

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.M DENGAN *HAEMORAGIC
POST PARTUM* DI RUANG RAWAT INAP KEBIDANAN**

RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

TAHUN 2017



OLEH :

AFIYA MARDHIYAH ILMA

14103084015403

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

TAHUN 2017

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. M DENGAN *HAEMORAGIC*

***POST PARTUM* DI RUANG RAWAT INAP KEBIDANAN**

RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

TAHUN 2017

LAPORAN STUDI KASUS

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan

Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang



OLEH :

AFIYA MARDHIYAH ILMA

14103084015403

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

TAHUN 2017

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2017**

**AFIYA MARDHIYAH ILMA
14103084015403**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. M DENGAN *HAEMORAGIC POST PARTUM (LATE HPP)* DI RUANG RAWAT INAP KEBIDANAN RSUD Dr. ACHMAD MOCHTARBUKITTINGGI TAHUN 2017.

ABSTRAK

Post Partum adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. *Haemorigic post partum* adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai (setelah plasenta lahir), dan klasifikasinya adalah Early Haemorigic Post Partum dan Late Haemorigic Post Partum. Late Haemorigic Post Partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah 24 pertama setelah bayi lahir. Penyebab Late Haemorigic Post Partum adalah sisa plasenta dan laserasi jalan lahir. Insiden Haemorigic Post Partum di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 28 pasien pada bulan januari 2016 sampai juni 2017. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan *Asuhan Keperawatan* pada pasien Haemorigic Post Partum. Diagnose Keperawatan yang didapat pada Ny. M yaitu Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif (perdarahan), Defisit Perawatan Diri : Mandi (Spesifik kebagian genitalia) berhubungan dengan Kelemahan, Ansietas berhubungan dengan stressor (perdarahan). Setelah dilakukan intervensi dan implementasi didapatkan hasil evaluasi yaitu semua masalah keperawatan pada Ny.M dapat teratasi. *Haemorigic Post Partum* merupakan kejadian yang sering terjadi dikalangan masyarakat indonesia terutama bagi para ibu-ibu yang dimana *Haemorigic Post Partum* jika tidak ditangani secara tepat bisa mengancam kehidupan pasien. Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan *Asuhan Keperawatan* pasien *Haemorigic Post Partum* secara tepat dan benar.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, *Post Partum*, *Haemorigic Post Partum*.

Daftar pustaka: 23 (1995 – 2017)

**High School of Pioneer Health Sciences
DIII Study Program of Nursing
Script Writing, July 2017**

**AFIYA MARDHIYAH ILMA
14103084015403**

NURSING CARE IN CLIENTS Ny. M WITH HAEMORAGIC POST PARTUM (LATE HPP) IN ROOM INSTITUTIONAL HOSPITAL OF RSUD Dr. ACHMAD MOCHTARBUKITTINGGI IN 2017.

ABSTRACT

Post partum is the period after delivery and delivery of the baby, placenta, and the membranes necessary to restore the birth organ as before pregnancy with approximately 6 weeks. Haemoragic post partum is vaginal bleeding 500 cc or more after the third stage is completed (after birth placenta) , And the classification is Early Haemoragic Post Partum and Late Haemoragic Post Partum. Late Haemoragic Post Partum is bleeding over 500 cc that occurs after the first 24 after the baby is born. The cause of Late Haemoragic Post Partum is the remnant of the placenta and laceration of the birth canal. The Haemoragic Post Partum incident at RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 28 patients in January 2016 to June 2017. The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients HaemoragicPost Partum. Nursing Diagnose obtained by Ny. M is Lack of fluid volume associated with loss of active fluid (bleeding), Self Care Deficit: Bath (Specific to the genital part) associated with Weakness, Anxiety associated with stressor (bleeding). After the intervention and implementation of the results obtained that all the nursing problems in Ny.M can be resolved. Haemoragic Post Partum is a frequent occurrence among Indonesian society, especially for mothers where Haemoragic Post Partum if not handled properly can threaten the life of patient. It is therefore suggested to hospital institution to conduct care nursing Haemoragic Post Partum patient appropriately and right.

Keywords: Nursing Care, Post Partum, Haemoragic Post Partum.

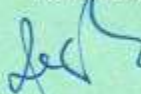
References: 23 (1995 - 2017)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : **WITRA SARI**
NIM : **14103084015433**
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. L Dengan
Ulkus Diabetikum Di Ruang Rawat Inap Interne
Wanita Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2017**

Karya tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 10 Agustus 2017
Pembimbing,



Ns. Dia Resti DND, M.Kep
NIK : 1420108028611071

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK : 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Afiya Mardhiyah Ilma
NIM : 141030840154
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M dengan
Haemoragic Post Partum (Late Haemoragic Post Partum) Di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD
Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan Penguji

Penguji I,



Ns. Mera Delima M.Kep
NIK. 1420101107296019

Penguji II,



Ns. Ernalinda Rosya M.Kep
NIK. 1440118098114115

KATA PENGANTAR



Assalamu'laikum Warahmatullahi Wabarakatukkk

Segala Puji Syukur bagi Sang Kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayah Nya yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan iman sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikan Penyusunan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus Yang Berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Haemoragic Post partum (Late Haemoragic Post Partum) Di Ruang Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”** Tanpa nikmat sehat yang diberikan oleh Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus.

Sholawat berangkaikan salam juga selalu tercurahkan kepada Junjungan Nabi Muhammad SAW, semoga atas ijin ALLAH SWT penulis dan teman – teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Amin Yarobbal Aalamin.

Penulis Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada Yth. Ibu Ns.

Ernalinda Rosya, M.Kep dan Ibu Novianti, S.St Kepala Ruangan Rawat Inap Kebidanan RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya dengan penuh perhatian member arahan, petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan. Seterusnya ucapan terimakasih saya yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri,S.Kp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang member izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan
4. Ibu Ns. Ernalinda Rosya,M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan
5. Bapak ibu dosen pengajar D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
6. Bapak dan ibu dosen serta Staf STIKes Perintis Padang, yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan
7. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tersayang, saudaraku tercinta dan seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moril

maupun material serta do'a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan penulis.

8. Terimakasih rekan – rekan mahasiswa lain yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan sampai terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari bahwa Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan ilmu, waktu dan pengalaman yang penulis miliki. Untuk itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan ini.

Akhir kata kepada ALLAH SWT jualah penulis menyerahkan segalanya dan berharap semoga Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus ini bisa diterima dan dapat dijadikan bahan bacaan untuk penulisan – penulisan yang berhubungan dengan Haemoragic Post Partum.

Bukittinggi, Juli 2017

Afiya M.I

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBARAN PENGESAHAN

HALAMAN PERSEMBAHAN

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	3
1.3 Manfaat Penulis.....	4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Nifas	6
2.1.1 Definisi Persalinan	6
2.1.2 Perubahan Fisiologi	7
2.2 Perdarahan Post Partum	11
2.2.1 Definisi Haemoragic Post Partum	10
2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Uterus	12

2.2.3 Etiologi	13
2.2.4 Manifestasi Klinis	14
2.2.5 Patofisiologi beserta WOC	15
2.2.6 Pemeriksaan Penunjang	18
2.2.7 Penatalaksanaan	20
2.2.8 Komplikasi	21
2.3 Asuhan Keperawatan Teoritis	22
2.3.1 Pengkajian	22
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.3.3 Intervensi	29
2.3.4 Implementasi	37
2.3.5 Evaluasi	37

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	38
3.2 Diagnosa Keperawatan	50
3.3 Intervensi Keperawatan	51
3.4 Implementasi Keperawatan dan evaluasi.....	53

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian	57
4.2 Diagnosa Keperawatan	62
4.3 Intervensi Keperawatan	64
4.4 Implementasi Keperawatan	66
4.5 Evaluasi	68

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan.....	69
5.2 Saran.....	71

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Anatomi Uterus.....	12
Gambar 1.2 Anatomi uterus.....	13

DAFTAR TABEL

	Halaman
<i>Table</i> Intervensi Teoritis.....	29
<i>Table</i> Riwayat Kehamilan dan Persalinan.....	39
<i>Table</i> APGAR Score.....	40
<i>Table</i> Data Nutrisi.....	41
<i>Table</i> Data Eliminasi.....	41
<i>Table</i> Data Istirahat.....	42
<i>Table</i> Analisa Data.....	49
<i>Table</i> Intervensi Kasus.....	51
<i>Table</i> Implementasi dan evaluasi.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi

Lampiran 2 : Lembar Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus

Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Prawirohardjo, 2005)

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu :Kala I (kala pembukaan), Kala II (kala pengeluaran janin), Kala III (pengeluaran plasenta), Kala IV Kala pengawasan setelah 2 jam setelah plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama bahaya perdarahan post partum. Komplikasi perdarahan pasca partum ada dua, yaitu segera atau tertunda. Syok hemoragi(hipovolemik, dan kematian dapat terjadi akibat perdarahan yang tiba-tiba dan perdarahan berlebihan). Komplikasi yang tertunda, yaitu timbul akibat hemoragi pasca partum, mencakup anemia, infeksi puerperal, dan tromboembolisme (Bobak, 2005). Penyebab perdarahan post partum adalah atoni uteri, sisa plasenta dan selaput ketuban, laserasi jalan lahir dan penyakit darah. (Sarwono, 2005).

Perdarahan post partum adalah perdarahan kala IV yang lebih dari 500-600 mL dalam masa 24 jam setelah anak dan plasenta lahir. Menurut terjadinya dibagi atas dua bagian : Perdarahan post partum primer (early post partum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan Perdarahan

post partum sekunder (late post partum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara 5 sampai 15 post partum.(Amru Sofian, 2012)

Diberbagai negara paling sedikit seperempat dari seluruh kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, proporsinya berkisar antara kurang dari 10 persen sampai hampir 60 persen. (WHO, 2008)

Negara yang berkembang memiliki angka kematian ibu 25% kematian ibu itu disebabkan oleh Perdarahan Post Partum.Terhitung lebih dari 100.000 kematian maternal pertahun.Menurut bulletin "*american collage of obstetrician and gynecologists*" menempatkan perkiraan 140.000 kematian ibu pertahun.(WHO, 2008)

Insiden perdarahan post partum pada Negara maju sekitar 5% dari persalinan, sedangkan pada Negara berkembang bisa mencapai 28% dari persalinan dan menjadi masalah utama dalam kematian ibu. Penyebabnya 90 % dari atonia uteri, 7 % robekan jalan lahir, sisanya dikarenakan retensio plasenta dan gangguan pembekuan darah. (Ambar Dwi, 2010)

Indonesia merupakan Negara dengan Angka Kematian Ibu (AKI) tertinggi di Asia Tenggara.Dari setiap 100.000 kelahiran hidup di Indonesia, terdapat 359 ibu yang meninggal dunia demi melahirkan bayi yang di

kandungnya. Angka tersebut merupakan kondisi terkini Indonesia (Survei Demografi Kesehatan Indonesia, 2012).

Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di ruangan rawat inap kebidanan pada tahun 2016 sampai tahun 2017 bulan Juni didapatkan angka kejadian penyakit Perdarahan Post Partum sebanyak 28 kali kejadian (buku laporan ruangan).

