

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Gambaran Umum**

Puskesmas Seputih Banyak merupakan salah satu puskesmas di Kecamatan Seputih Banyak yang memiliki tujuan tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan untuk mengetahui potensi, menganalisa permasalahan serta pemecahannya dalam program pembangunan kesehatan di Kecamatan Seputih Banyak Kabupaten Lampung Tengah.

##### **a. Visi Puskesmas Seputih Banyak**

Visi Puskesmas Seputih Banyak adalah :”Terwujudnya Kecamatan Seputih Banyak Sehat melalui Penyelenggaraan Kesehatan yang Optimal dan Mendorong agar Perilaku Hidup Bersih dan Sehat menjadi Kebutuhan Dasar Masyarakat pada tahun 2022.”

##### **b. Misi Puskesmas Seputih Banyak**

Misi Puskesmas Seputih Banyak

- 1) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat
- 2) Meningkatkan pengetahuan keterampilan petugas pemberi pelayanan
- 3) Meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektoral
- 4) Meningkatkan penyelenggaraan sistem informasi yang bermutu

- 5) Meningkatkan disiplin pada petugas
- 6) Mendorong masyarakat melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat

## **2. Letak Geografis**

Puskesmas Seputih Banyak terletak di Jalan A.Yani Nomor 20, Kampung Tanjung Harapan, Kecamatan Seputih Banyak kabupaten Lampung Tengah. Puskesmas Seputih Banyak memiliki luas wilayah 13.390 hektar dengan batasan wilayah sebagai berikut :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Way Seputih Kabupaten Lampung Tengah
- b. Sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Raman Utara Kabupaten lampung timur
- c. Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Seputih Raman Kabupaten lampung Tengah
- d. Sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Rumbia Kabupaten Lampung Tengah

## **3. Ketenagaan**

Puskesmas Seputih Banyak memiliki tenaga kerja sebanyak 90 pegawai yang terdiri dari 1 Manajemen, 3 Dokter Umum, 1 Dokter Gigi, 1 Tenaga Farmasi, 3 Tenaga Kesehatan Masyarakat, 26 Perawat, 33 Tenaga Kebidanan, 4 Perawat Gigi, 1 Analis Kesehatan, 1 Tenaga Nutrisida, 3 Sanitarian, 6 Tenaga Administrasi, dan 8 tenaga Kerja Non Medis.

## **4. Fasilitas dan Pelayanan**

Fasilitas yang tersedia di Puskesmas Seputih Banyak antara lain ruang instalasi farmasi, ruang konsultasi gizi, ruang laboratorium, ruang KIA/KB, ruang ASI, ruang persalinan (PONED), ruang rawat inap, ruang tata usaha dan aula.

## **B. Analisis Asuhan Keperawatan**

Pada pembahasan ini membandingkan antara teori dengan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada tanggal

31 Desember 2022. Berikut akan diuraikan pelaksanaan keperawatan pada Ny.A sesuai fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta dilengkapi pembahasan dokumentasi keperawatan.

### **1. Analisis Data Pengkajian**

Pengkajian pada Ny. A dengan Post Partum Normal dilakukan dengan cara anamnesa (keluhan utama, riwayat yang berhubungan dengan keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat kesehatan sehari-hari, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang).

Pengkajian adalah suatu usaha yang dilakukan perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Muttaqun, 2011).

Sedangkan pada pengkajian tanggal 31 Desember 2022 pada Ny. A

dengan Post partum normal hari ke-5, Ny. A mengatakan nyeri pada abdomen : Ny. A mengatakan dari proses inpartu terasa nyeri di bagian abdomen, Ny. A mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, dari pengkajian skala nyeri kategori 5.

## **2. Analisis Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan teori untuk ibu post partum hari ke-5 terdapat 6 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

- a. Nyeri akut
- b. Resiko terjadinya infeksi
- c. Gangguan pola tidur
- d. Menyusui tidak efektif
- e. Defisit pengetahuan
- f. Resiko perubahan peran menjadi orang tua

Setelah dilakukan pemngumpulan dan analisa data pada Ny. A terdapat 3 (tiga) diagnosa keperawatan yang muncul dan sesuai dengan SDKI, SLKI, SIKI :

- a) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Nyeri terjadi karena terjadinya karena adanya proses fisiologis involusi uterus. Data subyektif : Klien mengatakan nyeri pada perut, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri pada perut menjalar ke pinggang.

Data objektif : skla nyeri 5

b) Gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur

Gangguan pola tidur muncul karena klien merasakan nyeri pada perutnya sebagai proses fisiologis involusi uteri.

Data Subjektif : Klien mengatakan masih sering terbangun saat malam hari serta masih mengalami kesulitan untuk tidur karena pasien masih merasakan nyeri, Klien mengatakan nyeri di perut sudah berkurang, Klien mengatakan cukup mengerti akan informasi yang diberikan oleh perawat.

Data Objektif : Klien tampak lelah dan mengantuk, Klien tampak mempraktekkan teknik message eflourage dengan benar, Klien mampu mengulangi dengan baik penjelasan yang diberikan perawat.

c) Ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri

Defisit pengetahuan merupakan hambatan dalam melakukan dan menjaga kebersihan dirinya dikarenakan kurangnya pendidikan kesehatan.

