

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini hasil dari pembahasan dua ibu dengan haemoragic post partum (HPP) di ruang nifas RS Muhammadiyah Surabaya yang melalui 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya yang sekarang berdiri di Jl. KH. Mas Mansyur No. 180-182 Surabaya. Luas lahan 1108m², luas bangunan 2176 m², pelayanan IGD 24 jam, sudah ada pemisahan Triage dengan dilengkapi sarana dan prasarana sesuai dengan ketentuan standart pelayanan IGD. Pelayanan Rawat Jalan Poli Umum, Poli KIA Hamil, Poli KIA Anak, Poli Gigi, Poli Spesialis: Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Bedah Umum, Spesialis Mata. Pelayanan Rawat Inap: Rawat Inap Bersalin, Rawat Inap Umum, Rawat Inap Anak, Rawat Inap Bedah dan Ruang NICU.

4.1.2 Pengkajian

Klien 1 :Pengkajian pada tanggal 10 Juli 2018 jam 10.00

Klien 2 :Pengkajian pada tanggal 14 Juli 2018 jam 09.00

1. Identitas Klien 1

Ny.S umur 28 tahun, perempuan, islam, alamat Tambak Mayor no 11A, suku Madura bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD dan pekerjaan sekarang sebagai ibu rumah tangga. Penanggung jawab suami Tn.H, nomor rekam medis 10.87.xx, tanggal masuk rumah sakit 09 Juli 2018 pukul 16.00 WIB dengan diagnosa medis Perdarahan Post Partum $\pm 600\text{cc}$

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan badannya terasa lemas setelah melahirkan

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan datang ke UGD RS Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 09 Juli 2018 pukul 16.00 WIB perutnya terasa kenceng-kenceng . GIP0000 usia kehamilan 38 minggu , pada tanggal 10 Juli 2018 pukul 05.00 WIB , bayi lahir dengan persalinan normal oleh bidan, berjenis kelamin perempuan dengan BB 3000gr, PB 49cm, terjadi robekan pada jalan lahir sampai grade III perdarahan yang keluar 600cc.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak menderita penyakit menular (HIV/AIDS) dan penyakit keturunan (Hipertensi & Diabetes Militus), Penyakit kronis (jantung), Maupun alergi obat atau makan.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak memiliki penyakit DM, HT, asma maupun penyakit turunan lainnya.

6. Riwayat Kebidanan

Klien mengatakan bahwa menarche pada usia 14 tahun, siklus haid 28 hari lamanya 5-6 hari, klien mengalami fluor albus bila mau menarche, klien belum pernah melakukan PAP Smear, HPHT tanggal 10-05-2017 HPL tanggal 17-02-2018, klien rutin memeriksakan kehamilannya 1 bulan sekali dan pada hamil tua periksa 2 kali setiap bulan di RS Muhammadiyah Surabaya.

7. Pola – Pola dan Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Tata Laksanaan Hidup Sehat

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil rutin memeriksakan kandungannya di dokter RS Muhammadiyah Surabaya 1 bulan sekali dan saat trisemester 3 menjadi 2 kali setiap bulan. Dan mendapat obat-obatan selama hamil vitamin dan zat besi (Fe) 1 strip (10 tablet).

Saat masa nifas : Klien mengatakan mengganti pembalut setiap 4 jam apabila sudah merasa penuh.

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Selama hamil : Klien mengatakan makan 3x sehari secara teratur dengan lauk pauk dan sayuran serta minum susu pada malam hari. minum air putih 6-7 gelas perhari, tidak ada diet pantangan, pada saat usia kehamilan 3 bulan klien mengalami mual-mual sampai usia kehamilan 5 bulan. TB: 157cm BB: 65 kg.

Saat masa nifas : Klien mengatakan makan baru 1x dari RS tapi hanya makan habis setengah porsi, minum air putih 2-3 gelas dan minum susu yang diberikan dari RS

c) Pola Aktifitas

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil bekerja sebagai ibu rumah tangga di rumah, (menyapu, mengepel, memasak).

Saat masa nifas : Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena merasa lemas dan klien terpasang infus RL dengan tetesan cepat ditangan kiri.

d) Pola Eliminasi

Selama hamil: Klien mengatakan BAB nya lancar 1-2 kali sehari dengan konsistensi feses lembek , berbau khas, dan tidak mengeluarkan darah. BAK nya juga lancar 5-7 kali sehari dengan warna kuning jernih dan berbau khas.

Saat masa nifas : Klien mengatakan belum BAB setelah melahirkan dan BAK hanya 2 kali saat setelah melahirkan ± 200 cc.

e) Pola Tidur dan Istirahat

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil tidak pernah tidur siang 1-2 jam, tidur malam sekitar jam 21.00 – 05.00 WIB. Tidak pernah mengalami kesulitan saat tidur.

