

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan mulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, Evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus nyata. Berisi perbandingan antara kasus nyata dengan teori.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Anwar Medika Krian Sidoarjo. Pengambilan data dan penelitian dilakukan di ruang Dahlia (Ruang Nifas). Di ruang Dahlia terdiri dari 1 bed. Pada studi kasus ini partisipan di ruang Dahlia. Partisipan studi kasus ini adalah Risiko syok hipovolemik pada ibu perdarahan postpartum.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1
Nama	Ny. V
Umur	36 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Suku/Bangsa	Indonesia
Agama	Islam
Pendidikan	SLTA
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga

Alamat	Balong bendo, Sidoarjo
Tgl MRS	29-05-2021 Jam 22.00 WIB
Tgl Pengkajian	30-05-2021 Jam 11.00 WIB
No. Reg	668xxx
Diagnosa Medis	P1-1 uk 39 minggu HPP+Risiko Syok+Kala 2 lama

2. Riwayat Kesehatan

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Klien 1
Keluhan Utama	Klien mengatakan Pusing.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Berdasarkan data yang didapatkan pada saat pengkajian data. Klien datang ke rumah sakit dengan suami pada tanggal 29 mei 2021 pukul 22.00 wib klien mengeluh perut terasa kenceng kenceng, semakin sering keluar lendir darah, cairan merembes hamil anak 1, Uk 39 minggu, klien mengatakan badan terasa letih, kepala terasa pusing seperti nyut-nyut karena kurang tidur sejak kehamilan trimester 3, nyeri dibagian kepala dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan) dan nyeri yang dirasakan hilang timbul.

<p>Riwayat Kesehatan Dahulu</p>	<p>Klien mengatakan ini merupakan kehamilannya yang pertamanya klien juga mengatakan tidak pernah sakit sebelumnya dan klien juga tidak mempunyai penyakit menurun seperti Hipertensi, Diabetes dan Asma.</p>
<p>Riwayat Kesehatan Keluarga</p>	<p>Klien mengatakan dari keluarganya juga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit Hipertensi/darah tinggi, diabetes, Asma.</p>
<p>Riwayat Kehamilan Sekarang</p>	<p>Trimester I: Klien mengatakan pada saat kehamilan pada trimester I mengalami mual, muntah terutama pada saat pagi hari.</p> <p>Trimester II: Klien mengatakan pada saat kehamilan trimester II tidak ada keluhan.</p> <p>Trimester III: Klien mengatakan pada saat hamil trimester III sering susah tidur.</p>
<p>Riwayat KB</p>	<p>Klien mengatakan belum pernah menggunakan KB.</p>

ANC	Klien mengatakan setiap bulan selalu memeriksakan kehamilannya di bidan terdekat setiap 1 bulan sekali.
Riwayat haid	Klien mengatakan pertama kali haid umur 14 tahun selama 4 hari, siklusnya 28 hari dan selama haid tidak ada keluhan, HPHT 17-09-2020.
Riwayat Persalinan sekarang	Klien mengatakan melahirkan secara spontan tanggal 30 Mei 2021 pukul 04.30 WIB pada UK.39 minggu, bayi 1 laki-laki BB 3.200 gram, mengalami Perdarahan penyebabnya atonia uteri karena uterus lembek dan volume perdarahan kurang lebih 600 cc, tidak terjadi prolaps tali pusat dan tidak ada robekan pada plasenta.

1. Riwayat Persalinan Dahulu

Tabel 4.3 Riwayat Persalinan Dahulu

No	Thn. Bln. Thn partus	Ibu Hamil			Cara lahir	Peno-long	Jenis Kelamin		Keadaan Anak Sekarang	BB/PB
		Abortus	Prematur	Atertm			Lk	Pr		
1.	Hamil Ini									
	2021-05			v	Spo-ntan	Dokt-er	LK		Baik	3.200 g/52 cm

2. Riwayat perkawinan

Tabel 4.4 Riwayat perkawinan

Riwayat Perkawinan	Klien 1
Menikah berapa lama	2 Tahun
Menikah berapa kali	1x
Data Suami:	
Nama	Tn.A
Usia	37 tahun
Ras	Jawa
Status Kesehatan	Sehat
Riwayat Medis	Tidak ada
Pekerjaan	Wiraswasta

