

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori *Dismenore*

1. Pengertian *dismenore*

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

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

bersifat seperti kejang ini akan mereda atau hilang dengan sendirinya setelah darah haid mulai mengalir (Asrinah et al., 2011).

2. Klasifikasi *dismenore*

Secara klinis, *dismenore* dibagi menjadi dua, yaitu *dismenore* primer (esensial, intrinsik, idiopatik) dan *dismenore* sekunder (ekstrinsik, yang diperoleh, *acquired*). Dua jenis *dismenore* ini merupakan yang paling banyak ditemui (Anurogo & Wulandari, 2011).

a. *Dismenore* primer

Dismenore primer (essensial, instrinsik, idiopatik) tidak terdapat hubungan dengan kelainan ginekologi. Ini merupakan nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan pada alat genital yang nyata. *Dismenore* primer terjadi beberapa waktu setelah *menarche* biasanya setelah 12 bulan atau lebih, oleh karena siklus haid pada bulan pertama setelah *menarche* umumnya berjenis anovulatoar yang tidak disertai dengan rasa nyeri. Rasa nyeri timbul tidak lama sebelumnya atau bersama – sama dengan permulaan haid dan berlangsung untuk beberapa jam. Walaupun dalam beberapa kasus dapat berlangsung beberapa hari. Sifat rasa nyeri adalah kejang berjangkit – jangkit, biasanya terbatas pada perut bawah, tetapi dapat menyebar kedaerah pinggang dan paha. Bersamaan dengan rasa nyeri dapat dijumpai rasa mual, muntah, sakit kepala, diare, iritabilitas, dan sebagainya (Purwaningsih & Fatmawati, 2010).

b. *Dismenore* sekunder

Dismenore sekunder (ekstrinsik, yang diperoleh, *acquired*) disebabkan oleh kelainan ginekologik (endometrosis, adenomiosis, dan lain – lain) dan juga karena pemakaian IUD (Purwaningsih & Fatmawati, 2010). *Dismenore* sekunder

seringkali mulai muncul pada usia 20 tahun dan lebih jarang ditemukan serta terjadi pada 25% wanita yang mengalami *dismenore*. Tipe nyeri hampir sama dengan *dismenore* primer, namun lama nyeri dapat melebihi periode menstruasi dan dapat juga terjadi saat tidak menstruasi (Nugroho & Utama, 2014).

3. Etiologi *dismenore*

Secara umum, nyeri haid muncul akibat kontraksi disritmik miometrium yang menampilkan suatu gejala atau lebih, mulai dari nyeri yang ringan sampai berat di perut bagian bawah, bokong, dan nyeri spasmodik di sisi medial paha. Riset biologi molekuler terbaru berhasil menemukan kerentanan gen (*susceptibility genes*), yaitu memodifikasi hubungan antara merokok pasif (*passive smoking*) dan nyeri haid (Anurogo & Wulandari, 2011). Berikut adalah penyebab nyeri haid berdasarkan klasifikasinya :

a. Penyebab *dismenore* primer

1) Faktor endokrin

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

2) Faktor organik

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

3) Faktor kejiwaan atau psikis

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

4) Faktor konstitusi

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

5) Faktor alergi

Teori ini dikemukakan setelah memperhatikan adanya asosiasi antara *hipermenorea* dengan urtikaria migrain atau asma bronkele. Smith menduga bahwa sebab alergi adalah toksin haid (Purwaningsih & Fatmawati, 2010).

b. Penyebab *dismenore* sekunder

- 1) Infeksi : nyeri sudah terasa sebelum haid
- 2) *Myoma* submucosa, *polyp corpus uteri* : nyeri bersifat kolik
- 3) Endometriosis : nyeri disebabkan
- 4) *Retroflexio uteri fixate*

- 5) Stenosis kanalis servikalis
- 6) Adanya AKDR : tumor ovarium (Aspiani, 2017).

4. Patofisiologi *dismenore*

a. *Dismenore* primer

Mekanisme terjadinya nyeri pada *dismenore* primer diterangkan sebagai berikut. Bila tidak terjadi kehamilan, maka korpus luteum akan mengalami regresi dan hal ini akan mengakibatkan penurunan kadar progesteron. Penurunan ini akan mengakibatkan labilisasi membran lisosom, sehingga mudah pecah dan melepaskan enzim *fosfolipase A2*. Enzim ini akan menghidrolisis senyawa *fosfolipid* yang ada di membran sel endometrium; menghasilkan asam arakhidonat. Adanya asam arakhidonat bersama dengan kerusakan endometrium akan merangsang kaskade asam arakhidonat yang akan menghasilkan prostaglandin, antara lain PGE2 dan PGF2 alfa. Wanita dengan *dismenore* primer didapatkan adanya peningkatan kadar PGE dan PGF2 alfa di dalam darahnya, yang akan merangsang miometrium dengan akibat terjadinya peningkatan kontraksi dan disritmi uterus. Akibatnya akan terjadi penurunan aliran darah ke uterus dan ini akan mengakibatkan iskemia. Prostaglandin sendiri dan endoperoksid juga menyebabkan sensitisasi dan selanjutnya menurunkan ambang rasa sakit pada ujung – ujung saraf *aferen nervus pelvici* terhadap rangsang fisik dan kimia (Aspiani, 2017).

b. *Dismenore* sekunder

Dismenore sekunder dapat terjadi kapan saja setelah haid pertama, tetapi yang paling sering muncul di usia 20 – 30 tahunan, setelah tahun – tahun normal dengan siklus tanpa nyeri. Peningkatan prostaglandin dapat berperan pada *dismenore* sekunder. Namun, penyakit pelvis yang menyertai haruslah ada.