Saat masa nifas : Klien mengatakan belum bisa tidur hanya berbaring ditempat tidur.

f) Pola Sensori dan Kognitif

Klien mengatakan saat ini tidak mengalami masalah dalam panca indra, daya penciuman, pendengaran, perabaan dan penglihatan juga tidak mengalami perubahan. Hanya saja klien merasa nyeri pada bagian jahitannya divagina dengan skala 3 terasa panas terus menerus. Klien mengatakan kurang mengetahui keadaannya dan hanya mengetahui kalau mengalami perdarahan dan mendapat banyak jahitan.

g) Pola Persepsi Diri

Klien mengatakan senang dengan kelahiran anak pertamanya dan klien selalu bertanya pada perawat mengenai kondisinya sekarang.

h) Pola Hubungan dan Peran

Klien mengatakan hubungannya dengan suaminya maupun keluarganya baik, terbukti saat dirumah sakit suaminya kooperatif setia menunggu klien. Hubungan dengan orang lain cukup baik dan dengan perawat juga baik.

i) Pola Reproduksi dan Seksual

Klien sudah menikah dan sekarang melahirkan anak pertamanya. Klien berencana untuk mengikuti KB jenis IUD.

j) Pola Penanggulangi Stres

Klien mengatakan bila ada masalah selau berdiskusi dengan suaminya

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam, klien juga melaksanakan sholat 5 waktu , klien bersyukur atas kelahiran anak pertamanya. Setelah melahirkan klien hanya beribadah dengan berdo'a .

8. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

- a. Kesadaran : Composmetis
- b. Keadaan : lemas
- c. Tekanan darah : 90/60 MmHg
- d. Nadi : 88x/mnt
- e. Suhu : 36,8⁰C
- f. TB : 157cm BB: 65 kg

2. Kepala

Bentuk kepala simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan.

3. Leher

Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran pada kelenjar thyroid, tidak ada lesi, tidak ada kaku kuduk dan teraba vena juguralis.

4. Wajah

Wajah tampak pucat, ekspresi wajah tampak lesu dan menyeringai

5. Mata

Bentuk mata simetris, tidak ada nyeri tekan di sekitar mata, sklera berwarna putih, penglihatan normal, konjungtiva anemis.

6. Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada nyeri tekan, telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada benjolan disekitar telinga.

7. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan yang teraba di sekitar hidung.

8. Mulut dan faring

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang, dan tidak terdapat stomatitis.

9. Dada

Bentuk dada normal chest, payudara terjadi pembesaran, puting mammae menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada aerola mammae, colostrum telah keluar, tidak teraba benjolan.

10. Abdomen

Bentuk abdomen simetris, terdapat striae dibagian perut, tidak ada bekas jahitan, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi teraba keras

11. Genetalia

Tidak ada varises, perdarahan yang keluar/loche rubra warna merah segar ± 600 cc, tidak terpasang kateter, terdapat heacting subtotalis. Bersih tidak bau, ada gumpalan gumpalan darah, tidak ada edema.

12. Anus

Anus normal, tidak ada hemorid.

13. Punggung

Bentuk punggung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak didapatkan kifosis atau lordosis, tidak ada benjolan, tidak terdapat lesi.

14. Muskuluskeletal

Terpasang infus RL drip syntocin 20 tpm di tangan kiri, terdapat keterbatasan gerak waktu berjalan atau aktifitas sehubungan dengan adanya perdarahan.

15. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak didapatkan sianosis, turgor kulit normal, akral hangat, CRT < 2 detik kembali.

16. Pemeriksaan Laboratorium 10 - 07 – 2018 jam 08.00 WIB

Hematologi :

Hemoglobin	: 10,8 g/dl	(normal : Pr: 12,0 – 14,0 g/dl)
Lekosit	: 10.300 /cmm	(normal : 4000 – 11.000 sel/cmm)
Trombosit	: 376.000	(normal : 150rb– 450rb sel/cmm)
Hematocrit	: 34,8	(normal : 35 % - 47 %)
Eritrosit	: 3,19	(normal : 3,0 – 6,0 juta/cmm)

4.1.3 Analisa Data

a. Data Subyektif : Klien mengatakan badannya terasa lemas setelah melahirkan.

Data Obyektif : Terdapat robekan pada jalan lahir sampai grade III perdarahan yang keluar 600cc, klien tampak lemas, Tekanan darah : 90/60 MmHg, wajah tampak pucat, ekspresi wajah tampak lesu, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, akral hangat, hemoglobin : 10,8 g/dl. Terpasang infus RL cairan ke 1 dengan tetesan cepat.

Etiologi : Perdarahan akibat robekan jalan lahir grade III

Masalahnya : Resiko syok

4.1.4 Diagnosa keperawatan

1. Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum akibat robekan jalan lahir

4.1.5 Intervensi keperawatan

Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum akibat robekan jalan lahir.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan syok tidak terjadi

Kriteria hasil :

1. Tekanan darah normal (120/90 MmHg)
2. Suhu 36 – 37°5C
3. Nadi 60-100 x/menit
4. RR 16 – 20 x/menit
5. Akral hangat
6. Perdarahan berkurang
7. Hemoglobin 12,0 g/dl

Intervensi:

1. Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik
Rasional : untuk memudahkan perawat melakukan tindakan
2. Observasi tanda-tanda vital 6 jam sekali
Rasional : setelah dilakukan pemantauan diharapkan dapat memperbaiki kondisi klien/ mendeteksi dini adanya kelainan yang lain.

3. Kaji tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT, dan sianosis.

Rasional : tanda-tanda menunjukkan terjadinya syok, terjadinya perubahan tekanan darah (menurun 30-50%)

4. Kaji output dan input klien

Rasional : untuk mengetahui jumlah pengeluaran dan pemasukan yang dialami klien

5. Kaji lokasi uterus dan derajat kontraksilitas,

Rasional : derajat kontraksilitas membantu dalam diagnose banding

6. Jelaskan pada klien dan keluarga mengenai kondisi klien

Rasional : agar keluarga dapat melaporkan kondisi klien ke perawat jaga

7. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian cairan tambahan Cairan RL1 tetesan cepat dan RL 2 Drip sintocin 1 ampul 20 tetes/menit, vitamin dan zat besi (Fe) 1 strip (10 tablet), heacting dan pemeriksaan laboratorium.