3. Pola Kebiasaan

Tabel 4.5 Pola Kebiasaan

Pola Kebiasaan	Klien 1

a. Pola persepsi Kesehatan	Klien mengatakan paham dengan kondisinya saat ini. Saat sakit klien selalu periksa ke bidan/puskesmas terdekat.
b. Pola Nutrisi Metabolik	Klien mengatakan makan 3x sehari dan porsi sedikit tidak habis. Minum 4-5x/hari tetapi sedikit sedikit.
c. Pola Eliminasi	Klien mengatakan hanya BAB 1x selama di RS dan BAK 2-3x sehari berwarna kuning jernih, bau khas urine, BAK sedikit dan tidak lancar.
d. Pola Aktivitas dan Latihan	Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri.
e. Pola Istirahat Tidur	Klien mengatakan tidur hanya 5-6 jam x/hari dan tidak bisa tidur jika ramai orang.
f. Pola Kognitif-konseptual	Pendengaran klien normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan. Tidak ada gangguan kognitif dan perseptual.

<p>g. Pola Persepsi Diri</p>	<p>Klien mengatakan sebelum persalinan merasa gelisah dengan persalinannya ini karena ini persalinan pertamanya. Dan klien ingin kondisinya segera pulih dan ingin segera membawa bayinya pulang.</p>
<p>h. Pola peran-hubungan</p>	<p>Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarga baik, komunikasi menggunakan bahasa campuran jawa.</p>
<p>i. Pola Reproduksi Seksualitas</p>	<p>Klien mengatakan tidak ada masalah dengan sistem reproduksinya dan baru memiliki 1 orang anak yang baru dilahirkan.</p>
<p>j. Pola Koping/toleransi stress</p>	<p>Klien mengatakan tidak pernah mengalami stress terlalu lama karena setiap ada masalah selalu musyawarah dengan keluarga terutama suami dan saat stress datang biasanya berusaha untuk</p>

	relax dengan cara tarik nafas dan menentukan jalan keluaranya.
k. Pola Nilai-Keyakinan	Klien mengatakan beragama islam dan sholat 5 waktu.

4. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Klien 1
A. Pemeriksaan fisik umum	
a. Kesadaran	Composmentis, GCS : E:4 V:5 M:6
b. Keadaan umum	Cukup
c. Tanda Vital	TD : 90/80 mmHg N : 86x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C SpO2 99 %
d. Tinggi Badan	143 cm
e. Berat Badan	55 kg
f. LILA	26,5 cm
B. Head To Toe	
a. Kepala dan rambut	
Inspeksi	Bentuk normal, kondisi rambut warna

Palpasi	hitam, bersih, tidak ada benjolan. Tidak ada nyeri tekan.
b. Wajah Inspeksi	Tidak ada oedema dan tidak ada kloasma gravidarum (bintik-bintik) pigmen kecoklatan diwajah, wajah tampak pucat.
c. Mata Inspeksi	Kelopak mata normal, gerakan mata normal ka/ki, konjungtiva anemis , sklera putih, pupil isokor ka/ki, fungsi penglihatan baik dan keluhan lain tidak ada.
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan.
d. Telinga Inspeksi	Tidak ada serumen, pendengaran baik, tidak ada benjolan, simetris kiri dan kanan, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan pada telinga
e. Hidung Inspeksi	Hidung simetris ka/ki, tidak tampak adanya secret, penciuman masih baik dan terpasang nasal kanul dengan oksigen 3 lpm.
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan.
f. Mulut Inspeksi	Mukosa bibir lembab, gigi berwarna putih, mulut simetris, tidak ada karang gigi.
g. Leher Inspeksi	Simetris kanan dan kiri, tidak ada

<p>Palpasi</p>	<p>pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada lesi. Tidak ada nyeri tekan dan vena jugularis teraba.</p>
<p>h. Keadaan payudara Inspeksi</p>	<p>Bentuk payudara kanan kiri normal, puting susu menonjol, payudara keras karena air susu.</p>
<p>i. Abdomen Inspeksi</p> <p>Palpasi</p>	<p>- Terdapat linea rubra - Tidak terdapat luka bekas operasi - Tampak adanya stretch mark - Kontraksi uterus lembek - TFU 2 jari dibawah pusat - Kandung kemih kosong</p>
<p>j. Punggung</p>	<p>Tidak ada nyeri punggung</p>
<p>k. Genetalia</p>	<p>Tampak sisa sisa perdarahan, volume perdarahan >600 cc, tampak lochea rubra, tampak jahitan pada perineum tingkat 2, tidak tampak adanya oedema.</p>
<p>l. Ekstermitas</p>	<p>Atas : Turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, akral dingin, tangan kiri terpasang infus, kuku pendek, bersih, tidak ada keluhan lain.</p> <p>Bawah : Turgor kulit baik, kuku pendek, bersih, tidak ada varises, tidak ada kelainan, akral teraba dingin.</p>