Berdasarkan uraian dari data di atas maka penulis tertarik melakukan Asuhan Keperawatan yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Ny.M dengan *Haemoragic Post Partum (Late Haemoragic Post Partum)* di Ruang Kebidanan Rawatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017”**

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Dapat melakukan penerapan secara langsung Asuhan Keperawatan pada klien Ny. M dengan *Haemoragic Post Partum* melalui pendekatan proses keperawatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu memahami konsep dasar *Haemoragic Post Partum* (pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, pelaksanaan dan komplikasi)

2. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan *Haemorrhagic Post Partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017
3. Dapat menentukan analisa data pada pasien dengan *Haemorrhagic Post Partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.
4. Dapat mengangkat diagnose keperawatan dari masalah keperawatan pada pasien dengan *Haemorrhagic Post Partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.
5. Dapat menentukan intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan pada pasien dengan *Haemorrhagic Post Partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.
6. Dapat melakukan evaluasi pada pasien dengan *Haemorrhagic Post Partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.
7. Mampu menganalisis Asuhan Keperawatan Teoritis *Haemorrhagic Post Partum* dengan kasus yang ditemukan diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.
8. Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada pasien *Haemorrhagic Post Partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.

1.3 Manfaat Penulis

1.3.1 Bagi Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang *Haemorrhagic Post partum* dan dapat menambah pengalaman bagi penulis dalam menyusun dan mengaplikasikan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan *Haemorrhagic Post Partum*.

1.3.2 Bagi Institusi

Sebagai bahan referensi institusi dalam memahami asuhan keperawatan klien dengan *Haemorrhagic Post Partum*, sehingga dapat menambah pengetahuan dalam memahami asuhan keperawatan dengan *Haemorrhagic Post Partum*.

1.3.3 Bagi Instusi Rumah Sakit

Memberikan laporan dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan kepada tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *Haemorrhagic Post Partum*.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 NIFAS

2.1.1 DEFINISI PERSALINAN

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2005).

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap (Sarwono, 2005) yaitu :

1. Kala I (kala pembukaan)

Kala satu persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm) pada primipara kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam (Varney, 2007).

2. Kala II (kala pengeluaran janin)

Beberapa tanda dan gejala persalinan kala II adalah ibu merasakan ingin mengejan bersamaan terjadinya kontraksi, ibu merasakan peningkatan tekanan pada rectum atau vaginanya, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran lender darah (Depkes RI, 2002).

3. Kala III (pengeluaran plasenta)

Tanda -tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal dibawah ini : perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba (Depkes RI, 2002).

4. Kala IV

Kala pengawasan setelah 2 jam setelah plasenta lahir untuk mengamati atau memantau keadaan adanya komplikasi, misalnya perdarahan abnormal.

2.1.2 PERUBAHAN FISILOGI

Perubahan fisiologis maternal pada periode pascapartum (Bobak, 2005) adalah :

1. System Reproduksi dan Struktur terkait

a. Uterus

1) Involusi Uterus

Proses kembalinya uterus kekeadaan sebelum hamil dan setelah melahirkan. Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sekralis. Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm diatas umbilicus. Dalam beberapa hari kemudian, perubahan

involusi berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Uterus yang pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi menjadi kira-kira 500 g 1 minggu setelah melahirkan dan 350 g (11-12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus berada didalam panggul sejati lagi. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50 sampai 60 kg.

2) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respons terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Selama 1 sampai 2 jam pertama pasca partus intensitas kontraksi uterus bisa menjadi tidak teratur.

3) Afterpain

Pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodic sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang awal masa puerperium.

4) Tempat Plasenta

Segera setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, konstiksi vascular dan thrombosis menurunkan tempat

plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur.

5) Lokia

Lokia rubra berwarna merah muda atau coklat setelah 3-4 hari. Lokia serosa terjadi setelah 10 hari setelah bayi lahir, warna cairan ini menjadi warna kuning sampai putih. Lokia alba bisa beratahan selama dua sampai enam minggu setelah bayi lahir.

b. Serviks

Serviks menjadi lunak setelah ibu melahirkan.

c. Vagina atau Perinium

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukos vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir.

d. Topangan Otot Panggul

Jaringan penopang dasar panggul yang terobek atau teregang saat ibu melahirkan memerlukan waktu sampai 6 bulan untuk kembali ke tonus semula

2. Abdomen

Apabila wanita berdiri dihari pertama setelah melahirkan, abdomennya akan menonjol dan membuat wanita tersebut tampak seperti masih hamil. Dalam 2 minggu setelah melahirkan,

dinding abdomen wanita itu akan rileks. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali kekeadaan sebelum hamil.

3. Payudara

- a. Ibu tidak menyusui :payudara biasanya teraba nodular (pada wanita tidak hamil teraba granular). Nodularitasnya bersifat bilateral dan difus.
- b. Ibu yang menyusui : ketika laktasi terbentuk, teraba suatu massa (benjolan), tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari.

4. Persepsi Diri dan Konsep Diri

Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya yaitu,

a. Taking In

Fase ini berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

b. Taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya.

c. Letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah

melahirkan.Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

d. Post partum blues

Menurut Hamilton,PM tahun 1995, fase ini muncul pada hari ke 3 dan ke 5 setelah melahirkan, dimana ibu akan mengalami depresi, mudah menangis dan kurang istirahat yang biasanya disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan progesterone yang tiba-tiba.

2.2 Haemoragic Post Partum

2.2.1 Definisi Haemoragic Post Partum

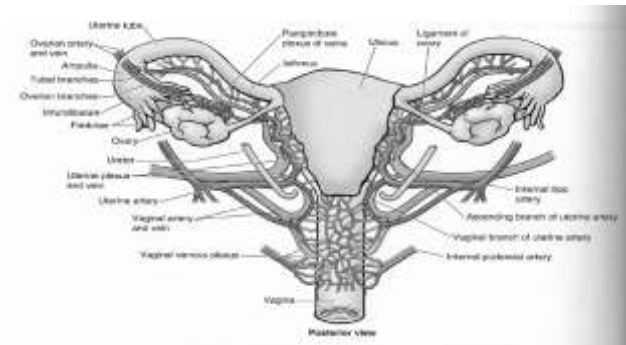
Post Partum adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandung seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

Haemoragic post partum adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai (setelah plasenta lahir) (Wiknjosastro, 2007).Perdarahan postpartum ada kalanya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh ke dalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi lemas dan juga jatuh dalam syok (Mochtar, 1995).

Menurut penulis, Perdarahan post partum adalah perdarahan sebanyak 500 cc atau lebih yang terjadi setelah 24 jam pertama post partum atau 24 jam setelah post partum.

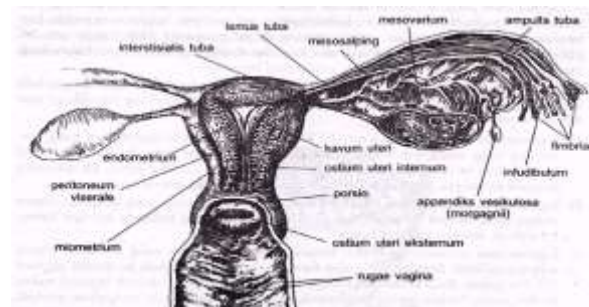
2.2.2 Anatomi dan Fisiologi Uterus

Uterus (rahim) berbentuk seperti buah pear yang sedikit gepeng ke arah depan belakang. Ukurannya sebesar telur ayam kampung dan mempunyai rongga. Uterus terdiri dari tiga bagian besar, yaitu, fundus uteri yang berada di bagian uterus proksimal, badan rahim (korpus uteri) yang berbentuk segitiga, dan leher rahim (serviks uteri) yang berbentuk silinder. Serviks uteri terbagi kepada dua bagian, yaitu pars supra vaginal dan pars vaginal. Lapisan otot-otot polos di sebelah dalam berbentuk sirkular dan di sebelah luar berbentuk longitudinal. Di antara kedua lapisan itu terdapat lapisan otot oblik yang berbentuk anyaman. Lapisan ini paling penting dalam persalinan karena sesudah plasenta lahir, otot lapisan ini berkontraksi kuat dan menjepit pembuluh-pembuluh darah yang terbuka sehingga perdarahan berhenti (Prawirohardjo, 2008).



Gambar 1.1

Bagian endometrium disuplai darah oleh arteriol spiralis dan basalis. Arteriol spiralis yang memegang peran dalam mensturasi dan member nutrisi kepada janin yang sedang berkembang dalam uterus (Prawirohardjo, 2008).



Gambar 1.2

2.2.3 Etiologi

Kondisi dalam persalinan sangat sulit menentukan jumlah perdarahan karena tercampur dengan air ketuban dan serapan pakaian atau kain alas tidur. Sehingga penentuan untuk perdarahan dilakukan setelah bayi lahir dan penentuan jumlah perdarahan

dilihat dari perdarahan lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda-tanda vital (Abdul Bari ,2002).

Etiologinya (Amru Sofian, 2012) adalah :

1. Atoni uteri

Dilihat dari faktor predisposisinya : umur, paritas, partus lama dan partus terlantar, obstetric operatif dan narkosa, uterus terlalu regang dan besar, miomia uteri, malnutrisi

Atoni uteri merupakan kegagalan miometrium untuk berkontraksi dengan baik dan mengecil sesudah janin keluar dari rahim.

2. Sisa plasenta dan selaput ketuban

3. Jalan lahir : robekan peritonium, vagina serviks, forniks, dan rahim

4. Penyakit darah

Kelainan pembekuan darah sering dijumpai pada perdarahan yang banyak, solusio plasenta, kematian janin yang lama dalam kandungan, pre-eklamsia dan eklamsi, infeksi, hepatitis, dan septic syok.

Perdarahan postpartum juga bisa sebagai akibat kegagalan koagulasi seperti eklamsia berat, perdarahan antepartum, cairan ketuban embolus, kematian janin intrauterine atau sepsis.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa perdarahan post partum disebabkan kelainan pembekuan darah, robekan jalan lahir, sisa plasenta dan kelainan kontraksi uterus yaitu atoni uteri.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinisnya adalah suhu meningkat lebih dari 3.80°C, air ketuban keruh kecoklatan dan berbau, leukositosis lebih dari 15.000/mm³ pada kehamilan atau lebih dari 20.000/mm³ dari persalinan (Arief Mansjoer, 1999).

