjemah dalam hubungan klien

dengan tim kesehtan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat klien mengerti akan dirinya sendiri, juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik

k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan

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

l. Bekerja sedemikian rupa sebagaimodal untuk membiayai kebutuhan hidup

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

m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi

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

n. Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan pengunaan fasilitas kesehatan yang tersedia (Mubarak, 2015).

2. Konsep Kebutuhan Nyeri

a. Definisi Kebutuhan Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersufat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan sangat mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan actual atau pada funsi ego seorang individu persepsi (Haswita & Sulistyowati, 2017)

b. Fisiologis Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkain peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu tranduksi, transmisi, modulasi dan persepsi (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf-saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikiunin, 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 yang menerima sinyal dari seluruh tubu). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak dimana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali dipersepsikan. Pesabn lalu dihantarkan ke cortex, dimana intensitas dan lokasi nyeri di persepsikan. 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 (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Jenis dan bentuk nyeri

Jenis nyeri

1) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:
   a) Nyeri superfisisal: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit mukosa;
   b) Nyeri verisal: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor di rongga abdomen, cranium dan toraks; dan
   c) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di aderah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang dan thalamus
3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini di sebabkan karena faktor psikologi (Haswita & sulistyowati, 2017)

Bentuk nyeri

Table 2.1 Bentuk Nyeri

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor 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 beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembhan total umunya tidak terjadi

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017)

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yan ditemukan diantara kelom usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khusunya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan doantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya denganjenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanyadijumapi

pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan dengan alat reproduksi atau yang secara genetic berperan dalam perbedaan jenis kelamin (Haswita & Sulistyowati, 2017).

3) Kebudayaan

Kebudayaan 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 makan dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

4) Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain (Aziz & Musrifatul, 2014).

5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara actual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Haswita & Sulistyowati, 2017).

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun hal ini tidak selalu

benar, sering kali lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan (Haswita & sulistyowati, 2017).

8) Gaya kopingmekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalankan perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankAnak Secara terus-menerus klien kehilangan control dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017).
9) Dukungan keluarga dan sosial

   Faktor lain 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. Ketidak hadira keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal yang khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri(Haswita & Sulistyowati, 2017).

e. Penatalaksanaan Nyeri
   1) Terapi nyeri farmakologi

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

      a) Analgesic (pereda nyeri) golongan Non Steroid anti Inflamasi (NSAI), misalnya: paracetamol atau asetamonofen (Sumagesic. Panadol, dll), asam mefenamat (Ponstelax, Nichostan, dll), ibuprofen (Ribunal, Ostarin, dll).

b) Obat hormonal.pengobatan dengan obat hormonal ditujukan untuk menekan ovulasi dan penggunaannya hanya atas saran dokter (Atikah & Siti, 2009).

2) Terapi 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 5-15 menit. Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangakan 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 (M. Black & Hokanson Hawks, 2014).

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 & Hokanson Hawks, 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).

f. Respon terhadap nyeri

1) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penialaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluative kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor* (Aziz & Musrifatul, 2014).

2) Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelehan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain (Aziz & Musrifatul, 2014).

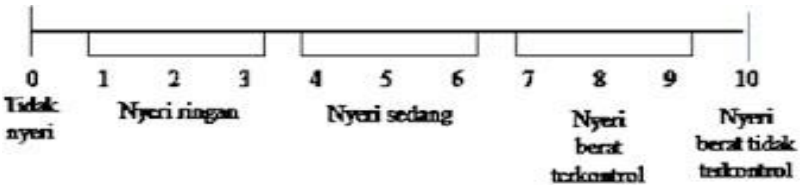
3) Reaksi terhadap nyeri

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).

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



Gambar 2.1 Skala nyeri menurut Hayward
Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

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 pengalaman nyeri yang sangat ia rasakAnak Sakal nyeri menurut Mc Gill sebagai berikut:

0 = Tidak Nyeri

1 = Nyeri Ringan

2 = Nyeri sedang

3 = Nyeri berat atau parah

4 = Nyeri sangat berat

5 = Nyeri hebat

3) Skala wajah menurut wong-baker *FACES ratting scale*

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

Gambar 2.2 Sakla wajah menurut wong-baker FACES ratting scale
Sumber: Haswita & Sulistyowati (2017)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Asuhan keperawatan nyeri

a. Pengkajian

Perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama yakni, riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif (Mubarak & Cahyatin, 2008).

