

## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

Penelitian telah dilakukan pada dua dokumen pasien berdasarkan fokus studi kasus asuhan keperawatan pada Bayi BBLR dengan Termoregulasi Tidak Efektif yang meliputi data pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan, yang dilakukan pada tanggal 06 sampai 09 april 2020 yang diperoleh dari data lampiran Karya Tulis Ilmiah yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya melalui situs website repository Poltekkes Denpasar mengenai bayi BBLR dengan Termoregulasi Tidak Efektif. Adapun data hasil pengamatan dapat diuraikan sebagai berikut:

#### 1. Pengkajian Keperawatan

**Tabel 1**

**Data Identitas Pada Dokumen Subjek Pertama (By. Kj) dan Subjek Kedua (By. N)**

<b>Identitas Klien</b>	<b>Subjek 1</b>	<b>Subjek 2</b>
Nama	By. Kj	By. N
Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Umur	10 HARI	2 Bulan
Diagnosis Medis	BBLR+ SMK	BKB+SMK+BBLR

Sumber : (L.Sukreni, 2018)

Berdasarkan dari hasil data pengamatan dokumen subjek pertama yaitu By.Kj berusia 10 hari, jenis kelamin laki-laki dengan diagnosis medis BBLR + SMK. Dokumen subjek kedua yaitu By.N berusia 2 bulan, jenis kelamin perempuan dengan diagnosis medis BKB+SMK+BBLR.

**Tabel 2**

**Pengkajian Data Subjektif dan Objektif pada Dokumen Subjek Pertama (By. Kj) dan Subjek Kedua (By. N)**

Dokumen Subjek Pertama (By.Kj)	Dokumen Subjek Kedua (By. N)
Data Subjektif :	Data Subjektif :
Tidak ada	Tidak ada
Data Objektif Mayor :	Data Objektif Mayor:
<ul style="list-style-type: none"><li>- Berat lahir 2100 gram</li><li>- Panjang badan 42 cm</li><li>- Lingkaran kepala 32 cm</li><li>- Lingkaran dada 28 cm</li><li>- Suhu 36°C</li><li>- Warna kulit kemerahan</li><li>- Kulit teraba dingin</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- BB saat ini 1670 gram</li><li>- Suhu 35,9°C</li><li>- Nadi 120x/menit</li><li>- Respirasi 44x/menit</li><li>- Kulit teraba dingin</li></ul>
Data Objektif Minor :	Data Objektif Minor :
<ul style="list-style-type: none"><li>- Kutis memorata</li><li>- Dasar kuku sianotik</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ventilasi menurun</li><li>- Dasar kuku sianotik</li><li>- Takikardia</li><li>- Kutis memorata</li></ul>

Sumber : (L.Sukreni, 2018)

Berdasarkan dari hasil data pengamatan dokumen subjek pertama dan kedua tidak ada muncul data subjektif, pada data objektif mayor dan minor terdapat perbedaan. Dokumen subjek pertama terlihat warna kulit kemerahan, kulit teraba dingin, kutis memorata dan dasar kuku sianotik, sedangkan pada dokumen subjek kedua terlihat kulit teraba dingin, ventilasi menurun, dasar kuku sianotik, takikardia, kutis memorata.

## 2. Diagnosis Keperawatan

**Tabel 3**

**Diagnosis Keperawatan pada Dokumen Subjek Pertama (By. Kj) dan Subjek Kedua (By. N)**

<b>Komponen Diagnosis</b>	<b>Subjek Pertama</b>	<b>Subjek Kedua</b>
Problem (P)	Hipotermi	Hipotermia
Etiologi (E)	Berat badan ekstrem	Berat badan ekstrem
Sign and Symptom	Pernyataan verbal Kulit teraba dingin Suhu tubuh dibawah normal (36°C), BB : 2100 gram	Pernyataan verbal Kulit teraba dingin Suhu tubuh dibawah normal (35,9°C), BB:1500 gram

Sumber : (L.Sukreni, 2018)

Diagnosis keperawatan yang ditegakkan di Ruang NICU RSD Mangusada Badung pada dua dokumen pasien, pada Bayi BBLR yaitu hipotermia berhubungan dengan berat badan ekstrem dibuktikan dengan pernyataan verbal kulit teraba dingin, suhu tubuh di bawah normal (36°C), BB < dari 2500 gram.