Rasional : dengan kolaborasi dengan tim medis masalah segera teratasi, dan HB bisa kembali normal (12,0 g/dl. – 14,0 g/dl)

4.1.6 Implementasi keperawatan

Diagnose keperawatan : Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum akibat robekan jalan lahir.

Tanggal 10 Juli 2018

1. Jam 07.00 WIB : Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik

Respon : klien kooperatif dalam tanya jawab dan mendengarkan dengan baik

2. Jam 07.30 WIB : Mengobservasi tanda-tanda vital (missal: pengukuran suhu, nadi, tekanan darah) dan berkolaborasi dengan tim laboratorium untuk pemeriksaan Hb

Respon : klien kooperatif , TD: 90/60 MmHg, Nadi: 88x/mnt, suhu : 36,8⁰C.
Hb : 10,8 g/dl

3. Jam 08.00 WIB : Mengkaji dan mengobservasi tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT.

Respon : klien kooperatif, konjungtiva tidak anemis, akral teraba hangat, CRT <2 detik, wajah pucat, bibir kering dan klien lemas

4. Jam 08.45 WIB : Mengkaji lokasi uterus dan kontraksilitasnya

Respon : klien kooperatif , TFU : 2 Jari dibawah pusat dan kontraksi terasa keras.

5. Jam 08.50 WIB : Mengganti cairan infus RL ke-2

Respon : klien kooperatif , cairan RL ke-2 drip 1 ampuls sintosin 20 tetes/menit.

6. Jam 09.00 WIB : Mengkaji output dan input klien

Respon : klien minum 2 gelas ±400 ml , cairan infus I kolf : 500cc , urine : 200cc, perdarahan berwarna merah 1 softex penuh.

7. Jam 10.00 WIB : Menjelaskan kepada keluarga dan klien mengenai kondisi klien

Respon : klien koopertif, klien dan keluarga mendengarkan penjelasan yang telah diberikan.

8. Jam 11.00 WIB : Mengantarkan klien keruang nifas

Respon : klien kooperatif, klien dipindahkan dari ruang vk ke ruang nifas di ruang Mina bed 5.

Tanggal 11 Juli 2018

1. Jam 08.00 WIB : Menanyakan keluhan klien

Respon : klien kooperatif, klien mengatakan darahnya keluar tidak banyak dan tidak ada gumpalan

2. Jam 08.15 WIB : Mengobservasi tanda-tanda vital (misal: pengukuran suhu,nadi,tekanan darah)

Respon : klien kooperatif ,TD : 110/70 MmHg,di : 86x/menit, Suhu : 36,4⁰C

3. Jam 08.30 WIB : Mengkaji dan mengobservasi tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT

Respon : klien kooperatif, konjungtiva tidak anemis, akral teraba hangat, CRT <2 detik

4. Jam 09.00 WIB : Melepas infus klien

Respon : klien kooperatif , klien sudah tidak memakai infus

5. Jam 09.15 WIB : Mengkaji output dan input klien

Respon : klien kooperatif, klien mengatakan baru mengganti 1 kali pembalut, BAK 2 kali, minum air putih 3 gelas dan susu 1 gelas dari RS.

6. Jam 09.30 WIB : Mengkaji lokasi uterus dan kontrasilitas

Respon : klien kooperatif, TFU 2 jari dibawa pusat kontraksi terasa keras.

Tanggal 12 Juli 2018

1. Jam 08.00 WIB : Menanyakan keluhan klien

Respon : klien kooperatif , klien mengatakan darahnya keluar tidak banyak dan tidak ada gumpalan

2. Jam 08.30 WIB : Melihat keadaan klien

Respon : klien tampak duduk-duduk sambil menyusui anaknya

3. Jam 09.00 WIB : Mengobservasi tanda-tanda vital (misal: pengukuran suhu,nadi,tekanan darah) dan kolaborasi dengan tim medis laboratorium untuk pemeriksaan Hb

Respon : klien kooperatif , TD : 120/80 MmHg, Nadi : 85x/menit, Suhu 36⁰C hasil Hb : 12,0 gr/dl

4. Jam 09.15 WIB : Mengkaji lokasi uterus dan kontraksilitasnya

Respon : klien kooperatif , TFU 2 jari dibawah pusat kontraksi terasa keras

5. Jam 09.30 WIB : Menganjurkan klien segera membawa ke rumah sakit bila terjadi sesuatu dirumah

Respon : Klien memahami dan menyiapkan persiapan pulang

4.1.7 Evaluasi keperawatan

Klien 1

Diagnose keperawatan : Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum, robekan jalan lahir

Tanggal 10 Juli 2018 jam 12.00 WIB

S: Klien mengatakan badannya sudah tidak lemas.

O: K/U cukup, akral hangat, CRT <2 detik, mukosa bibir lembab, tekanan darah 90/60 mmHg, TFU 2 jari dibawah pusat, terdapat heacting subtotalitas, perdarahan 1 softex penuh, Hemoglobin : 10,8 g/dl.