Penyebab yang umum, di antaranya termasuk endometriosis (kejadian di mana jaringan endometrium berada di luar rahim, dapat ditandai dengan nyeri haid), *adenomyosis* (bentuk endometriosis yang *invasive*), polip endometrium (tumor jinak di endometrium), *chronic pelvic inflammatory disease* (penyakit radang panggul menahun), dan penggunaan peralatan kontrasepsi atau IU(C)D [*intrauterine (contraceptive) device*]. Hampir semua proses apapun yang memengaruhi *pelvic viscera* (bagian organ panggul yang lunak) dapat mengakibatkan nyeri pelvis siklik (Anurogo & Wulandari, 2011).

5. Tanda dan gejala *dismenore*

a. *Dismenore* primer

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

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

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

b. *Dismenore* sekunder

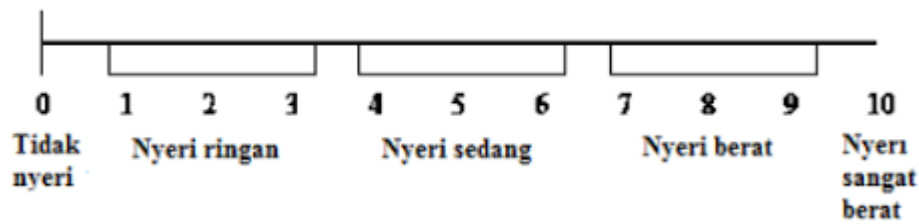
Nyeri dengan pola yang berbeda didapatkan pada *dismenore* sekunder yang terbatas pada onset haid. Ini biasanya berhubungan dengan perut besar atau kembung, pelvis terasa berat, dan nyeri punggung. Secara klinis, nyeri meningkat secara progresif selama fase luteal dan akan memuncak sekitar onset haid.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

- 1) *Dismenore* terjadi selama siklus pertama atau kedua setelah haid pertama
- 2) *Dismenore* dimulai setelah usia 25 tahun
- 3) Terdapat ketidaknormalan pelvis dengan pemeriksaan fisik, pertimbangkan kemudian endometriosis, *pelvic inflammatory disease* (penyakit radang panggul), dan *pelvic adhesion* (perlengketan pelvis).
- 4) Sedikit atau tidak ada respons terhadap obat golongan NSAID (*nonsteroidal anti-inflammatory drug*) atau obat anti – inflamasi non – steroid, kontrasepsi oral, atau keduanya.

6. Cara mengukur intensitas nyeri pada *dismenore*

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua

orang yang berbeda (Mubarak, 2015). Skala Intensitas Nyeri Deskriptif menurut S. C Smeltzer dan B. G. Bare dijelaskan pada gambar 1 dibawah ini :



Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

Karakteristik paling subjektif pada skala nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang, atau parah. Namun, makna istilah – istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale– VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Skala ini sama halnya dengan skala numerik yang efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Pendeskripsi ini di – *ranking* dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

Pengukuran skala nyeri pada dismenore yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya akan memberikan akurasi pada pengukuran nyeri pada anak hingga

usia dewasa. Skala pengukuran nyeri yang digunakan pada *dismenore* kali ini yaitu : *Verbal Descriptor Scale* (VDS). Skala ini menggunakan nomor (1-10) untuk menggambarkan peningkatan nyeri. Skala yang merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsi. Skala intensitas nyeri deskriptif efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Skala nyeri yang digunakan untuk menentukan derajat *dismenore* yaitu dijelaskan sebagai berikut (Ridwan & Herlina, 2015) :

- 0 : Tidak ada keluhan, nyeri haid/kram pada perut bagian bawah.
- 1-3 : Terasa kram pada perut bagian bawah, masih dapat ditahan, masih dapat melakukan aktivitas dan masih dapat berkonsentrasi belajar.
- 4-6 : Terasa kram perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, nafsu makan berkurang, sebagian aktivitas terganggu dan sulit berkonsentrasi.
- 7-9 : Terasa kram berat pada perut bagian bawah, nyeri menyebar ke pinggang, paha atau punggung, tidak ada nafsu makan, mual, badan lemas, tidak mampu beraktivitas, tidak dapat berkonsentrasi belajar.
- 10 : Terasa kram yang sangat erat pada perut bagian bawah menyebar ke pinggang, kaki dan punggung, tidak ada nafsu makan, mual, muntah, sakit kepala, lemas, tidak mampu berdiri atau bangun dari tempat tidur (Ridwan & Herlina, 2015).

