

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang ketidaksesuaian antara teori dan tinjauan kasus pada pelaksanaan manajemen asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, dan nifas yang dilakukan di Puskesmas Jagir Surabaya sejak tanggal 10 Maret 2014 sampai 26 April 2014.

5.1 Kehamilan

Pada masa kehamilan, dalam langkah pengumpulan data dasar secara teori disebutkan pemeriksaan darah (Hb) minimal dilakukan 2 kali selama hamil pada trimester I dan trimester III (Winkjosastro, 2007). Pada kenyataannya, hanya dapat dilakukan 1 kali saat kunjungan pertama, hal ini dikarenakan mengacu pada hasil cek Hb pada saat itu 11,8 gr/dl, sehingga bidan mengasumsikan selama kehamilan Hb masih dalam batas normal, dan juga klien yang belum bersedia dilakukan cek Hb ulang. Yang kedua, adalah pada pemberian suplemen tambah darah (Fe) dengan minimal pemberian 90 tablet selama hamil, dengan dasar adanya perubahan volume darah (Kusmiyati, 2009). Didapatkan total pemberian tablet Fe kepada klien hanya mencapai 70 tablet, hal tersebut dikarenakan klien telah melakukan kunjungan antenatal care sebanyak 7 kali, dengan pemberian 10 tablet setiap kunjungan.

Pada interpretasi data dasar, bahwa secara teori muncul masalah kecemasan di masa datang tentang kemungkinan besar terjadi lagi perdarahan pada kelahiran berikutnya (Vicky, 2006). Ternyata pada diagnosa GVP30013 uk 41 minggu 2 hari aterm, tunggal, hidup, intra uterine, letak kepala, jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik dengan grande multipara dan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*), dalam penelitian ini juga muncul masalah yang sama. Hal tersebut merupakan hal yang wajar terjadi pada klien dengan pengalaman perdarahan pascapersalinan yang sudah berulang kali setiap proses persalinannya.

Secara teori pada diagnosa/masalah potensial menyebutkan bahwa, pada kehamilan ibu dengan riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) akan muncul hipoksia intra uterine dan retardasi pertumbuhan intra uterine (Palupi, 2012). Hal tersebut tidak sampai terjadi pada klien dikarenakan kondisi DJJ (Denyut Jantung Janin) dalam batas normal dan pembesaran TFU (Tinggi Fundus Uteri) yang sesuai usia kehamilan. Sedangkan pada grande multipara secara teori akan muncul masalah potensial anemia, kelainan letak, IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*), plasenta previa, solusio plasenta, abortus spontan (Rochjati, 2003). Hal tersebut tidak terjadi pada klien karena kadar Hb dalam batas normal yaitu 11, 8 gr/dL sehingga tidak muncul anemia dan komplikasi lainnya seperti yang ada pada teori diatas.

Sehingga, untuk kebutuhan segera yang secara teori adalah dilakukannya penyelidikan terhadap fungsi plasenta dan kondisi janin yang lebih lanjut (Oxorn, 2010), tidak perlu dilakukan pada klien dalam penelitian ini dikarenakan tidak ditemukan keadaan dengan diagnosa/masalah potensial.

Pada langkah perencanaan telah dilakukan perencanaan yang menyeluruh yang merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi sesuai keadaan klien.

Pada langkah melakukan perencanaan atau implementasi telah dilakukan secara efisien dan aman. Pelaksanaan dari perencanaan yang dibuat, dilakukan oleh penulis dan anggota tim kesehatan lainnya.

Setelah dilakukan seluruh asuhan kebidanan pada klien, didapatkan hasil evaluasi bahwa asuhan yang diberikan telah dapat memenuhi kebutuhan klien yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis yang didapatkan.

5.2 Persalinan

Di dalam proses pengumpulan data pada masa persalinan, secara teori muncul keluhan lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil (Marmi, 2012). Namun, pada klien tidak ada keluhan yang muncul seperti teori di atas. Keadaan umum kliensaat terjadi perdarahan masih baik dan sadar, hal tersebut diasumsikan karena pemberian cairan yang telah dimulai saat klien masih dalam fase laten kala I, sehingga cairan yang hilang dapat langsung tergantikan.

Pada langkah interpretasi data dasar, secara teori menyebutkan bahwa ibu yang memiliki riwayat persalinan yang buruk beresiko 2-4 kali mengalami perdarahan postpartum (Prawirohardjo, 2009). Hal tersebut sama dengan kondisi klien pada penelitian yang muncul diagnosa P50014 kala III dengan HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri. Klien mengaami perdarahan segera setelah palsenta lahir sebanyak ± 1000 ml, diakibatkan oleh tidak adanya kontraksi rahim setelah dilakukan masase uterus.

Sedangkan pada diagnosa potensial secara teori disebutkan bahwa akan timbul syok (Rukiyah, 2012). Namun, pada klien tidak terjadi tanda-tanda syok seperti yang ada pada teori. Kemungkinan disebabkan oleh tindakan antisipasi rehidrasi yang telah dilakukan sejak klien dalam fase laten kala I, yang sedikit banyak efektif telah mengantisipasi tanda syok.

