

**ANALISIS PRAKTEK KLINIK KLINIK KEPERAWA PADA PASIEN
SECTIO CAESAREA DENGAN INTERVENSI PENCEGAHAAN POST
PARTUM TERKAIT EFEK ANASTESI DI RUANG BERSALIN RSUD
JAYAPURA TAHUN 2020/2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
Memperoleh gelar Ners



Disusun Oleh

Nama : Damiana Oliva Yaiman S.,Tr,.Kep

NIM : P0. 71. 20 09. 20. 010

Peminatan : Keperawatan Maternitas

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA POLITEHNIK
KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA PROGRAM STUDI NERS
JAYAPURA JURUSAN KEPERAWATAN TAHUN
AKADEMIK 2021/2022**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. IDENTITAS

Nama : Damiran Oliva Yaiman S.,Tr.,Kep
Tempat, Tanggal Lahir : Tanah Merah , November 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Baru Pasar Yotefa

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

- a. TK Santa Agnes Tanah merah Tahun 2002-2004
- b. SD YPPK Kali Wet 2004-2010
- c. SMP Negeri 1 Tanah Merah 2010-2013
- d. SMA YPPK Terunah Bakti Jayapura 2013-2016
- e. Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura 2016-2020

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya sendiri, disusun berdasarkan pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Ilmu Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya apabila dikemudian hari terdapat pernyataan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan atau sanksi sesuai ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku.

Jayapura, 4 April 2022

Pembuat pernyataan

Damiana oliva yaiman

NIM : PO. 71. 20. 09. 20. 010

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa

Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul;

**ANALISIS PRAKTEK KLINIK KLINIK KEPERAWA PADA PASIEN
SECTIO CAESAREA DENGAN INTERVENSI PENCEGAHAAN POST
PARTUM TERKAIT EFEK ANESTESI DI RUANG BERSALIN**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Damiana oliva yaiman

NIM : PO. 71. 20. 09. 20. 010

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan

Telah memenuhi syarat untuk diterima

Dosen Pembimbing

Nurmah Rachman.S,Kep.,Ns.,M.Med.,Edu

NIP. 196308031983122001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ners

Poltekkes Kemenkes Jayapura

Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si

NIP : 19670520 198601 2001

**ANALISIS PRAKTEK KLINIK KLINIK KEPERAWA PADA PASIEN SECTIO
CAESAREA DENGAN INTERVENSI PENCEGAHAAN POST PARTUM TERKAIT
EFEK ANASTESI DI RUANG BERSALIN**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Damiana oliva yaiman

NIM : PO. 71. 20. 09. 20. 010

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan

Telah memenuhi syarat untuk diterima

Dosen Penguji

Dr.Nouvy H Warouw,S.Kep.,Ns.,MPH

NIP. 197411021997032004

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ners

Poltekkes Kemenkes Jayapura

Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si

NIP : 19670520 198601 2001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

“ Kamu tidak bisa mengubah masa depanmu. Tapi kamu bisa mengubah kebiasaanmu. Dan tentu saja kebiasaanmu akan mengubah masa depanmu ”.

“Masa depan memang menjadi sebuah tujuan setiap orang dalam mengubah hidup untuk lebih baik lagi. Dengan kata-kata harapan, tentu rasa semangat akan bertambah dalam menjalani masa depan”

(A. P. J. Abdul Kalam)

“ perbaikilah kebiasaan burukmu untuk menuju kesuksesan ”

Persembahan

Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis persembahkan kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa atas segala penyertaan dan bimbingan-Nya serta kasih serta hikmat, kepandaian, kekuatan dan kesehatan bagi penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kedua orang tua yang tercinta dan saya kasihi yang senantiasa memberikan motivasi, doa, dan calon mantu idaman(Klau).
3. Teman-teman seperjuangan Ners Angkatan II tahun 2020 yang saya cintai dan banggakan atas motivasi, dan bantuannya selama penelitian ini.
4. Almamaterku tercinta Tahap Pendidikan Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Politehnik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan sayang-Nya kepada kita, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Analisis Praktik Klinik Keperawatan ini dengan tepat waktu.

Tujuan dari penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini selain untuk melengkapi tugas pada akhir Stase Tahap Pendidikan Profesi, juga merupakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk dapat menyelesaikan Tahap Pendidikan Profesi Ners pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Program Studi Ilmu Keperawatan.

