

BAB V

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Hasil studi kasus yaitu menguraikan tentang dua asuhan keperawatan pada ibu post *Sectio Caesarea* (SC) dengan gangguan pola tidur di Ruang Margapati RSUD Mangusada Badung pada tanggal 21 April tahun 2018 sampai dengan tanggal 25 April tahun 2018 yang terdiri dari 5 langkah proses keperawatan yaitu dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Hasil Studi Kasus Responden 1

a. Pengkajian

1) Identitas pasien

Berdasarkan hasil catatan pada rekam medis responden, data pengkajian responden 1 dengan inisial Ny. AN, berumur 20 tahun, pendidikan SLTP, seorang ibu rumah tangga, berstatus menikah, agama Hindu, beralamat tinggal di Lingkungan Banjar Gegadon, Desa Kapal, Mengwi, Badung, nomer rekam medik pasien 231632. Penanggung jawab Ny. AN yaitu adalah suaminya sendiri bernama Tn. AY, berumur 24 tahun, pendidikan SMK, seorang wiraswasta dan sumber informasi didapatkan dari catatan rekam medis pasien sendiri.

2) Alasan dirawat

Ny. AN datang ke ruang VK RSUD Mangusada Badung diantar oleh keluarganya pada tanggal 21 April 2018 pukul 06.49 wita, dengan keluhan sakit

perut semakin bertambah dan hilang timbul, tidak ada pengeluaran air dan darah per vaginam, dan pemeriksaan gerak janin baik.

3) Keluhan utama

Keluhan utama Ny. AN pada saat masuk rumah sakit yaitu sakit perut semakin bertambah yang hilang timbul, sedangkan keluhan utama saat Ny. AN di rawat di Ruang Margapati RSUD Mangusada Badung yaitu Ny. AN mengeluh nyeri pada luka post SC. Keluhan Ny. AN saat dikaji oleh petugas kesehatan di Ruang Margapati RSUD Mangusada Badung yaitu pasien mengeluh nyeri luka SC, lemas, sulit tidur, dan sering terbangun karena kepanasan. Ny. AN melakukan persalinan SC dengan tindakan SC *Cito* pada tanggal 21 April 2018.

4) Riwayat obstetri dan ginekologi

Ny. AN memiliki riwayat obstetri dan ginekologi terdiri dari riwayat menstruasi diantaranya *menarche* pada umur 13 tahun, dengan siklus haid 30 hari, dengan volume lebih kurang 150 cc, lama menstruasi 3-4 hari, dan tidak ada keluhan yang dirasakan saat menstruasi. Riwayat pernikahan pada Ny. AN yaitu menikah 1 kali dengan lama menikah yaitu 4 tahun. Riwayat persalinan yang dialami oleh Ny. AN yaitu Ny. AN melahirkan anak pertama pada tahun 2014 dengan umur kehamilan cukup bulan (aterm), dilakukan dengan tindakan SC, ditolong oleh tenaga kesehatan, berjenis kelamin perempuan, berat badan 2400 gram, dan panjang 49 cm. Sedangkan pada catatan rekam medik Ny. AN melahirkan anak kedua pada tahun 2018 dengan umur kehamilan aterm, dilakukan dengan tindakan SC, ditolong oleh tenaga kesehatan, dengan berjenis kelamin laki-laki, berat badan 2800 gram, dan panjang 49 cm. Berdasarkan dokumen Ny. AN

memiliki riwayat keluarga berencana yaitu Ny. AN menggunakan akseptor KB jenis IUD, dan lama pemakaian kurang lebih 3,5 tahun.

5) Pola kebutuhan sehari-hari

Berdasarkan catatan rekam medik pasien, Pertama adalah pada pola bernapas yaitu tidak mengalami kesulitan saat bernapas. Pada pola nutrisi Ny. AN makan lebih kurang 3 kali sehari, minum lebih kurang 1650 cc per hari. Pada pola eliminasi responden BAK kurang lebih 1500 urine berwarna kuning dan pada saat ini Ny. AN menggunakan dower kateter, sedangkan untuk BAB 1 x sehari. Pada pola gerak badan bahwa ADL dibantu sebagian. Pada pola istirahat tidur responden mengalami gangguan tidur, tidur kurang lebih 4-5 jam. Pada pola berpakaian didapatkan bahwa dibantu sebagian. Pada pola rasa nyaman responden mengalami nyeri akut, pada pola kebersihan diri dibantu sebagian, pada pola komunikasi atau hubungan dengan orang lain yaitu responden tidak mengalami gangguan bicara dan bahasa yang digunakan sehari-hari yaitu bahasa daerah. Pada pola beribadah, kegiatan beribadah sering dilakukan oleh responden, pola kebutuhan belajar pasien tidak ditemukan hambatan dalam penerimaan edukasi.

