

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Data dari repository

Hasil data dari repository menguraikan tentang dua asuhan keperawatan yang diteliti menggunakan teknik dokumentasi dengan mengobservasi dokumen keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan menyusui tidak efektif di Ruang Dara RSUD Wangaya yang dilakukan tanggal 19 April 2020 sampai dengan 23 April 2020, karena adanya wabah/pandemic COVID-19, maka data diambil di *repository* Poltekkes Denpasar dengan judul Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Seksio Sesarea Dengan Menyusui Tidak Efektif Di Ruang Dara RSUD Wangaya yang ditulis oleh Primandari, N.P.L.(2019)

Adapun hasil dari pengamatan yang dilakukan diuraikan dalam lima langkah proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian

a. Pasien 1

Pengkajian terhadap data dilakukan pada tanggal 20 April 2020 , hasil pengkajian yang didapatkan yaitu sebagai berikut :

1) Identitas

Pasien atas nama Ny.RA, usia 16 tahun, alamat jalan Raya Pemogan Gg. Cempaka, agama hindu, pendidikan SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan kawin, nomor RM 691066, diagnosa medis P1001 post sc + 2 jam post sc, tanggal MRS 18 April 2019 Penanggung jawab/suami pasien atas nama Tn. TP, usia 19 tahun, agama hindu, pendidikan SMP, status perkawinan kawin, pekerjaan pegawai swasta. Mengeluh sakit perut hilang timbul sejak tanggal 18 April 2019.

2) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

Pasien mulai menarche umur 13 tahun, banyaknya menstruasi 4x ganti pembalut, siklus menstruasi teratur, lama menstruasi 5 hari. HPHT: 14 Juli 2019. Pasien menikah 1x, lama menikah 7 bulan. Riwayat kehamilan saat ini G1P0A0H0, usia kehamilan 39 minggu 5 hari, taksiran persalinan 21 April 2019. ANC kehamilan sekarang di RSUD Wangaya, riwayat keluarga berencana tidak ada.

3) Riwayat Penyakit

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan tidak memiliki riwayat penyakit menular.

4) Pola Kebutuhan Sehari-hari

Pola makan: 3x sehari, minum: 2000 cc/hari. Pola eliminasi: pasien BAB 1x dalam sehari, BAK: \pm 1500 urine berwarna kuning. Pola istirahat: normal 4-7 jam.

5) Pemeriksaan Fisik

Kadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS: E4V5M6, konjungtiva normal, sclera normal, mammae bentuk simetris, puting susu menonjol, tidak ada pengeluaran air susu ibu, kebersihan cukup, tidak ada kelainan. Ekstremitas: simetris,refleks (+). Pemeriksaan pada bagian abdomen yaitu tidak ada luka bekas operasi, arah pembesaran tidak ada, tidak ada kelainan, TFU 2 jari dibawah pusat (31 cm). Pada bagian vagina perdarahan (-), lochea rubra dan karakteristik berbau khas. TD: 110/80 mmHg, N: 80x/menit, S: 36⁰C, RR: 20 x/menit, berat badan 69 kg, tinggi badan 160 cm.

6) Pengobatan

- a) Cefodroxil 2x500 mg
- b) Asam mefenamat 3x50 mg
- c) Metilergometrim 3x0,125 mg
- d) SF 2x300 mg

b. Pasien 2

Pengkajian terhadap data dilakukan pada tanggal 20 April 2020, adapun hasil pengkajian yang didapatkan yaitu sebagai berikut :

1) Identitas

Pasien atas nama Ny.TW, usia 21 tahun, alamat jalan Gunung Guntur Gg. Korawa, agama islam, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan kawin, nomor RM 691071, diagnosa medis P1001 post sc + 2 jam post sc, tanggal MRS 18 April 2019 Penanggung jawab/suami pasien atas nama Tn. AP, usia 23 tahun, agama islam, pendidikan SMA, status perkawinan kawin, pekerjaan pegawai swasta. Mengeluh sakit perut hilang timbul sejak pukul 06.00 WITA tanggal 18 April 2019.

2) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

Pasien mulai menarche umur 14 tahun, banyaknya menstruasi 4x ganti pembalut, siklus menstruasi 28 hari, lama menstruasi 1 minggu. HPHT: 23 Juli 2018. Pasien menikah 1x, lama menikah 11 bulan. Riwayat kehamilan saat ini G1P0A0H0, usia kehamilan 39 minggu, taksiran persalinan 30 April 2019 ANC kehamilan sekarang di RSUD Wangaya, riwayat keluarga berencana tidak ada.

3) Riwayat Penyakit

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan tidak memiliki riwayat penyakit menular.

4) Pola Kebutuhan Sehari-hari

Pola makan: 3x sehari, minum: 2000 cc/hari. Pola eliminasi: pasien BAB 1x dalam sehari, BAK: \pm 1500 urine berwarna kuning. Pola istirahat: normal 8

jam.

5) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, GCS: E4V5M6, konjungtiva normal, sclera normal, mammae bentuk simetris, puting susu menonjol, tidak ada pengeluaran air susu ibu, kebersihan cukup, tidak ada kelainan. Ekstremitas: simetris,refleks (+). Pemeriksaan pada bagian abdomen yaitu tidak ada luka bekas operasi, arah pembesaran tidak ada, tidak ada kelainan, TFU 2 jari dibawah pusat (33 cm). Pada bagian vagina perdarahan (-), lochea rubra dan karakteristik berbau khas. TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, S: 36⁰C, RR: 20 x/menit, berat badan 74 kg, tinggi badan 160 cm.

6) Pengobatan

a) Cefodroxil 2x500 mg

b) Asam mefenamat 3x50 mg

c) Metilergometrim 3x0,125 mg

d) SF 2x300 mg

2. Diagnosa

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen pasien 1 dan pasien 2 yang dibuat oleh petugas telah mendokumentasikan dalam diagnosa kebidanan yaitu P1001 seksio sesarea + 2 jam post sc.

3. **Perencanaan**

Berdasarkan hasil pengamatan pada dokumen pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa medis P1001 seksio sesarea + 2 jam Post sc, untuk intervensi

dengan diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif secara khusus tidak terdapat diruangan sehingga tenaga kesehatan di ruangan tidak mendokumentasikan pada catatan rekam medis pasien.

4. Pelaksanaan

Berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2, pada bagian lembar implementasi dan edukasi petugas telah mendokumentasikan tindakan keperawatan berupa menginformasikan ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan dan ibu paham, observasi KU, TTV, trias nifas, dan delegatif dalam pemberian terapi oral. Pada bagian tindakan yaitu melakukan kontrol rawat luka jaritan post sc dan pada pemberian KIE tentang teknik menyusui yang benar telah dilakukan oleh petugas kesehatan. Kedua tindakan tersebut tidak didokumentasikan oleh petugas.

5. Evaluasi

a. Pasien 1

S: Ibu mengatakan nyeri luka jaritan di bagian perut.

O: KU baik, kesadaran composmentis, colostrum -/-. TFU: 2 jari dibawah pusat, mobilitas (+), TD: 110/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36⁰C, RR: 20 x/menit, perdarahan -, lochea rubra, heating terawat.

A: P1001 post sc + 2 jam post sc

P: Menginformasikan ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan dan ibu paham, observasi KU, TTV, trias nifas, dan delegatif dalam pemberian terapi oral.

b. Pasien 2

S: Tidak ada keluhan.

O: KU baik, kesadaran composmentis, TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36⁰C, RR: 20 x/menit, TFU: 2 jari dibawah pusat, colostrum +/+, mobilisasi (+), perdarahan -, lochea rubra, heating terawat.

A: P1001 post sc + 2 jam post sc

P: Menginformasikan ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan dan ibu paham, observasi KU, TTV, trias nifas, dan delegatif dalam pemberian terapi oral.

B. Pembahasan Data dari repository

Pembahasan pada data dari repository menguraikan tentang perbandingan antara hasil data dari repository dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti, serta argumentasi dari peneliti terhadap dua asuhan keperawatan yang diteliti berdasarkan dokumen keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan menyusui tidak efektif di RSUD Wangaya pada tanggal 19 April 2020 sampai dengan 23 April 2020 yang diperoleh dari data lampiran Karya Tulis Ilmiah atas nama Primandari,N.P.L dengan judul Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Seksio Sesarea Dengan Menyusui Tidak Efektif Di Ruang Dara RSUD Wangaya Tahun 2019 yang didapat melalui *repository* Poltekkes Denpasar.

6. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yaitu tahapan awal dari proses keperawatan, data dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien

saat ini. Terdapat perbedaan pada pengkajian keperawatan yang ditemukan penulis antara teori yang dijadikan acuan oleh penulis dengan hasil data dari repository. Pada pengkajian menurut (Kozier, B., Erb, G., Berman, 2010) yang dijadikan acuan oleh penulis meliputi pengkajian identitas, keluhan utama, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat perkawinan, riwayat obstetrik, pola kebutuhan dasar (bio-psiko-sosial-kultural-spiritual), dan pemeriksaan fisik. Namun, dari delapan item pengkajian tersebut, dua item tidak dicantumkan pada pengkajian diruangan yaitu pengkajian riwayat kesehatan masa lalu dan riwayat kesehatan keluarga.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Farida, 2013) di RSIA Kendangsari, Surabaya bahwa tanda dan gejala yang dapat kita temui untuk mengetahui bayi tersebut tidak puas dalam menyusui yaitu bayi sering menangis atau rewel, bayi menghisap tidak terus menerus, serta menolak untuk menyusu. Berdasarkan teori yang digunakan peneliti sebagai acuan yaitu Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia terdapat kesesuaian mengenai gejala dan tanda mayor minor yang dapat ditemukan pada pasien yang mengalami gangguan menyusui tidak efektif. Namun, pada dokumen pasien pertama dan kedua yang ditemukan di lapangan tidak didokumentasikan tanda dan gejala, serta tidak ada penggambaran secara spesifik pada ibu post seksio sesarea dengan menyusui tidak efektif.

7. Diagnosa Keperawatan

Teori (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), menyebutkan dalam perumusan diagnosa menyusui tidak efektif terdapat beberapa penyebab terjadinya masalah keperawatan meliputi ketidakadekuatan suplai ASI, hambatan pada

neonatus (misalnya, prematuritas, sumbing), anomali payudara ibu (misalnya, puting masuk ke dalam), ketidakadegan refleks oksitosin, ketidakadegan refleks menghisap bayi, payudara ibu bengkak, riwayat operasi payudara, kelahiran kembar.

Terdapat perbedaan perumusan diagnosa pada pasien 1 dan pasien 2 pada dokumen dan acuan teori peneliti. Diagnosa yang dirumuskan pada dokumen adalah diagnosa kebidanan yaitu P1001 post sc + 2 jam Post sc sedangkan pada teori acuan peneliti untuk diagnosa keperawatan adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadegan suplai ASI.

Berdasarkan pengamatan pada dokumen profesi kebidanan diruangan, perbedaan perumusan diagnosa terjadi karena perbedaan pedoman yang digunakan dalam merumuskan diagnosa antara profesi keperawatan dengan profesi kebidanan. Profesi keperawatan menggunakan pedoman Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sedangkan profesi kebidanan menggunakan pedoman Varney.

8. Intervensi Keperawatan

Perencanaan yaitu keputusan awal yang memberi arah pada tujuan yang ingin dicapai dan hal yang akan dilakukan, meliputi bagaimana, kapan, siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan untuk pasien. Penyusunan rencana tindakan keperawatan bagi pasien, keluarga serta orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Asmadi, 2008). Perencanaan tindakan keperawatan berdasarkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu berupa mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, mendukung ibu

meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu, mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar, mengidentifikasi kebiasaan makanan dan perilaku makan yang akan diubah, menggunakan standar nutrisi .

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terdapat perbedaan pada perencanaan yang didokumentasikan oleh tenaga kesehatan dengan acuan yang digunakan oleh peneliti. Perbedaan ini terlihat pada dokumen kedua pasien yaitu tenaga kesehatan tidak menuliskan perencanaan karena diruangan tidak memiliki format khusus pada pasien dengan masalah menyusui tidak efektif, tetapi pada pelaksanaannya sudah dilakukan sesuai teori dan sudah dilakukan di bagian tindakan.

9. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier, B., Erb, G., Berman, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian yang dikumpulkan dengan menggunakan pedoman observasi dokumentasi mengenai asuhan keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan menyusui tidak efektif, implementasi yang dilakukan pada subyek pertama dan kedua belum sesuai dengan intervensi yang telah

direncanakan. Intervensi yang direncanakan meliputi mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui, mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat, menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu, mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar, mengidentifikasi kebiasaan makanan dan perilaku makan yang akan diubah, menggunakan standar nutrisi. Implementasi yang dilakukan di RSUD Wangaya hanya menginformasikan ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan dan ibu paham, observasi KU, TTV, trias nifas, dan delegatif dalam pemberian terapi oral. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dengan hasil data dari repository karena perbedaan pedoman yang digunakan oleh tenaga kesehatan diruangan.

10. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada dokumen responden pertama yang telah dikumpulkan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang menggunakan format SOAP. Pada bagian lembar observasi perawat telah mendokumentasikan hasil evaluasi didapatkan yaitu S: Ibu mengatakan nyeri jalan lahir, O: KU baik, kesadaran composmentis, mobilitas (+), TD: 110/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36⁰C, RR: 20 x/menit, colostrum -/-. TFU: 2 jari dibawah pusat, perdarahan -, lochea rubra, heating terawat, A: P1001 post sc + 2 jam post sc, P: Menginformasikan ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan dan ibu paham, observasi KU, TTV, trias nifas, dan delegatif dalam pemberian terapi oral.

Hasil evaluasi dokumen responden kedua yang telah dikumpulkan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang menggunakan format SOAP. Pada bagian lembar observasi perawat telah mendokumentasikan hasil evaluasi yang didapatkan yaitu S: Tidak ada keluhan, O: KU baik, kesadaran composmentis, TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36⁰C, RR: 20 x/menit, TFU: 2 jari dibawah pusat, colostrum +/+, mobilisasi (+), perdarahan -, lochea rubra, heating terawat, A: P1001 post sc + 2 jam post sc, P: Menginformasikan ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan dan ibu paham, observasi KU, TTV, trias nifas, dan delegatif dalam pemberian terapi oral.

Pada bagian S (*subjektif*) tenaga kesehatan (bidan) mendokumentasikan keluhan yang dirasakan oleh ibu, O (*objektif*) didapatkan data hasil observasi atau pengukuran petugas secara langsung pada ibu dan yang dirasakan setelah dilakukan tindakan, A (*assessment*) tenaga kesehatan (bidan) hanya mendokumentasikan dengan menulis diagnosa medis, dan pada bagian P (*planning*) dituliskan mengenai intervensi yang akan dilakukan pada responden. Pendokumentasian serta penulisan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (bidan) pada proses evaluasi mungkin telah disepakati sesuai dengan kebijakan dari rumah sakit dan evaluasi yang didokumentasikan di catatan rekam medis pasien yaitu menggunakan SOAP yang didokumentasikan setiap pergantian *shift*.

Pada teori yang dijadikan sebagai acuan yaitu pada bagian A (*assessment*) berisikan interpretasi dari subjektif dan objektif untuk menentukan tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik. P (*planning*) yaitu perencanaan yang akan dilanjutkan,

dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya. Berdasarkan hasil tersebut, penulis dapat menyimpulkan terdapat kesenjangan dari hasil yang didapatkan dilapangan dengan teori yang digunakan sebagai acuan.

Kesenjangan tersebut terlihat pada bagian *assessment* dan *planning*. Profesi keperawatan pada bagian *assessment* menuliskan penentuan apakah implementasi dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik, *planning* menuliskan perencanaan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambah dari rencana tindakan yang telah ditentukan sebelumnya. Sedangkan profesi kebidanan pada bagian *assessment* menuliskan diagnosa medis yang diangkat di ruangan dan *planning* berisikan tindakan yang sudah dilakukan kepada pasien. Hal tersebut terjadi karena diruang perawatan nifas hanya berisikan profesi kebidanan dan adanya perbedaan acuan yang digunakan antara asuhan keperawatan dengan asuhan kebidanan.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tentunya tidak terlepas dari keterbatasan dan kekurangan, secara teknis penelitian ini memiliki keterbatasan dari:

1. Pada karya tulis ini, peneliti menggunakan penelitian deskriptif dengan rancangan data dari repository. Penelitian ini menggunakan desain observasional yang hanya bertujuan untuk melakukan observasi terhadap catatan asuhan keperawatan pada ibu post seksio sesarea dengan menyusui tidak efektif. Metode wawancara tidak digunakan dalam penelitian ini, sehingga tidak dapat memvalidasi kebenaran data yang didapatkan.

2. Peneliti menemui hambatan saat proses pengambilan data sampai penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu ditengah pandemi Covid-19 sehingga menyebabkan seluruh masyarakat dihimbau untuk lockdown dan social distancing, oleh karena itu peneliti tidak bisa melakukan pengambilan data ke rumah sakit, sehingga peneliti melakukan pengambilan data sekunder melalui Respository Poltekkes Denpasar.