Didalam pengerjaan maupun penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak yang sangat membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu, disini penulis sampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada :

1. Ibu Dr. Nouvy Helda Waroi, S.Kep., Ns., MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang telah banyak membantu maupun memfasilitas kami selama praktik klinik pada hingga terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
2. Ibu Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si selaku Ketua Program Studi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura yang telah banyak membantu, memfasilitasi maupun mengarahkan segala pikiran untuk mengarahkan kami selama praktik klinik pada Tahap Pendidikan Profesi hingga terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
3. Ibu Nurmah Rachman S.Kep., Ns., M., Med., Edu selaku pembimbing yang telah banyak membantu maupun membimbing dengan penuh kesabaran selama penyusunan hingga terselesaikannya Karya Ilmiah Akhir Ners
4. Sahabat dan rekan pejuang Ners Angkatan ke-II tercinta yang telah kompak dalam memberi dukungan dan saling memotivasi satu dan yang lain.
5. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya.
6. Keluarga terkasi ALM bapa ,mama dan Klau.

PERSETUJUAN PUBLIKASI

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi Ilmu Keperawatan Khususnya dan Tim Tenaga Kesehatan Lainnya.

Jayapura, 04, April 2022

Penulis

Damiana oliva yaiman

NIM PO. 71. 20. 09. 20. 010

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN *SECTIO CAESAREA*
DENGAN INTERVENSI PENCEGAHAN DAN MANAJEMEN RISIKO PERDARAHAN
POST PARTUM TERKAIT EFEK ANESTESI DI RUANG BERSALIN RSUD
JAYAPURA TAHUN 2021**

Damiana oliva yaiman¹, Nurmah Rahman²

ABSTRAK

Menurut *World Health Organization* (WHO) Tahun 2015 menganalisis distribusi hasil kesehatan dengan kelahiran seksio sesar dan menyimpulkan tidak ada penurunan terkait kematian ibu dan bayi baru lahir. Sasaran orang sehat tahun 2020 untuk kelahiran dengan seksio sesar pada wanita sehat berisiko rendah adalah 23,9%. Kelahiran seksio sesar dan peningkatan Morbiditas dan Mortalitas ibu melahirkan dengan seksio sesar, menimbulkan risiko paling besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Kelahiran seksio sesar memberikan kontribusi terhadap peningkatan morbiditas dan mortalitas ibu, terutama karena perdarahan.

Perdarahan post partum adalah situasi klinis dimana pengetahuan, komunikasi, dan ketersediaan dan penggunaan sumber daya semua memainkan peran penting. Pasien dengan faktor risiko signifikan untuk perdarahan mayor mungkin mengalami pembedahan yang lama, peningkatan komplikasi intraoperative, kehilangan darah yang berlebihan, dan kebutuhan untuk beberapa transfuse. Anestesi spinal/ epidural relative di kontraindikasikan untuk wanita yang berisiko perdarahan mayor karena kekhawatiran tentang ketidak stabilan hemodinamik dan kebutuhan untuk menyadarkan pasien yang sadar.

Perdarahan setelah janin meninggalkan Rahim dianggap perdarahan post partum. Hasil penelitian, menemukan bahwa risiko keseluruhan perdarahan post partum setelah seksio sesar di Taiwan adalah 0,6% dan kemungkinan bahwa wanita akan mengalami perdarahan post partum dengan anestesi umum kira-kira 8,15 kali lebih tinggi daripada wanita yang menerima anestesi spinal/ epidural. Temuan ini mendukung metode penanganan anestesi perdarahan post partum dan memberikan bukti untuk konsep yang berkembang dari penggunaan anestesi umum untuk ibu berisiko tinggi selama seksio sesarea.

Kata kunci : *Perdarahan post partum ,efek anestesi*

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN *SECTIO CAESAREA*
DENGAN INTERVENSI PENCEGAHAN DAN MANAJEMEN RISIKO PERDARAHAN
POST PARTUM TERKAIT EFEK ANESTESI DI RUANG BERSALIN RSUD
JAYAPURA TAHUN 2021**

Damiana oliva yaiman¹, Nurmah Rahman²

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO) in 2015 analyzed the distribution of health outcomes with cesarean delivery and concluded that there was no reduction in maternal and newborn mortality. The 2020 target for healthy people for cesarean delivery in healthy low-risk women is 23.9%. Cesarean delivery and increased morbidity and mortality of mothers giving birth by cesarean section pose the greatest risk compared to vaginal delivery. Cesarean delivery contributes to increased maternal morbidity and mortality, especially due to bleeding.