B. Konsep Teori Gangguan Rasa Nyaman pada Pasien *Dismenore*

1. Definisi gangguan rasa nyaman pada pasien *dismenore*

Gangguan rasa nyaman pada pasien *dismenore* merupakan suatu kondisi dimana perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (PPNI, 2016). Pada *dismenore* akan

terjadinya kram pada perut yang menimbulkan adanya nyeri. Hal ini muncul dalam bentuk rasa yang tidak nyaman dan letih, dimana beberapa yang lain menderita rasa sakit yang mampu menghentikan aktivitas sehari – hari (Aspiani, 2017).

2. Penyebab gangguan rasa nyaman pada pasien *dismenore*

Penyebab gangguan rasa nyaman pada pasien *dismenore* yaitu adanya gejala penyakit, kurangnya pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (pengetahuan) dan gangguan stumulus lingkungan (PPNI, 2016). Menurut (Aspiani, 2017), yang berperan terjadinya rasa tidak nyaman pada *dismenore* yaitu prostaglandin, hormin steroid seks, sistem saraf, vasopresin, psikis dan adanya kelainan pelvis.

3. Tanda dan gejala gangguan rasa nyaman pada pasien *dismenore*

Adapun tanda dan gejala gangguan rasa nyaman pada pasien *dismenore* dapat dilihat pada tabel 1 dibawah ini :

Tabel 1
Gejala dan Tanda Mayor & Minor Gangguan Rasa Nyaman

Data	Mayor	Minor
1	2	3
Objektif	Gelisah	Menunjukkan gejala distres Tampak merintih/menangis Pola eliminasi berubah Postur tubuh berubah Iritabilitas
Subjektif	Mengeluh tidak nyaman	Mengeluh sulit tidur Tidak mampu rileks Mengeluh kedinginan/kepanasan Merasa gatal Mengeluh mual Mengeluh lelah

(Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia 2016)

4. Manifestasi klinis gangguan rasa nyaman pada pasien *dismenore*

Menurut (Aspiani, 2017), kadar hormon prostaglandin yang terlalu banyak akan merangsang miometrium sehingga terjadinya peningkatan kontraksi uterus. Akibatnya akan terjadi penurunan aliran darah ke uterus dan ini mengakibatkan terjadinya *iskemia* (penurunan sumplai darah). Kadar prostaglandin yang meningkat ditemukan di cairan endometrium perempuan dengan *dismenore*

berhubungan erat dengan derajat nyeri yang dirasakan serta dapat dibangkitkan atau diperberat oleh keadaan psikis penderita.

C. Konsep Teori Akupresure

1. Pengertian akupresure

Pengobatan Tradisional China (*Traditional Chinese Medicine/TCM*) terdiri dari *bodywork therapy*, *acupuncture* dan *Chinese Herbal*. Akupresure merupakan bagian *Asian bodywork therapy* dan diakui oleh *The American Oriental Bodywork Therapy Association* (AOBTA) dan termasuk kedalam pengobatan alternatif. Pengobatan ini berasal dari pengobatan tradisional di Jepang dan berkembang di Asia lebih dari 5000 tahun yang lalu dan sejalan paradigma pengobatan tradisional China dengan prinsip kerja sama dengan akupunktur dengan menstimulasi dari 14 sistem meridian untuk menyeimbangkan bioenergi di dalam tubuh antara energi *Yin*, *Yang* dan *Qi/chee*. Disepanjang meridian terdapat 400-500 titik – titik saluran energi yang berhubungan dengan organ dalam dan sistem tertentu dan berfungsi sebagai katup yang menyalurkan energi pada seluruh tubuh. Energi tersalurkan akan mempengaruhi emosi, cara berfikir, berfikir yang negatif maka energi yang mengalir akan terhambat/tersumbat, dan masalah kesehatan akan terjadi, sedangkan berfikir positif akan meningkatkan energi (Nurgiwati, 2018).

2. Jenis – jenis akupresure

a. Akupresure shiatsu

Terapi ini berasal dari China, kemudian berkembang di Jepang pada tahun 1900 an, kata *shi* berarti jari tangan, *Atsu* berarti menekan. Pada shiatsu penekanan pada akupoint/titik energi dengan cara menggosok, menekan, memijit, menepuk, memanaskan atau dengan terapi magnetik dapat meningkatkan relaksasi otot,

sirkulasi pembuluh darah dan keseimbangan *Qi*. Seseorang yang dilakukan akupresure memiliki pengalaman yang berbeda tergantung daya sensitifitas dari titik akupresure dan tergantung kepada kondisi kesehatannya.

Terapis telah mengembangkan kemampuan membaca kondisi titik akupresure dan keadaan energi yang berhubungan dengan organ mana dirasakan adanya masalah. Pengkajian pada pasien perlu dilakukan terapi menggunakan baju katun yang longgar, kemudian terapis melakukan tekanan yang lembut di sepanjang meridian tangan, kaki, punggung, leher dan kepala untuk membuka aliran energi, seringkali tekanan yang lembut membawa situasi yang rileks bagi pasien. Pada kondisi ketidakseimbangan tertentu, bermacam teknik tekanan dan ritme dilakukan meliputi cara vibrasi, spiral kedalam dan keluar.