A: Masalah belum teratasi

P: intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dan 8

Tanggal 11 Juli 2018 jam 10.30 WIB

S: Klien mengatakan sudah lebih baik dan darahnya keluar tidak banyak

O: K/U cukup , klien tampak segar, perdarahan 1 kali ganti pembalut, konjungtiva merah muda, Tekanan Darah : 110/70 MmHg, mukosa bibir lembab.

A: Masalah teratasi Sebagian

P: intervensi 1,2,3,4,5,6 dan 7

Tanggal 12 Juli 2017 jam 10.00 WIB

S: Klien mengatakan sudah tidak ada keluhan, badan terasa segar dan keluar darah sedikit

O: K/U Baik , klien tampak duduk-duduk menyusui anaknya , Tekanan Darah : 120/80 MmHg, Hb: 12,0gr/dl

A: Masalah teratasi

P: dilanjutkan dengan discharge planning.

A: Masalah teratasi

P: dilanjutkan dengan discharge planning.

1. Identitas klien 2

Ny.A umur 30 tahun, islam, alamat Kapas Madya 3G/39, suku Madura bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD dan pekerjaan sekarang Pedagang. Penanggung jawab suami Tn.L, nomor rekam medis 10.87.xx, tanggal masuk rumah sakit 13

Juli 2018 pukul 18.30 WIB dengan diagnosa medis Perdarahan Post partum \pm 800cc.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan terasa keluar darah deras

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan datang ke UGD Rs.Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 13 Juli 2018 pukul 18.30 WIB perutnya terasa kenceng-kenceng dan keluar lendir darah. G5P4004 usia kehamilan 39 minggu , pada tanggal 13 Juli 2018 pukul 23.55 , bayi lahir dengan persalinan normal oleh bidan, berjenis kelamin laki-laki dengan BB 3500gr, PB 51cm, klien merasa keluar darah deras dan badannya terasa lemas. Ada sisa plasenta yang tertinggal plasenta pendarahan yang keluar \pm 800cc

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak menderita penyakit menular (HIV/AIDS) dan penyakit keturunan (Hipertensi & Diabetes Militus), Penyakit kronis (jantung), Maupun alergi obat atau makan. Pasien memiliki riwayat asma.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan keluarganya memiliki riwayat asma, tidak memiliki penyakit DM, HT, maupun penyakit turunan lainnya.

6. Riwayat Kebidanan

klien mengatakan bahwa menarche pada usia 12 tahun, siklus haid 28 hari lamanya 5-6 hari, klien mengalami fluor albus bila mau menarche, klien belum pernah melakukan PAP Smear, HPHT tanggal 06-10-2017 HPL tanggal 13-07-2018 , klien rutin memeriksakan kehamilannya 1 bulan sekali dan pada hamil tua

periksa 2 kali setiap bulan di RS Muhammadiyah Surabaya. Klien selama ini menggunakan KB pil setelah melahirkan klien belum mengetahui KB yang akan digunakan lagi.

7. Riwayat Persalinan

Klien mengatakan ini adalah persalinan anak ke limanya . Anak pertamanya berjenis kelamin laki-laki berusia 19 tahun lahir dibidan dengan BB=3900 gr. Anak kedua nya berjenis kelamin laki-laki berumur 16 tahun lahir di bidan dengan BB=3000 gr. Anak ketiganya berjenis kelamin laki-laki berumur 11 tahun lahir dibidan dengan BB=3600 gr. Anak keempatnya berjenis kelamin laki-laki berumur 5 tahun lahir di RS Muhammadiyah surabaya dengan BB=3900 gr . Klien mengatakan semua anak nya lahir diusia kehamilan 9 bulan.

8. Pola – Pola dan Fungsi Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Tata Laksanaan Hidup Sehat

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil rutin memeriksakan kandungannya di dokter RS Muhammadiyah Surabaya 1 bulan sekali dan saat trisemester 3 menjadi 2 kali setiap bulan. Dan mendapat obat-obatan selama hamil vitamin dan zat besi (Fe) 1 srtip (10 tablet).

Saat masa nifas : Klien mengatakan mengganti pembalut 4 jam sekali apabila sudah merasa penuh

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Selama hamil : Klien mengatakan makan 3x sehari secara teratur dengan lauk pauk dan sayuran kadang juga mengkonsumsi buah. Minum air

putih 6-7 gelas perhari, tidak ada diet pantangan. Pada saat usia kehamilan 3 bulan klien mengalami mual-mual. TB: 159cm BB: 68 kg.

Saat masa nifas : Klien mengatakan makan 1x sehari dari RS tapi hanya makan habis setengah porsi, minum air putih 3-4 gelas dan minum susu yang diberikan dari RS.

c) Pola Aktifitas

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil bekerja sebagai penjual nasi di pinggir jalan. Dan klien juga mengerjakan tugasnya sebagai ibu rumah tangga, (menyapu, mengepel, memasak).

Saat masa nifas : Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena merasa lemas, dan terpasang infus RL dengan tetesan cepat ditangan kiri.

d) Pola Eliminasi

Selama hamil: Klien mengatakan BAB nya lancar 1-2 kali sehari dengan konsistensi feses lembek , berbau khas dan tidak mengeluarkan darah. BAK nya juga lancar 5-7 kali sehari dengan warna kuning jernih dan berbau khas.

Saat masa nifas : Klien mengatakan belum BAB setelah melahirkan dan BAK melalui kateter ± 200 cc.

e) Pola Tidur dan Istirahat

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil jarang tidur siang karena berjualan, tidur malam sekitar jam 21.00 – 04.00 WIB. Tidak pernah mengalami kesulitan saat tidur.