Postpartum haemorrhage is a clinical situation in which knowledge, communication, and the availability and use of resources all play an important role. Patients with significant risk factors for major bleeding may experience prolonged surgery, increased intraoperative complications, excessive blood loss, and the need for multiple transfusions. Spinal/epidural anesthesia is relatively contraindicated for women at risk of major bleeding because of concerns about hemodynamic instability and the need to resuscitate an awake patient.

Bleeding after the fetus leaves the uterus is considered postpartum hemorrhage. The results, found that the overall risk of postpartum hemorrhage after cesarean section in Taiwan was 0.6% and the probability that women would experience postpartum hemorrhage under general anesthesia was approximately 8.15 times higher than women who received spinal/epidural anaesthesia. These findings support the anesthetic management method of postpartum hemorrhage and provide evidence for the evolving concept of using general anesthesia for high-risk mothers during cesarean section.

Keywords: Post partum haemorrhage, anesthetic effect

DAFTAR ISI

Halaman Judul

Daftar Riwayat Hidup.	i
Pernyataan Orisinalitas.	ii
Halaman Persetujuan.	iii
Halaman pengesahan.	iv
Motto dan Persembahan.....	v
Kata pengantar.	vi
Persetujuan publikasi.	vii
Abstrak.....	vii
Abstract.....	ix
Daftar Isi.	x
Daftar tabel.....	xii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	3

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Medis	
a. Pengertian	4
b. Etiologi.....	4
c. Manifestasi.....	5
d. Patofisiologi.....	5
e. Pathway.....	6
f. Penatalaksanaan.....	7
B. Kosep dasar Masalah Keperawatan Perdarahan post partum.	
a. Pengertian.....	8
b. Penyebab.....	8
c. Gejala dan Tanda Mayor/Minor.....	9
d. Kondisi Klinis Perkait.....	9

e. Penatalaksanaan.....	9
C. Konsep Asuhan Keperawatan	
a. Pengkajian.....	10
b. Riwayat kesehatan.	10
c. Pola aktifitas sehari hari.....	11
d. Diagnosa Keperawatan.	11
e. Intervensi Keperawatan.	12
f. Implementasi.....	14
g. Evalausi.....	15
h. Kerangka konsep.....	16
i. Kerangka teori.....	17

BAB III TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian.....	18
2. Pemeriksaan Fisik.	19
3. Pola aktifitas sehari hari.....	21
4. Genogram.....	24
5. Klasifikasi Data.....	25
6. Analisa Data.....	26
7. Diagnosa keperawatan.	28
8. Intervensi Keperawatan.	29
9. Implemetasi Dan Evaluasi.	32
10. Catatan Perkembangan.....	35

BAB IV ANALISIS SITUASI

a. Analisis Kasus Terkait Teori.	40
b. Analis Kasus.	41
c. Analisis Salah Satu Intervensi terkait.	42
d. Alternatif Pemecahan Masalah.	43

BAB V PENUTUP

a. Kesimpulan.	45
b. Saran.	45

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel pola aktifitas sehari hari.....	11
Tabel Klasifikasi data.....	25
Tabel Analisa data.....	26
Tabel intervensi keperawatan.	29
Tabel implementasi dan evaluasi.	32
Tabel catatan perkembangan.....	35

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO) Tahun 2015 menganalisis distribusi hasil kesehatan dengan kelahiran seksio sesar dan menyimpulkan tidak ada penurunan terkait kematian ibu dan bayi baru lahir. Sasaran orang sehat tahun 2020 untuk kelahiran dengan seksio sesar pada wanita sehat berisiko rendah adalah 23,9%. Kelahiran seksio sesar dan peningkatan Morbiditas dan Mortalitas ibu melahirkan dengan seksio sesar, menimbulkan risiko paling besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Kelahiran seksio sesar memberikan kontribusi terhadap peningkatan morbiditas dan mortalitas ibu, terutama karena perdarahan.

Perdarahan obstetrik adalah penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia, peningkatan angka seksio sesar merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Anestesi pada operasi sesar menjadi perhatian khusus karena mempengaruhi jutaan wanita di seluruh dunia. Meskipun perbaikan substansial dalam teknis anestesi dan bedah, kehilangan darah operatif selama seksio sesar masih merupakan masalah yang penting.