### 3. Perencanaan Keperawatan

**Tabel 4**

**Perencanaan Keperawatan pada Dokumen Subjek Pertama (By. Kj) dan Subjek Kedua (By. N)**

<b>Indikator</b>	<b>Subjek pertama By. Kj</b>	<b>Subjek kedua By. N</b>
<b>Tujuan</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan suhu tubuh stabil	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan suhu tubuh stabil
<b>Kriteria Hasil</b>	suhu tubuh stabil (36,5°C-37,5°C untuk neonatus), turgor kulit baik, tidak ada menggigil.	suhu tubuh stabil (36,5°C-37,5°C untuk neonatus), turgor kulit baik, tidak ada menggigil.
<b>Intervensi</b>	a. Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam b. Memonitor nadi dan respirasi c. Memonitor warna kulit d. Memonitor tanda hipotermi dan hipertermi	a. Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam b. Memonitor nadi dan respirasi c. Memonitor warna kulit d. Memonitor tanda hipotermi dan hipertermi

Sumber : (L.Sukreni, 2018)

Berdasarkan dari hasil data pengamatan terdapat persamaan pada tujuan dan kriteria hasil serta rencana keperawatan.

a. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil yang didokumentasikan oleh perawatan pada dokumen subjek pertama dan subjek kedua terdapat persamaan yaitu setelah diberikan tindakan selama 3x24 jam, diharapkan suhu tubuh stabil

dengan kriteria hasil: suhu tubuh stabil ( $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  untuk neonatus), turgor kulit baik, tidak ada menggigil.

b. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang didokumentasikan oleh perawat pada dokumen subjek pertama dan dokumen subjek kedua terdapat persamaan yang terdiri dari tindakan mandiri perawat antara lain monitor suhu tubuh setiap 2 jam, monitor nadi dan respirasi, monitor warna kulit, monitor tanda hipotermi dan hipertermi.

**4. Implementasi Keperawatan**

**Tabel 5**

**Implementasi Keperawatan pada Dokumen Subjek Pertama (By. K<sub>j</sub>) dan Subjek Kedua (By. N)**

<b>Implementasi Keperawatan</b>			
<b>Subjek pertama (By. K<sub>j</sub>)</b>		<b>Subjek kedua (By.N)</b>	
1.	Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam	1.	Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam
	Memonitor nadi dan respirasi		Memonitor nadi dan respirasi
2.	Memonitor warna kulit	2.	Memonitor warna kulit
3.	Memonitor tanda-tanda hipotermia dan	3.	Memonitor tanda-tanda hipotermia dan
4.	hipertermi pada bayi	4.	hipertermia pada bayi
5.	Membedong bayi agar tetap hangat	5.	Membedong bayi agar tetap hangat

Sumber : (L.Sukreni, 2018)

Hasil pengamatan data dari dokumen subjek pertama dan kedua terdapat kesamaan dalam pemberian tindakan keperawatan yang didokumentasikan pada dokumen subjek pertama (By.K<sub>j</sub>) dan subjek kedua (By.N).

## 5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 6

### Evaluasi Keperawatan pada Dokumen Subjek Pertama (By. Kj) dan Subjek Kedua (By. N)

Dokumen Subjek Pertama (By. Kj)	Dokumen Subjek Kedua (By. N)
S = -	S = -
O = Berat lahir 2100 gram, Pb: 42 cm, Lk: 32 cm, Ld: 28 cm, Apgar Score 7-8-8, S:36°C, RR: 30x/menit, N:160x/menit	O = S: 36,2°C, RR: 40x/menit, N: 142x/menit
A= Neonatus kurang bulan+SMK+BBLR	A: Bayi Kurang Bulan
P = Observasi keadaan umum pasien	P= Observasi keadaan umum pasien

Sumber : (L.Sukreni, 2018)

Evaluasi keperawatan yang telah didokumentasikan oleh perawat pada dokumen subjek pertama dan subjek kedua memiliki makna yang sama, hanya saja terdapat perbedaan pada data objektif.

### B. Pembahasan Studi Kasus

Pembahasan akan menguraikan tentang temuan peneliti pada dua dokumen subjek, perbandingan dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti, serta argumentasi peneliti itu sendiri terhadap dua dokumentasi asuhan keperawatan yang diteliti berdasarkan dokumen keperawatan antara dokumen subjek pertama (By.Kj) dan dokumen subjek kedua (By.N) dengan pasien BBLR.