Saat masa nifas : Klien mengatakan istirahatnya sedikit terganggu karena nyeri pada jahitan

f) Pola Sensori dan Kongnitif

Klien mengatakan saat ini tidak mengalami masalah dalam panca indra, daya penciuman, pendengaran, perabaan dan penglihatan juga tidak mengalami perubahan. Hanya saja klien merasa nyeri pada bagian jahitannya divagina dengan skala 3 terasa panas terus menerus. Klien kurang mengetahui keadaannya dan hanya mengetahui kalau mengalami perdarahan yang banyak.

g) Pola Persepsi Diri

Klien mengatakan senang dengan kelahiran anak ke limanya meskipun yang diinginkan adalah berjenis kelamin perempuan. Klien merasa sudah bisa merawat bayinya.

h) Pola Hubungan dan Peran

Klien mengatakan hubungannya dengan suaminya maupun keluarganya baik, terbukti saat dirumah sakit suaminya kooperatif setia menunggu klien. Hubungan dengan orang lain cukup baik dan dengan perawat juga baik.

i) Pola Reproduksi dan Seksual

Klien sudah menikah dan sekarang klien memiliki 5 orang anak yang berjenis kelamin laki-laki semuanya. Klien belum memikirkan rencana KB yang akan digunakan.

j) Pola Penanggulangi Stres

Klien mengatakan bila ada masalah selalu berdiskusi dengan suaminya

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam, klien juga melaksanakan sholat 5 waktu ,
klien bersyukur atas kelahiran anak yang lahir dengan selamat dan sehat.

Setelah melahirkan klien hanya beribadah dengan berdo'a.

9. Pemeriksaan Fisik**Klien 2 :****1. Keadaan umum**

- a. Kesadaran : Composmetis
- b. Keadaan : lemas
- c. Tekanan darah : 80/60 MmHg
- d. Nadi : 98x/mnt
- e. Suhu : 37⁰C
- f. TB : 159cm BB: 68kg

2. Kepala

Bentuk kepala simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan.

3. Leher

Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran pada kelenjar thyroïd,tidak ada lesi, tidak ada kaku kuduk dan vena juguralis teraba.

4. Wajah

Wajah tampak pucat, ekspresi wajah tampak lesu dan menyeringai

5. Mata

Bentuk mata simetris, tidak ada nyeri tekan di sekitar mata, sklera berwarna putih, penglihatan normal, konjungtiva anemis.

6. Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada nyeri tekan, telinga bersih, tidak ada serumen, tidak ada benjolan diseritar telinga.

7. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan yang teraba di sekitar hidung.

8. Mulut dan faring

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang, dan tidak terdapat stomatitis.

9. Dada

Bentuk dada normal chest, payudara terjadi pembesaran, puting mammae menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada aerola mammae, colostrum telah keluar, tidak teraba benjolan.

10. Abdomen

Bentuk abdomen simetris, terdapat striae dibagian perut, tidak ada bekas jahitan, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi teraba keras

11. Genetalia

Tidak ada varises, perdarahan yang keluar/loche rubra berwarna merah segar ± 800 cc, terpasang kateter, terdapat heacting 1 luar . Bersih tidak bau, ada gumpalan gumpalan darah, tidak ada edema.

12. Anus

Anus normal, tidak ada hemorid.

13. Punggung

Bentuk punggung simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak didapatkan Kifosis Atau lordosis, tidak ada benjolan, Tidak terdapat lesi.

14. Muskuluskeletal

Terpasang infus RL drip syntocin 2 ampul 30 tpm di tangan kiri, terdapat keterbatasan gerak waktu berjalan atau aktifitas sehubungan dengan adanya perdarahan.

15. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak didapatkan sianosis, turgor kulit normal, akral dingin

16. Pemeriksaan Laboratorium 14 - 07 – 2018 jam 05.00 WIB

Hematologi :

Hemoglobin	: 10,0 g/dl	(normal : Pr: 12,0 – 14,0 g/dl)
Lekosit	: 11.300 /cmm	(normal : 4000 – 11.000 sel/cmm)
Trombosit	: 348.000	(normal : 150rb– 450rb sel/cmm)
Hematocrit	: 39,8	(normal : 35 % - 47 %)
Eritrosi	: 4,06	(normal : 3,0 – 6,0 juta/cmm)

4.1.8 Analisa Data

a. **Data Subyektif** : Klien mengatakan terasa keluar darah deras

Data Obyektif : Tampak pendarahan yang keluar ± 800 cc , klien tampak lemas, Tekanan darah : 80/60 MmHg, Wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, Hemoglobin: 10 g/dl

Etiologi : Perdarahan akibat sisa plasenta

Masalahnya : Resiko syok

4.1.9 Diagnosa keperawatan

1. Resiko syok berhubungan dengan perdarahan akibat retensio plasenta

4.1.10 Intervensi keperawatan

Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum akibat retensio plasenta

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan syok tidak terjadi

Kriteria hasil :

1. Tekanan darah normal (120/90 MmHg)
2. Suhu 36-37^o5C
3. Nadi 60-100 x/menit
4. RR 16-20 x/menit
5. Akral hangat
6. Perdarahan berkurang

7. Hemoglobin 12,0 g/dl

Intervensi:

8. Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik

Rasional : untuk memudahkan perawat melakukan tindakan

9. Observasi tanda-tanda vital 6 jam sekali

Rasional : setelah dilakukan pemantauan diharapkan dapat memperbaiki kondisi klien/ mendeteksi dini adanya kelainan yang lain.