Gejala-gejala perdarahan post partum (Sulaiman Sastrawinata, 2005)

adalah :

1. Perdarahan pervaginam
2. Konsistensi rahim lunak
3. Fundus uteri naik (jika pengaliran darah keluar terhalang oleh bekuan darah atau selaput janin)
4. Tanda-tanda syok

2.2.5 Patofisiologi

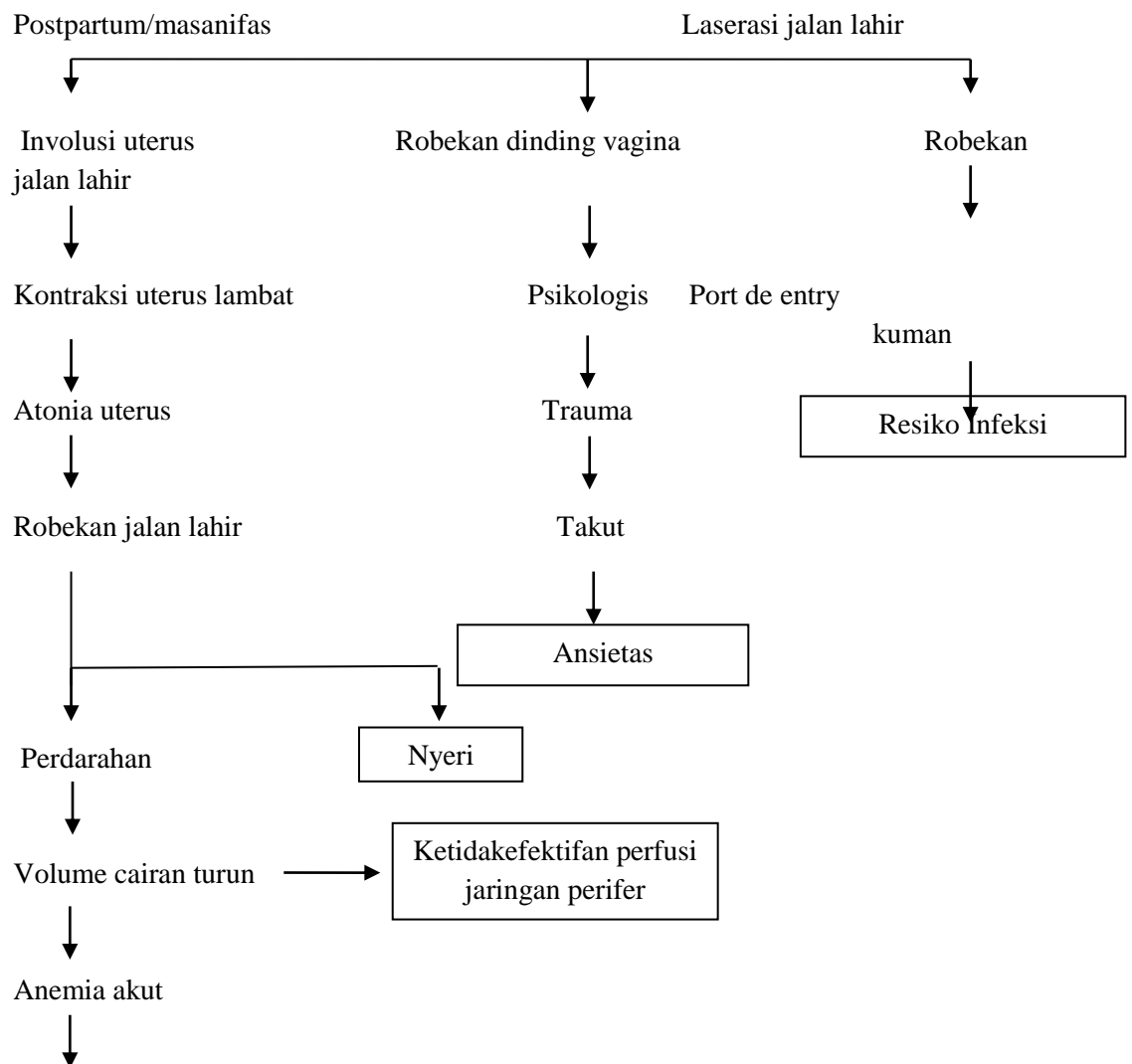
Penyebab utama perdarahan post partum disebabkan kelainan kontraksi uteri adalah atonia uteri. Atoni uteri merupakan kegagalan miometrium untuk berkontraksi dengan baik dan mengecil sesudah janin keluar dari rahim. Pada keadaan yang normal, miometrium bisa berkontraksi sehingga menempatkan pembuluh darah robek dan mengontrol kehilangan darah sehingga

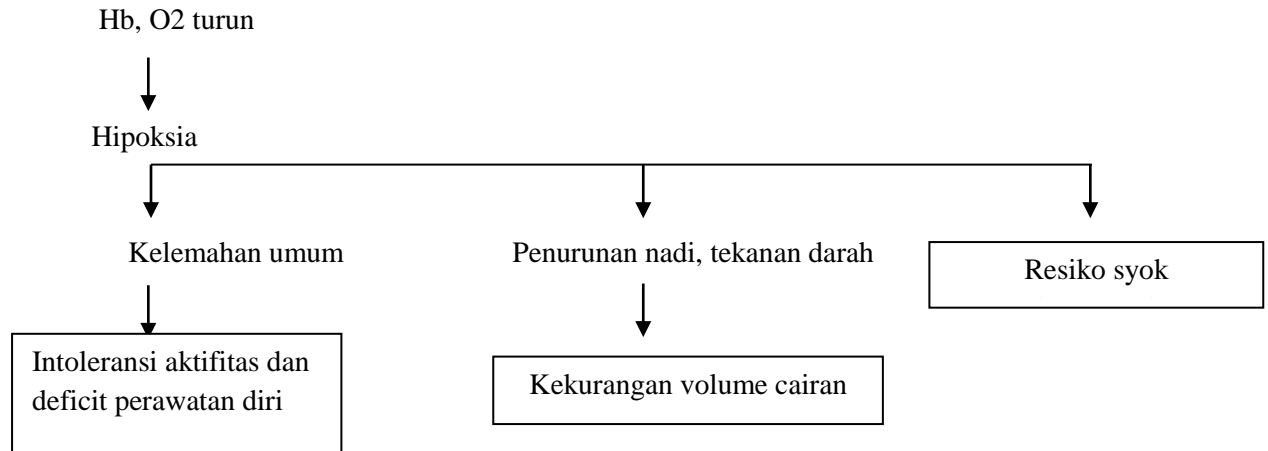
mencegah perdarahan yang cepat dan berbahaya (Winkyosastro, 2007).

Perdarahan dapat terjadi meskipun rahim baik kontrak dan kurangnya jaringan ditahan, maka trauma pada jalan lahir atau trauma genitalia dicurigai (Winkyosastro, 2007).

Pada trauma atau laserasi jalan lahir bisa terjadi robekan perineum, vagina serviks, forniks dan rahim. Keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan yang banyak apabila tidak segera diatasi. Laserasi jalan lahir biasanya terjadi karena persalinan secara operasi termasuk seksio sesaria, episiotomy, pimpinan persalinan yang salah dalam kala uri, persalinan pervaginam dengan bayi besar, dan terminasi kehamilan dengan vacuum atau forcep dengan cara yang tidak benar. Keadaan ini juga bisa terjadi secara spontan akibat rupture uterus, inverse uterus, perlukaan jalan lahir, dan vaginal hematoma. Laserasi pembuluh darah dibawah mukosa vagina dan vulva akan menyebabkan hematoma. Perdarahan akan tersamarkan dan dapat menjadi berbahaya karena tidak akan terdeteksi selama beberapa jam dan bisa menyebabkan terjadinya syok. Hematoma biasanya terdapat pada daerah-daerah yang mengalami laserasi atau pada daerah jahitan perineum (Cunningham, 2005).

Pathway





2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien perdarahan post partum (Dr. Sardjito, 2000) adalah :

1. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap harus dilakukan sejak periode antenatal. Kadar hemoglobin dibawah 10 g/dL berhubungan dengan hasil kehamilan yang buruk.
- b. Pemeriksaan golongan darah dan tes antibody harus dilakukan sejak periode antenatal.
- c. Perlu dilakukan pemeriksaan faktor koagulasi seperti waktu perdarahan dan waktu pembekuan.

2. Pemeriksaan Radiologi

- a. Onset perdarahan post partum biasanya sangat cepat. Dengan diagnosis dan penanganan yang tepat, resolusi biasa terjadi sebelum pemeriksaan laboratorium atau radiologis dapat dilakukan. Berdasarkan pengalaman, pemeriksaan USG dapat

membantu untuk melihat adanya jendalan darah dan retensi sisa plasenta.

- b. USG pada periode antenatal dapat dilakukan untuk mendeteksi pasien dengan resiko tinggi yang memiliki faktor predisposisi terjadinya perdarahan post partum seperti plasenta previa. Pemeriksaan USG dapat pula meningkatkan sensitivitas dan spesifitas dalam diagnosis plasenta akreta dan variannya.

2.2.7 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

Berbagai intervensi medis untuk wanita yang mengalami perdarahan pascapartum awal bergantung pada penyebab perdarahan. Pada umumnya perdarahan pascapartum awal akibat atonia uterus ditangani dengan masase fundus uterus dengan agens oksitosin. Jika perdarahan terjadi akibat laserasi atau tertinggalnya fragmen plasenta, klien dapat dikembalikan ke ruang kelahiran untuk perbaikan laserasi atau evakuasi fragmen plasenta dari uterus (Bobak, 2005).

Perdarahan yang menetap akibat uterus yang lembek dapat diatasi dengan melakukan kompresi bimanual pada uterus. Kepala tangan diletakkan di fornix anterior vagina dan didorong ke arah dinding depan uterus. Dengan tangan satunya,

praktisi memegang dinding belakang uterus melalui dinding abdomen. Prosedur kompresi bimanual ini sering kali dapat mengontrol aliran perdarahan sampai pemberian oksitosin tambahan menghasilkan kontraksi miometrium yang efektif. Atoni uterus yang sulit ditangani dapat merespon Metilergonovin 0,2 mg IM dan prostaglandin 1,0 mg Intramiometrium. Obat ini cara paling efisien untuk menekan tempat perdarahan, mengepak uterus dengan kasa, suatu prosedur yang dianggap berguna untuk meningkatkan hemostasis dalam kasus seperti itu, saat ini jarang digunakan. (Bobak, 2005)

Dalam beberapa contoh, intervensi pembedahan mungkin perlu dilakukan. Ligasi uterus atau arteri hipogastrik sering kali dilakukan sebelum melakukan histerektomi untuk mencegah kehilangan darah yang berkelanjutan dan berakibat fatal. Tindakan untuk mencegah dan mengatasi syok dilakukan bersamaan dengan upaya untuk mengontrol perdarahan (Bobak, 2005).

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan perdarahan post partum (Amin Huda, dkk, 2013) adalah :

a. Resusitasi Cairan

Berikan resusitasi dengan cairan kristaloid dalam volume yang besar, baik normal salin (NS/NaCl) atau cairan Ringer Laktat melalui akses Intravena perifer. NS merupakan cairan yang cocok pada saat persalinan karena biaya yang ringN dan kompatoilitasnya dengan sebagian besar obat dan transfuse darah. Resiko terjadinya asidosis hiperkloremik sangat rendah dalam hubungan perdarahan post partum. Bila dibutuhkan cairan kristaloid dalam jumlah banyak (>10 L), dapat dipertimbangkan penggunaan cairan Ringer Laktat.

b. Transfuse Darah

Transfuse darah perlu diberikan bila perdarahan masih terus berlanjut dan diperkirakan akan melebihi 2.00 mL atau keadaan klinis pasien menunjukkan tanda-tanda syok walaupun telah dilakukan resusitasi cepat.

