# BAB IV

# ANALISIS DAN PEMBAHASAN

# Analisi kasus

# Pada analisa data laporan ini penulis melakukan analisis terhadap kesamaan dan perbedaan antara teori dan masing-masing kasus meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implentasi serta evaluasi keperawatan. Untuk menyamakan standart pengkajian dari semua kasus penulis menggunakan format pengkajian keperawatan maternitas(post natal) yang memuat pengkajian bio-psiko-sosial-spiritual. Dari pengkajian 4 kasus pasien pada waktu pasien tiba di RR penulis menemukan data biologis meliputi : keluhan utama saat masuk yaitu pasien merasa kedinginan dan ada yang disertai keluahan mual dan perasaan ingin muntah. Pada pengkajian aspek psiko-sosial-spiritual tidak dirinci secara detail karena penulis tidak menemukan masalah dalam aspek tersebut. Untuk memudahkan dalam melihat secara keseluruhan dalam membandingkan masing masing kasus maka analisis data tersebut disajikan dalam bentuk tabel.

# Pada pembahasan pengkajian penulis membahas faktor faktor yang mempengaruhi keparahan Pneumonia sehingga mempengaruhi lama rawat inap dari masing masing kasus yang penulis bahas yaitu faktor usia, keluhan penyakit sekarang,besarnya jumlah leukosit, riwayat penyakit dahulu dan alergi. Pembahasan pada diagnosa keperawatan yang dibahas adalah kesamaan diagnosa teori dengan kasus nyata serta kesenjanganya diagnosa teori yang tidak muncul pada kasus nyata dikarenakan faktor apa saja, serta kenapa masing masing kasus munculnya jenis diagnosa keperawatan yang berbeda. Pada intervensi yang dibahas adalah kesamaan intervensi apa saja antara teori dan kasus nyata serta adakah kesenjanganya. Untuk implementasi yang dibahas adalah kesenjangan dan kesamaan antara teori dan kasus serta antar masing masing kasus. Pada evaluasi keperawatan masing masing masalah keperawatan teratasi pada satu sampai dua jam selama pasien mendapat perawatan di RR.

# Tabel : 4.1. Analisis asuhan keperawatan pasien dengan Post SC

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Variabel** | **Kasus 1 : Ny.B** | **Kasus 2 : Ny.L** | **Kasus 3 : Ny.L** | **Kasus 4 : Ny.A** |
| **1** | **PENGKAJIAN KEPERAWATAN** |
| **a** | **Identitas pasien** |
|  | 1) | Faktor usia dan berat badan | * 23 Tahun
* 64,5 Kg
 | 37 Tahun 65,5 Kg (normal) | 27 Tahun 97 Kg (Normal) | 38 Tahun 82 Kg |
| **b** | **Riwayat kehamilan dan persalinan saat ini** |
|  | 1) | Status pesalinan | G2P0Ab1 | G4P2Ab012 | G3P2Ab0 | G4P3Ab0 |
|  | 2) | Jenis persalinan | SC | SC | SC | SC |
|  | 3) | Perdarahan  | 500 CC | 500CC | 600CC | 400CC |
|  | 4) | Teraphi medis  | IV RL drip cinto 2ampulKetorolacOndansentronRanitidineInj.cefotaxime | IV RL drip cinto 2ampulKetorolacOndansentronRanitidineInj.cefotaxime | IV RL drip cinto 2ampulKetorolacOndansentronRanitidineInj.cefotaxime | IV RL drip cinto 2ampulKetorolacOndansentronRanitidineInj.cefotaxime |
| **c** | **Genogram/riwayat kehamilan dan persalinan yang dulu** |
|  | Riwayat persalinan yang dulu | * Curratage pada kehamilan pertama
 | -Anak pertama lahir normal,kedua curretage dan anak ketiga SC | * Anak pertama dan kedua lahir normal memakai alat kb suntik
 | * Anak pertama dan kedua lahir normal,anak ketiga SC dengan iufd
 |
| **d** | **Pemeriksaan fisik** |
|  |  | Head to toe | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 110/70 mmHg
* N : 80X/Mnt
* S : 35,5⁰C
* RR : 30X/Mnt
* Akral:dingin
* Urin: 100/jam
* Ektermitas bawah belum bisa digerakkan
 | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 110/70 mmHg
* N : 88X/Mnt
* S : 35,5
* RR : 27X/Mnt
* Akral: Dingin
* Urin: 100/jam
* Ektermitas bawah belum bisa digerakkan
 | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 100/70 mmHg
* N : 100X/Mnt
* S : 35⁰C
* RR : 28X/Mnt
* Akral:dingin
* Urin: 100/jam
* Ektermitas bawah belum bisa digerakkan
* Px mengeluh mual
 | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 110/70 mmHg
* N : 100X/Mnt
* S : 35,5C
* RR : 28X/Mnt
* Akral:dingin
* Urin: 100/jam
* Ektermitas bawah belum bisa digerakkan
 |
| **2** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** |
|  |  | **Muncul 4 diagnosa kep**1. Hipotermia
2. Resiko jatuh
3. Resiko infeksi
 | **Muncul 4 diagnosa kep**1. Hipotermia
2. Resiko jatuh
3. Resiko infeksi
 | **Muncul 5 diagnosa kep**1. Nausea
2. Hipotermia
3. Resiko jatuh
4. Resiko infeksi
 | **Muncul 4 diagnosa kep**1. Hipotermia
2. Resiko jatuh
3. Resiko infeksi
 |
| **3** | **INTERVENSI KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  | 1. Manajemen hipotermia
2. Pencegahan jatuh
3. Pencegahan infeksi
 | 1. Manajemen hipotermia
2. Pencegahan jatuh
3. Pencegahan infeksi
 | 1. Manajemen mual
2. Manajemen hipotermia
3. Pencegahan jatuh
4. Pencegahan infeksi
 | 1. Manajemen hipotermia
2. Pencegahan jatuh
3. Pencegahan infeksi
 |
| **4** | **IMPLEMENTASI KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  | **Manajemen hipotermia**1. Memonitor suhu tubuh
2. Efek pembiusan dan ruangan yang dingin penyebab hipotermia
3. Mengganti pakaian dan/linen yang basah
4. Memberikan selimut pada tubuh atas pasien