Hasil penelitian yang dilakukan, untuk membandingkan ibu yang menerima anestesi spinal dan / atau epidural dengan ibu yang menerima anestesi umum menunjukkan perdarahan post partum. Ibu yang menerima anestesi umum memiliki tingkat perdarahan post partum yang lebih tinggi dibandingkan ibu yang menerima anestesi spinal/ epidural. Mekanisme yang masuk akal dimana anestesi umum membawa risiko perdarahan post partum yang lebih tinggi daripada anestesi spinal/ epidural. Pertama, banyak obat yang digunakan untuk anestesi terbukti memberikan efek spresi pada kontraksi uterus.

Kedua, dari mekanisme mungkin risiko yang lebih tinggi dari perdarahan post partum yang berhubungan dengan anestesi umum mungkin property menekan fungsi trombosit dan hemostasis. Anestesi inhalasi halotan, sevoflurane, dan nitrous oxide tampaknya menghambat fungsi trombosit secara reversible dan terkait dosis pada konsentrasi yang digunakan secara klinis. Meskipun anestesi local tampaknya memiliki efek samar-samar dalam pengaturan klinis. Namun mekanisme spekulatif perdarahan post partum ini perlu dipelajari.

Perdarahan post partum adalah situasi klinis dimana pengetahuan, komunikasi, dan ketersediaan dan penggunaan sumber daya semua memainkan peran penting. Pasien dengan faktor risiko signifikan untuk perdarahan mayor mungkin mengalami pembedahan yang lama, peningkatan komplikasi intraoperative, kehilangan darah yang berlebihan, dan kebutuhan untuk beberapa transfuse. Anestesi spinal/ epidural relative di kontraindikasikan untuk wanita yang berisiko perdarahan mayor karena kekhawatiran tentang ketidak stabilan hemodinamik dan kebutuhan untuk menyadarkan pasien yang sadar.

Perdarahan setelah janin meninggalkan Rahim dianggap perdarahan post partum. Hasil penelitian, menemukan bahwa risiko keseluruhan perdarahan post partum setelah seksio sesar di Taiwan adalah 0,6% dan kemungkinan bahwa wanita akan mengalami perdarahan post partum dengan anestesi umum kira-kira 8,15 kali lebih tinggi daripada wanita yang menerima anestesi spinal/ epidural. Temuan ini mendukung metode penanganan anestesi perdarahan post partum dan memberikan bukti untuk konsep yang berkembang dari penggunaan anestesi umum untuk ibu berisiko tinggi selama seksio sesarea.

Masalah yang terjadi setelah seksio sesarea yaitu efek anestesi, jika ibu/ klien mendapat anestesi spinal/epidural maka efek biusnya kecil, namun apabila menggunakan anestesi umum biasanya ibu/ klien selama beberapa jam setelah seksio sesarea: merasa letih, dan bingung, timbulnya rasa sakit efek anestesia hilang.

B. Tujuan

1) Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisis terhadap kasus kelolaan pada pasien Seksio Sesarea dengan Intervensi Pencegahan dan Manajemen Risiko Perdarahan Post Partum Terkait Efek Anestesia di RSUD Jayapura, Papua Tahun 2021

2) Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kasus kelolaan pada pasien seksio sesarea dengan Intervensi Pencegahan dan Manajemen Risiko Perdarahan Post Partum Terkait Efek Anestesia di RSUD Jayapura, Papua Tahun 2021
- b. Mengidentifikasi intervensi pencegahan dan manajemen risiko perdarahan post partum

- c. Mengidentifikasi intervensi pencegahan dan manajemen risiko terkait efek anestesi di RSUD Jayapura, Papua Tahun 2021

C. Manfaat Penelitian

a. Bagi Institusi

Penulisan ini bermanfaat bagi Institusi Pendidikan Profesi Keperawatan, untuk menjadi bahan atau materi kuliah keperawatan Maternitas terkait asuhan keperawatan Perdarahan Post Partum

b. Bagi Mahasiswa

Penulisan ini bermanfaat bagi mahasiswa Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, untuk memperoleh pengetahuan kasus kelolaan pada pasien seksio sesarea dengan intervensi pencegahan dan manajemen risiko perdarahan post partum terkait efek anestesia.

c. Bagi Penulis

Penulisan ini bermanfaat bagi penulis untuk menambah pengalaman dalam hal pencegahan dan penanganan risiko perdarahan post partum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Perdarahan Post Partum, adalah perdarahan melebihi 500 ml yang terjadi setelah bayi lahir. Perdarahan yang lebih normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital (ibu mengeluh lemah, pusing, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan sistolik < 90 mmHg, Nadi > 100 ^x/menit, Hb < 8 gr%). Atonia uteri bila miometrium tidak berkontraksi, uterus menjadi lunak dan pembuluh darah pada daerah bekas perlekatan plasenta terbuka lebar. Penyebab tersering perdarahan postpartum 2/3 dari semua perdarahan postpartum disebabkan oleh atonia uteri.