Pada langkah identifikasi akan kebutuhan tindakan segera, dimana secara teori adalah pasang infus dan kolaborasi dengan dokter obgyn (Rukiyah, 2012). Hal tersebut telah dilakukan pada awal perawatan persalinan sebagai langkah antisipasi terhadap kejadian HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) yang dapat terjadi pada klien sesuai wewenang yang ada..

Perencanaan asuhan yang merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi, telah dibuat sesuai dengan kondisi nyata klien yang dihadapi dan atas hasil kolaborasi dengan dr.SPOG serta seluruh tim kesehatan di Puskesmas Jagir Surabaya.

Pada pelaksanaan perencanaan atau implementasi, khususnya pada penanganan atonia uteri bahwa pada teori berikan ergometrin 0,2 mg IM (kontraindikasi hipertensi) atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal (Rohani, 2011). Pada klien telah diberikan kedua obat tersebut secara bersamaan. Hal tersebut dilakukan dengan alasan klien tidak memiliki kontraindikasi hipertensi dan diharapkan dengan dua terapi tersebut dapat segera timbul kontraksi rahim dengan cepat, mengingat riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) klien pada setiap 3 kali persalinannya yang lalu. Yang kedua di dalam teori disebutkan bahwa pasang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan 500 cc Ringer Laktat (RL) + 20 unit oksitosin (Rohani, 2011), dilakukan setelah pemberian ergometrin atau misoprostol. Pada klien, hal tersebut telah dilakukan saat fase laten kala I, dimaksudkan agar kondisi klien lebih cepat mendapat rehidrasi jika terjadi HPP (*Hemorrhagic Post Partum*), mengingat riwayat HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) dan faktor resiko grande multipara yang dialami klien. Hal tersebut juga terbukti efektif pada klien, yaitu klien tidak jatuh dalam kondisi syok akibat perdarahan.

Setelah dilakukan seluruh asuhan kebidanan pada klien, didapatkan hasil evaluasi bahwa asuhan yang diberikan telah dapat memenuhi kebutuhan klien yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis yang didapatkan.

5.3 Nifas

Pada langkah pengumpulan data dasar, semua data yang diperlukan telah terkaji dengan baik, tidak didapatkan hal yang tidak sesuai antara teori dan keadaan nyata klien.

Pada langkah interpretasi data dasar, terdapat teori yang menyebutkan bahwa bergantung pada jenis perdarahan, ibu akan mengalami gejala seperti nyeri (Vicky, 2006). Pada klien diperoleh diagnosa P50014 6 jam pertama post HPP (*Hemorrhagic Post Partum*) karena atonia uteri, muncul masalah nyeri (*after pain*). Hal ini dapat terjadi pada klien dengan

post atonia uteri, efek dari uterotonika yang bekerja merangsang kontraksi rahim, yang diperlukan saat proses pemulihan nifas.

Pada langkah identifikasi diagnosa potensial/masalah potensial, secara teori yaitu; sindrom sheehan, dengan gejala kegagalan laktasi, anemia, superinvolusi uterus, melemahnya daya tahan tubuh (Sastrawinata, 2004). Kenyataannya pada klien, proses laktasi berjalan lancar dan baik, kemajuan involusi berjalan baik. Hal tersebut dapat diasumsikan karena kondisi klien yang baik, kadar Hb klien dalam batas normal 12,2 gr/dl. Meskipun terjadi penurunan Hb pada hari ke-15, menjadi 11,3 gr/dl namun kondisi klien dalam batas normal dan tidak terdapat kondisi-kondisi yang gawat.

Sehingga, dalam langkah identifikasi kebutuhan akan tindakan segera, klien tidak memerlukan tindakan lanjutan atas kondisinya. Hal ini karena klien tidak mengalami diagnosa potensial/masalah potensial.

Perencanaan asuhan yang merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi, telah dibuat sesuai dengan kondisi nyata klien yang dihadapi dan atas hasil kolaborasi dengan dr.SPOG serta seluruh tim kesehatan di Puskesmas Jagir Surabaya.

Pada langkah implementasi atau pelaksanaan perencanaan, teori yang ada menyebutkan, yaitu; bahwa kehilangan 1 L darah perlu penggantian 4-5 L kristaloid, karena sebagian besar cairan infus tidak tertahan di ruang intravaskuler, tetapi terjadi pergeseran ke ruang interstisial (Marmi, 2012). Dalam kenyataannya, klien mendapatkan rehidrasi cairan sebanyak 1500ml/1,5L selama 2 hari perawatan di Puskesmas Jagir. Hal ini dilakukan atas dasar kondisi klien yang stabil, terlihat dari hasil pemeriksaan dan observasi yang menunjukkan batas normal, dan juga sebagai antisipasi terjadinya komplikasi pada hemostatis, cairan koloid dalam jumlah besar (1.000-1.500 mL/hari) dapat menyebabkan efek yang buruk pada hemostatis (Marmi, 2012).

Setelah dilakukan seluruh asuhan kebidanan pada klien, didapatkan hasil evaluasi bahwa asuhan yang diberikan telah dapat memenuhi kebutuhan klien yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis yang didapatkan.