

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DISMENORE DI DESA SENDANGASRI KABUPATEN REMBANG**

**Disusun Oleh** :

**DESI SANDRA FATMAWATI**

**(G3A019111)**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG**

**2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DISMENORE**

1. **PENGKAJIAN**

**Tanggal Pengkajian : 27 Agustus 2020 (jam 08.00)**

**Pengkaji : Desi Sandra Fatmawati**

**Tempat : Desa Sendangasri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTITAS DAN ANAMNESA** | **KASUS 1** | **KASUS 2** |
| **Identitas Pasien**   * Nama * Umur * Jenis kelamin * Agama * Pendidikan * Pekerjaan * Status * Suku bangsa * Alamat | * Nn. R * 17 Tahun * Perempuan * Islam * SMA * Belum bekerja * Belum menikah * Jawa * Rembang, Jawa Tengah | * Nn. L * 17 Tahun * Perempuan * Islam * SMA * Belum bekerja * Belum menikah * Jawa * Rembang, Jawa Tengah |
| **Riwayat Kesehatan**   * Keluhan Utama | * Nyeri pada abdoment | * Nyeri pada abdoment |
| * Riwayat Kesehatan Sekarang | * Pasien mengeluh nyeri pada abdoment bagian bawah, nyeri dirasakan hingga menjalar ke punggung belakang. Nyeri biasanya dirasakan satu hari sebelum mestruasi hingga 3 hari selama mestruasi. Klien tampak lemas dan meringis kesakitan. | * Pasien mengeluh nyeri pada abdoment bagian bawah, nyeri biasanya dirasakan satu hari sebelum mestruasi hingga 3 hari selama mestruasi. Klien tampak lemas dan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya. |
| * Riwayat Kesehatan Dahulu | * Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit genekologi maupun riwayat penyakit seperti hipertensi, asma, dan DM. | * Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit genekologi maupun riwayat penyakit seperti hipertensi, asma, dan DM. |
| * Riwayat Kesehatan Keluarga | * Klien mengatakan ibunya dulu sering merasakan nyeri disminore seperti yang dialaminya. | * Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti yang dialami oleh pasien |
| **Riwayat Mestruasi**   * Umur Menarche * Siklus Haid * Lama Haid * Jumlah Darah Haid * Dismenorhea * Spotting * Menorrhagia * Metrorhagia | * 14 tahun * 28 hari * 6-7 Hari * ± 80cc/hari (3 - 4 pembalut) * Ya * Tidak * Ya * Tidak | * 13 tahun * 29 hari * 6-7 Hari * ± 60 cc/hari (2-3 pembalut) * Ya * Tidak * Tidak * Tidak |
| **Riwayat Perkawinan**   * Lama menikah * Pernikah ke * Usia pertama menikah | * Belum menikah * Belum menikah * Belum menikah | * Belum menikah * Belum menikah * Belum menikah |
| **Riwayat Obstetri**   * Tahun partus * Tempat partus * Umur hamil * Jenis persalinan * Penolong persalinan * Penyulit * Jenis kelamin/BBL | * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah | * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah |
| **Keluarga Berencana**   * Metode KB terakhir yang digunakan * Lama Penggunaan * Keluhan / komplikasi * Rencana metode KB yang diinginkan | * Tidak menggunakan KB * Tidak menggunakan KB * Tidak menggunakan KB | * Tidak menggunakan KB * Tidak menggunakan KB * Tidak menggunakan KB |
| **Riwayat Ginekologi**   * Inferttilitas * Kasus pemerkosaan * Kanker kandungan * Polip servik * PMS * Mioma uteri * Servisitis kronis * Infeksi virus * Endometritis | * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah | * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah * Tidak pernah |