Faktor risiko merupakan hal-hal yang menyebabkan uterus meregang lebih dari kondisi normal, misalnya; polahidramion, kehamilan kembar, macrosomia. Persalinan lama, persalinan terlalu cepat, persalinan dengan induksi atau akselerasi oksitoksin.

2. Etiologi

3.

- a. Tonus : Atonia uteri
- b. Tissue/ Jaringan : sisa jaringan bekuan darah
- c. Trauma : Laserasi, Rupture, Inversi
- d. Thrombin : Koagulapati

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu tone (tonus; atonia uteri), tissue (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), tears (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan thrombin (koagulapati; gangguan pembekuan darah). Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum yaitu sebesar 70% dan sekaligus penyebab utama kematian maternal. Trauma seperti laserasi, ruptura uteri dll. sebesar 20%, tissue (jaringan) seperti retensio plasenta, sisa plasenta sebesar 10% serta thrombin (koagulapati) atau gangguan pembekuan darah seperti idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), thrombotic thrombocytopenic purpura, penyakit von Willebrand dan hemofilia, menyumbang 1% sebagai penyebab PPH.

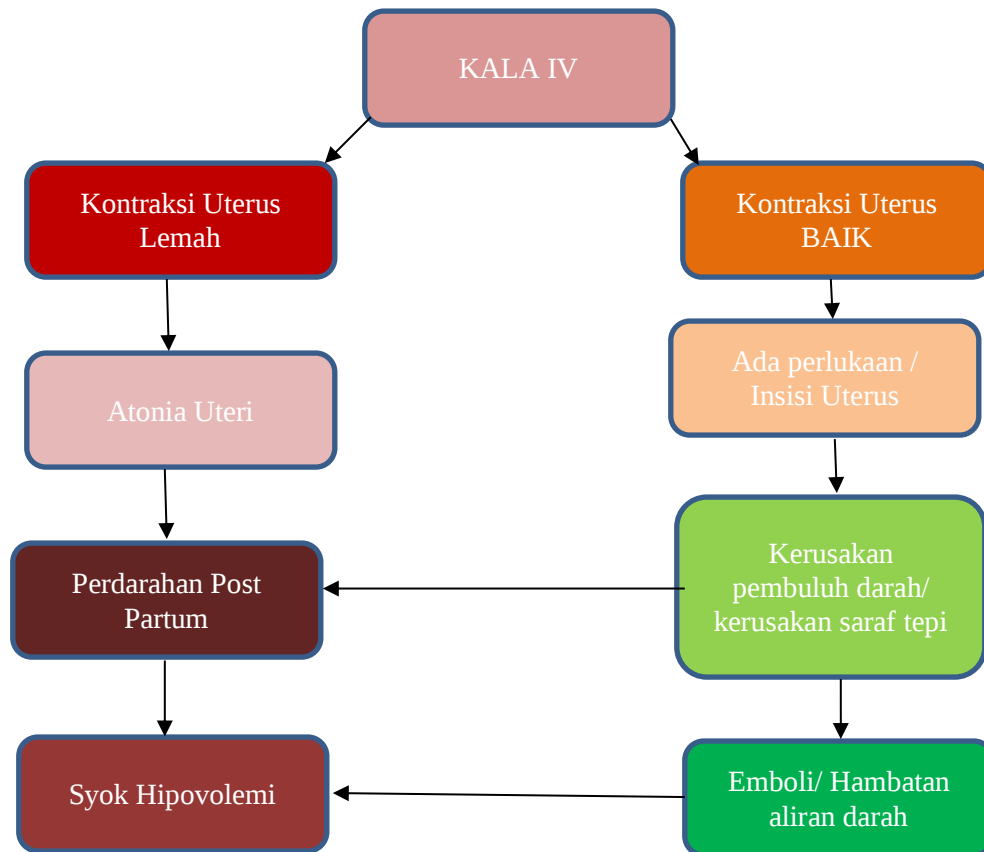
3. Manifestasi Klinis

GEJALA DAN TANDA	TANDA & GEJALA LAIN	DIAGNOSA KERJA
Uterus tidak berkontraksi dan lembek Perdarahan segera setelah anak lahir	Syok Bekuan darah pada serviks/ posisi terlentang akan menghambat aliran darah keluar	Atonia Uteris
Uterus kontraksi dank eras plasenta lengkap Darah segar yang mengalir segera setelah lahir	Pucat Lemah Menggigil	Robekan Jalan Lahir

