

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan yang di lakukan pada Ny. A post operasi sectio caesarea dengan indikasi fetal distres di bangsal Annisa RS PKU Muhammadiyah Surakarta, maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Penulis juga akan membahas kesulitan yang di temukan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap Ny. A post operasi sectio caesarea dengan indikasi fetal distres, dalam penyusunan asuhan keperawatan kami merencanakan keperawatan yang meliputi pengkajian perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan uraian sebagai berikut:

#### **A. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Tanda-tanda yang dikenali pada awal proses diagnostik dapat dipahami hanya jika ada penjelasan yang masuk akal untuk tanda –tanda tersebut dengan konteks suatu situasi, ini adalah proses berfikir aktif ketika perawat mengeksplorasi pengetahuan dalam memorinya untuk mendapatkan kemungkinan penjelasan data (Nanda Nic & Noc, 2007)

##### **1. Diagnosa keperawatan yang muncul.**

###### **a. Nyeri berhubungan dengan luka insiasi post operasi**

Nyeri akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang.

Diagnosa tersebut ditegaskan bila ada data mayor yang mendukung yaitu pengungkapan tentang deskriptor nyeri, dan data minor yaitu ketidakaktifan fisik atau imobilitas, perubahan pola tidur, dan perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktifitas sebelumnya. Alasan diagnose tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan merasakan nyeri bagian perut dibekas luka operasi, dan data obyektif yaitu : Pasien meringis karena nyeri P: Nyeri dirasakan karena tindakan operasi Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Letak nyeri berada dibagian perut dalam, S: Skala nyeri 7, T: Nyeri dirasakan saat beralih baring

Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan pasien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien dan bisa mengganggu aktifitas klien sehingga akan timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan dan tindakan.

**b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik**

Menurut Nanda Nic & Noc, 2007.

Intoleransi aktivitas adalah ketidak cukupan energi secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktivitas diminta atau aktivitas sehari-hari.

Diagnosa tersebut dapat ditegakan jika ada data batasan karakteristik yaitu Respon abnormal dan tekanan darah atau nadi

terhadap aktivitas, perubahan EKG yang menunjukkan aritmia atau skemia, adanya ketidaknyamanan saat beraktivitas

Alasan diagnose tersebut diangkat karena ditemukan tanda-tanda yang mendukung yaitu secara subyektif yaitu pasien mengatakan aktivitas terbatas dan dibantu keluarga karena nyeri di luka jahitan dan data obyektif yaitu pasien terlihat berbaring di tempat tidur, aktivitas di bantu keluarga, terpasang infus RL 20 tpm dan masih terpasang DC. Penulis tidak memprioritaskan masalah tersebut karena tidak mmengancam kehidupan klien. Tetapi jika tidak ditegakan klien tidak dapat mandiri dalam beraktivitas.

**c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan**

Resiko infeksi adalah peningkatan resiko masuknya organisme pathogen

Diagnosa tersebut dapat ditegakan jika ada faktor-faktor resiko yaitu ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, penurunan kerja silia,perubahan peristaltik), ketidak adekuatan imun buatan, malnutrisi, trauma, kerusakan jaringan.

Alasan diagnose tersebut di angkat karena ditemukan faktor-faktor resiko yang mendukung yaitu secara subyektif yaitu pasien mengatakan sakit pada saat dimedikasi karena terdapat luka jahitan yang masih belum kering dean data obyektif yaitu pasien meringis kesakitan terdapat luka jahitan post operasi, tidak ada puss, tidak

ada tanda-tanda perubahan tapi masih merasa nyeri dengan tanda-tanda vital, TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, Rr: 24 x/menit, S: 36 °C.

Diagnose tersebut penulis prioritaskan sebagai diagnose kedua karena masalah tersebut belum terhadap terjadinya infeksi, masalah ini dapat diminimalkan dengan perawatan luka post operasi dengan teknik aseptik serta nutrisi yang adekuat sehingga tidak menimbulkan terjadinya infeksi.

**2. Diagnose keperawatan yang tidak muncul namun ada dalam tinjauan teori.**

**1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan vaskuler yang berlebih.**

Kekurangan volume cairan adalah keadaan ketika seorang individu yang tidak menjalani puasa mengalami atau berisiko mengalami dehidrasi vaskuler, interstisial, atau intravaskuler ( Carpenito, 2007).