**PEMERIKSAAN FISIK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBSERVASI** | **KASUS 1** | **KASUS 2** |
| * Penampilan/keadaan umum | * Lemah | * Lemah |
| * Tingkat kesadaran | * *Compos mentis* | * *Compos mentis* |
| * Antropometri * TB * BB | * 155 cm * 59 kg | * 160 cm * 48 kg |
| * Tanda-Tanda Vital: * Tekanan Darah * Nadi * Pernapasan * Suhu | * 120/80 mmHg * 85 kali/menit * 21 kali/menit * 36,7oC | * 110/80 mmHg * 80 kali/menit * 20 kali/menit * 36,5oC |
| * Head to toe  1. Kepala | * Bentuk kepala simetris, tidak ada luka dan tidak ada nyeri tekan. | * Bentuk kepala simetris, tidak ada luka dan tidak ada nyeri tekan. |
| 1. Rambut | * Warna : hitam   Bentuk : ikal dan panjang | * Warna : hitam   Bentuk: lurus tipis |
| 1. Mata | * Kemampuan melihat:   Baik  Reaksi terhadap cahaya: baik  Konjungtiva: anemis  Alat bantu: tidak ada | * Kemampuan melihat: Baik   Reaksi terhadap cahaya: baik  Alat bantu: tidak ada |
| 1. Hidung | * Kebersihan: bersih   Sekret: tidak ada  Polip: tidak ada  Nafas cuping hidung: tidak ada | * Kebersihan: bersih   Sekret: tidak ada  Sekret: tidak ada  Polip: tidak ada  Nafas cuping hidung: tidak ada |
| 1. Mulut | * Selaput Mukosa: pucat dan kering   Gigi: utuh, putih, bersih  Gusi: Baik  Bau mulut: tidak ada  Bibir : kring dan pucat | * Selaput mukosa: kering   Gigi : putih dan bersih  Bibir : kering dan agak pucat |
| 1. Telinga | * Kemampuan Mendengar: baik Pembengkakan:   tidak ada  Alat bantu: tidak ada | * Kemempuan mendengar : baik   Pembengkak:tidak ada  Alat bantu: tidak ada |
| 1. Leher | * Tidak ada pembesaran kelenjaran tyroid, tidak ada pemasangan trakeostomy | * Tidak ada pembesaran kelenjaran tyroid, tidak ada pemasangan trakeostomy |
| 1. Thorak 2. Paru – paru | * Inspeksi : bentuk dan pergerakan simetris, tidak ada luka/jejas * Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, taktil fremitus kanan dan kiri simetris * Perkusi : sonor * Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler | * Inspeski`: bentuk dan pergerakan simetris, tidak ada luka/jejas   nafas teratur   * Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, dan taktil fremitus kiri dan kanan simetris * Perkusi:sonor * Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler |
| 1. Jantung | * Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada memar * Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan. * Perkusi : ictus cordis teraba di SIC ke-5, midklavikula sinistra * Auskultasi: Suara irama jantung teratur, bunyi S1 & S2 normal, tidak ada bunyi jantung tambahan, | * Inspeksi: tidak ada luka/jejas * Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan. * Perkusi : ictus cordis teraba di SIC ke-5, midklavikula sinistra * Auskultasi: irama jantung teratur, tidak ada bunyi jantung tambahan |
| 1. abdoment | * Inspeksi : bentuk simestris tidak ada pembesaran perut. * Auskultasi: Terdengar bunyi peristaltik usus * Palpasi: Terdapat nyeri tekan di abdoment bagian bawah. * Perkusi : Terdengar bunyi timpani | * Inspeksi : tidak ada pembesaran perut, tidak ada luka bekas operasi * Auskultasi: Terdengar bunyi peristaltik usus * Palpasi: Terdapat nyeri tekan di abdoment bagian bawah * Perkusi : bunyi timpani |
| 1. Genetalia | * Tampak utuh dan bersih | * Tampak utuh dan bersih dan tidak terpasang kateter |
| 1. Ekstremitas 2. Atas | * Kuku : Warna merah muda, bersih, agak panjang   *Capillary Refill Time* (CRT): <2detik  Integritas kulit utuh tidak ada edema | * Kuku : Warna merah muda, utuh, dan bersih   *Capillary Refill Time* (CRT): <2detik  Integritas kulit utuh tidak ada edema |
| 1. Bawah | * Kuku : Warna merah muda, bersih, agak panjang   *Capillary Refill Time* (CRT): <2detik  Integritas kulit utuh tidak ada edema | * Kuku : Warna merah muda, bersih, agak panjang   *Capillary Refill Time* (CRT): <2detik  Integritas kulit utuh tidak ada edema |
| 1. Kulit | Integritas kulit utuh tidak ada edema  Tampak bersih, putih, turgor kulit elastis, tidak ada edema | * Integritas kulit utuh tidak ada edema * Tampak bersih, putih, turgor kulit elastis, tidak ada edema. |