Table 2.2 Mnemonik untuk Pengkajian Nyeri

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

Sumber: Mubarak & Cahyatin (2008)

b. Riwayat nyeri

Saat menkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknua member klien kesempatan utnuk 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 beroping terhadap situasi tersebut. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi :

1) Lokasi

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

2) Intensitas nyeri

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

3) Kualitas nyeri

   Terkadang nyeri seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”. Perawat perku mencatat kata-kata yang digunakan klien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akrat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologi nyeri serta pilihan tindakan yang di ambil.

4) Pola

   Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi dan kekambuhan atau interval nyeri. Perawat perlu mengkaji kapan nyeri terakhir muncul.

5) 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 meicu timbulnya nyeri.

6) Faktor yang menyertai

   Gejala ini meliputi mual, muntah, pusing dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

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

tentang nyeri.

8) Sumber koping

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

9) Respons afektif

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

c. Observasi respons perilaku dan fisiologis

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

d. Penetapan diagnosis

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI, 2017 diagnosis yang muncul pada kasus ini adalah :

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

e. Langkah-langkah dalam proses keperawatan membutuhkan perawat untuk mengumpulkan informasi dari berbagai sumber

1) Tujuan dan kriteria hasil

Ketika menangani nyeri klien, tujuan perawat harus dapat meningkatkan fungsi/ peran klien secara optimal kriteria hasil yang didapatkan untuk tujuan tersebut adalah :

a) Melaporkan bahwa nyeri berada di skala 3 atau kurang pada skala 0 sampai 10
b) Mengidentifikasi faktor-faktor untuk mengurangi nyeri secara aman
c) Tingkat ketidaknyamanan tidak akan menganggu aktivitas harian

2) Menentukan prioritas

Ketika menentukan prioritas pada manajemen nyeri pertimbangkan jenis nyeri yang dialami klien dan efek nyeri terhadap berbagai fungsi tubuh. Damping klien memilih intervensi terhadap sifat dan efek nyeri.

3) Perawatan kolaboratif

Perencanaan yang menyeluruh mencakup berbagai sumber untuk mengontrol nyeri. Sumber-sumber tersebut tersedia meliputi perawat spesialis, dokter ahli farmakologi, terapi fisik, terapis okupasional dan penasehat spiritual (Potter & Perry, 2010).

f. Rencana Keperawatan

Table 2.3
Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
Nyeri akut pada keluarga Bapak A khususunya Anak S b.d Ketidakmampuan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami *Dysmenorrhea*	**Manajemen Nyeri** Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang	1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Adukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihna pernapasan 12. Manajemen efek samping obat

	nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesic Terpeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Pemberian analgesik** Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis, pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik,(mis, narkotika, non-narkotika atau NSAID)dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian	13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pementauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat topical 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan 26. Teknik distraksi 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupresur 29. Terapi akupuntur 30. Terapi bantuan hewan 31. Terapi humor 32. Terapi *murattal* 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. Trancutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

	analgesic 5. Monitor efektifitas analgesik Terapeutik: 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesic optimal, jika perlu 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektif analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien 4. Dokumentasikan respon terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan Edukasi: 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 2. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik,sesuai indikasi	

Sumber : Standar Intervensi keperawatan Indonesia (2018)

g. Implementasi

Terapi nyeri membutuhkan pendekatan secara personal, mungkin lebih pada penanganan masalah klien yang lain. Perawat, klien dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri (Potter & Perry, 2010).

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimualai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujuakan untuk membenatu kloen mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah memebantu klien dalam peningkatan mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memefasilitasi koping. Perencanaan

keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan.

h. Evalusi

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.