4. Patofisiologi

Pada dasarnya perdarahan terjadi karena pembuluh darah, didalam uterus masih terbuka. Pelepasan plasenta memutuskan pembuluh darah dalam stratum spongiosum, sehingga sinus-sinus maternalis, ditempat insersinya plasenta terbuka. Pada waktu uterus berkontraksi, pembuluh darah yang terbuka tersebut akan menutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah sehingga perdarahan akan terhenti. Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan paska persalinan. Perlukaan yang luas akan menambah perdarahan seperti robekan servix, vagina dan perinium.

5. Pathway



Efek Samping yang dapat ditimbulkan akibat anasthesi regional:

- a) Rasa nyeri dan sakit kepala
- b) Hipotensi
- c) Penurunan Suhu Tubuh hingga hipoternia
- d) Perdarahan
- e) Keracunan bahan anasthesi
- f) Reaksi alergi
- g) Infeksi selaput otak
- h) Kegagalan fungsi system pernafasan

6. Penatalaksanaan

Tatalaksana ini terdiri dari tatalaksana awal diantaranya meminta bantuan, memasang jalur intravena dengan kateter ukuran besar, mencari etiologi dan melakukan masase uterus. Langkah selanjutnya yaitu memberikan obatobatan berupa preparat uterotonika, diantaranya oksitosin, metilergometrin, dan misoprostol. Oksitosin diberikan 10-20 unit dalam 500 mL NaCl 0,9% atau 10 unit intramuskular. Misoprostol merupakan analog prostaglandin E1 diberikan dengan dosis 600-1000 mcg dengan rute pemberian per oral, rektal atau vaginal. Setelah memberikan obat-obatan, langkah selanjutnya adalah memberikan tatalaksana konservatif non bedah, seperti menyingkirkan faktor sisa plasenta atau robekan jalan lahir, melakukan kompresi bimanual atau kompresi aorta abdominal, serta memasang tampon uterus vagina dan kondom kateter. Langkah selanjutnya dari tatalaksana perdarahan postpartum adalah melakukan tatalaksana konservatif bedah, yakni metode kompresi uterus dengan teknik B-Lynch, devaskularisasi sistem perdarahan pelvis, atau embolisasi arteri uterina dengan radiologi intervensi. Langkah terakhir adalah melakukan histerektomi subtotal atau total.

B. KONSEP DASAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Pengertian

Perdarahan post partum merupakan penyebab kematian maternal terbanyak. Semua wanita yang sedang hamil 20 minggu memiliki risiko perdarahan post partum. Walaupun angka kematian maternal telah turun secara drastis dinegara-negara berkembang, perdarahan post partum tetap merupakan penyebab kematian maternal terbanyak dimanamana.(Marmi, 2012).

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir pervagina atau lebih dari 1.000 cc setelah persalinan abdominal. Kondisi persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batasan jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal dimana telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, tekanan darah sistolik < 90 mmHg, denyut nadi > 100 x/ menit, kadar Hb , 8 g/dL. (Taufan Nugraha, 2012).

2. Penyebab

- a. Atonia uteri
- b. Luka jalan lahir
- c. Retensio plasenta
- d. Gangguan pembekuan darah
- e. Trauma genital (meliputi penyebab spontan dan trauma akibat penatalaksanaan atau gangguan, misalnya, kelahiran yang menggunakan peralatan termasuk seksio sesari, episiotomi, pemotongan “ghisiri”
- f. Inversi uterus

3. Gejala dan Tanda Mayor / Minor

- a. Kekurangan darah 300–500 ml
- b. Pucat
- c. Tekanan darah menurun
- d. Lemah
- e. Takikardi
- f. Konjungtiva anemis

4. Kondisi Klinis Terkait.

Perdarahan post partum memiliki dampak yang buruk bagi kesehatan ibu, baik fisik maupun psikologis. Konsekuensi fisik dari perdarahan post partum meliputi anemia, kegagalan laktasi, infark hipofisis, paparan produk darah, shock hemoragi dan hipotensi, koagulopati, nekrosis tubular akut, koma dan kebutuhan histerektomi, sedangkan masalah psikologis yang terjadi berupa gangguan stres pasca-trauma (Elmir, Schmied, & Jackson, 2010).