6) Pemeriksaan fisik

Petugas kesehatan melakukan pemeriksaan fisik kepada responden untuk mengetahui keadaan umum responden. *Glasgow Coma Scale* (GCS) responden yaitu E4V5M6, dengan tingkat kesadaran compos mentis. Dilanjutkan oleh pemeriksaan tanda-tanda vital yang didapatkan dari catatan rekam medik hasilnya tekanan darah = 110/70 mmHg, nadi = 80x/menit, pernapasan = 20x/menit, dan suhu = 36,4⁰c, berat badan = 55 kg dan tinggi badan = 165 cm. Pemeriksaan *head toe toe* didapatkan hasil dari pemeriksaan kepala terdiri dari wajah bulat,

sclera putih, konjungtiva normal, pembesaran terhadap kelenjar tiroid tidak teraba. Pemeriksaan bagian dada yaitu payudara responden simetris, puting menonjol, tanda retraksi tidak ada, tanda pengeluaran ASI (+), kebersihan cukup, tidak ada kelainan, pemeriksaan jantung S₁S₂ tunggal regular, pemeriksaan paru-paru vesikuler, terdengar suara ronchi dan *wheezing* tidak ada. Pada bagian abdomen yaitu adanya luka bekas operasi, bising usus pasien normal, tinggi fundus uteri pasien yaitu 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik. Pemeriksaan bagian genitalia terdapat lokhea rubra dan berbau khas. Pemeriksaan pada bagian perineum dikaji, tetapi tidak ada tanda – tanda REEDA (*red, eodema, ekimosis, discharge, lost of approximate*) dikarenakan Ny. AN tidak melaksanakan tindakan episiotomi. Dan pemeriksaan terakhir pada bagian ekstremitas atas dan bawah, yaitu tidak ada eodema , tungkai simetris, reflek baik, dan akral hangat.

7) Pengobatan

Ny. “AN”, mendapatkan terapi obat berupa cefadroxil dengan dosis 2 x 500 mg lewat oral, dan paracetamol dengan dosis 4 x 500 mg lewat oral.

Berdasarkan hasil pengamatan rekam medis Ny. AN dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0 didapatkan bahwa pada bagian pengkajian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, tenaga kesehtan di ruangan telah mendokumentasikan dengan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri luka SC, lemas, sulit tidur, dan sering terbangun karena kepanasan, data objektif yaitu keadaan umum responden baik, tampak meringis, tampak mengantuk, dan area bawah mata menghitam.

b. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengamatan catatan rekam medik Ny. “AN dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0 didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh tenaga kesehatan di ruangan adalah diagnosa keperawatan nyeri akut.

c. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengamatan catatan rekam medik Ny. AN dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0, untuk intervensi dengan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur secara khusus tidak terdapat di ruangan sehingga tenaga kesehatan di ruangan tidak mendokumentasikan di catatan rekam medik Ny. AN.

d. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan catatan rekam medik Ny. “AN” dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0 pada tahap implementasi keperawatan, tenaga kesehatan di ruangan telah mencontreng menggunakan tanda “ √ ” dan mendokumentasikan manajemen personal hygiene, manajemen nyeri akut, dan manajemen istirahat tidur. Sedangkan tenaga kesehatan mendokumentasikan evaluasi formatif SOAP pada implementasi yaitu S : nyeri luka SC, lemas, sulit tidur, dan sering terbangun karena kepanasan O: keadaan umum baik, tampak meringis tampak mengantuk, dan area bawah mata menghitam A : P2002 Post SC hari ke-0, P : mengobservasi keadaan umum pasien, ciptakan lingkungan nyaman, observasi vital sign , dan anjurkan pasien istirahat tidur.

e. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan catatan rekam medik Ny. “AN” pada tahap evaluasi keperawatan, tenaga kesehatan di ruangan telah mendokumentasikan menggunakan format catatan perkembangan pasien menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang didapatkan setelah 2x24 jam dilakukannya implementasi terhadap Ny “AN” yaitu S: nyeri luka SC berkurang, rasa kantuk (-) tidak ada, O : keadaan umum baik, mobilisasi baik, laktasi baik, dan area bawah mata tidak menghitam A : P2002 Post SC hari ke-2, P : observasi keadaan umum, observasi trias nifas, konsultasi dr Sp.OG, pasien BPL