2. Asuhan Keperawtan Keluarga

Pengkajian asuhan keperawtan keluarga menurut teori/model Family Center Friedman, meliputi 7 komponen pengkajian yaitu :

a. Data Umum

1) Identitas kepala keluarga
   a) Nama kepala keluarga
   b) Umur (KK)
   c) Pekerjaan kepala keluarga
   d) Pendidikan kepala keluarga
   e) Alamat dan nomor telepon
2) Komposisi anggota keluarga

Table 2.4
Komposisi anggota keluarga

Nama	Umur	Sex	Hubungan dengan KK	pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber : Achjar (2010)

3) Genogram

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

4) Tipe keluarga

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

a) Keluarga tradisional
   (1) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat.
   (2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, missal kakek, nenek, paman dan bibi.
   (3) Kelurga Dyad yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
   (4) Single parent yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandun atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
   (5) Single adult yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
   (6) Keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

b) Keluarga non tradisional
   (1) Commune family, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah.
   (2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.
   (3) Homoseksuak yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

5) Suku bangsa
   a) Asal suku bangsa
   b) Bahasa yang diapkai keluarga
   c) Kebiasaan keluarga yang dipengaruhi suku yang dapat memepengaruhi kesehatan

6) Agama
   a) Agama yang dianut keluarga
   b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan
7) Status sosial ekonomi keluarga
   a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
   b) Jenis pengeluaran keluarga tiap bulan
   c) Tabungan khusus kesehatan
   d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)
8) Aktifitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga
   1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)

      Menurut (Achjar, 2010)
      a) Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru
      b) Tahap II, keluarga sedang mengasuh anak (anak tertua bayi sampai umur 30 bulan)
      c) Tahap III, keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun
      d) Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua usia 6-13 tahun)
      e) Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua usia 13-20 tahun)
      f) Tahap VI, keluarga yang melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)
      g) Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiun)
      h) Tahap VIII, keluarga dalam masa pension dan lansia
   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 menular 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

Menurut (Achjar, 2010)

1) Karakteristik rumah
a) Ukuran rumah (luas rumah)
b) Kondisi dalam rumah 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 terhadap pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan sress)

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

Menurut (Maria, 2017)

1) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskna untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan perasaan dalam berinteraksi.

2) Struktur kekuatan keluarga

Keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga,

mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya.

3) Struktur peran formal

Setiap anggota keluarga emmeiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orangtua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa disepkati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik, maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya, anak yang harus belajar atau bermain jika tak melakukannya tentu orang tua akan gelisah. Begitu pula jika orang tua atau ayah tidak bekerja, tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya.

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang

berhubungan dengan kesehatan (Setiadi, 2008).

e. Fungsi Keluarga

Menurut (Achjar, 2010)

1) Fungsi afektif
   a) Bagaimana cara keluarga mengekspresikan perasaaan kasih sayang
   b) Perasaaan saling memiliki
   c) Dukungan terhadap 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 pearwatan kesehatan seluruh anggota keluarga (bukan hanya kalau sakit diapakan tetapi bagaimana prevensi/ promosi)
   b) Bila ditemui data maladaptive, 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

   Stressor yang dialami keluarga yang waktu penyelesaiannya lebih dari 6 bulan (Maria, 2017).
2) Stressor jangka pendek

   Stressor yang dialami keluarga tetapi bisa ditangani dalam jangka waktu kurang dari 6 bulan (Maria, 2017).
3) Respon keluarga terhadap stress

   Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau

stressor (Setiadi, 2008).

4) Strategi koping yang digunakan

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

5) Strategi adaptasi disfungsional

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

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 genetalia
4) Kesimpulan dari hasi pemeriksaan fisik (Achjar, 2010)

h. Harapan Keluarga

1) Terhadap masalah kesehtan keluarga
2) Terhadap petugas kesehatan yang ada (Achjar, 2010)

i. Analisis Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data di analisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan 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 keluarg 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 maladaptive yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga resiko, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan s*ymptom/sign* (S).

3) Diagnosis nyata/ gangguan

   Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan/ masalah kesehatan di keluarga, dudukung dengan adanya beberapa data maladatif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata/ gangguan, terdiri dari problem (P), etiologi (E) dan syomptom/ sign (S). 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 negative 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 higyene sanitasi
(3) Upaya pencegahan penyakit

e) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
(1) Keberadaan fasilitas kesehatan
(2) Keuntungan yang didapat
(3) Kepercyaaan 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 perlu diprioritaskan bersam keluarga dengan memperhatikan sumber daya dan sumber dana yang dimiliki keluarga.