Diagnosa tersebut dapat di tegakan apabila terdapat data satu atau lebih yang antara asupan dan haluaran, penurunan berat badan, kulit/membrane mukosa kering. Dan mungkin terdapat peningkatan natrium serum, penurunan haluaran urine berlebihan, urine memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, haus, mual, anoreksia ( Carpenito, 2007 ). Pada pengkajian penulis tidak

menemukan data-data pendukung seperti diatas sehingga diagnose tersebut tidak di tegakkan.

## **2. Kurangnya pengetahuan mengenai perawatan diri dan bayi berhubungan dengan kurangnya informasi.**

Kurang pengetahuan adalah tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topic spesifik (Nanda Nic & Noc, 2007). Diagnosa tersebut terdapat keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi (Nanda Nic & Noc, 2007). Pada pengkajian penulis tidak menemukan data-data pendukung seperti diatas sehingga diagnosa tersebut tidak ditegakan.

## **B. IMPLEMENTASI**

### **1. Nyeri berhubungan dengan luka insiasi post operasi.**

Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah mengkaji karakteristik skala nyeri, mengevaluasi tanda-tanda vital, mengajarkan penggunaan teknik relaksasi, kalaborasi pemberian analgetik.

Kekutan dari tindakan ini adalah bekerja sama dalam mengurangi rasa nyeri. Kelemahannya adalah terkadang klien tidak bisa di ajak buat kerjasama dan melakukan ajaran yang diberikan.

### **2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.**

Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah menentukan penyebab intoleransi aktivitas ( fisik, psikologis), monitor

dan catat kemampuan untuk mentoleransi aktivitas, monitor intake nutrisi untuk memastikan kecukupan sumber energi (Nanda Nic & Noc, 2007).

Kekuatan dari tindakan ini adalah dilakukan dengan baik, karena adanya keterlibatan keluarga. Kelemahannya adalah tidak semua anjuran yang diberikan dapat dilakukan oleh pasien.

### 3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi diagnosa ini adalah observasi dan laporkan tanda dan gejala( infeksi seperti kemerahan, panas), kaji temperatur klien tiap 4 ajm, catat dan laporkan nilai laboratorium (leukosit, protein, serum, albumin), istirahat yang adekuat, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan (Nanda Nic & Noc, 2008).

Kekuatan dari tindakan ini adalah bekerja sama dalam mematuhi anjuran perawatan agar luka tetap kering. Kelemahannya adalah dapat terjadi cros infeksi.

## C. EVALUASI

### 1. Nyeri berhubungan dengan luka onsiasi post operasi

Kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah ekspresi wajah rileks, nyeri teratasi, tanda-tanda vital dalam batas normal.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diperoleh hasil sobyektif: Pasien mengatakan nyeri berkurang, obyektif: Pasien tampak lebih rileks dengan skala nyeri 2. Hal tersebut menandakan diagnosa pertama

teratasi sebagian sehingga tindakan perlu dilanjutkan sampai pasien tidak terasa nyeri kembali.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah klien dapat beraktivitas mandiri tanpa bantuan keluarga

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diperoleh hasil subyektif:

Pasien mengatakan sedikit demi sedikit sudah bisa dilakukan dengan mandiri, obyektif: Pasien tampak lebih baik. Hal tersebut menandakan diagnosa kedua teratasi sebagian ,sihingga tindakan perlu dilanjutkan sampai pasien dapat beraktivitas secara mandiritanpa bantuan keluarga.

3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah tidak ada tanda-tanda infeksi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diperoleh hasil subyektif:

Paasien mengatakan luka jahitan masih terasa nyeri, obyektif: Pasien tampak rileks. Hal tersebut menandakan diagnosa ketiga masalah teratasi sebagian,sehingga tindakan perlu dilanjutkan agar tidak terjadi infeksi.

4. Kurang pengetahuan perawatan diri berhubungan dengan kurang informasi

Kriteria hasil untuk diagnosa diatas adalah klien tidak bingung lagi dalam perawatan payu dara.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diperoleh hasil subyektif: Pasien mengatakan asi belum bisa keluar lebih banyak, obyektif: pasien tampak senang karena asi dapat keluar. Hal tersebut menandakan diagnosa keempat masalah teratasi sebagian, sehingga tindakan perlu dilanjutkan agar asi keluar lebih banyak.