**Pencegahan jatuh**1. Mengdentifikasi factor resiko jatuh
2. Mengidentifikasi resio jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
3. Memastiskan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
4. Memasang handrail tempat tidur
5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
6. Menganjurkan memangil perawatjika membutuhkan bantuan untuk berpindah

**Pencegahan infeksi**1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar
5. Mengajarkan menutup mulut ketika batuk
6. Kolaborasi pemberian cefotaxim
 | **Manajemen hipotermia**1. Memonitor suhu tubuh
2. Efek pembiusan dan ruangan yang dingin penyebab hipotermia
3. Mengganti pakaian dan/linen yang basah
4. Memberikan selimut pada tubuh atas pasien

**Pencegahan jatuh**1. Mengdentifikasi factor resiko jatuh
2. Mengidentifikasi resio jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
3. Memastiskan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
4. Memasang handrail tempat tidur
5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
6. Menganjurkan memangil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

**Pencegahan infeksi**1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar
5. Mengajarkan menutup mulut ketika batuk
6. Kolaborasi pemberian cefotaxim
 | **Manajemen mual**1. Identifikasi pengalaman mual
2. Identifikasi faktor penyebab mual
3. Monitor mual
4. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis nafas dalam
5. Kolaborasi pemberian ondansentron

**Manajemen hipotermia**1. Memonitor suhu tubuh
2. Efek pembiusan dan ruangan yang dingin penyebab hipotermia
3. Mengganti pakaian dan/linen yang basah
4. Memberikan selimut pada tubuh atas pasien

**Pencegahan jatuh**1. Mengdentifikasi factor resiko jatuh
2. Mengidentifikasi resio jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
3. Memastiskan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
4. Memasang handrail tempat tidur
5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
6. Menganjurkan memangil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

**Pencegahan infeksi**1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar
5. Mengajarkan menutup mulut ketika batuk
6. Kolaborasi pemberian cefotaxim
 | **Manajemen hipotermia**1. Memonitor suhu tubuh
2. Efek pembiusan dan ruangan yang dingin penyebab hipotermia
3. Mengganti pakaian dan/linen yang basah
4. Memberikan selimut pada tubuh atas pasien

**Pencegahan jatuh**1. Mengdentifikasi factor resiko jatuh
2. Mengidentifikasi resio jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
3. Memastiskan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
4. Memasang handrail tempat tidur
5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
6. Menganjurkan memangil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

