BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka pada BAB 2 dengan tinjauan kasus pada BAB 3 dalam "Asuhan Keperawatan pada Ny.W dengan Diagnosa Medis Abortus Inkompletus Post Kuretase di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya" yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik (Setiadi, 2010).

Dalam pengkajian yang dilakukan pada tanggal 25-27 Desember 2014, pada Ny.W dengan diagnosa medis abortus inkompletus post kuretase di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya penulis menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pengumpulan data karena pasien yang berusia 36 tahun dalam kesadaran composmentis dan penulis bekerja sama dengan orang tua serta tenaga kesehatan (perawat) untuk pengumpulan data sehingga bisa tercukupi data-data yang penulis butuhkan untuk pengkajian.

Pada pemeriksaan fisik dalam tinjauan pustaka ditemukan adanya nyeri di perut bagian bawah, didalam tinjauan kasus juga ditemukan keluhan nyeri di perut bagian bawah dengan skala nyeri 5-6. Ada beberapa yang menonjol dari komponen-komponen pengkajian tersebut diantaranya, munculnya masalah nyeri, cemas dan kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian tanggal 25-27 Desember 2014, pada Ny.W dengan diagnosa medis abortus inkompletus post kuretase di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Dari data pengkajian dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus telah disesuaikan dengan proritas masalah yaitu Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase) dan Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi.

Pada diagnosa keperawatan kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi muncul pada tinjauan kasus karena pada hasil pengkajian ditemukan adanya data yang mendukung walaupun pada tinjauan pustaka tidak ditemukan.

Sedangkan keempat diagnosa keperawatan yaitu Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan respon tubuh terhadap aktivitas (keletihan), Resiko tinggi infeksi

berhubungan dengan adanya jalan masuk organisme ke dalam tubuh, Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemia, yang disebutkan dalam tinjauan pustaka tidak ditemukan dalam tinjauan kasus karena pada hasil pengkajian tidak ditemukan adanya data yang mendukung.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan meliputi penentuan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan intervensi. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan (Hidayat, 2004).

Intervensi keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat beberapa perbedaan karena pada tinjauan kasus menyesuaikan dengan keadaan klien dan sarana yang ada di tempat keperawatan. Tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan jangka waktunya sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi karena penulis mengamati klien secara langsung sedangkan pada tinjauan pustaka tidak ditentukan jangka waktunya. Tujuan pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan, Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase) dan Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi adalah dilakukan dalam waktu 1x24 jam pada tanggal 25 Desember 2014. Sedangkan pada tanggal 26-27 Desember 2014 intervensi keperawatan dilakukan di rumah pasien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan dan melaksanakan intervensi atau aktivitas yang telah ditentukan (Handayaningsih, 2007).

Pada tinjauan kasus dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan yang dirumuskan pada intervensi keperawatan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dilakukan implementasi keperawatan karena tidak ada pasiennya. Seperti pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan adalah Melakukan pendekatan pada klien dan keluarga Mengobservasi *vital sign*, Mengkaji skala nyeri, Mengajarkan dan menganjurkan pada klien untuk melakukan tehnik relaksasi misalnya tarik nafas panjang dan dikeluarkan secara perlahan pada saat nyeri timbul, Menganjurkan klien mengatur posisi yang nyaman seperti posisi semi fowler, Memotivasi ibu untuk lebih banyak istirahat minimal 8 jam sehari dan kurangi beraktifitas agak berat, Mengganti infus RL, 20 tetes per menit, Menganjurkan klien untuk banyak makan makanan yang bergizi untuk meningkatkan keadaan kesehatan ibu dan minum air minimal 2500 cc /hari, Menanyakan pada klien tentang pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan, Menanyakan keadaan nyeri klien, Memberikan injeksi Methergin 1 amp IM, Menyiapkan klien pulang dan memberikan HE tentang nyeri akibat post kuretase.

Dalam pelaksanaan penulis menemukan beberapa hambatan tetapi penulis mampu mengatasi hambatan tersebut sehingga tidak menjadi masalah oleh penulis.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan keberhasilan dari intervensi keperawatan, apakah intervensi keperawatan telah tercapai atau belum tercapai dan apakah sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi ini dilakukan dengan menggunakan format evaluasi SOAP meliputi data subjektif, data objektif, data analisa dan data perencanaan (Handayaningsih, 2007).

Evaluasi keperawatan pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada pasien dan keluarga kemudian didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena tidak ada pasien sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan.

Pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan adalah masalah teratasi dengan S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang, P: Nyeri post kuretase, Q: Rasa nyeri mulas, R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah, S: Skala nyeri 3-4, T: Nyeri terasa sepanjang waktu, O : Klien tampak tenang, skala nyeri 3-4, hamil usia 16 minggu, perdarahan pervagina sudah berkurang, tanda-tanda vital TD : 120/80, Nadi: 84 x/menit, Suhu : 36 °C , RR 20 x/menit, A : Masalah teratasi, P : Intervensi dihentikan klien pulang.