Data Subjektif : Klien mengatakan masih merasa khawatir dengan kondisinya, Klien mengatakan meminta petugas untuk sering memeriksa kondisinya.

Data Objektif : Klien tampak gelisah, klien masih sulit tidur, Klien tampak masih bingung, Klien tampak senang saat petugas datang untuk memeriksa kondisinya.

### **3. Analisis Intervensi Keperawatan**

Diagnosa yang muncul selanjutnya disusun prioritas berdasarkan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow. Setelah diprioritaskan kemudian disusun rencana keperawatan yang mengacu pada teori yang ada, namun disesuaikan dengan fakta yang ada dan lebih banyak melihat kondisi klien, saran dan prasarana serta sumber daya dari tim kesehatan. rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosa keperawatan diantaranya :

#### **a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis**

1. Identifikasi lokasi, kaarakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan message effleurage
6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
8. Jelaskan strategi meredakan nyeri

**b. Gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur**

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)
3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misalnya, kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.
5. Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan. Suhu, matras, dan tempat tidur)
6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
8. Tetapkan jadwal tidur rutin
9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.
11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
13. Anjurkan menghindari makanan ataupun minuman yang mengganggu tidur
14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
15. Ajarkan faktor – faktor yang berkontribusi terhadap

gangguan pola tidur (misalnya psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)

16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

**c. Ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri**

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya kondisi, waktu, stressor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal).
4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
6. Pahami situasi yang membuat ansietas ; Dengarkan dengan penuh perhatian
7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
8. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.
11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami



12. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
13. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu*
14. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
15. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
16. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

#### **4. Analisis Implementasi dan Evaluasi**

##### **a. Implementasi**

Pada tahap pelaksanaan ini, pada dasarnya disesuaikan dengan susunan perencanaan serta asuhan keperawatan yang diberikan klien difokuskan dan penanganannya bersifat menyeluruh. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, kelompok melibatkan klien, keluarga dan tim kesehatan lain sehingga bekerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien.

Implementasi yang diberikan untuk tiap diagnosa pada pasien yaitu disesuaikan dengan kondisi pasien kelolaan yang diberikan asuhan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditentukan.

##### **1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis**

- a. Mengkaji karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi nyeri
- b. Mengkaji skala nyeri

- c. Memberikan informasi manfaat message effleurage untuk mengurangi nyeri.
- d. memberikan informasi tentang cara mengurangi nyeri dengan teknik nonfarmakologis message effleurage
- e. Mengajarkan cara message effleurage
- f. Menganjurkan pasien untuk melakukan message effleurage sampai nyeri mereda

**2. Gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur**

- a. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)
- c. Memodifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, matras, dan tempat tidur)
- d. Mengajarkan relaksasi otot autogenik (mengajarkan pasien untuk membayangkan sesuatu yang menyenangkan dan menangkan pikiran)
- e. Cara nonfarmakologi lainnya (message effleurage)

**3. Ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri**

- a. Menciptakan suasana terapeutik untuk membangun kepercayaan
- b. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c. Mendengarkan dengan penuh perhatian

d. Melatih teknik relaksasi (dengan tarik napas dalam)

Implementasi diberikan pada pasien berdasarkan intervensi yang telah ditentukan dengan berpedoman pada panduan SDKI, SLKI, SIKI.

## **5. Evaluasi**

Tahap evaluasi adalah menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Dari tiga diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan maka didapatkan hasil yang telah dicantumkan dalam evaluasi. Pada evaluasi sudah sesuai dengan SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, dan Planning). Evaluasi dilakukan setiap hari selama tiga hari. Evaluasi hari pertama klien mengatakan nyeri pada pinggang hingga perut berkurang, Klien dan keluarga mengatakan mengerti dan dapat melakukan Message Effleurage, Klien tampak meringis menahan nyeri pada bagian abdomen, Skala nyeri 4, Keluarga klien tampak mempraktekan Message Effleurage, di hari kedua klien mengatakan nyeri berkurang, message effleurage masih di lakukan di bantu oleh keluarga, di hari ketiga klien sudah tidak merasakan nyeri di perut sampai pinggang.

## **6. Analisis Teknik Message Effleurage**

Pemecahan masalah yang telah dilakukan pada Ny.A yang mengeluhkan nyeri post partum yaitu dilakukan teknik massage

effleurage dengan memberikan pijatan lembut dengan ujung jari dan telapak tangan pada bagian yang mengalami nyeri seperti pada perut pasien atau ibu yang mengalami nyeri kontraksi uterus. Dari implementasi yang dilakukan selama 3 hari penulis tidak mendapatkan kendala. Hal ini dikarenakan tidak adanya biaya atau peralatan secara khusus yang digunakan. Intervensi ini pun mudah dilakukan oleh perawat dan bidan yang ada diruangan, adapun peralatan yang dibutuhkan untuk pelaksanaan massage effleurage yaitu bantal, baby oil, tisu. Teknik ini dilakukan dengan menggunakan telapak tangan.

Namun apabila tindakan massage effleurage ini kurang efektif dalam mengurangi nyeri kontraksi uterus pada ibu post partum maka alternatif yang lain yang dapat dilakukan yaitu dengan tindakan pemberian melakukan latihan kegel.