10. Kaji tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT, dan sianosis.

Respon : tanda-tanda menunjukkan terjadinya syok, terjadinya perubahan tekanan darah (menurun 30-50%)

11. Kaji input dan output klien

Respon : untuk mengetahui jumlah pengeluaran, pemasukan yang dialami klien dan memantau tingkat dehidrasi yang terjadi

12. Kaji lokasi uterus dan derajat kontraksilitas,

Rasional : derajat kontraksilitas membantu dalam diagnose banding

13. Jelaskan pada klien dan keluarga mengenai kondisi klien

Rasional : agar keluarga dapat melaporkan kondisi klien ke perawat jaga

14. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian cairan tambahan Cairan

RL1 tetesan cepat dan RL 2 Drip syntocin 2 ampul 30 tetes/menit, vitamin dan zat besi (Fe) 1 strip (10 tablet), pemberian obat gastrula 4 tab/rectal dan injeksi plasminex 1000 mg/IV dan pemeriksaan laboratorium.

Rasional : dengan kolaborasi dengan tim medis masalah segera teratasi dan Hb bisa kembali normal (12,0 g/dl – 14,0 g/dl).

4.1.11 Implementasi keperawatan

Diagnose keperawatan : Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum akibat retensio plasenta.

Tanggal 14 Juli 2018

1. Jam 07.00 WIB : Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik

Respon : klien kooperatif dalam tanya jawab dan mendengarkan dengan baik
2. Jam 07.30 WIB : Mengobservasi tanda-tanda vital (missal: pengukuran suhu, nadi, tekanan darah)

Respon : klien kooperatif , TD: 80/60 MmHg, Nadi: 98x/mnt, suhu : 37⁰C.
3. Jam 08.00 WIB : Mengkaji dan mengobservasi tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT.

Respon : klien kooperatif, konjungtiva anemis, akral teraba hangat, CRT <2detik, Wajah pucat, klien lemas, bibir pucat.
4. Jam 08.45 WIB : Mengkaji lokasi uterus dan kontraksilitasnya

Respon : klien kooperatif , TFU : 2 Jari dibawah pusat dan kontraksi terasa keras.
5. Jam 08.50 WIB : Mengganti cairan infus RL ke-2

Respon : klien kooperatif , cairan RL ke-2 drip syintodin 2 ampul 30 tetes/menit.
6. Jam 09.00 WIB : Mengkaji input dan output klien.

Respon : klien 2 gelas \pm 400ml, cairan infus 1 kolf : 500cc, urine 200cc dari jam 08.00 WIB , perdarahan berwarna merah 1 softex penuh

7. Jam 10.00 WIB : Menjelaskan kepada keluarga dan klien mengenai kondisi klien

Respon : klien kooperatif, klien dan keluarga mendengarkan penjelasan yang telah diberikan.

8. Jam 11.00 WIB : Mengantarkan klien ke ruang nifas

Respon : klien kooperatif, klien dipindahkan dari ruang vk ke ruang nifas di ruang Mina bed 2.

Tanggal 15 Juli 2018

1. Jam 08.00 WIB : Menanyakan keluhan klien

Respon : klien kooperatif, klien mengatakan darahnya keluar tidak banyak dan tidak ada gumpalan

2. Jam 08.15 WIB : Mengobservasi tanda-tanda vital (misal: pengukuran suhu, nadi, tekanan darah)

Respon : klien kooperatif ,TD : 100/60 MmHg, di : 88x/menit, Suhu : $36,8^{\circ}\text{C}$

3. Jam 08.30 WIB : Mengkaji dan mengobservasi tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT

Respon : klien kooperatif, konjungtiva tidak anemis, akral terasa hangat, CRT <2 detik

4. Jam 09.00 WIB : Melepas infuse klien

Respon : klien kooperatif , klien sudah tidak memakai infus.

5. Jam 09.15 WIB : Mengobservasi output dan input klien

Respon : klien kooperatif, klien mengatakan baru mengganti 1 kali pembalut, BAK 2 kali \pm 300cc dari subuh, minum air putih 3 gelas 600ml dan susu 1 gelas dari RS.

6. Jam 09.30 WIB : Mengkaji lokasi uterus dan kontrasililitas

Respon : klien kooperatif, TFU 2 jari dibawa pusat kontraksi terasa keras

Tanggal 16 Juli 2018

1. Jam 08.00 WIB : Menanyakan keluhan klien

Respon : klien kooperatif , klien mengatakan darahnya keluar tidak banyak dan tidak ada gumpalan

2. Jam 08.30 WIB : Melihat keadaan klien

Respon : klien tampak duduk-duduk sambil menyusui anaknya

3. Jam 09.00 WIB : Mengobservasi tanda-tanda vital (missal: pengukuran suhu,nadi,tekanan darah) dan kolaborasi dengan tim laboratorium untuk pemeriksaan Hb

Respon : klien kooperatif , TD : 100/70 MmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu 36°C , hasil Hb : 11,5 g/dl

4. Jam 09.15 WIB : Mengkaji lokasi uterus dan kontraksilitasnya

Respon : klien kooperatif , TFU 2 jari dibawah pusat kontraksi terasa keras

5. Jam 09.30 WIB : Menganjurkan klien segera membawa ke rumah sakit bila terjadi sesuatu dirumah

Respon : Klien memahami dan menyiapkan persiapan pulang

4.1.12 Evaluasi keperawatan

Klien 1

Diagnose keperawatan : Resiko syok berhubungan dengan perdarahan post partum akibat sisa plasenta

➤ **Tanggal 14 Juli 2018 jam 12.00 WIB**

S: Klien mengatakan merasa darahnya keluar tidak deras.