2. Hasil Studi Kasus Responden 2

a. Pengkajian

1) Identitas pasien

Berdasarkan hasil rekam medik responden, data pengkajian responden 2 dengan inisial Ny PC, berumur 34 tahun, pendidikan SMA, seorang ibu rumah tangga, berstatus menikah, agama Hindu, beralamat tinggal di Banjar Warga Sari, Kecamatan Melaya, Jembrana, nomer rekam medik pasien 275574. Penanggung jawab Ny. PC yaitu adalah suaminya sendiri bernama Tn. NK, berumur 35 tahun, pendidikan SMA, seorang wiraswasta dan sumber informasi didapatkan dari rekam medis pasien sendiri.

2) Alasan dirawat

Ny. PC datang ke ruang poli obgyn RSUD Mangusada Badung diantar oleh suaminya pada tanggal 21 April 2018 dengan keluhan nyeri hilang timbul, setelah dilakukan pemeriksaan dokter menyarankan pasien untuk MRS, lalu pasien di rawat inap di Ruang Margapati RSUD Mangusada Badung, dan berencana

melahirkan dan dilakukan tindakan SC. Pasien melahirkan dengan dilakukannya SC pada tanggal 23 April 2018 pukul 07.25 wita.

3) Keluhan utama

Keluhan utama Ny. PC pada saat masuk rumah sakit yaitu sakit perut semakin bertambah yang hilang timbul, sedangkan keluhan utama saat Ny. PC di rawat di Ruang Margapati RSUD Mangusada Badung yaitu Ny. PC mengeluh nyeri pada luka post SC. Keluhan Ny. PC saat dikaji oleh petugas kesehatan di Ruang Margapati RSUD Mangusada Badung yaitu pasien mengeluh nyeri luka SC, lemas, mengantuk, tidur sulit, dan sering terbangun. Ny. PC melakukan persalinan SC dengan tindakan SC pada tanggal 23 April 2018.

4) Riwayat obstetri dan ginekologi

Ny. PC memiliki riwayat obstetri dan ginekologi terdiri dari riwayat menstruasi diantaranya *menarche* pada umur 11 tahun, dengan siklus haid 28 hari, dengan volume lebih kurang 150 cc, lama menstruasi 5 hari, dan tidak ada keluhan yang dirasakan saat menstruasi. Riwayat pernikahan pada Ny. PC yaitu menikah 1 kali dengan lama menikah yaitu 10 tahun. Berdasarkan catatan rekam medik Riwayat persalinan yang dialami oleh Ny. PC yaitu Ny. PC melahirkan anak pertama pada tahun 2007 dengan umur kehamilan cukup bulan (aterm), dilakukan dengan tindakan SC, ditolong oleh tenaga kesehatan, dengan berjenis kelamin perempuan, berat badan 2700 gram, dan panjang 48 cm. Sedangkan Ny. PC melahirkan anak kedua pada tahun 2018 dengan umur kehamilan aterm, dilakukan dengan tindakan SC, ditolong oleh tenaga kesehatan, dengan berjenis kelamin laki - laki, berat badan 4000 gram, dan panjang 50 cm. Ny. PC memiliki

riwayat keluarga berencana yaitu Ny. PC menggunakan akseptor KB dengan jenis suntik, dan lama pemakaian kurang lebih 9 bulan.

5) Pola kebutuhan sehari-hari

Berdasarkan catatan rekam medik responden, pertama adalah pada pola bernapas yaitu tidak mengalami kesulitan saat bernapas. Pada pola nutrisi Ny. PC makan lebih kurang 3 kali sehari, minum lebih kurang 1400 cc per hari. Pada pola eliminasi responden didapatkan BAK kurang lebih 1200 urine responden berwarna kuning dan pada saat ini Ny. PC menggunakan dower kateter, sedangkan untuk BAB 1 x sehari. Pada pola gerak badan bahwa ADL dibantu sebagian. Pada pola istirahat tidur pasien mengalami gangguan tidur lebih kurang 3-5 jam. Pada pola berpakaian didapatkan bahwa dibantu sebagian. Pada pola rasa nyaman pasien mengalami nyeri akut, pada pola kebersihan diri dibantu sebagian, pada pola komunikasi atau hubungan dengan orang lain yaitu pasien tidak mengalami gangguan bicara dan bahasa yang digunakan sehari-hari yaitu bahasa daerah. Pada pola beribadah, kegiatan beribadah sering dilakukan oleh pasien. Pada pola kebutuhan belajar responden tidak ditemukan hambatan dalam penerimaan edukasi.