**Pencegahan infeksi**1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar
5. Mengajarkan menutup mulut ketika batuk
6. Kolaborasi pemberian cefotaxim
 |
| **5** | **EVALUASI KEPERAWATAN** |
|  |  |  |  | * **Diagnosa kep hipotermia** mulai teratasi setelah 2 jam yaitu pasien sudah tidak menggigil lagi dan tensi 120/70,S 36⁰C.
* **Diagnosa kep Resiko jatuh** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai pasien dipindahkan ke ruang rawat inap.
* **Diagnosa resiko infeksi** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai px dirawat di ruang rawat inap.
 | * **Diagnosa kep hipotermia** mulai teratasi setelah 2 jam yaitu pasien sudah tidak menggigil lagi dan tensi 120/70,S 36⁰C.
* **Diagnosa kep Resiko jatuh** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai pasien dipindahkan ke ruang rawat inap
* **Diagnosa resiko infeksi** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai px dirawat di ruang rawat inap.
 | * **Diagnose kep nausea** mulai teratasi setelah 2 jam ditandai pasien sudah tidak mengeluah mual.
* **Diagnosa kep hipotermia** mulai teratasi setelah 2 jam yaitu pasien sudah tidak menggigil lagi dan tensi 120/70,S 36⁰C.
* **Diagnosa kep Resiko jatuh** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai pasien dipindahkan ke ruang rawat inap
* **Diagnosa resiko infeksi** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai px dirawat di ruang rawat inap.
 | * **Diagnosa kep hipotermia** mulai teratasi setelah 2 jam yaitu pasien sudah tidak menggigil lagi dan tensi 120/70,S 36⁰C.
* **Diagnosa kep Resiko jatuh** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai pasien dipindahkan ke ruang rawat inap
* **Diagnosa resiko infeksi** supaya tidak menjadi aktual intervensi dipertahankan sampai px dirawat di ruang rawat inap.
 |

# Pembahasan

# Analisa pengkajian keperawatan pada pasien post SC di ruang RR

# Dalam melakukan pengkajian penulis menggunakan format yang sudah ada yaitu format pengkajian keperawatan maternitas(post natal).Selama proses pengkajian penulis tidak menemukan hambatan,pasien kooperatif sehingga mempermudah penulis dalam pengumpulan data.Pada pengkajian kasus pertama sampai kasus keempat semuanya hampir mempunyai keluhan utama yang sama yaitu kedinginan hal ini disebabkan karena sekresi katekolamin ditekan sehingga produksi panas oleh metabolisme berkurang,vasodilatasi pada anggota tubuh bawah merupakan predisposisi terjadinya hipotermi,serta ada keluhan mual hal ini disebabkan karena hipotensi adanya aktifitas parasimpatis yang menyebabkan peningkatan peristalyik usus tarikan nervus dan pleksus khususnya N vagus adanya empedu dalam lambung oleh karena relaksasi pylorus dan spincter ductus biliaris hal ini juga bisa disebabkan oleh factor psikologis.

# Analisa diagnosa keperawatan pasien post SC di ruang RR

Dari keempat kasus yang penulis kaji,diagnose yang muncul berdasar hasil pengkajian adalah hampir sama yaitu

1. Hipotermia
2. Resiko jatuh
3. Resiko infeksi dan
4. Nausea

Dari keempat diagnose yang muncul itu untuk hipotermia,nausea,dan resiko jatuh adalah diagnose yang muncul dari komplikasi tindakan pembiusan SAB,sedangakan untuk diagnose resiko jatuh,sedangkan untuk diagnose resiko infeksi adalah sebab dari tindakan pembedahan,oleh sebab itu perlu ada intervensi yang tepat untuk mengatasi hal tersebut.

# Analisa Intervensi keperawatan pasien post SC di RR

# Dari keempat kasus yang dikaji penulis mengangkat empat diagnosa.Diagnosa yang muncul itu yang sesuai dengan kondisi pasien,dan dari keempat diagnosa itu penulis semuanya mengguakan intervensi utama.Diaganosa Hipotermia menggunakan intervensi manajemen hipotermia,Resiko Jatuh mengguankan intervensi pencegahan jatuh,Nausea menggunakan intervensi manajemen mual dan Resiko infeksi Intervensi utama pencegahan infeksi.

# Analisa implementasi Pasien Post SC di ruang RR

# Pasien post SAB mempuyai keluhan yang hampir sama yaitu kedinginan yang disebabkan oleh sekresi katekolamin ditekan sehingga produksi panas oleh metabolisme berkurang,vasodilatasi pada anggota tubuh bawah jadi untuk implementasi yang dilakukan hampir sama antara pasien satu sampai pasien keempat.Sedangkan untuk implementasi pada pasien nausea lebih ke tindakan kolaborasi yaitu pemberian ondansentron.

# Analisa evaluasi keperawatan pasien post SC di ruang RR

# Berdasarkan Analisis asuhan keperawatan pasien Post SC dijelaskan bahwa dari tiap tiap kasus diagnosa keperawatan yang muncul teratasi dalam waktu yang hampir sama,untuk diagnaosa hipotermia,keluhan yang dirasakan pasien hampir hilang dalam waktu 2 jam,sedangkan untuk diagnosa resiko jatuh intervensi bisa dilanjutkan di ruangan rawat inap,sedangakan diagnosa nausea selam 2 jam di RR pasien sudah tidak merasakan keluhan mual lagi.