

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan selama memberikan asuhan keperawatan pada klien Ny.S Post SC (Sectio Caesarea) Dengan Kelainan Letak Sungsang Di Ruang Bersalin Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

##### **4.1.1 Pengumpulan Data**

Pada pengumpulan data yang terdapat di tinjauan kasus, data yang penulis sajikan merupakan hasil observasi nyata melalui wawancara, pemeriksaan fisik, serta catatan kesehatan yang hanya didapatkan pada satu klien. Sementara pada tinjauan pustaka penulis mendapatkan data sesuai dengan literatur yang ada.

Pada tinjauan kasus penulis menjelaskan pola fungsi kesehatan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dijelaskan karena penulis hanya menyajikan data fokus pada klien post SC dengan letak sungsang.

Pada pengkajian Ny.S ditemukan dengan berbagai keluhan yaitu, klien mengatakan nyeri pada luka post SC, ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan, skala nyeri 6 (1-10) berat, terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm. Klien mengeluh pusing badannya lemas, konjungtiva pucat, bibir tampak pucat serta nyeri bila dibuat bergerak atau beraktifitas, kebutuhan klien dibantu oleh keluarga. Pada pola kognitif terkaji bahwa klien kurang mengerti tentang penyakit atau

proses penyembuhannya, klien sering bertanya tentang kesehatannya, klien baru pertama kali melahirkan dan pertama kali melakukan persalinan secara SC.

#### **4.2 Analisa Data**

Tidak ditemukan proses analisa data pada tinjauan pustaka, namun langsung ditemukan masalah keperawatannya. Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan proses analisisnya. Hal ini dikarenakan pada tinjauan pustaka, data yang ada berdasarkan dari literature kasus post Sectio Caesarea pada umumnya. Sedangkan pada tinjauan kasus terdapat klien dengan keluhan yang berbeda sehingga diperoleh proses analisa datanya yaitu data subyektif dan data obyektif yang dapat memenuhi kriteria dalam menegakkan diagnosa keperawatan.

#### **4.3 Diagnosa Keperawatan**

Pada tinjauan kasus ditemukan 4 diagnosa keperawatan antara lain nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan, gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan, risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi dan ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan.

Sedangkan pada tinjauan pustaka terdapat 7 diagnosa keperawatan antara lain nyeri akut berhubungan dengan faktor-faktor fisik (insisi pembedahan / luka post operasi), gangguan eliminasi urine berhubungan dengan trauma mekanis, efek hormonal, efek-efek anestesi, konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, risiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, penurunan HB, prosedur invasif, defisiensi pengetahuan perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penanganan post partum, defisit perawatan

diri berhubungan dengan efek-efek anestesi, penurunan kekuatan dan ketahanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan.

Dari 7 diagnosa keperawatan yang ada ditinjau pustaka hanya ditemukan 4 diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan, gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan, dan ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka dan tidak muncul pada tinjauan kasus adalah gangguan eliminasi urine berhubungan dengan trauma mekanis, efek hormonal, efek anestesi, konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot, defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan, defisiensi perawatan post partum berhubungan dengan kurangnya informasi tentang post partum. Karena pada tinjauan kasus tidak ditemukan masalah gangguan eliminasi urine / alvi karena klien BAK dan BAB secara normal, klien tidak ada masalah dalam defisit perawatan diri. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian dari tinjauan pustaka sesuai dengan kasus yang ada.

#### **4.4 Perencanaan**

Dalam tinjauan pustaka, tidak dicantumkan kriteria waktu dalam setiap tujuan dari masalah keperawatan yang timbul sedangkan dalam perencanaan yang ada pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu oleh peneliti, hal ini untuk memudahkan dalam melakukan evaluasi terhadap rencana tindakan yang telah disusun.

Perencanaan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesenjangan dikarenakan pada tinjauan pustaka berdasarkan teori yang ada terkait dengan penyakit tersebut sedangkan dalam tinjauan kasus menyesuaikan dengan masalah pada keluhan dan keadaan klien saat itu. Pada tinjauan pustaka tidak tercantum waktu atau berapa lama asuhan keperawatan diberikan namun pada tinjauan kasus telah dicantumkan target waktu pelaksanaan asuhan keperawatan serta memberikan intervensi berdasarkan keluhan klien.