2.2.8 Komplikasi

Komplikasi perdarahan post partum (Sulaiman Sastrawinata, 2005) adalah :

1. Sindrom Sheehan

Perdarahan banyak kadang-kadang diikuti dengan sindrom Sheehan yaitu : kegagalan laktasi, amenor, atrofi payudara, rambut rontok pubis dan aksila, superinvolusi uterus, hipotiroid dan infusiensi korteks adrenal.

2. Diabetes insipidus

Perdarahan banyak pasca persalinan dapat mengakibatkan diabetes insipidus tanpa disertai defisiensi hipofisis anterior

Komplikasi yang paling berat dari perdarahan postpartum primer adalah syok. Bila terjadi syok yang berat dan pasien selamat, komplikasi lanjutan adalah anemia dan infeksi dalam nifas. Infeksi dalam keadaan anemia biasa berlangsung berat sampai sepsis. Pada perdarahan yang disertai pembekuan intravaskuler merata dapat terjadi kegagalan fungsi organ-organ seperti gagal ginjal mendadak. Pada sebagian penderita terjadi komplikasi lambat dalam bentuk sindrom Sheehan (TMA Chalik, 1998).

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Meliputi : nama klien, umur klien (20-35 tahun), pekerjaan klien, pendidikan klien, alamat klien, medical record, dll.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan yang dirasakan saat ini yaitu : kehilangan darah dalam jumlah banyak ($500 > 500\text{mL}$), nadi lemah, pucat,

lochea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin dan mual.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal kronik, hemophilia, riwayat pre-eklamsia, trauma jalan lahir, kegagalan kompresi pembuluh darah, tempat implantasi plasenta, retensi sisa plasenta.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, penyakit jantung, dan pre-eklamsia, penyakit keturunan hemophilia, dan penyakit menular.

3. Riwayat Obstetric

a. Riwayat Menstruasi meliputi : menarche, lamanya siklus, banyaknya, baunya, keluhan waktu haid, HPHT

b. Riwayat Perkawinan meliputi : usia kawin, kawin yang beberapa, usia mulai hamil.

4. Riwayat Hamil, Persalinan dan Nifas yang lalu

a. Riwayat Hamil meliputi : waktu hamil muda, hamil tua, apakah ada abortus, retensi plasenta.

- b. Riwayat Persalinan meliputi : tua kehamilan, cara persalinan, penolong, tempat bersalin, apakah ada kesulitan dalam persalinan, anak lahir atau mati, berat badan anak waktu lahir, panjang waktu lahir.
- c. Riwayat Nifas meliputi : keadaan lochea (Lokia rubra berwarna merah muda atau coklat setelah 3-4 hari. Lokia serosa terjadi setelah 10 hari setelah bayi lahir, warna cairan ini menjadi warna kuning sampai putih. Lokia alba bisa beratahan selama dua sampai enam minggu setelah bayi lahir), apakah ada perdarahan, ASI cukup atau tidak dan kondisi ibu saat nifas, tinggi fundus uteri dan kontraksi.

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

- a. Hamil muda, keluhan selama hamil muda
- b. Hamil tua, keluhan selama hamil tua, peningkatan berat badan, tinggi badan, suhu, nadi, pernafasan, peningkatan tekanan darah, keadaan gizi akibat mual, keluhan lain.
- c. Riwayat Antenatal Care meliputi : dimana tempat pelayanan, beberapa kali perawatan serta pengobatannya yang didapat.

6. Data Nutrisi Metabolik

Makan dan minum pada masa nifas harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

7. Data Eliminasi

Perhatikan apakah terjadi diuresi setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya infolunter pengeluaran urine), hilangnya control blas, terjadi over distensi biasa atau tidak atau retensi urune karena rasa takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan saat BAK, pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena pada luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet, BAB harus ada 3-4 hari post partum sedangkan miksi hendaklah secepatnya dilakukan sendiri (Rustam Mukhtar, 1995).

8. Data Istirahat dan Tidur

Seberapa lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-renang atau gelap, apakah mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum)

9. Data Kognitif dan Perceptual

Biasanya pada pola ini klien tidak mengalami gangguan, karena klien masih dapat berkomunikasi.

10. Data Persepsi Diri dan Konsep Diri

Sikap penerimaan ibu terhadap tubuhnya yaitu,

e. Taking In

Fase ini berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua.

Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

f. Taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya.

g. Letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

h. Post partum blues

Menurut Hamilton, PM tahun 1995, fase ini muncul pada hari ke 3 dan ke 5 setelah melahirkan, dimana ibu akan mengalami depresi, mudah menangis dan kurang istirahat yang biasanya disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan progesterone yang tiba-tiba.

Keinginan ibu menyusui, persepsi ibu tentang tubuhnya terutama perubahan-perubahan selama kehamilan, perasaan klien bila, mengalami operasi SC karena CPD atau karena bentuk tubuh yang pendek.

11. Data Peran dan Hubungan

Peran klien sebagai ibu biasanya akan terganggu karena penyakit yang dideritanya, begitu juga hubungannya dengan orang lain disekitarnya.

12. Data Seksual Reproduksi

Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi : frekuensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, kontinuitas hubungan seksual. Pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercourse pasca partum (dapat dilakukan setelah luka episiotomy membaik dan lochea terhenti, biasanya pada akhir minggu ke 3).

13. Data Nilai dan Kepercayaan

Tanyakan pada klien tentang nilai dan kepercayaan yang diyakininya. Ini sering kali berpengaruh terhadap intervensi yang akan diberikan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)
2. Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan penurunan aliran darah ke jaringan ditandai dengan hipotensi, hipoksia
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan perfusi darah ke perifer
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen keseluruhan tubuh
5. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, statis cairan tubuh, penurunan Hb
6. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan
7. Ansietas berhubungan dengan
8. Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

2.3.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1.	Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan aktif	<p>a. Keseimbangan Cairan Indicator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah 2. Denyut nadi radial 3. Kelembaban membrane mukosa 4. Kehausan 5. Pusing <p>b. Hidrasi Indicator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membrane mukosa lembab 2. Haus 3. Nadi cepat dan lemah 	<p>Fluid management :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan cairan intake dan output yang akurat b. Monitor status dehidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan c. Monitor tanda-tanda vital d. Monitor masukan makanan/ cairan dan hitung intake kalori harian e. Kolaborasi pemberian cairan IV f. Monitor status nutrisi g. Berikan cairan IV h. Dorong masukan oral i. Berikan penggantian nasogastrik sesuai output j. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan k. Tawarkan snack (jus buah, buah segar) l. Kolaborasi dengan dokter m. Atur kemungkinan transfuse n. Persiapkan untuk transfuse <p>Hypovolemia Management</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan b. Pelihara IV line c. Monitor tingkat Hb dan Hematokrit d. Monitor tanda-tanda vital e. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan f. Monitor berat badan

-
2. Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan penurunan aliran darah ke jaringan ditandai dengan hipotensi, hipoksia

a. Keparahan Syok : Hipovolemik

Indicator :

1. Penurunan tekanan nadi perifer
2. Penurunan tekanan darah sistolik
3. Penurunan tekanan darah diastolic
4. Nadi lemah dan halus
5. Akral dingin, kulit lembab atau basah
6. Kehausan
7. Lesu

- g. Dorong pasien untuk menambah intake oral
- h. Monitor adanya tanda dan gejala kelebihan volume cairan
- i. Monitor adanya tanda gagal ginjal

Syok prevention :

- a. Monitor status sirkulasi BP, warna kulit, suhu kulit, denyut jantung, HR, dan ritme, nadi perifer dan kapiler refill
- b. Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan
- c. Monitor suhu dan pernafasan
- d. Monitor input dan output
- e. Pantau nilai labor : HB, HT, AGD, dan eletrolit
- f. Monitor hemodinamik invasi yang sesuai
- g. Monitor tanda dan gejala asites
- h. Monitor tanda awal syok
- i. Tempatkan pasien pada posisi supine, kaki elevasi untuk peningkatan preload dengan cepat
- j. Lihat dan pelihara kepatenan jalan napas
- k. Berikan cairan IV dan atau oral yang tepat
- l. Berikan vasodilator yang tepat
- m. Ajarkan keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok

Syok Management :

- a. Monitor fungsi neurologis
- b. Monitor fungsi renal
- c. Monitor tekanan nadi
- d. Monitor status cairan input output
- e. Catat gas darah arteri dan oksigen jaringan

3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan perfusi darah ke perifer

a. Perfusi Jaringan : Perifer

Indicator :

1. Suhu kulit ujung kaki dan tangan
2. Kekuatan denyut nadi
3. Nilai rata-rata tekanan darah
4. Muka pucat
5. Kelemahan otot
6. Kerusakan kulit

4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen keseluruh tubuh

a. Toleransi terhadap aktifitas

Indikator :

1. Kemudahan dalam melakukan ADL
2. Kecepatan berjalan

b. Daya tahan

Indicator :

1. Kelelahan
2. Aktifitas fisik

f. Monitor EKG

g. Memantau tren dalam parameter

h. Memantau faktor penentu pengiriman jaringan oksigen

i. Memantau tingkat karbon dioksida

j. Monitor gejala gagal pernafasan

k. Monitor nilai laboratorium

Peripheral sensation management (manajemen sensasi perifer)

a. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul

b. Monitor adanya parestesi

c. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isis atau laserasi

d. Gunakan sarung tangan untuk proteksi

e. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung

f. Monitor kemampuan BAB

g. Kolaborasi pemberian analgetik

h. Monitor adanya trombolebitis

i. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

Activity Therapy

a. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat

b. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan

c. Bantu untuk memilih aktifitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik,

5. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, statis cairan tubuh, penurunan Hb

a. Keperawatan infeksi : baru lahir

Indicator :

1. Ketidakstabilan suhu
2. Hipotermia
3. Takipneu
4. Takikardi
5. Bradikardi
6. Hipotensi
7. Hipertensi
8. Wajah pucat
9. Kulit lembab dan dingin

psikologi dan social

- d. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan alat bantuan aktifitas seperti kursi roda dan krek
- e. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
- f. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang
- g. Bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
- h. Sediakan oenguatan positif bagi yang aktif beraktifitas
- i. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
- j. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual

Infection control (control infeksi)

- a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
- b. Pertahankan teknik isolasi
- c. Batasi pengunjung bila perlu
- d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien
- e. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan
- f. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
- g. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
- h. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat

6. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan

a. Control nyeri

Indicator :

1. Mengenali kapan nyeri terjadi
2. Menggambarkan faktor penyebab
3. Menggunakan tindakan pencegahan

- i. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
- j. Gunakan kateter intermitten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
- k. Tingkatkan intake nutrisi
- l. Berikan terapi antibiotic bila perlu

Infection protection (proteksi terhadap infeksi)