Hasil pengamatan terhadap dua dokumen pasien dilakukan pada tanggal 06 sampai 09 April 2020 yang diperoleh dari data lampiran Karya Tulis Ilmiah melalui situs *website repository* Poltekkes Denpasar mengenai Bayi BBLR dengan Termoregulasi Tidak Efektif.

## 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal yang dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif dan objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik (NANDA, 2018)

Hasil pengamatan terhadap dua dokumen pasien yang dilakukan pada tanggal 06 sampai 09 April 2020 yang diperoleh dari data lampiran Karya Tulis Ilmiah melalui situs *website repository* Poltekkes Denpasar mengenai Bayi BBLR dengan Termoregulasi Tidak Efektif yaitu pada subjek pertama By. Kj dan subjek kedua By.N.

Laporan hasil pada subjek pertama By.Kj) dan subjek kedua (By.N) telah diperoleh data mayor dan minor. Pengkajian pada subjek pertama menunjukkan data mayor yaitu berat lahir: 2100 gram, jenis kelamin laki-laki, Pb: 42 cm, Lk:32 cm, Ld: 28 cm, suhu: 36°C, warna kulit kemerahan, kulit teraba dingin, data minor: takikardia, dasar kuku sianotik.

Pengkajian pada subjek kedua menunjukkan data mayor yaitu berat badan saat ini : 1670 gram, jenis kelamin perempuan, suhu 35,9°C, kulit teraba dingin, N: 120x/menit, RR: 44x/menit dan data minor : ventilasi menurun, dasar kuku sianotik, takikardia, kutis memorata.

Menurut teori pada (SDKI, 2016) data mayor dan minor yang muncul pada pasien BBLR dengan termoregulasi tidak efektif data mayor yaitu kulit dingin/hangat, menggigil, suhu tubuh fluktuatif. Gejala dan tanda minor objektifnya piloereksi, pengisian kapiler > 3 detik, tekanan darah meningkat,

pucat, frekuensi nafas meningkat, takikardia, kejang, kulit kemerahan, dasar kuku sianotik.

Terdapat perbedaan antara acuan teori yang digunakan oleh peneliti dengan data mayor dan minor yang muncul pada subjek pertama dan subjek kedua, bahwa ada beberapa data mayor dan minor pada acuan teori yang tidak muncul pada pengkajian subjek pertama dan subjek kedua. Pengkajian pada subjek pertama, data mayor yang tidak muncul yaitu suhu tubuh flukutatif dan menggigil. Data minor yang tidak muncul yaitu pucat, frekuensi nafas meningkat, kejang, kutis memorata. Pengkajian pada subjek kedua, data mayor yang tidak muncul yaitu suhu tubuh fluktuatif dan menggigil. Data minor yang tidak muncul yaitu kejang, kulit kemerahan, frekuensi nafas meningkat, pucat.

Perbedaan penulisan dokumentasi antara perawat di ruangan dengan peneliti terjadi karena teori yang digunakan berbeda, teori yang diterapkan oleh perawat di ruangan masih berpedoman dengan teori lama yakni berpedoman pada buku diagnosis keperawatan NANDA International 2015-2017 sedangkan teori yang digunakan oleh peneliti merupakan teori acuan yang baru dengan menggunakan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Perbedaan yang muncul antara data mayor dan minor pada acuan teori dengan yang ada pada subjek pertama maupun kedua dikarenakan beberapa hal yakni pertama kemungkinan kedua subjek tersebut sudah ada perbaikan keadaan umum sehingga ada beberapa tanda dan gejala mayor dan minor yang tidak muncul, kedua data tersebut muncul namun perawat tidak mengkaji secara mendalam tanda gejala mayor dan minor pada kedua pasien tersebut tetapi sebaiknya perawat melakukan pengkajian secara mendalam karena pengkajian merupakan proses pengumpulan



semua data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. (L.Sukreni, 2018)

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan yang ditegakkan oleh perawat di ruangan pada subjek pertama dan kedua yaitu hipotermi.