C. Data Penunjang

Tabel 4.7 Data Penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Jumlah Sel Darah			
HGB	10,9	g/dL	11,5-16,6
HCT	33,1	%	37-45
WBC	23,9	Ribu/mm ³	4,0-11,0
PLT	248	Ribu/uL	150-450
Eritrosit	3,78	Juta/uL	4,0-5,0
RDW-CV	14,35	%	11,5-14,5
MPV	8,19	fL	7,2-11,1
Index			
MCV	90,8	fL	82-92
MCH	28,1	pg	27-31
MCHC	30,9	%	32-37
Differential			
LYM%	5,2	%	19-48
MONO%	6,6	%	2-8
NEU%	86,3	%	50-70
EOS%	1,4	%	1-3
BASO%	0,5	%	0-1
Jumlah Total Sel			
LYM#	1,24	ribu/uL	1-3,7
MONO#	1,58	ribu/uL	0,2-1
NEU#	20,64	ribu/uL	
EOS#	0,33	ribu/uL	
BASO#	0,12	ribu/uL	

D. Terapi Medis

Tabel 4.8 Terapi Medis

-Inj. Metergin 3x1 amp per IV

-Inj. As..tranex 3x1 Per IV

-Inj. Ketorolac 3x1 Per IV

- Miracid 30 mg per oral
- Ceftri 1 gr Per IV
- Oksigen nasal kanul 3 lpm
- Infus RL 3000/1500 cc/24 jam

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.9 Analisa Data

Klien	Analisa Data	Etiologi	Masalah
Klien 1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mengalami perdarahan saat persalinan - klien mengatakan pusing dan badan terasa letih. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pucat dan lemas - Konjungtiva anemis - Akral dingin - Kontraksi uterus lembek - Volume perdarahan pervaginam >600 cc - TFU 2 jari dibawah pusat - Kandung kemih kosong <p>TD : 90/80 mmHg N : 86x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C SpO2 : 99%</p>	<p>Kontraksi uterus lembek</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Darah keluar merah tua</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Atonia Uteri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perdarahan postpartum</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perdarahan >600 cc, TD 90/80 mmHg, N 86 x/menit, RR 20 x/menit, Hb : 10,9 g/dL, Hct : 33,1 %, eritrosit 3,78 juta/uL</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko Syok Hipovolemik</p>	Risiko Syok Hipovolemik

	Hb : 10,9 g/dl Hct : 33,1 % Eritrosit : 3,78 juta/uL		
--	--	--	--

4.1.4 Diagnosis Keperawatan

Risiko Syok Hipovolemik di buktikan dengan Perdarahan Postpartum

Tabel 4.10 Diagnosis Keperawatan

Data	Problem masalah	Etiologi dan symptom
Klien 1	Risiko Syok Hipovolemik	Atonia uteri di buktikan dengan kontraksi uterus lembek, mengalami perdarahan postpartum, volume perdarahan kurang lebih 600 cc, tampak pucat dan lemas, konjungtiva anemis, akral dingin, TD 90/80 mmHg, N 86x/menit, RR 20x/menit, S 36,6°C, SpO2 99%. Hb : 10,9 g/dL, Hct : 33,1 %, eritrosit 3,78 juta/uL

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan Ny.V	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi syok hipovolemik</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi dalam batas yang diharapkan (N : 70-88 x/menit) 2. Irama jantung dalam batas yang diharapkan (Reguler) 3. Frekuensi nafas dalam batas yang diharapkan (RR : 16-24 x/menit) 4. Irama pernapasan dalam batas yang diharapkan (Reguler) 5. Hematokrit dalam batas normal (32-40%) 6. Hb dalam batas normal (12-16 g/dL) 7. TD dalam batas normal 	<p>OBSERVASI :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda-tanda penurunan Hb dan Hct disertai tanda klinis (Hardhi Kusuma, 2015). 2. Pantau status cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). 3. Evaluasi asupan (parental dan oral) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). 4. Monitor haluaran dan pengeluaran lain (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). 5. Pantau tanda dan gejala syok (Hardhi Kusuma, 2015) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasional: Anemia akibat kehilangan darah dapat terjadi, terapi penggantian darah mungkin diperlukan (Wijaya, AS & Putri, 2013). 2. Rasional: Untuk mengumpulkan dan menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan (Bobak, 2012). 3. Rasional : Cairan intravena dapat meningkatkan volume intravaskuler (Retno sumara, 2017). 4. Rasional : Menganalisis data pasien untuk mengatur keseimbangan cairan (Bobak, 2012). 5. Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-