6) Pemeriksaan fisik

Petugas kesehatan melakukan pemeriksaan fisik kepada responden untuk mengetahui keadaan umum pasien. *Glasgow Coma Scale* (GCS) pasien yaitu E4V5M6, dengan tingkat kesadaran pasien compos mentis. Berdasarkan catatan rekam medik pemeriksaan tanda-tanda vital yang didapatkan hasilnya tekanan darah = 110/80 mmHg, nadi = 80x/menit, pernapasan = 20x/menit, dan suhu = 36,0⁰c, berat badan = 75 kg dan tinggi badan = 168 cm. Pemeriksaan *head toe*

toe didapatkan hasil dari pemeriksaan kepala terdiri dari : wajah bulat, sclera putih, konjungtiva normal, pembesaran terhadap kelenjar tiroid tidak teraba. Pemeriksaan bagian dada yaitu payudara responden simetris, puting menonjol, tanda retraksi tidak ada, pengeluaran ASI (+), kebersihan cukup, tidak ada kelainan, pemeriksaan jantung S₁S₂ tunggal regular, pemeriksaan paru-paru vesikuler, terdengar suara ronchi dan *wheezing* tidak ada. Pemeriksaan pada bagian abdomen yaitu adanya luka bekas operasi, bising usus pasien normal, tinggi fundus uteri pasien yaitu 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik. Pemeriksaan bagian genetalia terdapat lokhea rubra dan berbau khas. Pemeriksaan pada bagian perineum dikaji, tetapi tidak ada tanda – tanda REEDA (*red, eodema, ekimosis, discharge, lost of approximate*) dikarenakan Ny. PC tidak melaksanakan tindakan episiotomi. Dan pemeriksaan terakhir pada bagian ekstremitas atas dan bawah, yaitu tidak ada eodema , tungkai simetris, reflek baik, dan akral hangat.

7) Pengobatan

Ny. PC, mendapatkan terapi obat berupa cefadroxil dengan dosis 2 x 500 mg lewat oral, dan paracetamol dengan dosis 4 x 500 mg lewat oral.

Berdasarkan hasil pengamatan rekam medis Ny. PC dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0 didapatkan bahwa pada bagian pengkajian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di ruangan, tenaga kesehatan telah mendokumentasikan dengan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri luka SC, lemas, mengantuk, tidur sulit, dan sering terbangun sedangkan untuk data objektif yaitu keadaan umum responden baik, tampak meringis dan tampak mengantuk.

b. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengamatan catatan rekam medik Ny. PC dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0 didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh tenaga kesehatan di ruangan adalah diagnosa nyeri akut.

c. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengamatan catatan rekam medik Ny. PC dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0, untuk intervensi dengan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur secara khusus tidak terdapat di ruangan sehingga tenaga kesehatan di ruangan tidak mendokumentasikan di catatan rekam medik Ny. PC.

4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan catatan rekam medik Ny. PC dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0 pada tahap implementasi keperawatan, bidan telah mencontreng menggunakan tanda “√” dan mendokumentasikan manajemen personal hygiene, manajemen nyeri akut, dan manajemen istirahat tidur. Sedangkan tenaga kesehatan mendokumentasikan evaluasi formatif SOAP pada implementasi yaitu S : nyeri luka SC, lemas, mengantuk, tidur sulit dan sering terbangun O : keadaan umum baik, tampak meringis dan tampak mengantuk, A : P2002 Post SC hari ke-0, P : mengobservasi keadaan umum pasien, ciptakan lingkungan nyaman, observasi vital sign, dan anjurkan pasien istirahat tidur.

5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan catatan rekam medik Ny. “PC” pada tahap evaluasi keperawatan, tenaga kesehatan di ruangan telah mendokumentasikan menggunakan format catatan perkembangan pasien menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang didapatkan setelah 2x24 jam dilakukannya implementasi terhadap Ny “PC” yaitu

S : nyeri luka SC berkurang, sudah bisa tidur kembali, dan mobilisasi terbatas O : keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tidak tampak mengantuk, dan laktasi baik, A : P2002 post SC hari ke-2, P : mengobservasi trias nifas, *aff* infus dan *aff* DC, pertahankan kondisi pasien dan KIE pasien pulang.