Tabel 2.5
Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

KRITERIA	BOBOT	SKOR
Sifat masalah	1	Actual = 3 Risiko = 2 Potensial = 1
Kemungkinan masalah untuk dipecahkan	2	Mudah = 2 Sebagian = 1 Tidak dapat = 0
Potensi masalah untuk dicegah	1	Tinggi = 3 Cukup = 2 Rendah = 1
Menonjolnya masalah	1	Segera diatasi = 2 Tidak segera diatasi = 1 Tidak diarsakan adanya masalah = 0

Sumber : Achjar (2010)

j. Perencanaan

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari

tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Penetapan tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem/masalah (P) dikeluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek menggunakan *SMART (S=spesifik, M=measurable/dapat diukur, A=achievable/dapat dicapai, R=reality, T=time limited*/punya limit waktu) (Achjar, 2010).

Tabel 2.6
Rencana Keperawatan pada Klien *Dysmenorrhea*

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	STANDAR EVALUASI	RENCANA INTERVENSI
Nyeri akut pada keluarga Bapak A khususunya Anak S b.d Ketidakmampuan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami *Dysmenorrhea*	Tujuan umum: Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada keluarga diharapkan masalah nyeri haid dapat teratasi			
	Tujuan khusus: Setelah melakukan 4 kali pertemuan keluarga mampu : 1. Mengenal masalah nyeri haid : a. Menjelaskan apa definisi haid	Respon verbal	Haid adalah pengeluaran darah dan sel-sel tubuh dari vagina yang berasal dari dinding rahim perempuan secara periodik. Nyeri haid merupakan suatu gejala dan bukan suatu penyakit. Istilah *Dysmenorrhea* biasa dipakai untuk nyeri haid yang cukup berat.	1. Kaji tingkat pengetahuan tentang haid dan nyeri haid 2. Diskusikan dengan keluarga tentang haid dan nyeri haid 3. Berikan kesempatan kepada keluarga untuk mengulang penjelasan tentang haid dan nyeri haid 4. Beri pujian kepada keluarga

	b. Mejelaskan penyebab nyeri haid	Respon verbal	Menyebutkan 3 dari 4 penyebab nyeri haid : 1. Hormone 2. Posisi rahim 3. Penyakit infeksi rahim 4. Faktor psikis seperti stress, shock	1. Diskusikan dan jelaskan pada keluarga tentang penyebab nyeri haid 2. Menanyakan pada keluarga hal-hal yang belum dimengerti 3. Berikan kesempatan pada keluarga untuk mengulang penyebab nyeri haid 4. Berikan pujian kepada keluarga
	c. Menjelaskan tanda dan gejala nyeri haid	Respon verbal	Menyebutkan 4 dari 8 tanda/gejala yang biasanya terjadi sebelum haid : 1. Nyeri di perut bagian bawah sebelum dan selama menstruasi 2. Nyeri punggug 3. Lemas 4. Mual 5. muntah 6. Emosi labil 7. Nyeri kepala 8. Kram perut	1. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala nyeri haid 2. Diskusikan bersama keluarga tentang tanda dan gejala nyeri haid 3. motivasi keluarga untuk mengulang kembali penyebab nyeri haid 4. berikan pujian kepada keluarga

	2. Mengambil keputusan untuk mengatasi nyeri haid dengan cara : a. Menyebutkan akibat yang terjadi bila nyeri haid tidak diatasi	Respon verbal	Menybutkan akibat bila nyeri haid tidak diatasi akan mengalami : 1. Syok 2. TD/N/RR meningkat	1. Identifikasi akibat nyeri haid yang lalu 2. Motivasi keluarga untuk mengungkapkan kembali akibat nyeri haid bila tidak diatasi
	b. Mengambil keputusan untuk mencegah nyeri haid agar tidak bertambah parah	Respon verbal	Keputusan keluarga untuk mengatasi nyeri haid tidak bertambah parah	1. Diskusikan dengan keluarga tentang rentangan nyeri yang dialami remaja untuk mengambil keputusan seanjutnya 2. Kaji pengetahuan keluarga bagaimana cara mengatasi nyeri haid 3. Motivasi keluarga untuk memutuskan mengatasi nyeri haid secara tepat 4. Beri reinformancent atas keputusan yang diambil
	3. Merawat keluarga dengan nyeri haid : a. Menjelaskan cara perawatan nyeri haid	Respon verbal	Cara perawatan nyeri haid : 1. Kompresi dengan air hangat	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang perawatan nyeri haid