<p>systole dan diastole (100-140/<85 mmHg)</p> <p>8. Lokhea yang keluar diharapkan sesuai dengan usia kehamilannya yaitu usia 39 minggu</p> <p>9. Uterus diharapkan teraba keras, TFU 2 jari dibawah pusat.</p> <p>10. Diharapkan uterus bisa berkontraksi kembali.</p>	<p>TERAPEUTIK :</p> <p>6. Posisikan klien dalam posisi terlentang (Hardhi Kusuma, 2015).</p> <p>7. Batasi pergerakan dan aktivitas klien (Hardhi Kusuma, 2015).</p> <p>8. Gantikan cairan yang hilang dengan kecepatan yang adekuat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).</p> <p>KOLABORASI :</p> <p>9. Kolaborasi dalam pemberian oksigen (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).</p> <p>EDUKASI :</p> <p>10. Anjurkan klien banyak istirahat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).</p> <p>11 Berikan penjelasan pada klien dan keluarga untuk melaporkan jika terjadi perdarahan (Hardhi Kusuma, 2015).</p>	<p>tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik(Shofia nuryanah, 2016).</p> <p>6. Rasional: untuk menjaga kepatenan jalan nafasnya (Bari S A, 2015).</p> <p>7. Rasional : Mengurangi risiko kelelahan saat beraktivitas.</p> <p>8. Rasional: Untuk mempertahankan haluaran urine >0,5 ml/kg/jam dan.</p> <p>9. Rasional: Dapat memperbaiki atau mencegah terjadinya hipoksia dan kegagalan napas serta tindakan untuk penyelamatan hidup (Wilantika ida wardani, Yuyun setyorini, 2018).</p> <p>10. Rasional : Meningkatkan kenyamanan istirahat klien.</p> <p>11. Rasional : Membantu mencegah terjadinya syok (Quensland Ambulance Service, 2016)</p>
--	--	---

Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Klien 1 Ny. V

Diagnosa keperawatan	30-05-2021	31-05-2021	01-06-2021			
Risiko Syok Hipovolemik dibuktikan dengan Perdarahan postpartum	11.00	Memantau tanda-tanda Hb dan Hct disertai tanda klinis. Hasil: TD 90/80 mmHg, N 86x/menit, S 36,6°C, RR 20x/menit. Hb : 10,9 g/dL Hct : 33,1%	08.00	Memantau tanda-tanda Hb dan Hct disertai tanda klinis. Hasil: TD 100/89 mmHg, N 84x/menit, S 36,4°C, RR 20x/menit. Hb : 11,4 g/dL Hct : 35,5%	09.10	Memantau tanda-tanda Hb dan Hct disertai tanda klinis. Hasil: TD 114/90 mmHg, N 84x/menit, S 36,8°C, RR 20x/menit. Hb : 11,7 g/dL Hct : 39%
	11.30	Memantau status cairan. Hasil: Klien mendapat infus RL 3000 cc/24 jam.	08.20	Memantau status cairan. Hasil: Klien mendapat infus RL 1500 cc/24 jam.	09.30	Memantau status cairan. Hasil: Klien mendapat infus RL 1500 cc/24 jam.
	11.50	Mengevaluasi asupan(parental dan oral) haluaran dan pengeluaran lain(Urine). Hasil: Klien jarang minum dan BAK 4-5 x sehari hanya sedikit dan tidak lancar	08.45	Mengevaluasi asupan(parental dan oral) haluaran dan pengeluaran lain(Urine). Hasil: Klien minum 2-3 botol aqua dalam sehari dan BAK 5-6 x sehari	09.45	Mengevaluasi asupan(parental dan oral) haluaran dan pengeluaran lain(Urine). Hasil: Klien minum 3 botol aqua dalam sehari dan BAK 5-6 x sehari
	12.10	Memantau tanda dan gejala syok. Hasil: Klien tidak mengalami tanda dan gejala syok, akan tetapi terdapat tanda pre syok yaitu muka pucat.	09.00	Memantau tanda dan gejala syok. Hasil: Klien tidak mengalami tanda dan gejala syok, akan tetapi terdapat tanda pre syok yaitu muka pucat.	10.00	Memantau tanda dan gejala syok. Hasil: Klien tidak mengalami tanda dan gejala syok.
	12.30	Memposisikan klien dalam dalam posisi terlentang. Hasil: Klien merasa tenang dan nyaman dalam posisi terlentang.	09.30	Memposisikan klien dalam dalam posisi terlentang. Hasil: Klien merasa tenang dan nyaman dalam posisi terlentang.	10.10	Memposisikan klien dalam dalam posisi terlentang. Hasil: Klien merasa tenang dan nyaman dalam posisi terlentang.
	12.45	Membatasi aktivitas klien. Hasil: Klien bed rest di tempat	09.45	Membatasi aktivitas klien. Hasil: Klien bed	10.25	Membatasi aktivitas klien. Hasil: Klien bed