B. Pembahasan Studi Kasus

Pembahasan pada studi kasus ini akan membandingkan dokumen dua orang ibu post SC tentang kesesuaian dan kesenjangan antara studi kasus, temuan peneliti, konsep teori, serta argumentasi peneliti itu sendiri terhadap dokumen dua asuhan keperawatan yang diteliti berdasarkan hasil pengamatan dari masing – masing catatan rekam medik responden.

1. Pengkajian keperawatan

Menurut hasil yang didapatkan oleh peneliti berdasarkan catatan rekam medik responden 1 dan responden 2, terdapat beberapa perbedaan, pada dokumen responden 1 didokumentasikan data subjektif yaitu responden mengeluh nyeri luka SC, lemas, sulit tidur, dan sering terbangun karena kepanasan sedangkan data objektif yaitu keadaan umum baik, tampak meringis, tampak mengantuk, dan area bawah mata menghitam. Sedangkan pada responden 2 bagian pengkajian didokumentasikan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri luka SC, lemas, mengantuk, tidur sulit, dan sering terbangun sedangkan untuk data objektif yaitu keadaan umum responden baik, tampak meringis dan tampak mengantuk.

Perbedaannya yaitu terdapat pada data objektif dimana catatan rekam medik responden 1 terdapat data objektif yaitu area bawah mata menghitam sedangkan di responden 2 tidak. Hal ini dikarenakan respon dan keadaan setiap responden berbeda- beda.

Sesuai dengan temuan penelitian lain yaitu Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fitri, Trisyani, dan Maryati tahun 2012 di RSUD Sumedang, bahwa gangguan pola tidur memberikan pengaruh kualitas tidur terhadap ibu post SC. Dimana sebagian besar responden yang ditemukan peneliti saat penelitian mengalami gangguan pola tidur, dan gangguan pola tidur tersebut dapat berupa merasa kepanasan atau kedinginan, sulit tidur, terbangun ditengah malam, mendengar tangisan bayi, mimpi buruk, dan merasa nyeri pada luka SC.

Menurut teori, pengkajian adalah tahap paling menentukan bagi tahapan proses keperawatan selanjutnya. Teori yang digunakan oleh peneliti sebagai acuan adalah untuk mengetahui pasien mengalami gangguan pola tidur yaitu adanya gejala dan tanda gangguan pola tidur. Sesuai teori yang diungkapkan oleh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), gejala dan tanda gangguan pola tidur yaitu gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor.

Gejala dan tanda mayor pada gangguan pola tidur yaitu :

- 1) Secara subjektif mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup.
- 2) Secara objektif tidak tersedia gejala dan tanda mayor dari gangguan pola tidur.

Sedangkan gejala dan tanda minor pada gangguan pola tidur yaitu :

- 1) Secara subjektif yaitu mengeluh kemampuan aktivitas menurun
- 2) Secara objektif didapatkan dari teori Menurut (Wahit Iqbal Mubarak et.,al, 2015) yaitu tampak adanya kehitaman di daerah sekitar mata, konjungtiva tampak merah, dan wajah tampak mengantuk.

Sedangkan menurut peneliti, terdapat perbedaan proses pengkajian keperawatan antara studi kasus dengan teori yang digunakan peneliti sebagai acuan untuk studi kasus. Perbedaan data pengkajian yang didapatkan jika dibandingkan dengan teori, bahwa responden 1 dan responden 2 mengalami gangguan pola tidur, dikarenakan tenaga kesehatan di ruangan mendokumentasikan keadaan kedua responden mengalami beberapa dari gejala dan tanda mayor serta minor dari gangguan pola tidur. Data subjektif dan data objektif pada catatan rekam medik responden juga memiliki sedikit perbedaan terhadap teori yang dijadikan acuan oleh peneliti. Pada catatan rekam medik, terdapat data – data yang tidak muncul pada data subjektif dan objektif menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2016 seperti mengeluh pola tidur berubah, mengeluh tidak puas tidur, kemampuan aktivitas menurun, dan konjungtiva berwarna merah.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengamatan berdasarkan catatan rekam medik responden 1 dan responden 2 dignosa yang ditegakkan dan didokumentasikan oleh tenaga kesehatan di ruangan yaitu nyeri akut.

