BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan kenyataan selama memberikan asuhan keperawatan pada Sdr. H dengan diagnosa medis Mioma Uteri di Ruang Edelweis Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohamad Soewandhie Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada pengkaajian yang terdapat di tinjauan kasus, data yang penulis sajikan merupakan hasil observasi yang nyata melalui wawancara, pemeriksaan fisik serta catatan kesehatan yang hanya didapatkan pada satu klien. Sementara pada sementara pada tinjauan pustaka penulis mendapatkan bahwa data yang didapatkan sesuai dengan literature yang ada. Pada tinjauan kasus ditemukan bahwa keluhan Nn. H adalah pusing.

Pada tinjauan kasus, penulis menjelaskan tentang pola fungsi kesehatan, sedangkan di tinjauan pustaka tidak dijelaskan karena penulis hanya menyajikan data focus pada klien dengan mioma uteri.

Pada tijauan pustaka didapatkan bahwa mioma uteri dapat dialami pada wanita usia 35 – 45 tahun. Sedangkan pada tinjauan kasus, klien berusia 32 tahun. Hal ini diarenakan klien pernah melakukan hubungan seksual diluar nikah.

Setelah melakukan pengkajian data yang diperoleh, kemudian dikelompok – kelompokkan, kemudian penulis membuat analisa data guna mengetahui

masalah – masalah yang ditemukan berdasarkan data – data yang sudah didapatkan. Adapun

masalah yang ditemukan antara lain resiko terjadinya syok hipovolemik, nyeri akut, intoleransi aktivitas, serta kurangnya pengetahuan. Sedangkan pada tinjauan teori disebutkan bahwa masalah yang muncul adalah gangguan eliminasi uri, resiko terjadi konstipasi, resiko syok, kurangnya pengetahuan dan nyeri. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian dari tinjauan pustaka sesuai dengan kasus yang ada.

1.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan pustaka, ditemukan 5 diagnosa keperawatan menurut (Amin H & Hardhi K dalam buku NANDA NIC-NOC, 2012) yaitu:

Diagnosa keperawatan pertama yaitu gangguan eliminasi uri (retensio) berhubungan dengan penekanan oleh masa jaringan neoplasm pada daerah sekitarnya gangguan sensorik/motorik.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu resiko terjadinya konstipasi berhubungan dengan penekanan oleh masa pada jaringan sekitarnya, kurang asupan makanan tinggi serat.

Diagnosa ketiga yaitu resiko terjadinya syok berhubungan dengan resiko adanya perdarahan yang berulang-ulang.

Diagnosa keempat yaitu kurang pengetahuan berhubungan dengan proses penyakit, prosedur perawatan, pengobatan.

Dan diagnose yang kelima yaitu gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan proses terjadinya inflamasi, nekrosis jaringan akibat penekanan masa neoplasma.

Pada tinjauan kasus ditemukan 4 diagnosa keperawatan menurut yaitu:

Diagnosa keperawatan pertama yaitu gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan HB.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka bekas robekan pada jaringan perifer dikarenakan nyeri yang dialami oleh klein diakibatkan oleh luka jahitan pasca operasi.

Diagnosa keperawatan ke tiga yaitu gangguan mobilitas fisik (hambatan) berhubungan dengan nyeri pada luka jahitan pasca operasi.

Diagnosa keperawatan ke empat yaitu kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi. Diharapkan setelah deberikan penjelasan, klien lebih mengerti tentang keadaannya.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka dan tidak muncul pada tinjauan kasus yaitu gangguan eliminasi uri (retensio) berhubungan dengan penekanan oleh massa jaringan neoplasm pada daerah sekitarnya gangguan sensorik/motorik dikarenakan klien tidak mengalami gangguan saat berkemih, serta resiko terjadinya konstipasi dikarenakan miom sudah terangkat.

4.4 Perencanaan

Tidak ada perencanaan yang berbeda antara perencanaan yang ada pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

Dalam tinjauan pustaka, tidak ditentukan target waktu dari masing – masing rencana tindakan keperawatan, sedangkan pada tinjauan kasus. Sedangkan pada tinjauan kasus, penulis memberikan target waktu berapa lama itu dapat tercapai dan hasil yang diharapkan. Hal ini dikarenakan pada tinjauan kasus penulis berhadapan langsung dengan klien.

4.5 Implementasi

Dalam melaksanakan rencana keperawatan tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Sifat kooperatif klien sangat mendukung tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Serta tidak ditemukan hambatan yang berarti dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung kepada klien maupun keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan, sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi pada setiap diagnose keperawatan dalam 3 hari pada tinjauan kasus hanya tercapai sebagian dari tujuan kriteria yang diharapkan.

Hasil evaluasi pada Nn. H adalah teratasi sebagian pada semua diagnose yang ada, yaitu: Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan

penurunan HB. Pada diagnose ini klien mengatakan pusing berkurang, klien merasa lebih segar, serta meningkatnya HB dari 5,1 menjadi 5,8, Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas robekan pada jaringan perifer. Pada diagnose ini klien mengatakan nyeri sudah berkurang dank lien terlihat lebih releks dari sebelumnya, Gangguan mobilitas fisik (hambatan) berhubungan dengan nyeri. Pada diagnose ini, klien sudah mau belajar miring kanan dan kiri, serta klien sudah bisa makan secara mandiri, serta Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi. Pada diagnose ini klien mengatakan sudah lebih memahami tentang penyakitnya dank lien sudah tidak sering bertanya lagi tentang penyakitnya.