	12.55	tidur. Mengganti cairan yang hilang dengan kecepatan yang adekuat. Hasil : Klien mendapatkan cairan infus RL 3000 cc/24 jam.	10.00	rest di tempat tidur. Mengganti cairan yang hilang dengan kecepatan yang adekuat. Hasil : Klien mendapatkan cairan infus RL 1500 cc/24 jam.	10.35	rest di tempat tidur. Mengganti cairan yang hilang dengan kecepatan yang adekuat. Hasil : Klien mendapatkan cairan infus RL 1500 cc/24 jam.
	13.00	Kolaborasi pemberian Oksigen. Hasil : Klien mendapatkan oksigen 3 lpm.	10.10	Kolaborasi pemberian Oksigen. Hasil : Klien mendapatkan oksigen 3 lpm.	10.45	Kolaborasi pemberian Oksigen. Hasil : Klien mendapatkan oksigen 3 lpm.
	13.15	Memberikan penjelasan klien dan keluarga untuk melaporkan jika terjadi perdarahan. Hasil : Klien dan Keluarga mengerti setelah diberikan penjelasan.				

Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Klien 1 Ny. E		
Hari/tanggal	Catatan Perkembangan	TTD
Minggu, 30-05-2021 13.30	S: S: Klien mengatakan pusing dan badannya lemas. O:O: - Klien tampak pucat dan lemas - Konjungtiva anemis - Uterus masih teraba lembek - Uterus belum berkontraksi kembali - TD 90/80 mmHg	NA

	<ul style="list-style-type: none"> - N 86 x/menit - RR 20x/menit - S 36,6°C - SpO2 99% - Hb : 10,9 g/dL, Hct : 33,1% - Terpasang cairan infus RL 3000 cc/24 jam - Terpasang O2 nasal 3 lpm <p>A: A: Masalah risiko syok hipovolemik belum teratasi.</p> <p>P: P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda- tanda Hb dan Hct disertai tanda klinis. 2. Pantau status cairan. 3. Evaluasi asupan(parental dan oral) haluaran dan pengeluaran lain(Urine). 4. Pantau tanda dan gejala syok. 5. Posisikan klien dalam dalam posisi terlentang. 6. Batasi aktivitas klien. 7. Ganti cairan yang hilang dengan kecepatan yang adekuat. 8. Kolaborasi pemberian Oksigen. 9. Berikan penjelasan klien dan keluarga untuk melaporkan jika terjadi perdarahan. 	
<p>Senin, 31-05-2021</p>	<p>S: S: Klien mengatakan masih sedikit pusing tetapi sudah tidak terlalu lemas.</p>	<p>NA</p>