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local
- b. Monitor hitung granulosit, WBC
- c. Monitor kerentanan terhadap infeksi
- d. Batasi pengunjung
- e. Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang beresiko
- f. Pertahankan teknik isolasi
- g. Berikan perawatan kulit pada area epidema
- h. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
- i. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah
- j. Dorong masukan nutrisi yang cukup
- k. Dorong masukan cairan
- l. Dorong istirahat
- m. Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep
- n. Ajarkan pasien dan keluarga tanda gejala infeksi
- o. Laporkan kecurigaan infeksi

Pain Management

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi

4. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesic
5. Menggunakan analgesic yang direkomendasikan
6. Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada professional kesehatan
7. Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada professional kesehatan
8. Melaporkan nyeri yang terkontrol

b. Tingkat nyeri

Indicator :

1. Nyeri yang dilaporkan
2. Panjangnya episode nyeri
3. Mengerang dan menangis
4. Mengerinyit
5. Ketegangan otot
6. Kehilangan nafsu makan
7. Intoleransi makanan
8. Tekanan darah
9. Berkeringat

- b. Observasi reaksi nonverbal dari ketiaknyamanan
- c. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- d. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- e. Evaluasi pangalaman nyeri masa lampau
- f. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
- g. Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- h. Kurangi faktor presipitasi nyeri
- i. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologis)
- j. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- k. Evaluasi keefektifan control nyeri
- l. Tingkatkan istirahat
- m. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- n. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

- a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi
- c. Cek riwayat alergi
- d. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu

7. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran

a. Tingkat Kecemasan

Indicator :

1. Tidak dapat beristirahat
2. Distress
3. Perasaan gelisah
4. Otot tegang
5. Wajah tegang
6. Kesulitan berkonsentrasi
7. Serangan panic
8. Peningkatan tekanan darah
9. Berkeringat dingin

- e. Tentukan pilihan analgesic tergantung tipe dan beratnya nyeri
- f. Tentukan analgesic pilihan, rute pemberian dan dosis optimal
- g. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- h. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali
- i. Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- j. Evaluasi efektivitas analgesic, tanda dan gejala

Anxiety reduction (penurunan kecemasan)

- a. Gunakan pendekatan yang menenangkan
- b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien
- c. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
- d. Pahami persepsi pasien terhadap situasi stress
- e. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
- f. Dorong keluarga untuk menemani anak
- g. Lakukan back/neck rub
- h. Dengarkan dengan penuh perhatian
- i. Identifikasi tingkat kecemasan
- j. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
- k. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi
- l. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
- m. Berikan obat untuk mengurangi

8. Deficit perawatan diri (mandi) berhubungan dengan kelemahan

a. Self care deficit hygiene

Indicator :

1. Mampu untuk membersihkan tubuh sendiri dengan atau tanpa alat bantu
2. Mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.

kecemasan

Self care assistance : bathing/hygiene

- a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan perawatan diri
- b. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktifitas perawatan diri
- c. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan
- d. Tempat handuk, deodorant, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi
- e. menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai pengalaman pribadi dan personal
- f. memantau integritas kulit pasien
- g. mendorong orang tua/ keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa
- h. memberikan bantuan sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri
- i. lakukan vulva hygiene
- j. Monitor kebersihan kuku klien
- k. Monitor lokia terkait dengan warna, jumlah dan adanya gumpalan

2.3.4 Implementasi

Merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat 2 jenis tindakan, yaitu tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi.

2.3.5 Evaluasi

Merupakan langkah terakhir dari proses perawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada criteria hasil.

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN PERDARAHAN POST PARTUM (LATE HPP) DI RUANGAN KB RAWATAN RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR

3.1 PENGKAJIAN

1. Identitas Klien

Nama	: Ny.M.	Nama Suami	: Tn.J.
Umur	: 28 Tahun.	Umur	: 30 Tahun.
Suku	: Melayu.	Suku	: Tanjung.
Agama	: Islam.	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA.	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga.	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Tabek Panjang, Baso.		

2. Status Perkawinan

Jumlah Perkawinan	: Pertama
Lama Kawin	: 2 Tahun

Tanggal Masuk Rumah Sakit : 19 Juni 2017

Tanggal Pengkajian : 20 Juni 2017

Diagnosa Medis : Late HPP

3. Riwayat kesehatan

a. Alasan Masuk

Klien merupakan rujukan dari Rumah Sakit Madina. Klien masuk melalui IGD RSUD Dr. Achmad mochtar dengan keluhan keluar darah banyak kurang lebih 500-600 mL dan berbungkah sejak jam 23.00 WIB (19 Juni 2017). Klien post partum kurang lebih 10 hari yang lalu. Klien partus tanggal 10 Juni 2017 dibantu oleh bidan desa di daerah Baso.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan badan terasa letih, Klien mengatakan kepala terasa pusing, Klien mengatakan tidak tidak mampu menjangkau kamar mandi, Klien mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya.

c. Riwayat Kesehatan Terdahulu

Klien mengatakan tidak menderita penyakit yang sama sebelumnya atau penyakit lain dan tidak pernah dirawat di Rumah sakit sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang pernah mengalami perdarahan post partum, kesulitan dalam persalinan. Dan juga klien mengatakan keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti Diabetes, Asma, Hipertensi, dll.

e. Riwayat kehamilan dan persalinan

No	Tgl. Tahun Persalinan	Umur Hamil	Penolong Persalinan	Penyulit	Jenis Kelamin	BB / PB	Keadaan Anak Sekarang
1.	2015	38 Minggu	Bidan Desa	Tidak Ada	Laki laki	- 3,0 Kg / 50 Cm	Hidup
2.	2017	38	Bidan	Tidak	Perempu	3,1 Kg	Hidup

Minggu Desa ada an / 50
kurang 1 cm
hari

Tanggal Persalinan : 10 Juni 2017
HPHT : 4 September 2016
Jenis Persalinan : Normal
Lama Persalinan : 6 – 8 jam
Perdarahan : 200 Cc
Penyulit Persalinan : Tidak ada
Anak : Anak Klien hidup
Panjang Badan : 50 Cm Berat Badan : 3,1 Kg
Kelainan Bawaan : Tidak ada

f. APGAR Score

Tanda	0	1	2	Jumlah Nilai
Frekuensi Jantung	() () tidak ada	() () < 100	(<input checked="" type="checkbox"/>) (×) < 100	2/2
Usaha Bernafas	() () tidak ada	(<input checked="" type="checkbox"/>) () lambat	() (×) menangis kuat	½
Tonus Otot	() () lumpuh	(<input checked="" type="checkbox"/>) (×) ekstremitas flexi sedikit	() () gerakan aktif	1/1
Reflex	() () tidak bereaksi	(<input checked="" type="checkbox"/>) (×) gerakan sedikit	() () reaksi melawan	1/1
Warna Kulit	() () biru-pucat	() () badan kemerahan Tangan/kaki kebiruan	(<input checked="" type="checkbox"/>) (×) kemerahan	2/2
				7/8

() Penilaian 1 menit setelah lahir

(×) Penilaian 5 menit setelah lahir

Rawat Gabung : Iya, karena Bayi klien dalam keadaan normal

tanpa perlu pantauan khusus

g. Table data Nutrisi

Keterangan	Sehat	Sakit
Makan :		
Frekuensi	3 kali sehari	3 kali sehari (5 sendok makan)
Jenis makanan	Nasi, lauk pauk dan sayur	MB
Makanan tambahan	Tidak ada	Tidak ada
Nafsu makan	Nafsu makan baik	Menurun
Makanan pantangan	Tidak ada	Tidak ada
Minum :	7-8 gelas /hari	5-6 gelas/hari
Frekuensi	Air putih	Air putih
Jenis minuman	Air teh dan susu untuk ibu menyusui	Susu untuk ibu menyusui
Minuman tambahan		

h. Table data eliminasi

Keterangan	Sehat	Sakit
BAK		
Frekuensi	5-6 kali/hari	Terpasang kateter
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
BAB		
Frekuensi	1 kali/hari	Tidak ada BAB
Keluhan	Tidak ada	Belum ada BAB

i. Data istirahat

Keterangan	Sehat	Sakit
Tidur		
Siang	1-2 jam	1 jam
Malam	5-6 jam	5-6 jam
Keluhan	Klien mengatakan bangun tengah malam untuk memberi ASI anaknya	Klien mengatakan agak susah tidur karena penyesuaian tempat baru
	Posisi tidur yang tidak nyaman karena luka pada perineum	Posisi tidur yang tidak nyaman karena luka pada perineum

4. Data psikososial

a. Taking In

1) Berorientasi pada diri sendiri : Iya. Tampak klien masih
Memperhatikan penampilannya

2) Takut Ketergantungan yang meningkat: Iya

b. Taking Hold

Mulai tertarik pada bayi : klien mengatakan sudah
tertarik dengan bayi, Tampak
pada saat klien menyusui
anakny klien menatapi
anakny dengan penuh kasih
sayang

c. Letting Go

Perawatan bayi mandiri : klien mengatakan sudah
melakukan perawatan secara
mandiri

d. Post Partum Blues

After pain : tidak ada.

e. Pengetahuan Ibu

1) Perawatan Bayi : Klien mengatakan bisa

- merawat bayinya.
- 2) Teknik Menyusui :Klien mengatakan bisa menyusui anaknya.
- 3) ASI Eksklusif :klien mengatakan mengetahui tentang ASI Eksklusif karena pada saat Posyandu anak pertamanya dulu ada penyuluh tentang hal tersebut.
- 4) Perawatan Payudara : Klien mengatakan bisa merawat payudaranya.
- 5) Senam Nifas : Klien mengatakan mengetahui tentang senam ibu nifas
- 6) Kebutuhan Seksual : klien mengatakan mengetahui bahwa tidak boleh berhubungan intim setelah akhir minggu ke 3 pascapartum.
- 7) Tanda – tanda : Tidak ada
- f. Tanggapan Ibu
- 1) Penggunaan Alat KB : Klien mengatakan akan menggunakan KB suntik
- 2) Waktu pemakaian : Klien menggunakan KB suntik yang 3 bulan sekali.
- 3) Tanggapan Suami :Suami setuju tentang pemakaian alat Kontrasepsi

5. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan umum Klien baik.

Kesadaran : Compos Mentis

b. Tanda – tanda Vital

1) Tekanan Darah : 130 / 90 mmHg

2) Respirai : 22 kali/menit

3) Nadi : 96 kali/menit

4) Suhu : 36,9°C

c. Kepala

Klien mengatakan kepala terasa pusing

1) Rambut

I : warna rambut hitam, rambut klien tampak berminyak.

P : tidak ada pembengkakan atau lesi pada kepala dan tidak ada nyeri tekan

2) Mata

I : mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor 2mm, dan penglihatan klien masih normal.