5. Penatalaksanaan (penjelasan berdasarkan Inovasi Keperawatan)

Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan pada klien dengan perdarahan post partum adalah dengan melakukan stimulasi kontraksi rahim untuk mencegah atonia uteri. Masase uterus merupakan tindakan mandiri perawat dalam mencegah dan mengatasi perdarahan post partum. Studi Aleem, et al (2010) menunjukkan bahwa masase uterus mengurangi kebutuhan tambahan pemberian uterotonika dalam mencegah terjadinya perdarahan post partum. Studi lain oleh Abdel-Aleem (2006) menunjukkan bahwa jumlah perdarahan kala tiga pada 30 menit pertama lebih sedikit pada ibu yang dilakukan masase uterus dibandingkan dengan yang tidak dilakukan masase uterus.

C. KONSEO ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Pengkajian yang benar dan terarah akan mempermudah dalam merencanakan tindakan dan evaluasi, dari tindakan yang dilaksanakan. Pengkajian dilakukan secara sistematis, berisikan informasi subjektif dan objektif dari klien yang diperoleh dari wawancara dan pemeriksaan fisik.

Pengkajian terhadap klien post partum meliputi :

- 1) Identitas pasien Data diri klien meliputi : nama, umur, pekerjaan, pendidikan, alamat, medical record dan lain lain
- 2) Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat kesehatan dahulu Riwayat penyakit jantung, hipertensi, penyakit ginjal kronik, hemofilia, riwayat pre eklampsia, trauma jalan lahir, kegagalan kompresi pembuluh darah, tempat implantasi plasenta, retensi sisa plasenta.
 - b. Riwayat kesehatan sekarang Yang meliputi alasan klien masuk rumah sakit, keluhan yang dirasakan saat ini yaitu: kehilangan darah dalam jumlah banyak (>500ml), Nadi lemah, pucat, lokea berwarna merah, haus, pusing, gelisah, letih, tekanan darah rendah, ekstremitas dingin , mual.
 - c. Riwayat kesehatan keluarga Adanya riwayat keluarga yang pernah atau sedang menderita hipertensi, penyakit jantung, pre eklampsia, penyakit keturunan hemopilia dan penyakit menular.
 - d. Riwayat menstruasi meliputi: Menarche, lamanya siklus, banyaknya, baunya , keluhan waktu haid, HPHT
 - e. Riwayat perkawinan meliputi : Usia kawin, kawin yang seberapa, Usia mulai hamil, Riwayat hamil, persalinan dan nifas yang lalu
 - f. Riwayat hamil meliputi: Waktu hamil muda, hamil tua, apakah ada abortus, retensi plasenta, Riwayat persalinan meliputi: Usia kehamilan, cara persalinan, penolong, tempat bersalin, apakah ada kesulitan dalam persalinan anak lahir atau mati, berat badan anak waktu lahir, panjang waktu lahir, Riwayat nifas meliputi: Keadaan lochea, apakah ada pendarahan, ASI cukup atau tidak dan kondisi ibu saat nifas, tinggi fundus uteri dan kontraksi

g. Riwayat Kehamilan sekarang

Hamil muda, keluhan selama hamil muda, Hamil tua, keluhan selama hamil tua, peningkatan berat badan, tinggi badan, suhu, nadi, pernafasan, peningkatan tekanan darah, keadaan gizi akibat mual, keluhan lain

h. Riwayat antenatal care meliputi : Dimana tempat pelayanan, beberapa kali, perawatan serta pengobatannya yang didapat

3) Pola aktifitas sehari-hari

a. Makan dan minum, meliputi komposisi makanan, frekuensi, baik sebelum dirawat maupun selama dirawat. Adapun makan dan minum pada masa nifas harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah – buahan.

b. Eliminasi, meliputi pola dan defekasi, jumlah warna,konsistensi. Adanya perubahan pola miksi dan defeksi.BAB harus ada 3-4 hari post partum sedangkan miksi hendaklah secepatnya dilakukan sendiri (Rustam Mukthar, 1995).

c. Istirahat atau tidur meliputi gangguan pola tidur karena perubahan peran dan melaporkan kelelahan yang berlebihan.

d. Personal hygiene meliputi : Pola atau frekuensi mandi, menggosok gigi, keramas, baik sebelum dan selama dirawat serta perawatan mengganti balutan atau duk.