10.25	<p>O:O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pucat dan masih sedikit lemas - Konjungtiva anemis - Uterus teraba keras - Uterus mulai berkontraksi kembali - TD 100/89 mmHg - N 84 x/menit - RR 20x/menit - S 36,4°C - Hb : 11,4 g/dL, Hct : 35,5% - Terpasang cairan infus RL 1500 cc/24 jam - Terpasang O2 nasal 3 lpm <p>A:A: Masalah risiko syok hipovolemik teratasi sebagian.</p> <p>P: P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda- tanda Hb dan Hct disertai tanda klinis. 2. Pantau status cairan. 3. Evaluasi asupan(parental dan oral) haluaran dan pengeluaran lain(Urine). 4. Pantau tanda dan gejala syok. 5. Posisikan klien dalam dalam posisi terlentang. 6. Batasi aktivitas klien. 7. Ganti cairan yang hilang dengan 	
-------	---	--

	kecepatan yang adekuat. 8. Kolaborasi pemberian Oksigen.	
Selasa, 01-06-2021 10.40	<p>S: S: Klien mengatakan kepalanya sudah tidak pusing.</p> <p>O:O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih segar - Sudah tidak tampak pucat - Konjungtiva merah muda - Uterus teraba keras - Uterus berkontraksi kembali - TFU 2 jari di bawah pusat - Terpasang cairan infus RL 1500 cc/24 jam - Terpasang O2 nasal 3 lpm - TD 114/90 mmHg - N 84x/menit - S 36,8°C, RR 20x/menit - Hb : 11,7 g/dL, Hct : 39%. <p>A:A: Masalah risiko syok hipovolemik teratasi.</p> <p>P: P: Intervensi dihentikan.</p>	NA

Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan

4.2 Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian terkecil yang berisi tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka serta tinjauan kasus, sehingga dari kesenjangan itu dapat dicari pemecahan masalah untuk memperbaiki serta meningkatkan asuhan keperawatan, yang diberikan dapat

memberikan pelayanan yang komprehensif bagi klien. Untuk memudahkan pembahasan, maka penulis akan menguraikan sebagai berikut.

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian dari pada studi kasus ini dilakukan dengan cara pengambilan pada 1 klien atas nama Ny. V yang berusia 36 tahun yang mengalami perdarahan postpartum dengan diagnose medis P1-1 uk 39 minggu HPP+Risiko syok+Kala 2 lama. Dari hasil studi kasus didapatkan data subjektif dan data objektif. Dari data subjektif didapatkan bahwa Ny. V memiliki keluhan utama yaitu klien mengatakan kepala terasa pusing. Dari riwayat penyakit sekarang Berdasarkan data yang didapatkan pada saat pengkajian data klien datang ke rumah sakit dengan suami pada tanggal 29 mei 2021 pukul 22.00 wib klien mengeluh perut terasa kenceng kenceng, semakin sering keluar lendir darah, cairan merembes hamil anak 1, Uk 39 minggu, klien mengatakan badan terasa letih, kepala terasa sedikit pusing seperti nyut-nyut karena kurang tidur sejak kehamilan trimester 3, nyeri dibagian kepala dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan), nyeri yang dirasakan hilang timbul. Klien juga mengatakan melahirkan 1 bayi laki-laki ukuran 3.200 gram secara spontan dan mengalami perdarahan setelah melahirkan penyebabnya karena atonia uteri, tidak terjadi prolaps tali pusat dan tidak ada robekan plasenta, data objektif menunjukkan bahwa keadaan umum cukup, kesadaran composmentis GCS E:4 V:5 M:6, tampak pucat, lemas, terpasang nasal kanul dengan oksigen 3 lpm, konjungtiva anemis, akral dingin, TD 90/80 mmHg, N 86x/menit, RR 20x/menit, S 36,6°C, Hb : 10,9 g/dL, Hct : 33,1 %, eritrosit 3,78 juta/uL, kontraksi uterus lembek, TFU 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, volume perdarahan kurang lebih 600 cc, pada genetalia tampak sisa

sisia perdarahan, tampak lochea rubra, tampak jahitan pada perineum tingkat 2. Kemudian dari data subjektif dari riwayat penyakit dahulu klien mengatakan tidak pernah sakit sebelumnya dan klien juga tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes dan asma dan baru pertama kali hamil dan ini adalah persalinan pertamanya. Klien juga mengatakan dari riwayat kesehatan keluarga juga tidak ada yang mempunyai riwayat Hipertensi/darah tinggi, diabetes dan asma. Pada riwayat kehamilan klien mengatakan pada saat trimester 1 klien mengatakan mual dan muntah, trimester 2 tidak ada keluhan, trimester 3 sering susah tidur. Berdasarkan hasil ANC klien rajin memeriksakan kehamilannya di bidan terdekat setiap 1 bulan sekali dan berdasarkan hasil dari riwayat KB klien mengatakan belum pernah menggunakan KB.