Menurut teori pada SDKI diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada pasien BBLR yaitu hipotermi berhubungan dengan berat badan < 2500 gram ditandai dengan kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh dibawah nilai normal, dasar kuku sianotik, ventilasi menurun, takikardia, kutis memorata.

Terdapat perbedaan teori yang digunakan oleh peneliti dengan pedoman yang digunakan oleh perawat di Ruang NICU RSD Mangusada Badung untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Perawat ruangan menggunakan pedomanan Diagnosis Keperawatan NANDA International 2015-2017 yaitu hipotermia. Perbedaan yang terjadi pada perumusan diagnosis keperawatan ini karena perawat di ruangan belum atau tidak pernah merumuskan diagnosis keperawatan termoregulasi tidak efektif dan tidak memiliki RENPRA (rencana keperawatan) diagnosis tersebut dan juga dikarenakan perbedaan acuan yang digunakan dalam merumuskan diagnosis keperawatan. Perbedaan yang terjadi pada diagnosis keperawatan ini disebabkan karena di Ruang jarang mendokumentasikan diagnosa keperawatan tersebut dan belum optimal menggunakan SDKI, sehingga mengakibatkan data yang didokumentasikan tidak sesuai dengan teori acuan.

Perbedaan ini akan berdampak terhadap tindakan keperawatan yang akan diberikan.

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Rencana Keperawatan merupakan proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis yang mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah (Kozier et al., 2010).

Perencanaan keperawatan yang digunakan perawat di ruangan untuk mengatasi masalah pada subjek pertama dan subjek kedua sama yaitu hipotermi dengan tujuan suhu tubuh stabil dengan kriteria hasil : suhu tubuh stabil ( $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  untuk neonatus), turgor kulit baik, tidak ada menggigil. Intervensi yang dilakukan yaitu mengukur suhu tubuh setiap 2 jam, memonitor nadi dan respirasi, memonitor warna dan suhu kulit, memonitor, memonitor tanda hipotermi dan hipertermi.

Menurut pedoman teori nanda NIC-NOC 2015 yaitu rencana asuhan keperawatan pada pasien BBLR dengan termoregulasi tidak efektif setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan NOC yaitu: *hydration, adherence behavior, immune status, risk control, risk detection* dengan kriteria hasil keseimbangan antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas, seimbang antara produksi panas, panas yang diterima, dan kehilangan panas selama 28 jam hari pertama kehidupan, keseimbangan asam basa bayi baru lahir, temperature stabil: ( $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ ), tidak ada kejang, tidak ada perubahan warna kulit.

Rencana asuhan keperawatan yang akan dilaksanakan yaitu monitor suhu minimal 2 jam, merencanakan monitoring suhu secara kontinyu, monitor warna dan

suhu kulit, monitor tanda-tanda hipotermi dan hipertermi, tingkatkan intake cairan dan nutrisi, selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh, diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu tubuh dan kemungkinan efek negative dari kedinginan, beritahun tentang indikasi terjadinya keletihan dan penanganan emergency yang diperlukan, ajarkan indikasi dari hipotermi dan penanganan yang diperlukan.

Terdapat beberapa perbedaan antara perencanaan yang digunakan oleh perawat di ruangan dengan pedoman perencanaan keperawatan yang digunakan oleh peneliti yaitu format rencana yang berbeda dan jumlah tindakan yang direncanakan, hal ini dikarenakan adanya perbedaan standar yang digunakan oleh rumah sakit.

Perbedaan tersebut terlihat pada rencana yang akan dilakukan perawat lebih sedikit jumlahnya dibandingkan dengan pedoman teori yang digunakan oleh peneliti, dalam hal ini sudah ditetapkan oleh standar rumah sakit sehingga dipilih tindakan mana saja yang memungkinkan dilakukan oleh perawat di ruangan sesuai dengan waktu yang tersedia.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan (Kozier et al., 2010). Implementasi atau tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat ruangan pada subjek pertama dan subjek kedua dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah didokumentasikan selama 3x24 jam. Pada pelaksanaan keperawatan perawat mendokumentasikan tindakan keperawatan untuk mengatasi hipotermia. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi hipotermia pada pasien adalah membedong pasien, mengukur suhu

setiap 2 jam, dan bayi diletakkan dalam incubator. Selain implementasi untuk mengatasi hipotermia perawat juga melakukan implementasi untuk mengatasi termoregulasi tidak efektif seperti memonitor suhu setiap 2 jam, memberikan minor setiap 2 jam, memonitor warna dan suhu kulit.