			2. Mandi air hangat 3. Minum minuman hangat 4. Menggosok perut/ pinggang yang sakit 5. Pengobatan herbal 6. Kurangi makanan bergaram 7. Minum air putih, jus	2. Diskusikan dengan keluarga cara perawatan nyeri haid 3. Motivasi keluarga untuk mengungkapkan kembali apa yang telah dijelaskan 4. Beri pujian kepada keluarga
	b. Mendemostrasikan cara perawatan nyeri haid	Respon psikomotor	Keluarga mendemosnstrasikan kembali cara perawatan nyeri haid dengan pengobatan herbal menggunakan kayu manis	1. Demosntrasikan cara perawatan nyeri haid dengan memberikan pengobatan herbal menggunakan minuman hangat kayu manis 2. Motivasi keluarga untuk reemonstrasi 3. Beri pujian kepada keluarga atas reemonstrasi yang dilakukan
	4. Keluarga mampu memodifikasi lingkungan dalam nyeri haid	Reapon verbal	Menciptkan suasana rumah yang tenang, menyediakan waktu dan menjadi pendengar yang baik bagi remaja	1. Diskusikan dengan keluarga tentang lingkungan dan komunikasi yang tertib untuk mengurangi nyeri haid 2. Beri kesempatan keluarga untuk bertanya tentang hal-

				hal yang belum jelas
	5. Keluarga mampu memanfaatkan pelayan kesehatan bila nyeri haid berlanjut	Respon verbal	Menjelaskan manfaat fasilitas kesehatan yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri haid yang berkelanjutan	1. Kaji pengetahuan keluarga tentang jenis-jenis dan manfaat fasilitas kesehatan 2. Diskusikan dengan keluarga tentang jenis-jenis dan manfaat fasilitas kesehatan 3. Anjurkan untuk periksa kepelayanan kesehatan apabila haid lebih dari 1 kali dalam sebulan dengan jumlah banyak darah haid yang keluar dan nyeri haid yang dirasakan

Sumber: Achjar (2010)

k. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk mrnciptakan keinginan berbuah dari keluarga, memandirikan keluarga (Achjar, 2010).

l. Evaluasi

Pengukuran efektifitas program dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi kesuksesan dalam pelaksanaan program. Evaluasi asuhan keperawatan keluarga, didokumentasikan dalam SOAP (subjektif, objektif, analysis, planning) (Achjar,2010).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian *Dismnorea*

Dysmenorrhea atau nyeri haid merupakan salah satu keluhan gineokologi yang paling umum pada perempuan muda yang datang ke klinik atau dokter. Hampir semua perempuan mengalami rasa tidak nyaman selama haid seperti rasa tidak enak di perut bagian bawah dan baisanya juga seperti mual, pusing, bahkan pingsan (Dito & Ari, 2011).

a. *Dysmenorrhea* perimer adalah nyeri haid yang tidak berhubungan dengan patologi *pelvis makroskopis* (ketiadaan penyakit pada pelvis. Umumnya terjadi pada tahun-tahun pertama setelah *menarchea* (menstruasi pertama).
b. Dismonera sekunder didefinisikan sebagai nyeri haid sebagai akibat dari anatomi dan atau patologi pelvis makroskopis, seperti yang dialami oleh perempuan *endometriosis* atau radang pelvis kronis. Kondisi ini paling sering dialami oleh perempuan berusia 30-45 tahun (Dito & Ari, 2011).

2. Klasifikasi

Dysmenorrhea dibagi menjadi dua menurut Dita (2010), yaitu *Dysmenorrhea primer dan Dysmenorrhea sekunder.*

a. *Dysmenorrhea* perimer adalah nyeri haid yang tidak berhubungan dengan patologi *pelvis makroskopis* (ketiadaan penyakit pada pelvis.