Menurut (PPNI, 2016) adapun batasan karakteristik risiko syok hipovolemik meliputi tampak lemas, tampak pucat, frekuensi nadi meningkat (110 x/menit atau lebih), tekanan darah menurun(sistolik kurang dari 90 mmHg), turgor menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematocrit meningkat, suhu tubuh meningkat (lebih dari 37°C).

Menurut peneliti hasil pengkajian studi kasus data subjektif dan data objektif menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sesuai dengan teori tentang tanda dan gejala adanya risiko syok hipovolemik, dimana penderita mengeluh pusing, merasa lemah, tampak pucat, TD menurun, konjungtiva anemis, akral dingin, Hb dibawah nilai normal.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan pada studi kasus ini adalah Risiko syok hipovolemik di buktikan dengan perdarahan postpartum (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa pada studi kasus ini ditegakkan dengan cara pengambilan data pada 1 klien atas nama Ny. V yang mengalami perdarahan postpartum dengan masalah diagnosa keperawatan risiko syok hipovolemik. Diagnosa yang diambil pada studi kasus ini berdasarkan masalah yang dihadapi klien sesuai dengan masalah yang muncul, yang dibuktikan dengan kontraksi uterus lembek, mengalami perdarahan postpartum, volume perdarahan >600 cc, tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin, TD 90/80 mmHg, N 86 x/menit, RR 20 x/menit, Hb : 10,9 g/dL, Hct : 33,1 %, eritrosit 3,78 juta/uL, kontraksi uterus lembek.

Risiko syok hipovolemik adalah keadaan dimana klien beresiko terhadap ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Risiko syok hipovolemik pada HPP dapat disebabkan karena involusio uterus, kontraksi uterus yang lambat, atonia uteri, dan robekan jalan lahir yang bisa menyebabkan terjadinya perdarahan. Perdarahan tersebut mengakibatkan volume cairan menurun dan ibu dapat mengalami anemia akut. Hal ini dapat menyebabkan kadar hemoglobin dan oksigen menurun sehingga mengalami hipoksia yang dapat menyebabkan risiko syok hipovolemik (Nurarif, AH & Kusuma, 2015).

Menurut peneliti diagnosa keperawatan yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori serta fakta yang ada seperti mengalami perdarahan, volume perdarahan kurang lebih 600 cc, kontraksi uterus lembek, tampak pucat, pusing, TD menurun,

konjungtiva anemis, akral dingin, Hb dibawah nilai normal. Hal ini sesuai dengan fakta serta teori yang ada, tidak ada kesenjangan yang terjadi.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada perencanaan keperawatan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul. Pada tahap ini peneliti membuat rencana keperawatan sesuai dengan teori yang meliputi tujuan dan kriteria hasil yang telah dirumuskan dan ditetapkan sebelumnya. Penulis membuat intervensi dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi syok hipovolemik pada klien. Dari hasil rencana keperawatan yang sudah dilakukan sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Ny. V.

Tindakan keperawatan itu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi, sehingga semua rencana yang terdapat dalam teori dapat dilaksanakan semua pada kasus nyata. Rencana keperawatan sudah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny.V.

Rencana asuhan keperawatan yang dapat diberikan secara mandiri pada pasien dengan risiko syok hipovolemik pada ibu perdarahan postpartum antara lain: pantau tanda-tanda penurunan hb dan hct disertai tanda klinis, pantau status cairan, evaluasi asupan (parental dan oral), monitor haluaran dan pengeluaran lain(urine), pantau tanda dan gejala syok, posisikan klien dalam posisi terlentang, batasi aktivitas klien, gantikan cairan yang hilang dengan kecepatan yang adekuat, kolaborasi dalam pemberian oksigen, berikan penjelasan pada klien dan keluarga untuk melaporkan jika terjadi perdarahan.

Tujuan intervensi adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi syok hipovolemik dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal dan jumlah trombosit >100.000/uL (Nurarif, AH & Kusuma, 2015).

Pada tinjauan kasus intervensi diberikan pada klien dengan tujuan untuk mengatasi keluhan yaitu tanda-tanda vital normal, hb dan hct normal dan penerapan tindakan dilakukan sesuai dengan intervensi yang direncanakan sehingga terdapat kesesuaian antara tinjauan kasus dengan tinjauan pustaka.