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis yang mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dilaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan perlu melihat 3 unsur yaitu *Problem, Etiology, Sign and Symptom* (PES), (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan dalam masalah gangguan pola tidur adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang ditandai dengan data subjektif dan data objektif yang didapatkan dari gejala dan tanda mayor maupun minor sesuai dengan acuan SDKI tahun 2016. Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut peneliti, terdapat perbedaan antara diagnosa yang didokumentasikan oleh tenaga kesehatan di ruangan dengan teori yang digunakan oleh peneliti sebagai acuan studi kasus, adapun dilihat dari data yang di dokumentasikan pada pengkajian kedua responden mengeluh dan menunjukkan beberapa gejala dan tanda gangguan pola tidur yang dapat mendukung untuk dimunculkan diagnosa gangguan pola tidur, sedangkan diagnosa yang di dokumentasikan oleh petugas kesehatan adalah nyeri akut. Hal ini terjadi disebabkan oleh petugas kesehatan di ruangan hanya mendokumentasikan diagnosa keperawatan yang prioritas.

3. Intervensi keperawatan

Hasil pengamatan berdasarkan catatan rekam medik kedua responden yaitu petugas tenaga kesehatan tidak menulis maupun mendokumentasikan intervensi secara khusus terkait dengan gangguan pola tidur.

Perencanaan keperawatan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria atau hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria, yang diperkirakan atau diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013).

Teori intervensi yang digunakan oleh peneliti sebagai acuan untuk studi kasus yaitu Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) intervensi untuk masalah keperawatan gangguan pola tidur pada ibu post SC, yaitu dengan Tujuan dan Kriteria hasil berdasarkan NOC : *Anxiety reduction, Comfort level, Pain level, Rest : Extent and Pattern, Sleep : Extent and Pattern*. Dengan kriteria hasil adalah jumlah jam tidur dalam batas normal sekitar 6 – 8 jam perhari, pola tidur dan kualitas tidur dalam batas normal, perasaan segar sesudah tidur atau istirahat, dan mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. Berdasarkan NIC *Sleep Enhancement* yaitu kaji kebutuhan tidur pasien setiap hari, ciptakan lingkungan yang nyaman, fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, anjurkan pasien untuk beristirahat, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang dukungan untuk memenuhi tidur pasien, dan kolaborasikan dengan ahli gizi dalam pemberian makanan yang mengandung tinggi protein.

Menurut peneliti, setelah melihat dokumentasi bahwa intervensi keperawatan yang didokumentasikan oleh petugas kesehatan di ruangan terjadi beberapa perbedaan dengan teori yang dijadikan sebagai acuan oleh peneliti, perbedaannya adalah di catatan rekam medik responden hanya didokumentasikan mengenai intervensi menciptakan lingkungan nyaman dan menganjurkan pasien istirahat yang berkaitan dengan gangguan pola tidur. Hal ini terjadi, dikarenakan adanya format yang sudah disepakati oleh pihak rumah sakit.

4. Implementasi keperawatan

Berdasarkan catatan rekam medik responden 1 dan responden 2 dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-0 pada tahap implementasi keperawatan, bidan telah memberi tanda “√” dan mendokumentasikan manajemen istirahat tidur pada kolom yang tersedia dan selanjutnya dievaluasi formatif menggunakan SOAP. Sedangkan dilihat dari evaluasi formatif menggunakan SOAP yaitu pada responden 1 dan responden 2 tenaga kesehatan di ruangan telah mendokumentasikan yang berkaitan dengan istirahat tidur yaitu tenaga kesehatan hanya menulis dan mendokumentasikan menciptakan lingkungan nyaman dan menganjurkan pasien istirahat.

Sesuai dengan acuan teori menurut (Perry dan Potter, 2005) implementasi keperawatan merupakan suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan yaitu tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam menerapkan dan melaksanakan implementasi keperawatan diharapkan intervensi yang ada sesuai dengan teori seluruhnya dilakukan semua kepada responden.