**ANALISA DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Etiologi** | **Masalah** |
| **KASUS 1**  DS:   1. (Paliatif) : Saat bergerak 2. (*Quality*) : seperti di remas - remas 3. (Regio) : pada abdomen 4. S (Skala) : 6 (sedang)   T (*Time*) : terus menerus  DO:   * TD : 120/80 mmHg * Nadi : 85 kali/menit * RR : 21 kali/menit * Suhu : 36,7oC * Klien tampak meringis kesakitan | Postragladin meningkat  Miometrium terangsang  Kontraksi uters  Merangsang respon nyeri  Nyeri akut | Nyeri Akut |
| **Kasus 2**  DS:   1. (Paliatif) : Saat bergerak 2. (*Quality*) : seperti di remas - remas 3. (Regio) : pada abdomen   S (Skala) : 5 (sedang)  T (*Time*) : terus menerus  DO:   * TD : 110/80 mmHg * Nadi : 80 kali/menit * RR : 20 kali/menit * Suhu: 36,5oC * Klien tampak lemas dan meringis kesakitan | Postragladin meningkat  Miometrium terangsang  Kontraksi uters  Merangsang respon nyeri  Nyeri akut | Nyeri akut |

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kasus** | **Diagnosa keperawatan** |
| Kasus 1 | * Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis |
| Kasus 2 | * Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis |

**INTERVENSI KEPERAWATAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO.** | **SLKI** | **SIKI** |
| Kasus 1 | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam nyeri teratasi, dengan kriteria hasil :   * Keluhan nyeri menurun * Meringis menurun * Gelisah menurun * Kesulitan tidur menurun * TTV dalam batas normal | Menejement Nyeri  Observasi   * Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri * Identifikasi respon nyeri non verbal * Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri   + - * 1. Terapeutik * Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Relaksisi napas dalam, distraksi,, hipnosis, terapi musik, akupresur dll) * Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri * Fasilitasi istirahat dan tidur * Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri   + - * 1. Edukasi * Jelaskna penyebab, periode dan pemicu nyeri * Ajarkan teknk non farmakologis untuk menurangi nyeri   + - * 1. Kolaborasi * Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik  1. Terapi Relaksasi    1. Observasi  * Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif * Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan * Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya * Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan * Monitor respon terhadap terapi relaksasi   1. Terapeutik * Ciptakan lingkungan tenang, dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan * Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi * Gunakan pakaian longggar * Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama * Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain   1. Edukasi * Jelaskan tujuan, manfaat, batasaan, jenis relaksasi yang tersedia (mis.musik, meditasi,napas dalm, relaksasi otot progresif dan hipnosis) * Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih * Anjurkan mengambil posisi nyaman * Anjurkan releks dan merasakan sensasi relaksasi * Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih * Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalm, pereganagn atau imajinasi terbimbing). |
| Kasus 2 | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam nyeri teratasi, dengan kriteria hasil :   * Keluhan nyeri menurun * Meringis menurun * Gelisah menurun * Kesulitan tidur menurun * TTV dalam batas normal | Menejement Nyeri  Observasi   * Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri * Identifikasi respon nyeri non verbal * Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri   + - * 1. Terapeutik * Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Relaksisi napas dalam, distraksi,, hipnosis, terapi musik, akupresur dll) * Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri * Fasilitasi istirahat dan tidur * Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri   + - * 1. Edukasi * Jelaskna penyebab, periode dan pemicu nyeri * Ajarkan teknk non farmakologis untuk menurangi nyeri   + - * 1. Kolaborasi * Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik  1. Terapi Relaksasi    1. Observasi  * Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif * Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan * Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya * Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan * Monitor respon terhadap terapi relaksasi   1. Terapeutik * Ciptakan lingkungan tenang, dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan * Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi * Gunakan pakaian longggar * Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama * Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain   1. Edukasi * Jelaskan tujuan, manfaat, batasaan, jenis relaksasi yang tersedia (mis.musik, meditasi,napas dalm, relaksasi otot progresif dan hipnosis) * Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih * Anjurkan mengambil posisi nyaman * Anjurkan releks dan merasakan sensasi relaksasi * Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih * Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalm, pereganagn atau imajinasi terbimbing). |

