

BAB III

LAPORAN KASUS

A. PENGKAJIAN

1. identitas klien

Nama	: Nn. G
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 16 Tahun
Alamat	: Goras Jaya
Status Pernikahan	: Belum Kawin
Pekerjaan	: Siswa
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Penanggung Jawab	
Nama	: Ny. S
Umur	: 45 Tahun
Alamat	: Goras Jaya
Status pernikahan	: Kawain
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Hubungan Dengan Pasien	: Ibu Pasien

2. Riwayat Kesehatann

a. Keluhan Utama:

Nyeri perut bagian bawah

P (Provoking Incident): klien merasakan nyeri karena mengalami menstruasi,

Q (Quality of Pain): klien merasakannyeri seperti diremas-remas,

R (Region): pada perut bagian bawah,

S (Scale of Pain): Skalanyaeri 6 (sedang),

T(Time): nyeri yang dirasakan hilang timbul, klien mengatakan sulit tidur, pola tidur berubah, istirahat tidak cukup,ada lingkaran hitam di bawah mata,konjungtiva an anemis,klien tampak sering menguap.

b. Riwayat Menstruasi

- Umur Menarche : 13 Tahun
- Lama Haid : 7 Hari
- Jumlah darah Haid : 2-4 kali pembalut per hari
- Haid terakhir : 15 Juni 2023
- Gangguan Haid : Nyeri Saat Haid

c. Riwayat Perkawinan

- Pernikahan : belum menikah

d. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

Belum pernah hamil, persalinan dan nifas

e. Riwayat Ginekologi

- Infertilitas : tidak terkaji
- Infeksi virus : tidak pernah
- PMS : tidak pernah
- Operasi kandungan : tidak pernah
- Kanker kandungan : tidak ada
- Myoma : tidak ada
- Perkosaan : tidak pernah

f. Riwayat Keluarga Berencana

- Metode KB yang pernah dipakai : -
- Lama : -
- Komplikasi dari KB : -

g. Riwayat Kesehatan Sekarang

klien mengeluh nyeripada perut bagianbawah,

h. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak menderita penyakit kronik dan menular,tidak ada riwayat pen-yakit alergi

i. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidakada penyakit keturunan dari keluarga

j. Perilaku Yang Mempengaruhi Kesehatan

Klien mengatakan tidakmengonsumsi alcohol,obat-obatan,maupun merokok. Klien menga-takan jarang olah raga hanya olahraga di sekolah.

3. Pemeriksaan Fisik

- | | | |
|----|-------------------|--|
| 1. | Keadaan Umum | Lemah |
| | Tanda-tanda vital | |
| | Tekanan Darah | 120/90 MmHg |
| | Nadi | 90x/menit |
| | Suhu | 37,0 ⁰ C |
| | Pernapasan | 22 x/menit |
| 2 | Mata | Inspeksi : konjungtiva an anemis, mata terlihat agak merah.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Perkusi : -

Auskultasi : - |
| 3 | Abdomen | Inspeksi : tidak ada pembengkakan

Palpasi:ada nyeri tekan di abdomen bagian bawah pada simfisis pubis,nyeri semakin terasa bila pergerakan

Perkusi : -

Auskultasi : - |
| 4 | Genetalia | Klien ganti pembalut di hari pertama 4 kali, diharikedua 4 kalidan di hari ke- tiga 3 kali |

4. Pemeriksaan Pola Aktivitas

Tabel 4 Data pola aktivitas responden

No	Pola sehari-hari	Sebelum Menstruasi	Saat Menstruasi
1.	Pola Nutrisi		
	Makan		
	a. Jenis makanan	Nasi dan lauk.1 porsi	Nasi dan lauk.1 porsi
	b. Jumlah/porsi	3x sehari (pagi,siang, malam) Tidak ada	3x sehari (pagi, siang, malam)
	c. Jadwal	masa-lah	Tidak ada masa-lah
	d. Masalah		
2.	Minum		
	a. Jenis minum	Air putih,susu	Air putih
	b. Jumlah/porsi	±8 gelas/hari Tidak ada Masa-lah	±8 gelas/hari Tidak ada Masa-lah
	c. Masalah		
3.	Pola tidur dan istirahat		
	a. Siang	-	-
	b. Malam	±7 jam	±6 jam
	c. Masalah	Tidak ada masa-lah	Klien mengeluh sulit tidur karena menahan nyeri
4.	Pola Eliminasi		
	BAK		
	Frekuensi	4x sehari	5x sehari
	Konsentrasi	Cair	Cair
	BAB		
	Frekuensi	1x sehari	2x sehari
	Konsentrasi	Lembek	lembek

5. Data Psikologis

- a. Persepsi pasien tentang keluhan/penyakit saat ini adalah cemas
- b. Aspek keadan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari hari, bila ya bagaimana,: tidak ada efek yang ditimbulkan namun pasien terganggu saat menstruasi karena sakit yang amat teras
- c. Harapan yang pasien inginkan: saat menstruasi harapan pasien adalah tidak merasakan nyeri yang berlebihan

- d. Siapa orang yang terpenting bagi pasien: yakni ibu nya
- e. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini: keluarga tidak begitu cemas, namun saat pasien merasa sakit keluarga bingung
- f. Klien tampak cemas

6. Pemeriksaan Penunjang

Belum dilakukan pemeriksaan

B. Analisa Data

Tabel 5 Analisa Data Remaja Dismenore.