3) Telinga

I : simetris kiri dan kanan, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada serumen dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

P : tidak ada nyeri tekan pada telinga

4) Hidung

I : simetris kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ada polip pada hidung, dan penciuman klien normal

5) Mulut dan Gigi

I : mukosa mulut klien kering, gigi klien bersih dan tidak ada caries

d. Leher

I : simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

P : tidak ada nyeri tekan dan vena jugularis teraba

e. Integument

I : warna kulit sawo matang, suhu kulit sama dengan suhu tubuh, kulit klien tampak kusam.

f. Keadaan Payudara

:Keadaan payudara Klien

normal, tidak ada kelainan bentuk pada payudara Klien, puting susu menonjol, payudara keras karena air susu, air susu lancar dan banyak

g. Pemeriksaan Abdomen

1) Infolusio Uterus

:kontraksi uterus baik

2) TFU

: Tidak teraba

3) Kandung Kemih

: Normal, kandung

kemih tidak terasa keras, klien terpasang kateter

4) Bising Usus

: Ada (normal)

h. Vulva / Perinium / Rectum

6) Lochea

: Lochea Serosa dan tampak sisa-sisa perdarahan

- 7) Kebersihan : Kurang bersih, masih tampak bekas – bekas darah disekitargenitalia, karena post pendarahan.
- 8) Oedema : Tidak tampak adanya oedema
- 9) Varises : Tidak tampak adanya Varises
- 10) Haemaroid : Tidak tampak adanya Haemaroid
- 11) Luka Jahitan : Tampak ada luka jahitan diperinium post partum, panjang luka kira-kira 2-3 cm.
- 12) Keadaan luka : Luka tampak bersih, tidak ada nanah, warna luka sewarna dengan kulit sekitar dan tidak ada tanda-tanda infeksi (nyeri, luka terasa panas, pembengkakan, kemerahan)
- i. Ekstremitas
- 1) Ekstremitas Atas : pergerakan tangan klien normal, tangan kiri klien terpasang infuse dengan cairan RL 20 tts/menit
- 2) Ekstremitas Bawah
- a) Tromboplebitis : tidak tampak adanya

tromboplebitis

b) Oedema : tidak tampak adanya oedema

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

		Normal
Hemoglobin	: 11,5 g/dL	10 – 14 g/dL
Leukosit	: 10.0 $10^3/uL$	5.0 – 10.0 $10^3/uL$
Hematokrit	: 37%	37 % - 47 %

7. Data nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan menyerahkan semua tentang penyakitnya kepada Allah SWT, dan klien berdoa untuk kesembuhannya kepada Allah SWT.

8. Rencana pulang

Tanggal Pulang : 21 Juni 2017

9. Terapi

a. Injeksi :

- 1) Cefotaxim 2 x 1 gr
- 2) Metergin 3 x 0,2 mg/mL

b. Obat Oral :

- 1) Vitamin C 3 x 250 mg
- 2) Sf 2 x 250 mg

c. Cairan intravena : Ringer Laktat (RL), 500 mL/ 20 jam

10. Data fokus

a. Data Subjektif

- 1) Klien mengatakan ada luka jahitan diperinium post partum hari ke 10.
- 2) Klien mengatakan terjadi perdarahan, yang keluar pada jam 23.00 WIB
(19 Juni 2017)
- 3) Klien mengatakan badan terasa letih
- 4) Klien mengatakan kepala terasa pusing
- 5) Klien mengatakan tidak tidak mampu menjangkau kamar mandi
- 6) Klien mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya

b. Data Objektif

1. Tampak bagian perinium klien ada luka jahitan post partum dengan panjang luka kira-kira 2-3 cm
2. Luka klien tampak bersih, tidak ada nanah, warna luka sewarna dengan kulit sekitar dan tidak ada tanda-tanda infeksi
3. Tampak ada bekas darah kering dibagian genitalia klien dan sekelilingnya
4. Klien tampak lelah dan letih
5. Mukosa mulut klien tampak kering
6. Klien tampak pusing
7. Tampak klien ke kamar mandi dibantu atau dibimbing oleh keluarga
8. Rambut klien tampak berminyak
9. Kulit klien tampak kusam
10. Klien tampak cemas, gelisah
11. Klien tampak sangat khawatir

12. Tanda-tanda vital :

TD : 130/90 mmHg

Nadi : 96 kali/menit

Respirasi : 22 kali/menit

Suhu : 36,9°c

11. Analisa data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	Ds : a. Klien mengatakan badan terasa letih b. Klien mengatakan kepala terasa pusing c. Do : a. Mukosa mulut klien tampak kering b. Klien tampak lelah dan letih c. Td : 130/90 mmHg d. Nadi : 96 kali/menit e. RR : 22 kali/menit f. Suhu : 36,9°c	Kekurangan Volume Cairan	Kehilangan cairan aktif (perdarahan)
2.	Ds : a. Klien mengatakan tidak mampu menjangkau kamar mandi Do : a. Rambut klien tampak berminyak b. Kulit klien tampak kusam c. Tampak ada bekas darah kering dibagian genitalia klien dan sekelilingnya	Deficit perawatan diri : mandi (spesifik genitalia)	Kelemahan bagian
3.	Ds : Klien mengatakan cemas dengan	Ansietas	Stressor (perdarahan)

penyakit yang diderita
sekarang

Do :

- a. Klien tampak
cemas dan gelisah
 - b. Klien tampak
pusing
 - c. Klien tampak
sangat khawatir
-

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif (perdarahan)
2. Defisit Perawatan Diri : Mandi (Spesifik ke bagian genitalia) berhubungan dengan Kelemahan
3. Ansietas berhubungan dengan stressor (perdarahan)

3.16 INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1.	Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)	<p>a. Keseimbangan Cairan</p> <p>Indicator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 2. Denyut nadi radial dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 3. Kelembaban membrane mukosa dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 4. Pusing dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 <p>b. Hidrasi</p> <p>Indicator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membrane mukosa lembab dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada skala 5 2. Haus dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada skala 5 3. Nadi cepat dan lemah dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada skala 5 	<p>a. Fluid manajemen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status dehidrasi (kelembapan membrane mukosa) 2. Monitor vital sign 3. Memelihara IV line 4. Motivasi keluarga untuk membantu pasien makan <p>b. Hipovolemia manajemen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencek tingkat Hb dan Hematokrit 2. Monitor tanda-tanda vital
2.	Defisit Perawatan Diri (mandi) berhubungan dengan Kelemahan	<p>a. PerawatanDiri : Mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masuk dan keluar dari kamar mandi dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 2. Membersihkan area perineum dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5 <p>b. Perawatandiri : kebersihan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeramas rambut dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada skala 5 2. Mempertahankan penampilan yang rapi dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada 	<p>a. BantuanPerawatanDiri : Mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Fasilitasi klien untuk menggosok gigi dengan tepat 3. Fasilitasi klien mandiri sendiri dengan tepat 4. Monitor integritas kulit klien 5. Monitor kebersihan kuku klien <p>b. Perawatan perineum post partum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda vital

- skala 5
3. Mempertahankan kebersihan tubuh dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan pada skala 5
3. Ansietas berhubungan dengan stressor (perdarahan)
- a. Indicator : Tingkat Kecemasan
Indicator :
1. Tidak dapat beristirahat dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5
 2. Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5
 3. Peningkatan tekanan darah dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5
 4. Berkeringat dingin dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 5
2. Vulva hygiene klien
- a. Anxiety reduction (penurunan kecemasan)
1. Identifikasi tingkat kecemasan
 2. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
 3. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketekutan persepsi
 4. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
 5. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan
 6. Berikan sedikit penjelasan tentang penyakit
-

3.17 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Selasa, 20 Juni 2017	Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor status dehidrasi (kelembapan membrane mukosa) 2. Memonitor vital sign 3. Memotivasi keluarga untuk membantu pasien makan 4. Memelihara IV line 5. Mencek tingkat Hb dan Hematokrit 	<p>S : - Klien mengatakan terjadi Perdarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan banyak darah yang keluar pada Jam 23.00 WIB (19 Juni 2017) - Klien mengatakan badan terasa letih <p>O : - Klien tampak lelah dan letih</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang infuse RL / 12 jam - Membrane mukosa tampak kering - Klien tampak pada saat makan dibantu keluarga - Infuse pasien tampak bersih tidak ada pembekuan darah dislang infuse - Td : 130/90 mmHg - N : 96 kali/menit - Rr : 22 kali/menit - Hb : 11, 5 - Hematokrit :37 <p>A : Masalah Keperawatan teratasi Sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status dehidrasi (kelembapan membrane mukosa) - Memonitor vital sign - Memelihara IV line - Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan
2.	Selasa, 20 Juni 2017	Defisit Perawatan Diri (mandi) berhubungan kelemahan	<ol style="list-style-type: none"> a. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan b. Memfasilitasi klien untuk menggosok gigi dengan tepat 	<p>S : - Klien mengatakan tidak mampu mengakses kamar mandi</p> <p>O : - klien tidak mampu ke kamar Mandi secara mandiri</p>

			<ul style="list-style-type: none"> c. Memfasilitasi klien mandiri sendiri dengan tepat d. Memonitor integritas kulit klien e. Memonitor kebersihan kuku klien f. Melakukan vulva hygiene kepada klien 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mandi dan gosok gigi secara lambat - Rambut klien tampak berminyak - Kulit klien tampak kusam - Kuku klien tampak bersih setelah dipotong - Sekitar bagian genitalia klien ada bekas darah kering post perdarahan
				<p>A : Masalah Keperawatan belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor integritas kulit klien - Melakukan vulva hygiene kepada klien
3.	Selasa 20 Juni 2017	Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi tingkat kecemasan b. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan c. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan katekutan persepsi d. Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi (latihan pernafasan) e. Memberikan sedikit penjelasan tentang penyakit 	<p>S : klien mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya sekarang</p> <p>O : - klien tampak cemas dan gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kecemasan pada skala 4 - Klien tampak dapat mencontohkan latihan nafas - Klien tampak antusias pada saat diberikan penjelasan tentang penyakit - Klien tampak pusing - Klien tampak khawatir
				<p>A : masalah keperawatan teratasi Sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tingkat kecemasan - Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi (latihan pernafasan)

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Rabu, 21 Juni 2017	Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)	a. Memonitor status dehidrasi (kelembapan membrane mukosa) b. Memonitor vital sign c. Memelihara IV line d. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan	S : - Klien mengatakan sudah tidak pendarahan lagi - Klien mengatakan badan sudah tidak terasa letih lagi O : - membrane mukosa klien sudah lembab - Klien sudah tidak tampak lelah dan letih - Klien sudah Off infus - Td : 110/90 mmHg - N : 86 kali/menit - Rr : 19 kali/menit A : Masalah Keperawatan teratasi P : Intervensi Keperawatan dihentikan
2.	Rabu, 21 Juni 2017	Defisit Perawatan Diri (mandi) berhubungan kelemahan	a. Memonitor integritas kulit klien b. Melakukan vulva hygiene kepadaklien	S : Klien mengatakan sudah mandi pagi ini dibantu oleh keluarga O : - Klien sudah tampak bersih pagi Ini - Melakukan vulva hygiene - Kuku klien tampak bersih - Td : 110/90 mmHg N : 86 kali/menit Rr : 19 kali/menit A : Masalah Keperawatan teratasi P : Intervensi Keperawatan Dihentikan
3.	Rabu 21 Juni 2017	Ansietas berhubungan dengan stressor	a. Mengidentifikasi tingkat kecemasan b. Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi (latihan pernafasan)	S : - klien mengatakan cemas sudah berkurang - Klien mengatakan sudah bisa mengatasi cemas dengan teknik relaksasi (latihan

(perdarahan)

nafas)

- O :- klien tampak sudah tidak cemas
- Klien tampak sudah tidak gelisah
 - Tingkat kecemasan klien pada skala 5
- A : masalah keperawatan teratasi
- P : intervensi dihentikan
-

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan membandingkan hasil tinjauan kasus yang dilakukan pada Ny. M dengan Perdarahan Post Partum yang dirawat di ruang rawat inap Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan tinjauan teoritis. Setelah penulis membandingkan antara kasus Perdarahan Post Partum pada klien Ny. M dengan tinjauan kepustakaan yang ada, maka terdapat beberapa kesenjangan. Berikut ini penulis mencoba untuk membahas kesenjangan tersebut, dipandang dari sudut keperawatan yang terdiri atas pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada saat penulis melakukan pengkajian pada Ny. M tanggal 20 Juni 2017 didapat data melalui klien dan keluarga klien. Ny. M menderita Perdarahan Post Partum klien tidak pernah memiliki riwayat penyakit yang diderita seperti penyakit yang di alami sekarang ataupun penyakit lainnya dan dalam keluarga klien tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dialami oleh klien. Keluarga juga tidak ada yang pernah mengalami kesulitan dalam bersalin ataupun penyakit keturunan seperti Diabates, Asma, Hipertensi, dll. Pada data riwayat nifas, lochea klien serosa (post partum hari ke 10) dan tampak adanya sisa-sisa perdarahan.