Menurut peneliti, ada perbedaan dan kesenjangan yang terjadi antara studi kasus dengan teori yang digunakan oleh peneliti sebagai acuan studi kasus, karena dilihat dari catatan rekam medik kedua responden, tenaga kesehatan di ruangan hanya mendokumentasikan implementasi manajemen istirahat tidur dengan cara memberikan tanda “√”. Sedangkan dilihat dari evaluasi formatif menggunakan SOAP yaitu tenaga kesehatan di ruangan hanya mendokumentasi yang berkaitan dengan istirahat tidur yaitu tenaga kesehatan hanya menulis dan

mendokumentasikan menciptakan lingkungan nyaman dan menganjurkan pasien istirahat, lalu petugas tenaga kesehatan di ruangan member paraf setelah mendokumentasikan evaluasi formatif. Menurut peneliti tenaga kesehatan di ruangan dapat mendokumentasikan semua tindakan yang dilakukan kepada responden ke dalam catatan rekam medik, yang berguna untuk mengobservasi keadaan responden selama dan sesudah dilakukannya tindakan.

5. Evaluasi keperawatan

Berdasarkan hasil pengamatan dari rekam medik responden 1 yaitu Ny. AN dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-2 evaluasi telah di dokumentasikan menggunakan metode SOAP oleh bidan yang berada di ruangan. Dengan evaluasi berupa S : nyeri luka SC berkurang, rasa kantuk tidak ada, O : keadaan umum baik, mobilisasi baik, laktasi baik, dan area bawah mata tidak menghitam A : P2002 Post SC hari ke-2, P : mengobservasi keadaan umum, observasi trias nifas, tunggu hasil konsultasi dr Sp.OG untuk pasien BPL.

Berdasarkan hasil pengamatan dari rekam medik responden 2 yaitu Ny. PC dengan diagnosa medis P2002 Post SC hari ke-2 telah di dokumentasikan menggunakan metode SOAP oleh bidan yang berada di ruangan. Dengan evaluasi berupa S: nyeri luka SC berkurang, sudah bisa tidur kembali, dan mobilisasi terbatas, O : Keadaan umum membaik, kesadaran compos mentis, tidak tampak mengantuk, laktasi baik, A : P2002 Post SC hari ke-2 , P : observasi trias nifas, aff infus dan aff DC, pertahankan kondisi responden, KIE pasien pulang.

Sesuai dengan acuan teori, evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Perry dan Potter,

2005). Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah.

Menurut peneliti, dari pengamatan kedua catatan rekam medik responden, terdapat sedikit perbedaan pada evaluasi. Dimana pada bagian *planning* responden 2 dilakukan KIE sebelum pulang, sedangkan responden 1 tidak dilakukan karena responden 1 sesuai catatan yang di dokumentasikan oleh tenaga kesehatan (bidan) masih menunggu hasil konsul dr. Sp. OG untuk *discharge planning*. Pada bagian *subjective* dan *objective* pada catatan rekam medik responden 1 dan responden 2 tenaga kesehatan di ruangan telah mendokumentasikan keluhan dan keadaan umum responden, pada bagian *assessment* tenaga kesehatan di ruangan hanya mendokumentasikan dengan menulis diagnosa medis, dan pada bagian *planning* dituliskan mengenai intervensi yang akan dilakukan pada responden. Penulisan dan pendokumentasian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di ruangan pada proses evaluasi mungkin telah disepakati sesuai dengan kebijakan dari rumah sakit. Dan evaluasi yang di dokumentasikan di catatan rekam medik yaitu evaluasi menggunakan SOAP yang di dokumentasikan setiap pergantian *sift* jaga. Dilihat dari hasil evaluasi dari kedua responden di catatan rekam medik, kedua responden tidak menunjukkan adanya tanda dan gejala gangguan pola tidur.

C. Keterbatasan

Peneliti menguraikan hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus yaitu diantaranya:

1. Peneliti menemukan kesulitan dalam mencari referensi jurnal dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini mengenai gangguan pola tidur pada ibu post SC

dan minimnya jumlah buku yang berada di perpustakaan mengenai gangguan pola tidur pada ibu post SC.

2. Peneliti menemukan hambatan pada proses diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan. Karena di ruangan hanya mencantumkan diagnosa prioritas dan tidak ada intervensi khusus yang berkaitan dengan gangguan pola tidur. Sedangkan pada implementasi hanya dicantumkan manajemen istirahat tidur dan mencantumkan sedikit pelaksanaan sesuai dengan teori.

3. Dari segi metodologi penelitian, peneliti hanya menggunakan studi dokumentasi. Hal tersebut menyebabkan peneliti sulit untuk melakukan validasi secara langsung terhadap pasien sehingga beberapa data tidak muncul pada proses penyusunan karya tulis ilmiah.