O: K/U cukup, klien tampak segar, perdarahan 1 kali ganti pembalut, konjungtiva merah muda, akral hangat, TD: 80/60 MmHg, Nadi: 98x/mnt, suhu : 37⁰C mukosa bibir lembab, Hemoglobin: 10,0 g/dl

A: Masalah belum teratasi

P: intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dan 8

➤ **Tanggal 15 Juli 2018 Jam 12.00 WIB**

S: Klien mengatakan sudah lebih baik, darah keluar sedikit

O: K/U cukup , klien tampak segar, perdarahan 1 kali ganti pembalut, konjungtiva merah muda, akral hangat, TD : 100/60 MmHg, di : 88x/menit, Suhu : 36,8⁰C, mukosa bibir lembab.

A: Masalah teratasi Sebagian

P: intervensi 2,3,4,5,6 dan 7

➤ **Tanggal 16 Juli 2018 jam 12.00 WIB**

S: Klien mengatakan sudah tidak ada keluhan badan terasa segar dan keluar darah sedikit

O: K/U Baik , klien tampak duduk-duduk menyusui anaknya , TD : 100/70

MmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu 36⁰C, Hb : 11,5 g/dl

A: Masalah teratasi

P: dilanjutkan dengan discharge planning.

4.2 Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada 2 klien Haemorrhagic post partum (HPP) dengan resiko syok di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada hasil pengkajian terdapat kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, dan diantara klien 1 dan klien 2 . Penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga .

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif dari klien pertama (Ny.S) bahwa klien pada tanggal 09 juli 2018 jam 16.00 WIB melahirkan anak pertamanya, saat setelah melahirkan badannya terasa lemas. Sedangkan klien kedua (Ny.A) bahwa klien mengatakan pada tanggal 13 juli 2018 jam 18.30 WIB melahirkan anak kelima nya, saat setelah melahirkan klien merasa keluar darah

deras dan lemas. Berdasarkan dari hasil pengkajian pada Ny.S dilakukan pada tanggal 10 juli 2018 jam 07.00 WIB di dapatkan data obyektif keadaan umum lemah, terjadi robekan pada jalan lahir sampai grade III perdarahan yang keluar ± 600 cc berdasarkan studi dokumentasi, klien tampak lemas, Tekanan darah 90/60 mmHg, adanya heacting subtotalitas, wajah tampak pucat, ekspresi wajah tampak lesu, konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir kering, Hemoglobin: 10,8 g/dl. Sedangkan Ny.A keadaan umum lemah, tampak perdarahan yang keluar ± 800 cc berdasarkan studi dokumentasi, sisa plasenta sudah dikeluarkan, klien tampak lemas, tekanan darah 80/60 mmHg, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering, Hemoglobin: 10,0 g/dl. Pada keluhan utama tinjauan kasus pertama (Ny.S) dan tinjauan kasus kedua (Ny.A) yaitu badan terasa lemas perdarahan ± 600 cc dan terasa keluar darah deras perdarahan ± 800 cc yang dapat menjadikan resiko syok dengan hasil hemoglobin Ny.S 10,8 g/dl dan Ny.S 10,0 g/dl (Pr. 12,0 g/dl – 14,0 g/dl).

Keluhan utama pada Hemoragic post partum (HPP) adalah badan terasa lemas, mata berkunang-kunang, serta terus menerus mengeluarkan darah banyak (Doenges, 2009). Haemoragic post partum (HPP) adalah hilangnya darah lebih dari 500cc dalam 24 jam pertama setelah lahirnya bayi (Masruroh, 2016). Penyebab umum pendarahan postpartum , antara lain atonio uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir, kelainan darah dan inversio uteri (Anik M, 2012).

Hal ini terjadi kesamaan dan perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka dimana kedua

pasien mengalami perdarahan yang lebih dari 500cc, nilai Hb < 11,0 g/dl.

Perbedaan penyebab perdarahan pada klien 1 (Ny.S) dan klien 2 (Ny.A) adalah pada klien 1 Ny.S mengalami Haemorrhagic post partum (HPP) dikarenakan terjadi robekan jalan lahir sampai grade III dan perdarahan yang keluar ± 600 cc. Sedangkan klien 2 Ny.A mengalami Haemorrhagic post partum (HPP) dikarenakan ada sisa plasenta yang tertinggal dan perdarahan yang keluar ± 800 cc.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Pada hasil diagnosa keperawatan antara klien 1 (Ny.S) dan klien 2 (Ny.A) terdapat kesamaan diagnosa yaitu Resiko syok berhubungan dengan perdarahan. Pada tinjauan kasus Ny.S terdapat perdarahan akibat robekan jalan lahir sampai grade III. Sedangkan Ny.A terdapat perdarahan akibat retensio plasenta.

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada Haemorrhagic post partum (HPP) berdasarkan (Nanda, 2015) adalah resiko syok. Syok hipovolemik merujuk suatu keadaan dimana terjadi kehilangan cairan tubuh dengan cepat sehingga terjadinya multiple organ failure akibat perfusi yang tidak adekuat. Syok hipovolemik ini paling sering timbul setelah terjadi perdarahan hebat (syok hemoragic).