Implementasi merupakan katagori dari prilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai suatu tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Adapun dalam subjek pertama dan subjek kedua dalam mencapai tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam.

Teori yang dijadikan acuan pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Pelaksanaan atau implementasi keperawatan lebih menekankan pada menyelesaikan atau melakukan sesuatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahap perencanaan atau intervensi. Implementasi yng dilakukan perawat selama 3x24 jam sudah sesuai mengingat dalam mencapai outcome perlu dipertimbangkan berbagai hal diantaranya sumber daya dan kondisi atau keadaan pasien. Sedangkan mengenai pelaksanaan dalam hal ini walaupun perawat tidak menegakkan diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan termoregulasi tidak efektif tetapi perawat tetap melakukan implementasi untuk mengatasi termoregulasi tidak efektif serta mendokumentasikannya dalam lembar implementasi.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan fase kelima dan fase terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah evaluasi yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/ hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier et al., 2010).

Evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat setelah memberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada subjek pertama dan kedua yaitu pada subjek pertama S = - O = Berat lahir 2100 gram, Pb: 42 cm, Lk: 32 cm, Ld: 28 cm, Apgar Score 7-8-8, S:36°C, RR: 30x/menit, N:160x/menit, A= Neonatus kurang bulan+SMK+BBLR dengan hipotermia, P = Observasi keadaan umum pasien. Evaluasi pada subjek kedua S = - O = S: 36,2°C, RR: 40x/menit, N: 142x/menit, A: Bayi Kurang Bulan, P= Observasi keadaan umum pasien.

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen subjek pertama dan subjek kedua terdapat persamaan dan perbedaan hasil evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada kedua pasien tersebut. Pada subjek pertama pada bagian lembar evaluasi, perawat telah mendokumentasikan hasil evaluasi dalam bentuk SOAP , S = - O = Berat lahir 2100 gram, Pb: 42 cm, Lk: 32 cm, Ld: 28 cm, Apgar Score 7-8-8, S:36°C, RR: 30x/menit, N:160x/menit, A= Neonatus kurang bulan+SMK+BBLR dengan hipotermia, P = Observasi keadaan umum bayi jika hipotermi segera beri minum. Pada subjek kedua S = - O = S: 36,2°C, RR: 40x/menit, N: 142x/menit, A: Bayi Kurang Bulan, P= berikan minum setiap 2 jam. Menurut Nurarif & Kusuma (2015), hasil yang diharapkan setelah diberikannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada pasien BBLR dengan

kriteria hasil tidak terjadi peningkatan atau penurunan suhu tubuh (36,5-37°C), tidak terjadi kemerahan pada kulit, tangisan bayi tidak lemah, reflek menghisap kuat, tidak terjadi kelemahan, tidak terjadi kejang, tidak terjadi penurunan suhu tubuh dalam rentang normal, evaluasi dilaksanakan menggunakan metode SOAP (*Kasutive, Objektive, Assessment, Planning*).

Menurut peneliti terdapat sedikit perbedaan pada pendokumentasian antara perawat di ruang NICU RSD Manguasad Badung dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti. Dalam pengisian SOAP, di aspek *Assessment* perawat membuat dengan mengacu pada diagnosis medis yaitu bayi dengan berat lahir rendah sedangkan menurut peneliti di bagian *Assessment* merupakan penilaian terhadap pasien berupa tindakan keperawatan yang sudah tercapai atau belum tercapai, hal ini karena sudah menjadi kesepakatan bersama dari pihak rumah sakit.

### **C. Keterbatasan**

Keterbatasan yang ditemukan dalam proses pengambilan data sampai penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu di tengah pandemi corona atau yang lebih sering dikenal dengan Covid-19 ini semua masyarakat dihimbau untuk belajar, bekerja, ibadah dari rumah. Keadaan ini mengakibatkan terhambatnya proses penelitian tentunya dalam tahap pengambilan data, oleh sebab itu peneliti melakukan penelitian dengan cara melakukan penelitian sekunder menggunakan hasil data penelitian sebelumnya melalui situs repository Poltekkes Denpasar.