Dari uraian di atas dapat dilihat adanya persamaan dan perbedaan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus pada klien Ny. M. Persamaan yang

didapatkan yaitu identitas klien terutama pada umur, pada tinjauan teoritis dikatakan bahwa umur yang bisa mengalami perdarahan post partum yaitu pada umur 20-35 tahun dan pada tinjauan kasus umur klien yaitu 28 tahun.

Riwayat kesehatan klien sekarang, ditinjau teoritis kehilangan darah dalam jumlah banyak ($500 > 500\text{mL}$), nadi lemah, pucat, lochea tidak ada, adanya sisa-sisa perdarahan, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin dan mual dan pada tinjauan kasus didapatkan data yaitu klien kehilangan darah kurang lebih sebanyak 500 Cc, mual, pusing, gelisah, letih.

Data nutrisi metabolic klien, ditinjau teoritis dikatakan makan dan minum pada masa nifas harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan dan ditinjau kasus didapatkan data bahwa klien ada mengkonsumsi sayur-sayuran, banyak cairan, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein.

Data eliminasi, pada tinjauan teoritis harus diperhatikan apakah terjadi diuresis setelah melahirkan, adakah inkontinensia (hilangnya infolunter pengeluaran urine), hilangnya control blas, terjadi over distensi biasa atau tidak atau retensi urine karena rasa takut luka episiotomy, apakah perlu bantuan saat BAK, pola BAB, frekuensi, konsistensi, rasa takut BAB karena pada luka perineum, kebiasaan penggunaan toilet, BAB harus ada 3-4 hari post partum sedangkan miksi hendaklah secepatnya dilakukan

sendiri dan pada tinjauan kasus didapatkan data BAB ada setelah partus 10 hari yang lalu tapi klien sedikit takut karena ada luka episiotomy. Data istirahat dan tidur, ditinjau teoritis dikatakan Seberapa lamanya, kapan (malam, siang), rasa tidak nyaman yang mengganggu istirahat, penggunaan selimut, lampu atau remang-renang atau gelap, mudah terganggu dengan suara-suara, posisi saat tidur (penekanan pada perineum) dan pada tinjauan kasus didapatkan data posisi saat tidur sangat berpengaruh pada kenyamanan istirahat karena ada luka perineum.

Data kognitif perceptual, ditinjau teoritis dikatakan klien tidak mengalami gangguan, karena klien masih dapat berkomunikasi dan ditinjau kasus data yang didapatkan klien dapat berkomunikasi dan tidak mengalami gangguan. Data persepsi diri dan konsep diri, ditinjau teoritis data nya adalah Taking In :fase ini berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi, Taking hold : Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, Letting go : Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, Post partum blues : Menurut Hamilton, PM tahun 1995, fase ini muncul pada hari ke 3 dan ke 5 setelah melahirkan, dimana ibu akan mengalami depresi, mudah menangis dan kurang istirahat yang biasanya disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan progesterone yang tiba-tiba dan ditinjau kasus

didapatkan data yang sama yaitu pada taking in : klien masih berorientasi pada diri sendiri, pada taking hold : klien sudah mulai tertarik dengan bayi, pada letting go : klien sudah mampu melakukan perawatan bayi secara mandiri.

Data seksual reproduksi, ditinjau teoritis frekuensi koitus atau hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, kontinuitas hubungan seksual. Pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercourse pasca partum (dapat dilakukan setelah luka episiotomy membaik dan lochea terhenti, biasanya pada akhir minggu ke 3) dan ditinjau kasus didapatkan data bahwa klien mengatakan mengetahui bahwa tidak boleh berhubungan intim setelah akhir minggu ke 3 pasca partum.

Riwayat nifas, ditinjau teoritis dikatakan keadaan lochea (Lokia rubra berwarna merah muda atau coklat setelah 3-4 hari. Lokia serosa terjadi setelah 10 hari setelah bayi lahir, warna cairan ini menjadi warna kuning sampai putih. Lokia alba bisa beraturan selama dua sampai enam minggu setelah bayi lahir), apakah ada perdarahan, ASI cukup atau tidak dan kondisi ibu saat nifas, tinggi fundus uteri dan kontraksi. Ditinjau kasus didapatkan data bahwa lokia klien sekarang adalah lochea serosa, adanya sisa-sisa perdarahan, tinggi fundus uteri tidak teraba dan kontraksi uterus baik.

Data nilai dan kepercayaan, ditinjau teoritis datanya adalah tanyakan pada klien tentang nilai dan kepercayaan yang diyakininya. Ini sering kali berpengaruh terhadap intervensi yang akan diberikan dan ditinjau kasus

didapatkan data klien mengatakan menyerahkan semua tentang penyakitnya kepada Allah SWT, dan klien berdoa untuk kesembuhannya kepada Allah SWT

Perbedaan yang didapatkan yaitu pada tinjauan kasus klien tidak mengalami gangguan pada riwayat kesehatan dahulu, ditinjau teoritis Riwayat penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal kronik, hemophilia, riwayat pre-eklamsia, trauma jalan lahir, kegagalan kompresi pembuluh darah, tempat implantasi plasenta, retensi sisa plasenta dan ditinjau kasus tidak didapatkan atau ditemukan salah satu dari data yang ada ditinjau teoritis.

Riwayat kesehatan keluarga, ditinjau teoritis dikatakan Adanya riwayat keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, penyakit jantung, dan pre-eklamsia, penyakit keturunan hemophilia, dan penyakit menular dan ditinjau kasus tidak didapatkan atau ditemukan salah satu dari data tinjauan teoritis.

Riwayat persalinan, ditinjau teoritis dikatakan tua kehamilan, cara persalinan, penolong, tempat bersalin, apakah ada kesulitan dalam persalinan, anak lahir atau mati, berat badan anak waktu lahir, panjang waktu lahir dan ditinjau kasus data yang didapatkan adalah klien mengatakan bahwa tidak ada kesulitan dalam persalinan dan berat badan anak normal yaitu 3,0 Kg tidak besar.

Perubahan peran dan hubungan, ditinjau teoritis dikatakan Peran klien sebagai ibu biasanya akanterganggu karena penyakit yang dideritanya, begitu juga

hubungannya dengan orang lain disekitarnya dan ditinjau kasus bahwa klien peran klien tidak terganggu karena penyakit yang diderita klien saat ini hanya perdarahan post partum yang tidak parah.

Dalam pengkajian, keluarga klien Ny M sangat kooperatif sehingga penulis mudah mendapatkan data dan didapatkan klien tidak mengalami perdarahan post partum yang parah.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada masalah keperawatan khususnya pada kasus Perdarahan Post Partum secara teori terdapat 8 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

1. Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)
2. Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan penurunan aliran darah ke jaringan ditandai dengan hipotensi, hipoksia
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan perfusi darah ke perifer
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen keseluruh tubuh
5. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, statis cairan tubuh, penurunan Hb
6. Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan
7. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam fungsi peran
8. Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Sedangkan pada data yang didapatkan pada klien Ny. M muncul 3 diagnosa keperawatan, yaitu :

- a. Kekurangan Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif (perdarahan)
- b. Defisit Perawatan Diri (mandi) berhubungan dengan Kelemahan
- c. Ansietas berhubungan dengan stressor (perdarahan)

Terdapat 5 diagnosa yang tidak diangkat, yaitu Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan penurunan aliran darah ke jaringan ditandai dengan hipotensi, hipoksia, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan perfusi darah ke perifer, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan suplai oksigen keseluruh tubuh, Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, statis cairan tubuh, penurunan Hb, Nyeri akut berhubungan dengan trauma/distensi jaringan. Alasan penulis tidak mengangkat diagnose tersebut adalah bahwa tidak ada satupun data dari klien yang mendukung untuk mengangkat diagnose tersebut.

Dalam menegakan diagnosa keperawatan, penulis tidak menemukan adanya kesulitan atau hambatan. Hal ini didukung oleh tersedianya sumber buku diagnosa keperawatan, data - data yang ditunjukkan oleh klien sesuai dengan konsep yang ada. Adanya kerjasama yang baik dengan perawat ruangan dan keluarga yang secara terbuka dalam menyampaikan semua yang dikeluhkan dan dirasakan saat ini, sehingga penulis dapat menyimpulkan 3diagnosa.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan berdasarkan prioritas masalah. Tujuan yang diharapkan dari asuhan keperawatan dengan kasus perdarahan post partum yaitu agar klien tidak mengalami kekurangan volume cairan, tidak terjadi intoleransi aktifitas, tidak mengalami gangguan dalam perawatan diri klien, dan kecemasan klien dapat teratasi.

Dalam pembuatan perencanaan penulis bekerja sama dengan perawat ruangan untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan. Adapun rencana yang akan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Kekurangan volume cairan ditinjau kasus dikatakan bahwa intervensinya Pertahankan cairan intake dan output yang akurat, Monitor status dehidrasi (kelembapan membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan, Monitor tanda-tanda vital, Monitor masukan makanan/ cairan dan hitung intake kalori harian, Kolaborasi pemberian cairan IV, Monitor status nutrisi, Berikan cairan IV, Dorong masukan oral, Berikan penggantian nasogastrik sesuai output, Dorong keluarga untuk membantu pasien makan, Tawarkan snack (jus buah, buah segar), Kolaborasi dengan dokter, Atur kemungkinan transfuse, Persiapkan untuk transfuse.