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	DS : klien mengatakan nyeripada perut bagian bawah	Kerusakan Jaringan	Nyeri Akut
	DO :	MK : Nyeri Akut	
	a. klien tampak meringis karena menahan nyeri		
	b. Klien tampak gelisah		
	c. Klien merasakan nyeripada abdomen karena menstruasi		
	d. Skala nyeri 6		
	e. Nyeri seperti di remas-remas		
2.	DS : Klien mengatakan sulittidur	Ketidaknyamanan	Gangguan Pola tidur
	DO :	MK : Gangguan pola tidur	
	a. Lingkaran hitam di bawah mata/puff eyes		
	b. Konjungtiva an anemis		
	c. Klien tampak sering menguap		

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

D. Intervensi Keperawatan

Table 6 Intervensi Keperawatan Remaja Disminore

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran	Intervensi keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah	Tingkat nyeri L.08066 (SLKI, 2018) 1. kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat. 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Pola napas membaik 8. Fokus membaik 9. Pola tidur membaik	<p>Intervensi utama :Manajemen nyeri (1.08238)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi respons nyeri non verbal 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Intervensi pendukung Kompres Hangat (1.08253)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi toleransi terhadap latihan 2) Identifikasi jenis latihan, sesuai kebutuhan 3) Periksa tanda vital sebelum dan sesudah latihan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan tatacara kompres hangat yang benar <p>Edukasi</p>

			1) Jelaskan tujuan dan alasan latihan
			2) Anjurkan melakukan kompres hangat secara berkala
2	Gangguan pola tidur b.d kurang control tidur d.d mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, dan mengeluh tidak puas tidur. D.0055 (SDKI 2016)	Pola Tidur(L.05045) (SLKI,2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan tidak puas tidur meningkat 3. Keluhan pola tidur berubah meningkat 4. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat 5. Kemampuan beraktivitas menurun
			Intervensi utamaDukungan tidur Tindakan
			Observasi
			1) identifikasi pola aktivitas dan tidur
			2) Identifikasi factor penganggutidur (fisik dan psikologis)
			3) Identifikasi makanan dan mi- numan yang mengganggu tidur (misalnya kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
			4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
			Terapeutik
			1) Modifikasi lingkungan (misal- nya kebisingan, pencahayaan, suhu, matras, dan tempat tidur)
			2) Batasi waktu tidur siang
			3) Fasilitasi menghilangkan stresssebelum tidur
			4) Tetapkan jadwal tidur rutin
			5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pijat, pengaturan po- sisi, terapi akupresur)
			6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menun- jang siklus tidur sampai terjaga
			Edukasi
			1) Jelaskan pentingnya tidur cukupselama sakit
			2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
			3) Ajarkan faktor - faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misalnyapsikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja)
			4) Ajarkan relaksasi otot autogenicatau cara nonfarmakologi lainnya

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 7 Implementasi Keperawatan Pada Remaja Dismenore