Tujuan terapi ini adalah : menyeimbangkan energi dalam tubuh, relaksasi tubuh, meningkatkan energi, menyeimbangkan tingkatan hormon – hormon dalam tubuh, meningkatkan sirkulasi dan mobilitas otot, sistem imun, menurunkan stres, meningkatkan kesehatan fisik dan spiritual (Nurghiwiati, 2018).

b. *Reflexology/zone therapy*

Reflexology/zone therapy didefinisikan oleh Asosiasi Reflexology Canada adalah : seni penyembuhan secara alami yang berdasarkan kepada prinsip pengaruh refleksi dari kaki, tangan, dan telinga terhadap bagian tubuh, kelenjar, dan organ tubuh. Reflexology diperkenalkan di Amerika pada tahun 1913 oleh William H.Fitzgerald M.D seorang dokter THT, beliau menetapkan bahwa dengan dilakukan pada daerah kaki, tangan dan telinga akan menimbulkan efek anestesi pada daerah lain pada tubuh. Beliau berhasil menemukan 10 zona di tubuh manusia yang membelah secara vertikal mulai di kepala yang menyambung ke bagian tangan

dan kaki membentuk titik refleksi. Apabila suatu zona terkena penyakit, maka organ yang berhubungan dengan zona tersebut akan terkena penyakit. Pada saat tangan terapis menekan bagian dari telapak kaki atau tangan kemudian sinyal dikirim melalui sistem saraf autonomi kepada otak, dan otak bekerja untuk memberikan perintah ke organ mana yang diperbaiki (Nurghiwiati, 2018).

3. Mekanisme kerja akupresure untuk menagatasi gangguan rasa nyaman

Akupresure bekerja dengan menekan titik – titik saluran energi, menimbulkan kelenturan dari otot – otot dan meningkatkan sirkulasi pembuluh darah sehingga akan memperbaiki dan meningkatkan fungsi organ – organ tubuh, mengurangi rasa nyeri, meningkatkan sistem imun, spirit, memperbaiki sistem reproduksi, detoksikasi dan menjaga kesehatan (Nurghiwiati, 2018). Sedangkan menurut (Purwanto, 2013), akupresure ini berfungsi untuk meningkatkan sistem daya tahan tubuh, mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan, membuat rileks tubuh dan pikiran, dan metode terbaik untuk menenangkan kegelisahan dan kecemasan. Akupresure mengobati sakit/gejala penyakit yang muncul dengan cara melakukan penyembuhan atau menghilangkan penyebabnya serta keluhan/gejala/*symptom* yang muncul (Sukanta, 2008).

Teknik akupresure ini dapat mengurangi rasa nyeri melalui peningkatan hormon endorphin, yaitu hormon yang secara alami dapat menghadirkan rasa rileks pada tubuh. Penekanan pada titik akupresure dapat memengaruhi reproduksi endorphin dalam tubuh. Endorphin merupakan molekul – molekul peptid atau protein yang dibuat dari zat yang disebut beta-lipotropin yang ditemukan pada kelenjar pituitary. Endorphin mengontrol aktivitas kelenjar – kelenjar endokrin tempat molekul tersebut tersimpan. Selain itu endorphin dapat memengaruhi daerah

– daerah pengindra nyeri di otak dengan cara yang serupa dengan obat opiate seperti morfin. Pelepasan endorphen dikontrol oleh sistem saraf. Jaringan saraf sensitif terhadap nyeri dan rangsangan dari luar dan jika dipicu dengan menggunakan teknik akupresure akan menginstruksikan sistem endokrin untuk melepaskan sejumlah endorphen sesuai kebutuhan tubuh sehingga mampu meredakan nyeri untuk menciptakan rasa nyaman, merilekskan tubuh dan mengurangi kecemasan (Ridwan & Herlina, 2015).

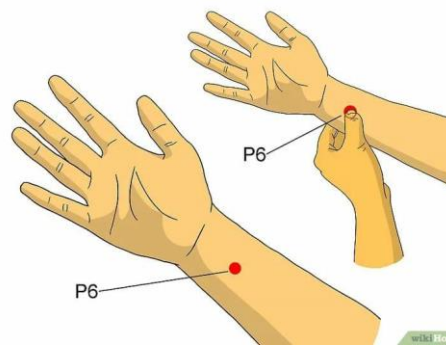
4. Prinsip penatalaksanaan gangguan rasa nyaman dengan akupresure

Titik akupoint yang dilakukan penekanan untuk mengatasi gangguan rasa nyaman pada *dismenore* kali ini yaitu pada titik PC6/P6 (*Neiguan*), L14 (*Hoku/he-qu*) dan SP6 (*San Yin Jiao*). Setiap tekanan dilakukan selama 1-2 menit dan dilakukan sebanyak 5 kali (Rahimsyah, 2015). Berdasarkan Prosedur Operasional Pelaksanaan Akupresure (III) menurut PER-P4RI P3AI (2018), kekuatan tekanan disesuaikan dengan reaksi pengobatan yang diharapkan dan sambil diterapi tanyakan kepada pasien apakah kekuatannya sudah cukup atau kurang sehingga memberi rasa nyaman setelah terapi. Penelitian sebelumnya terbukti bahwa akupresure merupakan terapi yang efektif dalam mengatasi gangguan rasa nyaman jika dilakukan secara rutin dan tidak memiliki efek samping jika dilakukan setiap hari karena akupresure merupakan metode non-invasif yang dapat dilakukan sendiri menggunakan jari tangan dan dapat dilakukan dimana saja (Adam, 2014). Akupresure juga efektif dilakukan secara rutin kepada pasien *dismenore*, hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Julianti (2012), rata – rata kualitas nyeri berbeda secara signifikan antara kelompok yang tidak diberikan terapi akupresure dengan kelompok yang telah diberikan terapi akupresure selama