Menurut peneliti rencana keperawatan sudah dilakukan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Adapun implementasi yang diberikan pada Ny. V dilakukan selama 3 hari pada hari pertama sampai dengan hari ketiga adalah dengan memantau tanda-tanda penurunan Hb dan Hct yang disertai dengan tanda klinis dimana Ny. V terjadi peningkatan kadar Hb dan Hct memasuki nilai normal. Memantau status cairan dimana Ny. V pada hari pertama mendapatkan infus RL 3000 cc/24 jam dan pada hari kedua dan ketiga diturunkan menjadi 1500 cc/24 jam. Melakukan evaluasi asupan (parental dan oral), haluaran dan pengeluaran lain(urine) dan didapatkan hasil bahwa Ny. V mengatakan jarang minum dan buang air kecil 4-6 kali dalam sehari dan BAK hanya sedikit dan tidak lancar. Memantau tanda dan gejala syok menunjukkan bahwa Ny. V tidak mengalami tanda dan gejala syok, tanda vital normal, akan tetapi terdapat tanda pre syok yaitu akral dingin dan muka pucat.

Memposisikan dalam posisi terlentang, Ny. V sudah diposisikan dalam posisi terlentang. Membatasi pergerakan dan pergerakan klien, Ny. V bed rest di atas tempat tidur. Menggantikan cairan yang hilang dengan kecepatan yang adekuat untuk mempertahankan haluaran urine $> 0,5$ ml/kg/jam, dimana Ny. V pada hari pertama mendapatkan infus RL 3000 cc/24 jam pada hari kedua dan ketiga diturunkan menjadi 1500 cc/24 jam. Kolaborasi dalam pemberian oksigen menunjukkan bahwa Ny. V diberikan 3 lpm. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat, Ny. V hanya bed rest. Memberikan penjelasan klien dan keluarga untuk melaporkan jika terjadi perdarahan, keluarga Ny. V bersedia melaporkan jika ada perdarahan yang berlebihan. Memberikan keyakinan serta dukungan emosional, penjelasan sederhana untuk membantu menurunkan kecemasan Ny. V.

Implementasi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (potter & perry, 2009). Implementasi yang komprehensif merupakan pengeluaran dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan dapat terealisasi dengan baik apabila berdasarkan masalah, jenis tindakan atau pelaksanaan bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri, dan kolaborasi sesama tim kesehatan lain.

Menurut peneliti intervensi sudah dapat diimplementasikan semua pada hari pertama, namun pada hari kedua menghentikan intervensi berupa anjuran seperti melaporkan jika ada tanda perdarahan, karena pada hari pertama klien dan keluarganya sudah diberikan edukasi terkait jika terjadi perdarahan dan sudah mengerti dengan penjelasan itu.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan pada hari terakhir setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama jangka waktu yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Dari hasil studi kasus didapatkan hasil evaluasi pada Ny. V yaitu tidak terjadi syok hipovolemik setelah 3x24 jam dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. V pada saat hari pertama klien mengatakan pusing dan badannya lemas data didapatkan klien tampak pucat dan lemas, konjungtiva anemis, TD 90/80 mmHg, N 86 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,6°C, Hb 10,9 g/dl, Hct 33,1%, terpasang cairan RL 3000 cc/24 jam, terpasang nasal 3 lpm. Dan pada saat hari kedua klien mengatakan masih sedikit pusing tetapi sudah tidak terlalu lemas, konjungtiva anemis, TD 100/89 mmHg, N 84 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,4°C, Hb 11,4 g/dl, Hct 35,5%, terpasang cairan RL 1500 cc/24 jam, terpasang nasal 3 lpm. Dan pada saat hari ketiga klien mengatakan sudah tidak ada keluhan, hasil pemeriksaan secara objektif klien tampak lebih segar dan sudah tidak tampak pucat, konjungtiva merah muda, TD 114/89 mmHg, N 84x/menit, S 36,8°C, RR 20x/menit, nilai Hb dan Hct nya juga sudah meningkat dengan nilai Hb : 11,7 g/dL, Hct : 39%. Evaluasi terhadap Ny. V pada hari ketiga didapatkan hasil nilai Hb dan Hct sudah membaik sehingga masalah risiko syok hipovolemik teratasi dan intervensi dihentikan.

Menurut peneliti setelah diberikan tindakan keperawatan kondisi klien semakin hari semakin membaik karena didapatkan tanda vital dan nilai Hb serta Hct nya membaik.