Umumnya terjadi pada tahun-tahun pertama setelah *menarchea* (menstruasi pertama) (Dito & Ari, 2011).

b. Dismonera sekunder didefinisikan sebagai nyeri haid sebagai akibat dari anatomi dan atau patologi pelvis makroskopis, seperti yang dialami oleh perempuan *endometriosis* atau radang pelvis kronis. Kondisi ini paling sering dialami oleh perempuan berusia 30-45 tahun (Dito & Ari, 2011).

3. Etiologi

Secara umum, nyeri haid muncul akibat kontraksi dismitrik miometrium yang menampilkan satu gejala atau lebih, mulai dari nyeri yang ringan sampai berat di perut bagian bawah, bokong dan nyeri spasmodic di sisi medial paha.

a. Penyebab *Dysmenorrhea* 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. Jika kadar psotaglandin yang berlebihan memasuki peredaran darah maka selain *Dysmenorrhea* dapat juga dijumpai efek lainnya seperti, mual, muntah, dan diare.
   2) Faktor kejiwaan atau gangguan psikis

      Remaja yang mempunyai emosional tidak stabil dapat mempengaruhi ambang nyeri yang rendah, sehingga dengan rangsangan nyeri maka akan merasakan kesakitan (Dito & Ari, 2011)

b. Penyebab *Dysmenorrhea* sekunder
   1) Endometriosis (yaitu pertumbuhan jaringan dan dinding rahim pada daerah di luar rahim seperti tuba fallopi atau ovarium)
   2) Penyakit peradangan rongga dalam daerah kemaluan
   3) Peradangan tuba fallopi
   4) Perlengketan abnormal antar organ di dalam perut
   5) Pemakaian IUD (Dita, 2010)

4. Faktor Risiko

Faktor-faktor risiko berikut ini berhubungan dengan episode disminore yang berat:

a. Faktor risiko disminorea primer
   1) Usia saat menstruasi pertama kurang dari 12 tahun
   2) Belum pernah melahirkan anak
   3) Haid memanjang atau dalam waktu lama
   4) Merokok
   5) Riwayat keluarga positif terkena penyakit
   6) Kegemukan

b. Faktor risiko disminorea sekunder
   1) Endometriosis
   2) IUD
   3) Cervical stenosis
   4) Pelvic inflammatory disease (penyakit radang panggul)
   5) Ovarian cysts (kista ovarium) (Dito & Ari, 2011)

5. Penatalaksanaan

a. Pengobatan farmakologi

   Obat-obatan yang lazim digunakan untuk meredakan nyeri menstruasi, diantaranya:

   c) Analgesic (pereda nyeri) golongan Non Steroid anti Inflamasi (NSAI), misalnya: paracetamol atau asetamonofen (Sumagesic. Panadol, dll), asam mefenamat (Ponstelax, Nichostan, dll), ibuprofen (Ribunal, Ostarin, dll).

   d) Obat hormonal.pengobatan dengan obat hormonal ditujukan untuk menekan ovulasi dan penggunaannya hanya atas saran dokter (Atikah & Siti, 2009).

b. Pengobatan non farmakologi

1) Hindari stress

Sebisa mungkin hidup dengan tenang dan bahagia,tidak usah terlalu banyak pikiran terutama pikiran negative yang menimbulkan kecemasan.

2) Lakukan peregangan (*streching*) antinyeri haid setidaknya 5-7 hari sebelum haid. Untuk dapat memastikan waktu secara tepat, buatlah kalender haid untuk mencatat jadwal datang dan berakhirnya haid setiap bulan. Cara melakukan peregangan untuk meredakan nyeri sebagai berikut:

a) Lakukan pemanasan ringan dengan berlari-lari di tempat. Tarik napas dalam dan hembuskan secara perlahan-lahan dan selama mungkin. Lakukan secukupnya, kemudian lemaskan otot-otot tangan kaki, pinggang dan leher.

b) Setelah itu berbaringlah di matras dengan posisi telentang dengan kedua tangan di samping badan arapatkan kedua kaki, kemudian perlahan-lahan angkat kedua kaki hingga membentuk sudut 90˚ dan tahan selama beberapa detik. Setelah itu lruskan kaki hingga menyentuh astas muka tahan beberapa detik, lalu kembalikan pada posisi semula saat kaki lurus. Ulangi gerakan ini hingga 8 kali.

c) Ambil napas untuk memulihkan energy. Baringkan badan dengan posisi telentang. Kedua tangan lurus diatas kepala. Angkat kedua kaki dengan posisi lurus bersamaan dengan badan hingga membentuk sudut 120˚. Setelah itu, raihlah lutut dengan kedua tangan, tahan posisi ini hingga beberapa detik. Setelah itu, kembalikan lagi posisi semula, ulangi gerakan ini hingga 8 kali. Setelah itu cukup beristirahat, lakukan gerakan ini setiap hari sepanjang 5-7 hari sebelum haid (Dito & Ari, 2011).

3) Selama haid jangan melakukan olahrga berat atau bekerja berlebihan sehingga menyebabkan kelelahan.

4) Lakukan pengobatan herbal seperti dengan menggunakan minuman hangat kayu manis. Rempah yang beraroma manis ini mengandung asam sinemik yang bermanfaat untuk meredakan berbagai nyeri, termasuk nyeri haid. Kita bisa menggunakn dalam bentuk minyak kayu manis, bubuk kayu manis, ataupun batang kayu manis. Cara membuat minuman hangat kayu manis yaitu:
   a) Campurkan rempah kayu manis kedalam air hangat, lalu minumlah untuk mencegah dan mengatasi nyeri.
   b) Bisa juga ditambahkan pada the dan diberi madu murni secukupnya.
   c) Biasakan meminum ramuan ini bila nyeri muali terasa (Dito & Ari, 2011).

   Penelitian yang dilakukan oleh Universitas Ilam Iran (2015) diketahui bahwa cinnamaldehyde atau kayu manis memiliki efek antispasmodek. Selain itu, eugenol dapay mencegah biosintesis prostaglandin dan mengurangi peradangan. Kayu manis juga mengandung berbagai vitamin, seperti vitamin A, thiamin, riboflavin dan asam askorbat, kayu manis memiliki efek yang signifikan terhadap pengurangan rasa sakit, perdarahan menstruasi, mual dan muntah akibat dismenora primer dan tidak ada efek samping yang ditimbulkan (Devi 2018).
5) Kompres dengan botol panas (hangat) tepat pada bagian yang terasa kram (bisa di perut atau pinggang bagian belakang) (Atikah & Siti, 2009).

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Dito & Ari, 2011)

a. Diagnosis banding

   Diagnosis banding yang paling penting dari *Dysmenorrhea* primer adalah *Dysmenorrhea* sekunder. Dugaan lainnya yang juga perlu diwaspadai antara lain: *Secondary dysmenorrheal* karena *endometriosis*

(*Dysmenorrhea* yang disebabkan karena endometriosis), *Ovarian cysts* (kista indung telur), *Pelvic inflammatory disease* (penyakit radang panggul)

b. Pemeriksaan laboratorium
   1) Tidak ada tes spesifik untuk diagnosis disminorea primer. Diagnosis ditegakkan berdasarkan *clinical findings* (penemuan klinis oleh dokter)
   2) Pemeriksaan berikut ini dapat dilakukan untuk menyingkirkan penyebab organic disminorea.
      a) *Cervical culture* (kultur serviks) untuk menyingkirkan *sexually transmited diseases* (penyakit menular seksual)
      b) Kadar *human chorionic gonadotropin* (HCG) untuk menyingkirkan dugaan atau kemungkinan kehamilan ektopik. HCG merupakan hormone yang dikeluarga (dieksresikan) selama perkemabngan embrio atau janin.
   3) Pemeriksaan *laparoscopic* (menggunakan laparoscopy) merupakan prosedur tunggal yang paling bermanfaat. Ini meliputi survey diagnostic yang lengkap pada pelvis dan organ reproduktif untuk memastikan adanya proses patologi apapun yang bermakna secara klinis atau menimbulkan gejala-gejala klinis.

4. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Menurut Friedman, 1998 dikutip dalam (Achjar, 2010), 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. Tipe Keluarga

Berbagai bentuk dan tipe keluarga berdasarkan sumber, deibedakan berdasarkan keluarga tradisional dan keluarga non tradisional seperti:

Menrut Allender & Sparadley (2001) yang dikutip dalam (Achjar, 2010), membagi tipe keluarga berdasarkan:

a. Keluarga tradisional
    1) Keluarga inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat
    2) Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi
    3) Keluarga *Dyad* yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak
    4) *Single parent* yaitu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian
    5) *Single adult* yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja
    6) keluarga usia lanjut yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut
b. keluarga non tradisional
    1) *Commune family* yaitu lebih dari satu keluarga tenpa pertalian darah hidup serumah
    2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga
    3) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hisup bersama dalam satu rumah tangga

3. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atu konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungdi keluarga menurut Frideman (1998); Setiawati & Dermawan (2005) yang dikutip dalam (Achjar, 2010) yaitu:

a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluraga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik sennag maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih saying

b. Fungsi sosialisasi

Bagaimana keluarga produktif terhadap sosial dan bagaimana keluarga memperkenalkan anak dengan dunia luar dengan belajar berdisiplin, mengenal budaya dan norma melalui hubungan interaksi dalam keluarga sehingga mampu berperan dalam masyrakat

c. Fungsi perawatan kesehatan

Merupsksn fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pememnuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga

d. Fungsi ekonomi

Untuk emmenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumer dana keluarga

e. Fungsi biologis

Bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya

f. Fungsi psikologis

Terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih saying dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.

g. Fungsi pendidikan

Diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidika nak sesuai dengan tingkatan perkembangannya

4. Tahapan dan Tugas Perkembangan Keluarga

Tahap perkembagan keluarga menurut Duvall & Miller (1985); Carter & Mc Goldrick (1988) dikutip dalam buku (Achjar, 2010), mempunyai tugas perkembangan berbeda seperti:

a. Tahap I, keluarga pemula atau pasangan baru

Tugas perkembangannya antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkewinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mepersiapkan diri menjadi orang tua.

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

Tugas perkembangannya yaitu membentuk ekluarga 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 pasnagan.

c. Tahap III, keluarga dengana nak usia prasekolah (anak tertua berumur 2-6 tahun)

Tugas perkembangannya yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mengintegrasikan anak yamg baru sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lainnya, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan niali dan norma kehidupan, muali mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

d. Tahap IV, keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berumur 6-13 tahun)

   Tugas perkebangannya yitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, memepertahankan hubungan perkawinan yang memeuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

e. Tahap V, keluarga dengan anak remaja (anak tertua berumur 13-20 tahun)

   Tgas perkembangannya yaitu meningkatkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, berkomunikasi secraa terbuka anatar orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

f. Tahap VI, kelaurga yang melepas anak usia dewasa muda (mecakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

   Tugas perkembangannya yaitu memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapat melalui perkawinan anak-anak, melanjutkan untuk memperbaharui hubungan perkawinan, membantu orang tua lanjut usia dan skit sakitan dari suami maupun istri, membantu anak mandiri, mempertahankan komunikasi, memperluas hubungan keluarga antara orang tua dengan menantu, menata kembali peran danfungdi keluarga ssetelah ditingglkan anak.

g. Tahap VII, orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pensiunan)

   Tugas perkembangannya yaitu menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti para orang tua dan lansia, meperkokoh hubungan perkawinan, menjaga keintiman, merencanakan kegiatan yang akan datang, meperhatikan kesehatan masing-masing pasangan, tetap menjaga komunkasi dengan anak-anak.

h. Tahap VIII, keluarga dalam masa pension dan lansia

   Tugas perkembangannya adalah mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan terhadap pendapatan ysng menurun, memperthankan hubungan perkawinan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mepertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan untuk memhami eksistensi mereka, mngasuh cuuc.

5. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah:

a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

   Ternasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.

b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputuasan

   Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah diaraskan keluara, bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

   Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan,sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan

Pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upsys pemeliharaaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, keberadaan fasilitas kesehatan yang aada (Achjar, 2010).