Hal ini terjadi kesamaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka dimana kedua klien mengalami resiko syok yang disebabkan oleh Haemorrhagic post partum (HPP).

4.2.3 Perencanaan keperawatan

Pada proses perencanaan keperawatan terdapat kesamaan dan kesenjangan anatara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, dan antara klien 1 dan klien 2. Rencana keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah resiko syok pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan untuk syok tidak terjadi setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil akral hangat, hemoglobin dalam batas normal (Pr: 12,0 g/dl – 14,0 g/dl) dan tanda – tanda vital dalam batas normal tekanan darah (systole 100-140 mmhg, diastole 60-90 mmhg), suhu 36,5°C – 37,5°C, RR 16-20 x/menit, Nadi 60-100 x/menit.

Perencanaan yang dibuat untuk mengatasi resiko syok pada Ny.S yaitu observasi tanda-tanda vital, kaji tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT, tekanan darah dan sianosis, kaji output dan input klien, kaji lokasi uterus dan derajat kontraksilitas, jelaskan pada klien dan keluarga mengenai kondisi klien, kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian cairan tambahan cairan RL 1 dengan tetesan cepat dan RL 2 drip syntocin 1 ampul 20 tetes/menit, vitamin dan zat besi (Fe) 1 strip (10 tablet), lakukan heacting subtotalitas dan pemeriksaan laboratorium. Sedangkan perencanaan pada Ny.A yaitu observasi tanda-tanda vital, kaji tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT, tekanan darah dan sianosis, kaji input dan output, kaji lokasi uterus dan derajat kontaktilitas, jelaskan pada klien dan keluarga mengenai tanda-tanda syok, kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian cairan tambahan cairan RL 1 dengan tetesan cepat dan RL 2 drip syntocin 2 ampul 30 tetes/menit, vitamin dan zat besi (Fe) 1 strip (10 tablet),

pemberian obat grastula 4 tab/rectal dan injeksi plasminex 1000 mg/IV, lakukan pengambilan plasenta manual dan pemeriksaan laboratorium.

Perencanaan untuk resiko syok yaitu kaji dan catat jumlah, tipe, dan sisi perdarahan, kaji tanda-tanda syok meliputi konjungtiva, akral, CRT dan tekanan darah. Kaji lokasi uterus dan derajat kontraksilitas uterus dan massase uterus, kaji input dan output, kolaborasi dengan tim medis meliputi memasang infuse 1 dan 2 dari cairan isotonik atau elektrolit, obat-obatan sesuai indikasi (oksitosin, MgSO₄, antibiotok), pemeriksaan laboratorium (Hb, Ht, trombosit, fibrinogen dan APPT), pemasangan kateter indwelling (Dongoes, 2009).

Berdasarkan kedua kasus tersebut terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, pada perencanaan dilakukan massase uterus. Pada tinjauan kasus tidak ada perencanaan massase uterus karena perencanaan di susun sesuai dengan penyebab Haemorigic post partum (HPP). Massase uterus dapat dilakukan pada penyebab atonia uteri. Dan ada juga kesenjangan antara klien 1 dengan klien 2 yaitu observasi volume urine tampung. Pada klien 1 tidak dilakukan karena pada klien 1 tidak memakai kateter. Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien dan keluarga yang ada diruangan agar tidak ada kesalahfahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan.

4.2.4 Pelaksanaan

Pada tahap ini tindakan keperawatan ada kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan teori dan antara klien 1 dan klien 2. Tindakan harus

disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang di modifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan.

Pada pelaksanaan keperawatan pada kasus Haemorrhagic post partum (HPP) yang tepat yaitu terlebih dahulu menemukan penyebab perdarahan tersebut, pemberian cairan tambahan untuk mengganti cairan yang hilang, pemberian oksigenasi dan pemberian transfusi darah (bila perlu) (Serri H, 2012).

Berdasarkan kedua kasus tersebut pada pelaksanaan tindakan keperawatan antara klien 1 dan klien 2 ada kesamaan dalam tindakan keperawatan yaitu mengganti cairan yang hilang menggunakan cairan infuse RL dengan tetesan cepat dan pengontrolan hasil laboratorium (Hemoglobin) untuk melakukan tindakan lebih lanjut. Dan pelaksanaan tindakan berjalan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun.

4.2.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini ditemukan kesamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, antara klien 1 (Ny.S) dan klien 2 (Ny.A) pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung kepada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan dengan SOAP.

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan

dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (A.Aziz dan Musrifatul 2012).

Pada Ny.S rencana yang telah dibuat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan yaitu dalam 4 jam resiko syok tidak terjadi. Pada Ny.A rencana yang telah dibuat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan yaitu dalam waktu 4 jam resiko syok tidak terjadi. Dengan kriteria hasil akral hangat, tanda-tanda vita dalam batas normal, hasil laboratorium (Hemoglobin dan Hematokrit) dalam batas normal, konjungtiva tidak anemis dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilakukan dalam catatan perkembangan.

Pada tahap evaluasi ada kesamaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, antara klien 1 (Ny.S) dan klien 2 (Ny.A). Evaluasi klien 1 (Ny.S) sesuai dengan kriteria yang diharapkan dalam intervensi dan klien 2 (Ny.A) sesuai dengan kriteria yang diharapkan dalam intervensi.