Diagnosa Keperawatan	Waku	Implementasi	Evaluasi
Hari ke 1			
Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Sabtu, 1 Juli 2023 16:00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Mengkaji lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, inten-sitas (gambaran) nyeri yang dirasakan pasien 3. Menanyakan faktor yang memperberat dan mem-peringan nyeri 4. Menanyakan pemahaman tentang nyeri 5. Menanyakan pengaruhnyeri pada kualitas hidup 6. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan: <ul style="list-style-type: none"> Kompres Hangat Prosedur Tindakan <ol style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan b. Masukkan air panas kedalam botol atau masukkan kain lalu peras c. Tempatkan botol atau kain setelah 15 menit dan lakukan kompres berulang jika nyeri belum teratasi <p>Intervensi pendukungkompres hangat (I.08253)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi terhadap latihan 2. Mengidentifikasi jenis latihan prosedur kompres hangat, sesuai kebutuhan 3. Memeriksa tanda vital sebelum dan sesudah latihan <p>Terapiutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan cara kompres hangat sesuai <i>Lampiran</i> SOP 2. Mengatur frekuensikompres hangat, sesuai kemampuan 	<p>S : klien mengatakan nyeri masih terasa</p> <p>O : klien tampak meringis skala nyeri 6 TD:110/80 MmHg RR:20x/menit ND:80x/menit S:37,0</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		Edukasi	
		1. Menjelaskan tujuan dan alasan latihan	
		2. Mendemonstrasikan cara kompres hangat	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur		1. Menanyakan gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	S : Klien mengatakan kesulitan tidur ketika nyeri perut datang, klien mengatakan kemampuan aktivitas menurun
		2. Memonitor kelelahan fisik	O : klien masih tampak sudah lelah
		3. Mengamati lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	A : Masalah belum teratasi
		Terapeutik	P : Intervensi dilanjutkan
		1. Menyediakan lingkungan nyaman	
		2. Memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan seperti relaksasi nafas dalam	
		Edukasi	
		1. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	
Hari Ke 2			
Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Minggu, 2 Juli 2023 16:30	Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi :	S : klien mengeluh perutnya masih terasa nyeri
		1. Mengkaji lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (gambaran) nyeri yang dirasakan pasien	O : klien tampak meringis skala nyeri 4
		2. Menanyakan faktor yang memperberat dan memperringan nyeri	TD: 120/90 MmHg
		3. Menanyakan pemahaman tentang nyeri	RR: 20x/menit ND: 90x/menit S: 36,7
		4. Menanyakan pengaruh nyeri pada kualitas hidup	c
		5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan: Kompres Hangat	A : masalah belum teratasi
		Prosedur Tindakan	P : Intervensi dilanjutkan
		a. Cuci tangan	
		b. Masukkan air panas ke dalam botol atau masukkan kain lalu peras	
		c. Tempatkan botol atau kain setelah 15 menit dan lakukan kompres berulang jika nyeri belum teratasi	
		Intervensi pendukung kompres hangat (L.08253)	
		Observasi	
		4. Identifikasi toleransi terhadap latihan	
		5. Identifikasi jenis latihan prosedur kompres hangat, sesuai kebutuhan	
		6. Periksa tanda vital sebelum dan sesudah latihan	

		<p>Terapiutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan cara kompres hangat sesuai <i>Lampiran SOP</i> Atur frekuensikompres hangat, sesuai kemampuan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan alasan latihan Demonstrasikan cara kompres hangat 	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur		<p>Intervensi utamaDukungan tidur Tindakan Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyediakan lingkungan nyaman Memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan seperti tariknafas dalam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> menganjurkan melakukan aktivitassecara bertahap menganjurkan strategikoping untuk mengurangi kelelahan 	<p>S : klien mengatakan rileks setelah melakukan relaksasi nafas dalam sebelum istirahat</p> <p>O : klien tampak nyaman dengan lingkungan rumah.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Hari ke 3			
Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Senin, 3 Juli 2023 16:30	<p>Intervensi Utama Manajemen NyeriObservasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji lokasi nyeri, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (gambaran) nyeri yang dirasakan pasien Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Menanyakan pemahaman tentang nyeri Menanyakan pengaruhnyeri pada kualitas hidup Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan: <ul style="list-style-type: none"> Kompres Hangat Prosedur Tindakan <ol style="list-style-type: none"> Cuci tangan Masukkan air panas kedalam botol atau masukkan kain lalu peras Tempatkan botol atau kain setelah 15 menit dan lakukan kompres berulang jika nyeri belum teratasi <p>Intervensi pendukungkompres hangat (L.08253)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi toleransi terhadap latihan 	<p>S : klien mengatakan nyerinya berkurang</p> <p>O : klien tampak rileks skala nyeri 2,TD : 110/90 mmHg, Nadi :90x/ menit Suhu :36,5 RR : 20x/menit</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

	8. Identifikasi jenis latihan prosedur kompres hangat, sesuai kebutuhan	
	9. Periksa tanda vital sebelum dan sesudah latihan	
	Terapiutik	
	5. Lakukan cara kompres hangat sesuai <i>Lampiran</i> SOP	
	6. Atur frekuensi kompres hangat, sesuai kemampuan	
	Edukasi	
	5. Jelaskan tujuan dan alasan latihan	
	6. Demonstrasikan cara kompres hangat	

<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur</p>	<p>Intervensi utama Dukungan tidur Tindakan Observasi Menanyakan gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 2. menganjurkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan 	<p>S : Klien mengatakan nyeri sudah tidak terasa saat bergerak dan sudah mampu beraktivitas dan bisa tidur dengan nyaman</p> <p>O : klien tidak mudah lelah lagi dan lebih rileks</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
--	---	--

F. Evaluasi

Tabel 8 Evaluasi keperawatan

No	Diagnosa	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, PQRST: P: klien merasakan nyeri karena mengalami menstruasi Q: klien merasakan nyeri seperti diremas-remas R : pada perut bagian bawah S : Skala nyeri 6 (sedang) T : nyeri yang dirasakan hilang timbul	S : klien mengatakan setelah dilakukan Kompres hangat selama 3 hari nyeri perut bagian bawah berkurang dan tidak terasalagi. O :Pasien tampak tidak meringis lagidan Skala nyeri 2 TD : 110/90 mmHg Nadi :90x/ menit Suhu :36,5 RR : 20x/menit A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan Klien mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup	S : klien mengatakan merasa lebih baik dan tidak kesulitan tidur O : klien tampak rileks A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan