

BAB IV PEMBAHASAN

Penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kasus Asuhan Keperawatan pada Ny. F Post Partum Spontan dengan Anemia Di Ruang RPKK Koja, Jakarta Utara. Pembahasan ini meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Selanjutnya penulis membahas mengenai faktor pendukung dan penghambat.

A. Pengkajian Keperawatan

Data yang dikumpulkan melalui pengkajian adalah data primer dan data sekunder. Data primer meliputi pengkajian fisik, observasi dan wawancara, sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pasien, keluarga, dan rekam medis. Pada hasil Ny. F didapatkan kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Syaiful (2021), perubahan sistem reproduksi pada ibu postpartum normal yaitu jalan lahir mengalami penekanan selama proses melahirkan bayi, sehingga menyebabkan mengendurnya perineum bahkan robekan yang memerlukan penjahitan. Namun pada kasus pasien tidak ditemukan robekan atau penjahitan pada area jalan lahir dikarenakan pasien saat ini melahirkan anak keempat sehingga memiliki pengalaman cara mengedan dengan baik, maka dari itu tidak terjadinya robekan pada jalan lahir maupun perineum.

Menurut Wahyuningsih (2019), pada ibu postpartum akan mengalami perubahan sistem perkemihan yaitu pada 12 jam pertama postpartum, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama hamil. Salah

satu mekanisme untuk mengurangi retensi cairan selama masa hamil ialah *diaphoresis* luas, terutama pada malam hari, selama dua sampai tiga hari pertama setelah melahirkan. Adanya trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan atau mengubah refleks berkemih. Sedangkan pada pasien tidak ada distensi kandung kemih karena pasien terpasang kateter dengan jumlah 600ml/10 jam.

Menurut Mirong & Yuliantiko (2023), perubahan yang terjadi pada ibu postpartum salah satunya adalah sistem pencernaan yang dimana biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan, yang disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir, namun berbeda dengan kasus, pasien setelah dilakukan pengkajian sudah BAB sebanyak 1 kali dikarenakan pasien memakan makanan tinggi serat yaitu sayur, buah dan banyak minum air putih.

Menurut Priansiska & Aprina (2024), fase *taking in* atau fase sampai dengan tiga hari setelah persalinan ibu akan berfokus pada diri sendiri, namun pada kasus tidak ditemukan fase *taking in*, dikasus pasien langsung di fase *letting go* yaitu menerima tanggung jawab akan peran barunya, dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah memiliki pengalaman untuk merawat anaknya, karena ini anak ketiganya.

Menurut Maritalia (2017), mengungkapkan bahwa gangguan psikologis pada masa nifas yaitu postpartum blues, depresi postpartum dan kesedihan duka cita, namun pada kasus tidak ditemukan dikarenakan pasien selalu senang dan bahagia serta suami, dan ibu selalu mendukung aktivitas pasien.

Pada saat melakukan pengkajian penulis tidak menemukan hambatan karena pasien dan suami sangat komperatif dalam memberikan informasi sehingga proses pengumpulan data dapat berjalan dengan baik. Faktor pendukung pada saat pengkajian yaitu tersedianya alat- alat medis di rumah sakit, dan berkolaborasi dengan perawat ruangan.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang bersifat aktual. Pada teori terdapat 8 diagnosis keperawatan berdasarkan Asuhan Keperawatan PPNI (2017) menyebutkan bahwa diagnosis yang sering muncul pada ibu postpartum antara lain : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (postpartum), intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum (postpartum), defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, ketidakadekuatan refleks oksitosin, gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic, ketidaknyaman pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, risiko infeksi dibuktikan dengan trauma jalan lahir, luka episiotomy postpartum, risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan trauma/pendarahan (postpartum). Sedangkan pada kasus hanya

ditemukan diagnosis keperawatan yang muncul antara lain : hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuret), intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi mengenai KB, ansietas berhubungan dengan krisis situasional (kondisi pada bayi). Adapun 3 diagnosis yang sesuai antara teori dan kasus, antara lain : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuret), intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi mengenai KB.

Diagnosis yang muncul pada teori, namun tidak diangkat oleh penulis antara lain : menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, ketidakadekuatan refleks oksitosin dikarenakan produksi ASI pasien sudah keluar dari hari pertama melahirkan, tidak ada sumbatan pada ASI dan saat ini pasien tidak ada keluhan dipayudara ataupun dalam pemberian ASI. Selanjutnya gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostic, diagnosis tersebut tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pasien menggunakan kateter, dan saat BAK selalu tuntas, Selanjutnya ketidaknyaman pasca partum berhubungan dengan trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, diagnosis tersebut tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pasien tidak terjadi robekan pada jalan lahir maupun perineum selama proses persalinan. Selanjutnya risiko infeksi dibuktikan dengan trauma jalan lahir, luka episiotomy post partum, diagnosis tersebut tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pasien tidak ditemukan luka pada

episotomi dan tidak ditemukan dengan tanda-tanda REEDA seperti kemerahan, kebiruan, edema, dan tidak ada pengeluaran cairan. Selanjutnya risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan trauma/pendarahan (postpartum) diagnosis tersebut tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pasien tidak mengalami pendarahan berat, pasien juga tidak ada edema, tugor kulit baik, asupan makanan pasien baik walaupun memakan makanan diluar rumah sakit.

Diagnosis tambahan yang tidak terdapat diteori dan diangkat oleh penulis yaitu: ansietas berhubungan dengan krisis situasional (kondisi pada bayi) dibuktikan bahwa data pasien mengatakan khawatir dan bingung dengan kondisi bayinya sekarang yang sedang di inkubator karena terjadinya kulit kuning dan sesak setelah dilahirkan, jenis kelamin perempuan, berat bayi 3,3 kg dan panjang badan 46 cm, APGAR score menit I : 6 dan menit V : 6. Selanjutnya hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif dibuktikan bahwa data pasien mengatakan kurang lebih 6 kali mengganti softek/ pembalut dalam sehari, pasien mengatakan lemah, pasien direncanakan operasi kuret dibuktikan dengan adanya sisa plasenta, Hemaglobin 10.5 g/dl (12,5-16,0), Hematokrit 31,1 % (37,0-47,0), TD : 121/82 mmHg, Nadi :110 x/menit, tranfusi darah golongan darah O dengan (PRC) 292 ml, tugor kulit kurang elastis, pengisian kapiler > 3 detik, denyut lemah, membran mukosa tampak kering.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosis keperawatan yaitu tersedianya banyak literatur seperti buku, jurnal pada pasien postpartum spontan dan menggunakan sumber buku SDKI, SLKI,SIKI untuk melakukan

asuhan keperawatan. Faktor penghambat dalam merumuskan diagnosis keperawatan penulis tidak menemukan penghambatan karena tersedianya buku sumber dan data-data yang diperoleh saat pengkajian, sehingga memudahkan penulis dalam merumuskan diagnosis keperawatan.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan yang dibuat sesuai dengan teori dan kebutuhan pasien tujuan dalam rencana keperawatan disesuaikan dengan waktu praktek yaitu 3 x 24 jam, meliputi penetapan prioritas masalah, perumusan masalah, penentuan tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan. Diagnosis yang muncul pada teori namun tidak diangkat oleh penulis antara lain : diagnosa pertama hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, perencanaan yang tidak dilakukan antara lain : Monitor intake dan output cairan, dikarenakan pasien pasien tidak menunjukkan tanda-tanda syok, dehidrasi dan oliguria. Berikan posisi modified Trendelenburg, di karenakan pasien tidak dalam kondisi syok atau perfusi jaringan sangat rendah dan hasil pemeriksaan tanda vital masih dalam kondisi stabil. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), dikarenakan cairan hipotonis tidak efektif menggantikan volume intravaskular pada hipovolemia akibat perdarahan, serta berisiko menyebabkan hiponatremia. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate), dikarenakan tidak ada indikasi hipoalbuminemia selain itu, cairan koloid tidak menggantikan komponen darah merah yang hilang akibat perdarahan.

Diagnosis selanjutnya ansietas berhubungan dengan krisis situasional (kondisi pada bayi), perencanaan yang tidak dilakukan antara lain : Melatih

penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, dikarenakan pasien tampak berpikir positif dan pasien mengatakan selalu berdoa kepada Allah yang terbaik untuk bayinya.

Faktor pendukung dalam penyusunan rencana tindakan yaitu terdapat berbagai literatur dan faktor penghambat dalam penyusunan rencana tindakan tidak ditemukan, penulis dapat melakukan rencana tindakan dengan baik.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Secara keseluruhan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan selama 3 hari, namun dalam pelaksanaan melakukan tindakan yang telah disusun tidak semua tindakan keperawatan dilakukan secara 24 jam, tetapi penulis melakukan tindakan secara bergantian dengan perawat ruangan. Pada kunjungan berikutnya oleh penulis dilakukan atau tidak dan mengulangi kembali cara-cara yang sudah diberikan oleh penulis.

Faktor pendukung dalam pelaksanaan adalah pasien dan keluarga selama pelaksanaan tindakan, lingkungan yang nyaman dan tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung. Penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi disesuaikan dengan teori yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Dapat 5 diagnosis yang diangkat semua teratasi. Diagnosis pertama adalah Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, masalah keperawatan teratasi dibuktikan bahwa pasien mengatakan kurang lebih 1 kali mengganti softek/ pembalut dalam sehari, pasien mengatakan

sudah tidak lemah. TD : 120/79 mmHg, Nadi :90 x/menit, tugor kulit elastis, pengisian kapiler < 3 detik. denyut kuat, membran mukosa tampak lembab, Hemoglobin 13,0 g/dl (12,5-16,0), Hematokrit 38,2 % (37,0-47,0).

Diagnosis kedua adalah nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuret), masalah keperawatan teratasi dibuktikan bahwa pasien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi skala nyeri 2 setelah dilakukan cara relaksasi nafas dalam, pasien tampak sudah dapat duduk sendiri, pasien tampak sudah dapat tidur dan istirahat dengan nyaman dan pasien dapat mengulang kembali cara relaksasi nafas dalam dan hasil pemeriksaan fisik TD : 120/79 mmHg, Nadi :90 x/menit, suhu : 36,5 C, R: 20 x/menit.

Diagnosis ketiga adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan, masalah keperawatan teratasi dibuktikan bahwa pasien mengatakan sudah tidak merasakan lelah serta lemah jika setelah melakukan aktivitas, pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi saat bangun dari tempat tidur dan pasien mengatakan sudah dapat melakukan kegiatan dengan mudah, pasien tampak berjalan ke kamar mandi dengan mudah dan hasil pemeriksaan fisik Pasien TD:120/79 mmHg, Nadi :90 x/menit, suhu : 36,5 C, R: 82 x/menit.

Diagnosis keempat adalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi mengenai KB, masalah keperawatan teratasi dibuktikan bahwa pasien mengatakan sudah sangat paham mengenai KB, pasien mengatakan akan rutin memakai kembali KB implan bila sudah 3-5 tahun, pasien dapat menjawab pertanyaan saat mengenai KB.

Diagnosis kelima adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional (kondisi pada bayi), masalah keperawatan teratasi dibuktikan

bahwa pasien mengatakan sudah menerima dan memahami kondisi bayinya sekarang, pasien tampak sudah dapat pola tidur kembali teratur, pasien tampak sudah tenang dan tidak khawatir mengenai bayinya dan hasil pemeriksaan fisik TD : 120/79 mmHg, Nadi :90 x/menit, suhu : 36,5 C, R: 20 x/menit.

Faktor pendukung selama melakukan evaluasi keperawatan yaitu pasien dan keluarga yang kooperatif sehingga penulis mampu memperoleh data-data yang dibutuhkan dan penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat dalam melakukan proses keperawatan termasuk evaluasi keperawatan.