Pada diagnosa keperawatan gangguan aktifitas berhubungan dengan insisi pembedahan perencanaan pada tinjauan kasus telah menambahkan rencana tindakan yaitu mengkaji respon klien terhadap aktifitas karena untuk mengetahui perubahan yang terjadi pada aktifitas klien, mengkaji kemampuan ADL klien karenadapat membatu mempermudah intervensi selanjutnya serta meningkatkan aktifitas secara bertahap.

Sedangkan yang ada pada tinjauan pustaka perencanaannya yaitu bantu klien untuk miring kiri dan kanan, mendiskusikan dengan kilen dalam merencanakan kemajuan aktifitas, instruksikan dan bantu klien untuk beraktifitas diselingi istirahat serta mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menurunkan toleransi latihan klien.

#### **4.5 Pelaksanaan**

Pelaksanaan intervensi keperawatan pada Ny.S post SC dengan kelainan letak sungsang sesuai dengan rencana yang telah dibuat. Oleh karena itu berdasarkan perencanaan yang ada, dalam pelaksanaan tidak mengalami kesulitan karena klien dan keluarga kooperatif selama proses pelaksanaan sehingga rencana

keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah terencana serta adanya kerjasama yang baik antara peneliti, klien dan keluarga.

#### **4.6 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 diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus telah tercapai sesuai dengan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan dan pelaksanaan.

Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan ditandai dengan ekspresi wajah menyeringai dan meringis kesakitan, klien sering memegang area perut, terdapat bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut, skala nyeri nyeri 6, nyeri terasa bila dibuat bergerak, nyeri seperti tertusuk jarum. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 110/70 mmHg, RR 28x/menit, CRT  $\leq$  2 detik, suhu 37<sup>o</sup>c, nadi 98x/menit. Tujuan tercapai tanggal 27 Juni 2015 pukul 12.00 WIB. Klien mengatakan nyeri berkurang, klien tampak rileks, Klien tidak memegang area perutnya skala nyeri 2.

Diagnosa keperawatan kedua gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya insisi pembedahan ditandai dengan klien tampak lemas, konjungtiva dan bibir pucat, nyeri bila dibuat melakukan aktifitas, keperluan klien dibantu oleh suami dan keluarganya dalam melakukan aktifitas, klien tidur terlentang dan

belajar miring kiri kanan ditempat tidur. Tujuan tercapai tanggal 27 Juni 2015 pukul 12.00 WIB. Klien mengatakan sudah tidak nyeri bila beraktifitas, klien sudah bisa berjalan-jalan disekitar rumah sakit.

Diagnosa keperawatan ketiga risiko terhadap infeksi berhubungan dengan luka post operasi ditandai dengan adanya bekas luka operasi  $\pm$  12 cm pada perut, luka tertutup kasa, pemeriksaan laboratorium : Hb 8,6 g/dl, leukosit 9.700juta/mm, eritrosit 4,25 juta/mm<sup>3</sup>. Tujuan tercapai tanggal 27 Juni 2015 pukul 11.00 WIB. Klien mengatakan sudah tidak pusing lagi badannya sudah tidak lemas. Wajah tidak terlihat pucat, konjungtiva merah muda, hasil laboratorium ulang tanggal 26-06-2015 Hb 9 g/dl. Vital sign 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, RR 18x/menit, CRT < 2 detik, suhu 36'5<sup>0</sup>c. Luka post SC dalam keadaan baik tidak ada tanda-tanda dari infeksi.

Diagnosa keperawatan keempat ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien kurang mengerti tentang perawatan dan proses penyembuhan luka operasi, klien tampak cemas. Tujuan tercapai tanggal 26 Juni 2015 pukul 10.00 WIB. Klien mengatakan mengerti tentang keadaannya saat ini dan tidak cemas lagi, Klien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang keadaannya.

Hasil evaluasi kasus post SC(Sectio Caesarea) dengan letak sungsang akibat pasca operasi dengan perawatan dan penanganan yang cepat dan tepat dapat mencegah timbulnya komplikasi, sehingga klien dapat melakukan aktivitasnya dengan baik.