

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas kesumadadi terletak di Jl. Kario Amin, Kecamatan Bekri Kabupaten Lampung Tengah, Puskesmas Kesumadi melayani rawat jalan non rawat inap, masyarakat pada umumnya diwilayah ini mengunjungi puskesmas kesumadadi sebagai faskes pertama diwilayah ini.

B. Analisis Asuhan Keperawatan

1. Analisis Data Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012)

Saat pengumpulan data, peneliti menggunakan metode anamnesa, dan pemeriksaan fisik. Pengumpulan data dilakukan di rumah klien dengan masalah nyeri akut pada remaja dengan dismenore. Setelah mendapatkan data klien yang akan diberikan cara kompres hangat, peneliti melakukan kontrak waktu dengan klien untuk melakukan pengkajian awal. Selama melakukan pengkajian terhadap klien, peneliti tidak banyak mengalami kesulitan dalam mendapatkan informasi yang peneliti butuhkan dari klien.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 01 Juli 2023, keluhan utama klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, dilakukan pengkajian menggunakan pengkajian PQRST: P (Provoking Incident): klien merasakan nyeri karena mengalami menstruasi, Q (Quality of Pain): klien merasakan nyeri seperti diremas-remas, R (Region): pada perut bagian bawah, S (Scale of Pain): Skala nyeri 6 (sedang), T (Time): nyeri yang dirasakan hilang timbul. Klien juga, mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup. Dari pemeriksaan fisik tekanan darah: 120/90 mmHg, nadi: 90x/menit, pernapasan : 22x/menit, suhu: 37,5°C.

2. Analisis Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual maupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang diinginkan (Rohman dan Walid, 2012).

Pada tinjauan kasus, penulis menemukan dua diagnosa keperawatan yaitu pada (1) Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, dilakukan pengkajian menggunakan pengkajian PQRST: P (Provoking Incident): klien merasakan nyeri karena mengalami menstruasi, Q (Quality of Pain): klien merasakan nyeri seperti diremas-remas, R (Region): pada perut bagian bawah, S (Scale of Pain): Skala nyeri 6 (sedang), T (Time):

nyeri yang dirasakan hilang timbul. (2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup.

Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri, gelisah, dan tampak meringis sesuai dengan tanda minor dan mayor Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017. Diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, dan mengeluh tidak puas tidur sesuai dengan tanda minor dan mayor sesuai Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017. Menurut Hidayat (2008) ada tiga diagnosa yang muncul, sedangkan yang ditemukan pada kasus ada dua diagnosa yang ditemukan. Hal ini dikarenakan pada saat pengkajian tidak ditemukan tanda minor dan mayor pada diagnosa ansietas yang ada diteori.

3. Analisis Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang diprakasai oleh perawat, dokter atau intervensi kolaboratif. Intervensi keperawatan yang dapat digunakan berdasarkan teori yaitu, terapi nonfarmakologi yaitu kompres hangat. (Nurarif, 2015). Setelah menentukan keperawatan kemudian penulis menyusun rencana dan tindakan sesuai teori.

Pada kasus intervensi keperawatan yang dilakukan pada klien sesuai dengan diagnosa yang muncul Diagnosa pertama yang ditemukan pada yaitu nyeri akut. Intervensi yang telah disusun oleh peneliti adalah

Observasi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
Identifikasi skala nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri non verbal (3)
Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- c. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- d. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- e. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- f. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- g. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik :

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan kompres hangat
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- a. Jelaskan penyebab, prionde, dan pemicu nyeri,

- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan Kompres hangat.

Intervensi untuk diagnosa kedua yang telah disusun oleh peneliti pada diagnosa Gangguan pola tidur yaitu

Observasi :

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b. Monitor pola dan jam tidur
- c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

Terapeutik :

- a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (cahaya, suara, kunjungan)
- b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Edukasi :

- a. Anjurkan tirah baring
- b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- d. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

4. Analisis Implementasi keperawatan

Implementasi adalah realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohman dan Walid, 2012)

Implementasi yang pertama dilakukan adalah memeriksa tanda-tanda vital yang dilakukan dari tanggal 01 – 03 Juli 2023 pada klien mengalami penurunan skala nyeri dari 6 ke skala nyeri 2. Klien mengalami penurunan skala nyeri dikarenakan adanya pengaruh dari Kompres hangat. Hal ini sesuai dengan teori (Fajrin,dkk 2023). Kompres hangat dapat menurunkan skala nyeri disminore, penelitian penurunan skala nyeri pada remaja putri yang usia menarchenya dini (14) ditemukan remaja yang merasakan penurunan nyeri lebih cepat yaitu $<0,05$).

Implementasi berikutnya adalah melakukan pengkajian nyeri (PQRST) dan menentukan dampak dari pengalaman nyeri terhadap aktivitas sehari-hari yang dilakukan pada tanggal 01 – 03 Juli 2023 selama 3 hari perawatan hasil pengukuran menunjukkan perbaikan nyeri (PQRST) pada klien terutama pada skala nyeri.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien(hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohman,danWalid,2012)

Pada klien dengan diagnosa Nyeri 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.

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari dengan menggunakan terapi Kompres hangat, terjadi perubahan hasil evaluasi pada tanggal 03 Juli 2023 klien mengatakan setelah dilakukan Kompres hangat selama 3 hari nyeri perut bagian bawah berkurang dan tidak terasa lagi, klien tampak tidak meringis lagi dan Skala nyeri 2, TD : 110/90 mmHg, Nadi: 90x/ menit, Suhu :36,5 RR : 20x/menit.

Pada diagnosa ke 2 Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan Klien mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup, Evaluasi pada diagnosa ini klien mengatakan merasa lebih baik dan tidak kesulitan tidur ,klien tampak rileks.