3 hari pertama fase menstruasi, dengan kata lain secara signifikan bahwa akupresure dapat menurunkan rata – rata kualitas nyeri.

a. Titik PC6 / P6(*Neiguan*)

Titik ini terletak dua jari di bawah pergelangan tangan kanan dan kiri. Titik PC6 (*Neiguan*) dapat mengurangi kecemasan dan membuat tubuh rileks. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya oleh (Julianti, 2012), dimana hasilnya setelah dilakukan akupresure pada titik akupoint *neiguan* adanya penurunan intensitas nyeri yang signifikan. Gambar titik PC6/P6 (*Neiguan*) dapat dilihat dilihat pada gambar 2 dibawah ini:



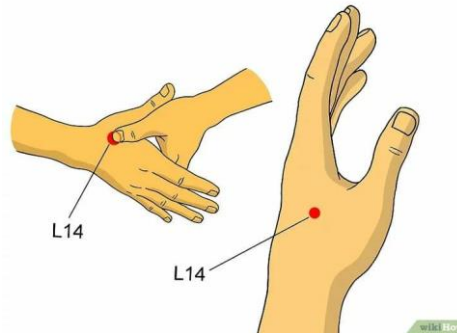
Sumber : id.m.wikihow.com

Gambar 2 Titik Akupresure PC6 (*Neiguan*)

b. Titik L14 (*Hoku/he-qu*)

Titik ini berada diantara jempol dan telunjuk jari tangan kanan dan kiri. Titik L14 (*Hoku/he-qu*) merupakan titik yang paling efektif untuk mengatasi *dismenore* karena selain secara umum mampu meredakan nyeri juga dapat memberikan asupan energi pada organ reproduksi. Pernyataan ini telah dibuktikan oleh beberapa penelitian sebelumnya oleh Julianti (2012), yaitu titik ini jekeftif untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan dan penelitian oleh Zulia,dkk (2017) , dijelaskan

bahwa titik L14 mampu menurunkan nyeri secara signifikan. Titik L14 (*Hoku/he-qu*) dapat dilihat pada gambar 3 dibawah ini :

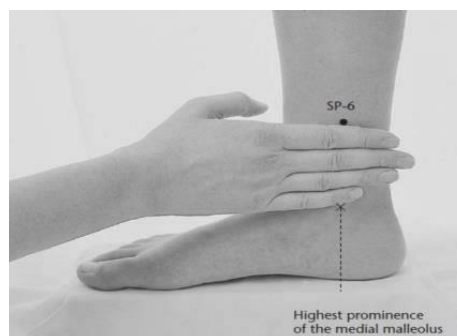


Sumber : id.m.wikihow.com

Gambar 3 Titik Akupresure L14 (*Hoku/he-qu*)

c. Titik SP6 (*San Yin Jiao*)

Titik ini terletak sekitar tiga cun atau sekitar empat dari di atas malleolus internus, tepat di ujung tulang kering. Titik ini mampu merangsang reproduksi hormon endorphin secara alami oleh otak sebagai penawar rasa nyeri (Ridwan & Herlina, 2015). Dalam penelitian Efriyanthi dkk (2015), Titik ini telah terbukti mampu menurunkan tingkat keparahan dismenore. Titik SP6 (*San Yin Jiao*) dapat dilihat pada gambar 4 dibawah ini :



Sumber : docplayer.info

Gambar 4 Titik Akupresure SP6 (*San Yin jiao*)

menurut Nurgiwati (2018), adapun hal – hal yang harus diperhatikan dalam terapi akupresure yaitu :

- 1) Dilakukan satu jam setelah makan
- 2) Menekan dengan kuat zona terkait dengan organ yang sakit
- 3) Hindari melakukan pada kaki yang patah tulang
- 4) Jangan berhenti makan obat sesuai dengan program dokter
- 5) Terapi akan efektif jika dilakukan sehabis mandi dan olah raga
- 6) Hasil akan lebih efektif jika dilakukan secara rutin

5. Standar operasional prosedur terapi akupresure

Standar Operasional Prosedur akupresure yang digunakan dalam penelitian kali ini yaitu Standar Operasional Prosedur yang dikeluarkan oleh kampus Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar.

a. Alat yang dibutuhkan

- 1) Minyak
- 2) Handscoon
- 3) Tissue
- 4) Handuk kecil
- 5) Kom kecil

b. Pre interkasi

- 1) Persiapan alat – alat yang diperlukan
- 2) Cuci tangan

c. Cara kerja

- 1) Tahap orientasi
 - a) Beri salam, panggil responden dengan namanya dan perkenalkan diri (untuk pertemuan pertama)