**IMPLEMENTASI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DX** | **27 agustus 2020** | | **28 agustus 2020** | | **29 agustus 2020** | |
| **Kasus 1** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Implementasi** |
|  | 08.00  08.20  09.00  09.10  10.20  10.45  11.00 | 1. Mengkaji keadaan umum pasien 2. Mengobservasi tingkat nyeri 3. Mengatur posisi nyaman bagi pasien 4. Mengajarkan terapi distraksi dengan mendengarkan murrotal 5. Mengobservasi ulang tingkat nyeri 6. Mengobservasi TTV 7. Menganjurkan klien untuk istirahat. | 08.30  08.50  09.00  10.00  10.30  11.00 | 1. Mengakaji ulang tingkat nyeri klien 2. Memposisikan klien yang nyaman 3. Mengajarkan terapi distraksi dengan mendengarkan murrotal 4. Mengobservasi tingkat nyeri 5. Mengobservasi TTV 6. memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman bagi klien | 09.00  09.20  09.30  09.45  10.50  11.30 | 1. mengakaji ulang keadaan umum pasien 2. mengobservasi tingkat nyeri 3. mengatur posisi yang nyaman dan aman bagi klien 4. mengajarkan teknik distraksi dengan mendengarkan murrotal 5. mengobservasi tingkat nye 6. meningkatksn istirahat, posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang. |
| **Dx** | **27 agustus 2020** | | **28 agustus 2020** | | **29 agustus 2020** | |
| **Kasus 2** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Implementasi** |
|  | 08.30  09.00  09.50  10.00  11.00  11. 20  11.45 | 1. Mengkaji keadaan umum pasien 2. Mengobservasi tingkat nyeri 3. Mengatur posisi nyaman bagi pasien 4. Mengajarkan terapi distraksi dengan mendengarkan murrotal 5. Mengobservasi ulang tingkat nyeri 6. Mengobservasi TTV 7. Menganjurkan klien untuk istirahat | 14.00  14.20  14.30  15.30  16.00  16.30 | 1. Mengakaji ulang tingkat nyeri klien 2. Memposisikan klien yang nyaman 3. Mengajarkan terapi distraksi dengan mendengarkan murrotal 4. Mengobservasi tingkat nyeri 5. Mengobservasi TTV 6. memberikan lingkungan yang tennag dan nyaman bagi klien | 14.00  14.20  14.50  15.00  16.00  16.30 | Mengakaji ulang keadaan umum pasien  Mengobservasi tingkat nyeri  mengatur posisi yang nyaman dan aman bagi klien   1. mengajarkan teknik distraksi dengan mendengarkan murrotal 2. Mengobservasi tingkat nye 3. Meningkatksn istirahat, posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang. |

**EVALUASI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DX** | **Hari ke 1** | **Hari ke 2** | **Hari ke 3** |
| Kasus 1 | S:  Klien mengatakan mesih merasakan nyeri di bagian abdoment   * P = nyeri saat beraktivitas, * Q= seperti remas - remas * R= di area perut * S= Skala 5, * T= terus menerus | S: Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang menjadi skala 4   * P = nyeri saat beraktivitas, * Q= seperti diremas remas, * R= di area perut * S= Skala 4, * T=Hilang timbul | S: klien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi skala 2, tidak terlalu nyeri seperti kemarin diabdomen dan hilang timbul. |
|  | O: Klien tampak gelisah dan tidak nyaman tampak meringis kesakitan, tekanan darah 120/800mmHg. Nadi 85x/menit, pernafasan 21x/menit, suhu 36,7oC. | O: Klien tampak sedikit lebih rileks, tidak begitu gelisah seperti kemarin tekanan darah 110/80mmHg, Nadi 85x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,7oC. | O: klien tampak lebih rilek dan lebih nyaman , dan tidak tampak gelisah 120/80mmHg, Nadi 80x/menit, pernafasan 21x/menit, suhu 36,5C. |
|  | A: Masalah belum teratasi | A: Masalah belum teratasi | A: Masalah belum teratasi |
|  | P: Lanjutkan intervensi | P: Lanjutkan Intervensi | P: Lanjutkan intervensi |
| **DX** | **Hari ke 1** | **Hari ke 2** | **Hari ke 3** |
| Kasus 2 | S: Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada abdoment.   * P = nyeri saat beraktivitas, * Q= seperti diremas - remas, * R = di area perut * S = Skala 4, * T=Hilang timbul | S: Klien mengatakan nyeri berkurang, sudah tidak begitu nyeri ketika bergerak   * P = nyeri saat beraktivitas, * Q= seperti diremas - remas, * R= di area perut * S= Skala 3, * T=Hilang timbul | S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi skal 2 Saat dilakukan distraksi pasien mengatakan terasa nyaman. |
|  | O:   * Klien tampak meringis menahan sakit * Tekanan darah 120/800mmHg, nadi 80x/menit , pernafasan 21x/menit, suhu 36,50C | O:   * Klien tampak lebih rileks tidak terlihat terlalu gelisah hanya meringis sekali saat bergerak * TD: 110/90mmHg, * Nadi 86x/menit , * pernafasan 21x/menit, suhu 36,7C, | O:   * Klien tampak lebih rileks * Tekanan darah 130/80mmHg, * Nadi 80x/menit, * Pernafasan 20x/menit, * Suhu 36,70C. |
|  | A: Masalah belum teratasi | A: Masalah belum teratasi | A: Masalah belum teratasi |
|  | P: Lanjutkan intervensi | P: Lanjutkan intervensi | P:Lanjutkan intervensi |