Ditinjau kasus intervensinya adalah Monitor status dehidrasi (kelembapan membrane mukosa), Monitor vital sign, Memelihara IV line, Motivasi keluarga untuk membantu pasien makan, mengecek tingkat Hb dan Hematokrit, Monitor tanda-tanda vital. Alasan tidak melakukan intervensi yang lain karena pada saat pengkajian kepada klien, klien sudah berada di rumah sakit selama dua hari, dan tidak cukupnya waktu untuk melakukan intervensi yang lain.

2. Deficit perawatan diri (mandi) ditinjau kasus dikatakan bahwa intervensinya adalah Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan perawatan diri, Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktifitas perawatan diri, Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan, Tempat handuk, deodorant, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau kamar mandi, menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai pengalaman pribadi dan personal, memantau integritas kulit pasien, mendorong orang tua/ keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa, lakukan vulva hygiene, memberikan bantuan sepenuhnya dapat mengansumsikan perawatan diri, monitor kebersihan kuku klien.

Sedangkan pada tinjauan kasus intervensinya adalah Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan, Memfasilitasi klien untuk menggosok gigi dengan tepat, Memfasilitasi klien mandiri sendiri dengan tepat, Memonitor integritas kulit klien, Memonitor kebersihan kuku klien, Melakukan vulva hygiene kepada klien.

3. Ansietas ditinjau teoritis intervensinya adalah Gunakan pendekatan yang menenangkan, Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien, Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress, Temani pasien untuk meberikan keamanan dan mengurangi takut, Dorong keluarga untuk menemani anak, Lakukan back/neck rub, Dengarkan dengan penuh perhatian, Identifikasi tingkat kecemasan, Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan katekutan

persepsi, Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi, Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.

Ditinjauan kasus intervensinya adalah Mengidentifikasi tingkat kecemasan, Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan persepsi, Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi (latihan pernafasan), Memberikan sedikit penjelasan tentang penyakit. Alasan tidak melakukan semua intervensi yang ada ditinjauan teoritis adalah karena waktu yang singkat dan klien sudah masuk hari ke 2 dirumah sakit.

Rencana keperawatan yang digunakan dalam tinjauan kasus sama seperti rencana keperawatan yang ada pada teoritis. Penulis tidak menemukan hambatan pada saat melakukan perencanaan untuk klien, karena dari semua diagnosa yang ditemukan pada kasus sesuai dengan perencanaan yang akan dilaksanakan kepada klien.

4.4 Implementasi Keperawatan

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

- a. Kekurangan volume cairan tindakan yang dilakukan dari rencana keperawatan antara lain : Memonitor status dehidrasi (kelmbapan membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), Memonitor tanda-tanda vital, memelihara IV line, Memberikan cairan IV, Mendorong masukan oral, Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan, Mencek Hb dan Hematokrit, mengkolaborasikan dengan dokter, Mendorong pasien untuk menambah intake oral, Memonitor adanya tanda dan gejala kelebihan volume cairan
- b. Deficit perawatan diri (mandi) tindakan yang dilakukan dari rencana keperawatan antara lain memotivasi keluarga dan pasien untuk menjaga kebersihan personal hygiene, memonitor tingkat kemampuan klien untuk mandi, mengurangi kecemasan pasien, mambantu perawatan diri pasien, melakukan vulva hygiene
- c. Ansietas tindakan yang dilakukan dari rencana keperawatan antara lain Mengidentifikasi tingkat kecemasan, Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan katekutan persepsi, Menginstruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi.

Pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan dengan baik hal ini terjadi karena adanya kerja sama dengan klien serta perawat ruangan yang membantu dalam melakukan tindakan pelaksanaan kepada klien. Dalam hal ini penulis tidak menemukan faktor penghambat karena klien sangat kooperatif saat diberikan tindakan keperawatan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal. Maka dari itu, dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya. Penulis mengevaluasi selama 2 hari berturut-turut dari tanggal 20 juni 2017- 21 juni 2017.

- a. Pada diagnose keperawatan kekurangan volume cairan, masalah kekurangan volume cairan teratasi dengan skala 5.
- b. Pada diagnosa keperawatan deficit perawatan diri (mandi), masalah deficit perawatan diri teratasi dengan skala 5.
- c. Pada diagnosa keperawatan ansietas, masalah ansietas teratasi dengan skala 5.

Saat melakukan evaluasi, penulis tidak menemukan hambatan karena keluarga mau bekerja sama dalam menyelesaikan masalah kesehatannya dan masalah keperawatan yang dialami klien Ny. M semuanya dapat teratasi.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Ny. M dengan *haemoragic post partum* yang dirawat di ruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 20 Juni – 21 Juni 2017.

5.1 Kesimpulan

Haemoragic post partum adalah suatu perdarahan yang bisa disebabkan oleh atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir dan kelainan pembekuan darah yang biasa terjadi 24 pertama pasca partum dan 24 jam setelah pasca partum.

- a. Penulis mampu memahami konsep dasar *haemoragic post partum* mulai dari pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi,
- b. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan *haemoragic post partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017. Pada pengkajian, penulis tidak menemukan hambatan. Hanya beberapa perbedaan yang ditemukan penulis, Perbedaan yang didapatkan yaitu pada tinjauan kasus klien tidak mengalami gangguan pada riwayat kesehatan dahulu dan riwayat kesehatan keluarga, riwayat persalinan, riwayat nifas, perubahan peran dan hubungan.

- c. Penulis menentukan analisa data pada pasien dengan *haemoragic post partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.
- d. Penulis mampu merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan *haemoragic post partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.

Terdapat diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

- 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)
 - 2) Deficit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan
 - 3) Ansietas berhubungan dengan stressor (perdarahan)
- e. Penulis mampu menentukan intervensi dan implementasi keperawatan pada pasien dengan *haemoragic post partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017. Tujuan yang diharapkan dari asuhan keperawatan dengan kasus perdarahan post partum yaitu agar kekurangan volume cairan teratasi, gangguan dalam deficit perawatan diri teratasi dan ansietas dapat diatasi. Pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan dapat dilaksanakan dengan baik hal ini terjadi karena adanya kerja sama dengan klien serta perawat ruangan yang membantu dalam melakukan tindakan pelaksanaan kepada klien.
 - f. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *haemoragic port partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017. Semua masalah keperawatan yang dialami klien Ny. M dapat teratasi.

- g. Penulis mampu menganalisis asuhan keperawatan teoritis pada pasien dengan *haemoragic post partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.
- h. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada pasien dengan *haemoragic post partum* diruang rawat inap kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai *Haemoragic Post Partum* karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memeberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai *Haemoragic Post Partum* dan faktor-faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasusu tersebut.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Untuk mencegah meningkatnya *Haemoragic Post Partum* sebaiknya pasien diberi informasi yang memadai mengenai *Haemoragic Post Partum* itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan diperolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera. Adapun untuk pasien yang telah mengalami atau menderita *Haemoragic Post Partum*, maka harus segera dilakukan perawata intensif.

5.2.3 Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala penyakit *Haemoragic Post Partum*, sehingga komplikasi dari penyakit tersebut dapat segera diatasi, dan

bagi masyarakat diharapkan mampu mengendalikan pola hidup yang tidak baik sehingga bisa terhindar dari penyakit *Haemorrhagic Post Partum*. Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih terbuka dalam memberikan informasi yang akan sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan yang tepat nantinya.

DAFTAR PUSTAKA

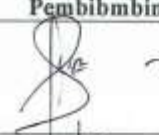


- Bobak, dkk. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Maternity Nursing)*. Jakarta : EGC
- Chalik, TMA. 2008. *Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan*. Dalam : Prawirohardjo, S. 2008 *Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4* Cetakan I. Jakarta : Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Cunningham, FG, dkk. 2005. *Obstetri William Volume I*. Jakarta : EGC
- Depkes RI. 2002., *Profil Kesehatan Indonesia 2002*. Jakarta.
- Depkes RI. 2009., *Profil kesehatan Indonesia 2009*. Jakarta.
- Hamilton, PM. 1995. *Dasar-dasar Keperawatan Maternitas*. Jakarta : EGC
- Komite Medik RSUP Dr. Sardjito (ed). 2000. *Standar Pelayanan Medis RSUO Dr. Sardjito*. Yogyakarta : Penerbit Medika Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- Mansjoer, Arif. 1999. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius.
- Mochtar, R., 1995. *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- , 2012. *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- NANDA, 2015-2017. *Diagnosa Keperawatan NANDA Defiisi & Klasifikasi*.
- Johnson, M. Dochterman. *Nurshing Intervensions Classification (NIC)* edisi ke Enam
- Meion Johnson. *Nurshing Outcomes Classification (NOC)* edisi ke enam

- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, Hardi. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC Jilid 3*. Jakarta : EGC.
- Prawirohardjo, S. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka
- Reeder, Sharon J. 2011. *Keperawatan Maternitas Vol.2*. Jakarta : EGC
- Saifuddin, AB. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Edisi Pertama. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Saleha, Siti. 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Sastrawinata, Sulaiman. Et al. 2005. *Ilmu Kesehatan Reproduksi : Obstetri Patologi, Edisi 2*. Jakarta.
- Sofian, Amru. 2012. *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : Obstetri Operatif Obstetri Sosial Edisi 3 Jilid 1 & 2*. Jakarta : EGC.
- Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Jakarta.
- Varney, H. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan edisi 4*. Jakarta : EGC.
- World, Health Organixation (WHO). *Angka Kematian Ibu*. Amerika : WHO : 2008
- Winkyosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : EGC

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN







Nama Mahasiswa : Afiya Mardhiyah Ilma
NIM : 14103084015403
Judul KTI studi kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M dengan Perdarahan Post Partum (Late HPP) Di Ruang Rawatan Kebidanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Selasa. 1 / 08 / 17.	perbaiki - selem masalah kegiatan - cara penulisan dan mencari	
2.	Kamis. 3 / 08 / 17.	perbaiki - Drs - kep. kegiatan - m e w e -	
3.	Rabu, 9 / 08 / 17.	Acc digelut	

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Afiya Mardhiyah Ilma
NIM : 14103084015403
Judul KTI studi kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Perdarahan Post Partum (Late Hpp) Di Ruangn Kb Rawatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing
1.	Selasa, 11 Juni '17	· Perbaiki penulisan · Cek lagi Dx. Intervensi sesuai buku sumber.	
2	Jum'at. 14 Juli '17	· Perbaiki langkahjira teori a. Askep teori Santa Kesia	
3	Senin- 17 Juli	· Perbaiki penulisan · Lanjutkan ke BAB IV - 9	
4.	Rabu. 19 Juli '17	· Perbaiki Penulisa · Lanjutkan ke	
5.	Kamis. 20 Juli '17.	· Perbaiki Perba	
6	Jum'at. 21 Juli '17	Ace diripika	

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017**

NAMA MAHASISWA : Agia Mardiyah Ilma

NIM : 410 3004 0151 03

RUANGAN : Kebidanan

JUDUL STUDI KASUS :

.....
.....

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Selasa 20 Juni 2017.	07.15.		13.00.		
2.	Rabu 21 Juni 2017.	07.15.		12.00		
3.	Kamis 22 Juni 2017.	07.15		12.00		

Bukittinggi,20...

Ka Ruangan

Preceptor


(Nuriani SST)

(.....)