- b) Menanyakan keluhan/kondisi responden
 - c) Jelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan hal yang perlu di lakukan oleh klien selama terapi akupresure dilakukan
 - d) Berikan kesempatan pada klien atau keluarga untuk bertanya sebelum terapi dilakukan
 - e) Lakukan pengkajian untuk mendapatkan keluhan dan kebutuhan komplementer yang diperlukan
- 2) Tahap kerja
- a) Jaga privasi klien dengan menutup tirai
 - b) Atur posisi klien dengan memposisikan pada posisi terlentang (supinasi), duduk, duduk dengan tangan bertumpu di meja, berbaring miring, atau tengkurap dan berikan pengalas
 - c) Pastikan klien dalam keadaan rileks dan nyaman
 - d) Bantu klien melepaskan pakaian atau aksesoris yang dapat menghambat tindakan akupresure yang akan dilakukan, jika perlu
 - e) Cuci tangan dan gunakan handscoon bila perlu
 - f) Cari titik – titik rangsangan yang ada di tubuh, menekannya hingga masuk ke sistem saraf. Akupresure hanya memakai gerakan tangan dan jari yaitu teknis tekan putar, tekan titik dan tekan lurus
 - g) Titik akupresure untuk mengatasi *dismenore* adalah titik PC6/P6, L14 dan SP6
 - h) Setelah titik ditentukan, oleskan minyak secukupnya pada titik tersebut untuk memudahkan melakukan pemijatan atau penekanan dan mengurangi nyeri lecet ketika penekanan dilakukan

- i) Lakukan pemijatan atau penekanan menggunakan jempol tangan atau jari – jari lain, setiap tekanan dilakukan selama 1-2 menit dan dilakukan sebanyak 5 kali, kekuatan tekanan disesuaikan dengan reaksi pengobatan yang diharapkan dan sambil diterapi tanyakan kepada pasien apakah kekuatannya sudah cukup atau kurang sehingga memberi rasa nyaman setelah terapi. Pemijatan dilakukan pada masing – masing bagian tubuh (kiri dan kanan) kecuali pada titik yang terletak dibagian tengah
- 3) Tahap terminasi
 - a) Beritahu responden bahwa tindakan sudah selesai dilakukan, rapikan klien kembali ke posisi yang nyaman
 - b) Evaluasi perasaan klien
 - c) Berikan *reinforcement* positif kepada klien dan berikan air putih 1 gelas
 - d) Rapikan alat dan cuci tangan
- d. Hasil
 - 1) Evaluasi hasil kegiatan dan respon klien setelah tindakan
 - 2) Lakukan kontrak untuk terapi selanjutnya
 - 3) Akhiri kegiatan dengan cara yang baik

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien *Dismenore* dengan Gangguan Rasa Nyaman

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah data dasar pada proses keperawatan yang dilakukan secara komprehensif dan menghasilkan kumpulan data mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan perawatan terhadap dirinya sendiri, serta hasil konsultasi medis (terapis) atau profesi kesehatan lainnya.

pengkajian keperawatan difokuskan pada respons klien terhadap masalah – masalah kesehatan yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Data yang dikumpulkan untuk menunjang diagnosis keperawatan harus mempunyai karakteristik yang lengkap, akurat dan nyata serta relevan. Data – data yang dikumpulkan dapat diperoleh tidak hanya dari klien sendiri tetapi dapat juga dari orang terdekat (keluarga) klien, catatan klien, riwayat penyakit dahulu, konsultasi dengan terapis, hasil pemeriksaan diagnostik, catatan medis, dan sumber kepustakaan (Nursalam, 2011).

Setelah proses pengumpulan data kemudian mengolahnya menjadi informasi, dan kemudian mengatur informasi yang bermakna dalam kategori pengetahuan, yang dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Pengkajian memberikan kesempatan terbaik bagi perawat untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif dengan pasien. Dengan kata lain, pengkajian adalah aktivitas intelektual dan interpersonal. Perawat perlu mengkaji pasien dari sudut pandang disiplin keperawatan untuk mendiagnosis secara akurat dan untuk memberikan perawatan yang efektif. Ada dua jenis pengkajian : pengkajian skrining dan mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data, keduanya mempunyai tujuan yang berbeda. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data, dan mungkin paling mudah untuk diselesaikan. Pengkajian mendalam lebih fokus, memungkinkan perawat untuk mengeksplorasi informasi yang diidentifikasi dalam pengkajian skrining awal, dan untuk mencari petunjuk tambahan yang mungkin mendukung atau mengugurkan bakal diagnosis keperawatan (NANDA, 2015)

Menurut (Aspiani, 2017), pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dismenore adalah sebagai berikut :

a. Identitas

Pada identitas pasien ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, suku, bangsa, agama, tanggal, jam MRS, nomor register, dan diagnose medis. Pada penderita dengan gangguan menstruasi biasanya pada wanita usia >12-45 tahun.

b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan sering menjadi alasan klien untuk menerima pertolongan kesehatan. Pada *dismenore* biasanya dikeluhkan merasa nyeri dimulai saat haid.

c. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang adalah informasi mengenai keadaan dan keluhan pasien saat timbul *dismenore* yang menyebabkan gangguan rasa yang tidak nyaman. Keluhan pada klien dengan gangguan *dismenore* adalah nyeri dimulai saat haid dan meningkat saat keluarnya darah, disertai mual, muntah, kelelahan dan nyeri kepala.

d. Riwayat penyakit dahulu

Apakah klien pernah mengalami riwayat penyakit seperti DM, hipertensi atau penyakit jantung.

e. Riwayat penyakit keluarga

Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota keluarga yang ada hubungannya dengan operasi misalnya: TBC, DM dan Hipertensi.

f. Riwayat Obstetri

Untuk mengetahui riwayat obstetri pada klien dengan gangguan menstruasi yang perlu diketahui adalah :

1) Keadaan haid

Perlu ditanyakan kapan datangnya *menarche* siklus haid, hari pertama haid terakhir untuk diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, pada sebelum atau sesudah haid, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran tentang keadaan alat kandungan.

2) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

3) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Ditanyakan riwayat kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, kelahirannya normal atau tidak, siapa yang menolong persalinan dan dimana melahirkannya.

g. Pola kebiasaan sehari – hari menurut Virginia Henderson

1) Respirasi

Pada klien dengan gangguan menstruasi frekuensi pernafasan biasanya normal atau meningkat bila disertai dengan nyeri pada saat menstruasi.

2) Nutrisi

Klien dengan gangguan menstruasi biasanya mengalami perubahan pada pemenuhan kebutuhan nutrisi dikarenakan adanya nyeri dan ketidaknyamanan.

3) Eliminasi

Klien dengan gangguan menstruasi biasanya tidak mengalami gangguan dalam eliminasi.

4) Istirahat/tidur

Pada klien dengan gangguan menstruasi biasanya mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur akibat nyeri dan ketidaknyamanan.

5) Mempertahankan temperatur tubuh dan sirkulasi

Pada klien dengan gangguan menstruasi tidak mengalami gangguan dalam hal temperatur tubuh, suhu tubuh 37⁰C.

6) Kebutuhan *personal hygiene*

Klien dengan gangguan menstruasi biasanya tidak mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*.

7) Aktivitas

Pola aktivitas klien dengan gangguan menstruasi dapat terganggu karena adanya nyeri dan ketidaknyamanan.

8) Gerak dan keseimbangan tubuh

Gerak dan keseimbangan tubuh klien dengan gangguan menstruasi terkadang mengalami gangguan karena adanya nyeri dan ketidaknyamanan.

9) Kebutuhan pakaian

Klien dengan gangguan menstruasi tidak mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan berpakaian tersebut.

10) Kebutuhan keamanan

Klien dengan gangguan menstruasi mengalami gangguan dengan keamanan karena adanya nyeri dan ketidaknyamanan.

11) Sosialisasi

Pada data sosial ini dapat dilihat apakah klien merasa terisolasi atau terpisah karena terganggunya komunikasi, adanya perubahan pada kebiasaan atau perubahan dalam

kapasitas fisik untuk menentukan keputusan untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya.

12) Kebutuhan spiritual

Klien yang menganut agama tertentu selama keluar darah haid tidak diperbolehkan melaksanakan ibadah.

13) Kebutuhan bermain dan rekreasi

Klien dengan gangguan menstruasi biasanya tidak memenuhi kebutuhan bermain dan rekreasi karena nyeri dan ketidaknyamanan.

14) Kebutuhan belajar

Bagaimana klien berusaha belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

h. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum klien yang mengalami gangguan menstruasi biasanya lemah dan gelisah.

2) Kesadaran

Kesadaran klien dengan gangguan menstruasi biasanya composmentis jika tidak mengalami *dismenore* berat yaitu sampai tidak sadarkan diri.

3) Tanda – tanda vital

a) Tekanan darah : Normal (120/80 mmHg)

b) Nadi : Normal/Meningkat (>80-100 x/menit)

c) Pernafasan : Normal (>20-24 x/menit)

d) Suhu : Normal (36,5⁰C – 37,5⁰C)

4) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan keadaan kulit kepala.

b) Wajah

Pada daerah wajah yang dikaji bentuk wajah, keadaan mata, hidung, telinga, mulut dan gigi.

c) Mata – telinga – hidung

Apakah konjungtiva pucat atau merah, apakah sklera ikterik.

d) Leher

Perlu dikaji apakah terdapat benjolan pada leher, pembesaran vena jugularis dan adanya pembesaran kelenjar tiroid.

e) Dada dan punggung

Perlu dikaji kesimetrisan dada, ada tidaknya tertraksi *intercostae*, pernafasan tertinggal, suara *wheezing*, *ronchi*, bagaimana irama dan frekuensi pernafasan. Pada jantung dikaji bunyi jantung (interval) adakah bunyi *gallop*, mur – mur.

f) Payudara/*mammae*

Apakah puting susu menonjol atau tidak, apakah ada pembengkakan dan atau nyeri tekan.

g) Abdomen

Ada tidaknya distensi abdomen, bagaimana dengan bising usus, adakah nyeri tekan.

h) Ekstremitas atas dan bawah

Kulit dingin, kering, pucat, *capillary refill* memanjang. Ekstremitas atas dan bawah yang dikaji yaitu kesimetrisannya, ujung – ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya edema.

i) Genetalia

Bagaimana rambut pubis, distribusi, bandingkan sesuai usia perkembangan klien. Kulit dan area pubis, adanya lesi, eritema, visura, leukoplakia dan eksoria labia mayora, minora, klitoris, meatus uretra terhadap perkembangan ulkus, keluaran dan nodul.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis keperawatan yaitu :

a. Penulisan tiga bagian (*Three part*)

Metode penulisan ini terdiri atas Masalah, Penyebab dan Tanda/gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual

b. Penulisan dua bagian (*Two part*)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan (PPNI, 2016).

Menurut (Aspiani, 2017), diagnosis keperawatan pada pasien *dismenore* yaitu: gangguan rasa nyaman, nyeri akut, defisit nutrisi, ansietas, dan defisit pengetahuan. Pada kasus ini diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien *dismenore* yaitu gangguan rasa nyaman berhubungan dengan adanya gejala suatu penyakit ditandai dengan klien mengeluh tidak nyaman karena nyeri, mengeluh lelah dan mual, tidak mampu rileks, sulit tidur, serta klien tampak gelisah dan merintih/menagis.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcomes*) yang diharapkan. Setiap intervensi keperawatan pada standar SIKI terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan (PPNI, 2018). Luaran (*outcomes*) keperawatan merupakan aspek – aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran (*outcomes*) keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi dan kriteria hasil (PPNI, 2018). Berikut merupakan intervensi dari gangguan rasa nyaman dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2
 Tujuan dan Intervensi Asuhan Keperawatan dengan Pemberian Terapi Akupresure
 Untuk Mengatasi Gangguan Rasa Nyaman pada Pasien *Dismenore*

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
Gangguan Rasa Nyaman	SLKI Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 kali kunjungan maka status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Status kenyamanan a. Adanya peningkatan kesejahteraan fisik, psikologis dan rileks b. Keluhan tidak nyaman dan gelisah seperti keluhan sulit tidur, mual, muntah, merintih/menangis menurun 2. Tingkat nyeri a. Adanya peningkatan kemampuan menuntaskan aktivitas b. Keluhan nyeri misalnya meringis, sikap protektif dan gelisah mengalami penurunan.	SIKI 1. Manajemen nyeri Obsevasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri. b. Identifikasi respons nyeri non verbal Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi akupresure pada titik akupoint PC6/P6, L14 dan SP6. Edukasi a. Ajarkan teknik nonfarmakologis terapi akupresure untuk mengurangi rasa nyeri secara mandiri.

(Sumber : Tim Pokja SLKI DPP PPNI Standar Luaran Keperawatan Indonesia 2018)

Tim Pokja SIKI DPP PPNI Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018)

4. Implementasi keperawatan

Implementasi pada proses keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Fase implementasi memberikan tindakan keperawatan aktual dan respons klien yang dikaji pada fase akhir, fase evaluasi (Kozier, 2010). Menurut PPNI (2018), untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan maka tindakan implementasi terdiri atas tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuannya yaitu mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Selama tahap ini perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien (Nursalam, 2011).

5. Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi pada proses keperawatan meliputi kegiatan mengukur pencapaian tujuan klien dan menentukan keputusan dengan cara membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan (Nursalam, 2011). Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah. Evaluasi berjalan kontinu, evaluasi yang dilakukan ketika atau segera setelah mengimplementasikan program keperawatan memungkinkan perawat untuk segera memodifikasi intervensi. Evaluasi yang dilakukan pada interval tertentu menunjukkan tingkat kemajuan untuk mencapai

tujuan dan memungkinkan perawat untuk memperbaiki kekurangan dan memodifikasi rencana asuhan sesuai kebutuhan. Evaluasi pada saat pulang mencakup status pencapaian tujuan dan kemampuan perawatan diri klien terkait perawatan tindak lanjut (Kozier, 2010).

Dalam penerapan proses keperawatan evaluasi didokumentasikan dalam teknik SOAP (subjektif, objektif, analisis, *planning*). Data subjektif yaitu respon verbal yang disampaikan klien di akhir pemberian asuhan keperawatan. Data objektif yaitu menggambarkan respon non verbal klien pada akhir pemberian asuhan keperawatan. Analisis yaitu menggambarkan apakah masalah keperawatan dapat teratasi atau tidak dapat teratasi. Untuk mengetahui keberhasilannya, maka dilakukan perbandingan antara informasi yang didapat dari data subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian dapat ditarik kesimpulan apakah masalah sudah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi. *Planning* merupakan rencana keperawatan lanjutan berdasarkan hasil analisis yang telah dilakukan. Rencana lanjutan tersebut berkaitan dengan rencana keperawatan yang telah dirancang sebelumnya dan difokuskan pada point berapa yang akan dilanjutkan sesuai kebutuhan klien oleh perawat (Kozier, 2010).