4) Diagnosa keperawatan Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan.

b. Gangguan rasa aman nyaman : nyeri berhubungan dengan proses penyakit (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi)

c. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, Stasis cairan tubuh, penurunan Hb,

d. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan proses penyakit.

5) Intervensi keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume secara aktif akibat perdarahan
 - ✓ Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan volume cairan selama dalam perawatan
 - ✓ Kriteria hasil :
 - a. Turgor kulit baik (elastis)
 - b. Intake dan output dalam rentang normal
 - c. TTV dalam rentang normal
 - ✓ Intervensi :
 - a. Awasi masukan dan haluaran, ukur volume darah yang keluar melalui perdarahan. R/untuk membantu perkiraan keseimbangan cairan pasien.
 - b. Hindari trauma dan pemberian tekanan berlebihan pada daerah yang mengalami perdarahan. R / untuk menghindari perdarahan yang berlebihan..
 - c. Pantau TTV R / agar dapat mengindikasikan defisit volume cairan.
 - d. Evaluasi nadi perifer, dan pengisian kapiler, kaji turgor kulit dan kelembaban membran mukosa. R / untuk mengetahui tanda dehidrasi
 - e. perhatikan keluhan haus pada pasien R / untuk mengetahui perubahan status cairan atau elektrolit.
 - f. Kolaborasi berikan transfusi darah (Hb, Hct) dan trombosit sesuai indikasi. R / untuk mengembalikan kehilangan darah.
2. Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik
 - ✓ Tujuan : Dalam perawatan 1 x 24 jam, nyeri klien dapat berkurang atau hilang
 - ✓ Kriteria hasil :
 - a. Klien tidak meringis kesakitan
 - b. Klien menyatakan nyerinya berkurang
 - c. Ekspresi muka dan tubuh rileks
 - ✓ Intervensi :

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri R / untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri
 - b. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan R / untuk mengetahui reaksi non verbal pasien
 - c. Ajarkan teknik non farmakologi : napas dalam, distraksi dan kompres hangat R / untuk mengurangi nyeri
 - d. Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi R / untuk mengurangi nyeri
 - e. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik R / untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik
3. Resiko tinggi infeksi berhubungan tidak adekuatnya pertahanan tubuh/sistem imun.
- ✓ Tujuan yang akan dicapai yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.
 - ✓ Kriteria hasil:
 - a. Klien mampu mengidentifikasi dan berpartisipasi dalam pencegahan infeksi.
 - b. Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka berlangsung normal.
 - ✓ Intervensi:
 - a. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan. Pengunjung juga dianjurkan untuk melakukan hal yang sama. R/ untuk mencegah terjadinya infeksi silang.
 - b. Jaga personal hygiene klien dengan baik. R / untuk menurunkan atau mengurangi adanya organisme hidup.
 - c. Monitor temperatur atau suhu tubuh pasien R/ untuk meningkatkan suhu merupakan tanda terjadinya infeksi.
 - d. Kaji semua system tubuh untuk melihat tanda-tanda infeksi. R / untuk mencegah/mengurangi terjadinya resiko infeksi,
 - e. Kolaborasi pemberian antibiotik bila diindikasikan R/ untuk adanya indikasi yang jelas sehingga antibiotic yang dapat diberikan dapat mengatasi organisme penyebab infeksi.
4. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik

- ✓ Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasiendapat meningkatkan kemampuan mobilisasi fisik,sesuai kemampuan.
- ✓ Kriteria hasil yaitu:
 - a. Klien dapat melakukan aktifitas ditempat tidur
 - b. Klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilisasi fisik.
 - c. Klien mampu mengungkapkan perasaan dalam meningkatkan kemampuan berpindah.
- ✓ Intervensi :
 - a. Kaji TTV dan derajat mobilisasi pasien. R / mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.
 - b. Bantu klien mulai latihan gerak dari posisi duduk. R / untuk meningkatkan mobilisasi pasien secara bertahap.
 - c. Anjurkan klien untuk tidur kembali jika saat duduk terasa nyeri. R/ mencegah terjadinya redressing.
 - d. Anjurkan klien untuk merubah posisi 2 jam sekali. R / agar luka pasien tidak terinfeksi dan mencegah terjadinya komplikasi.

6) Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah kategori dan perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang di perkiran dari asuhan keprawatan dilakukan dan disesuaikan.

Langkah-langkah yang diperlukan dalam pelaksanaan adalah sebagai berikut:

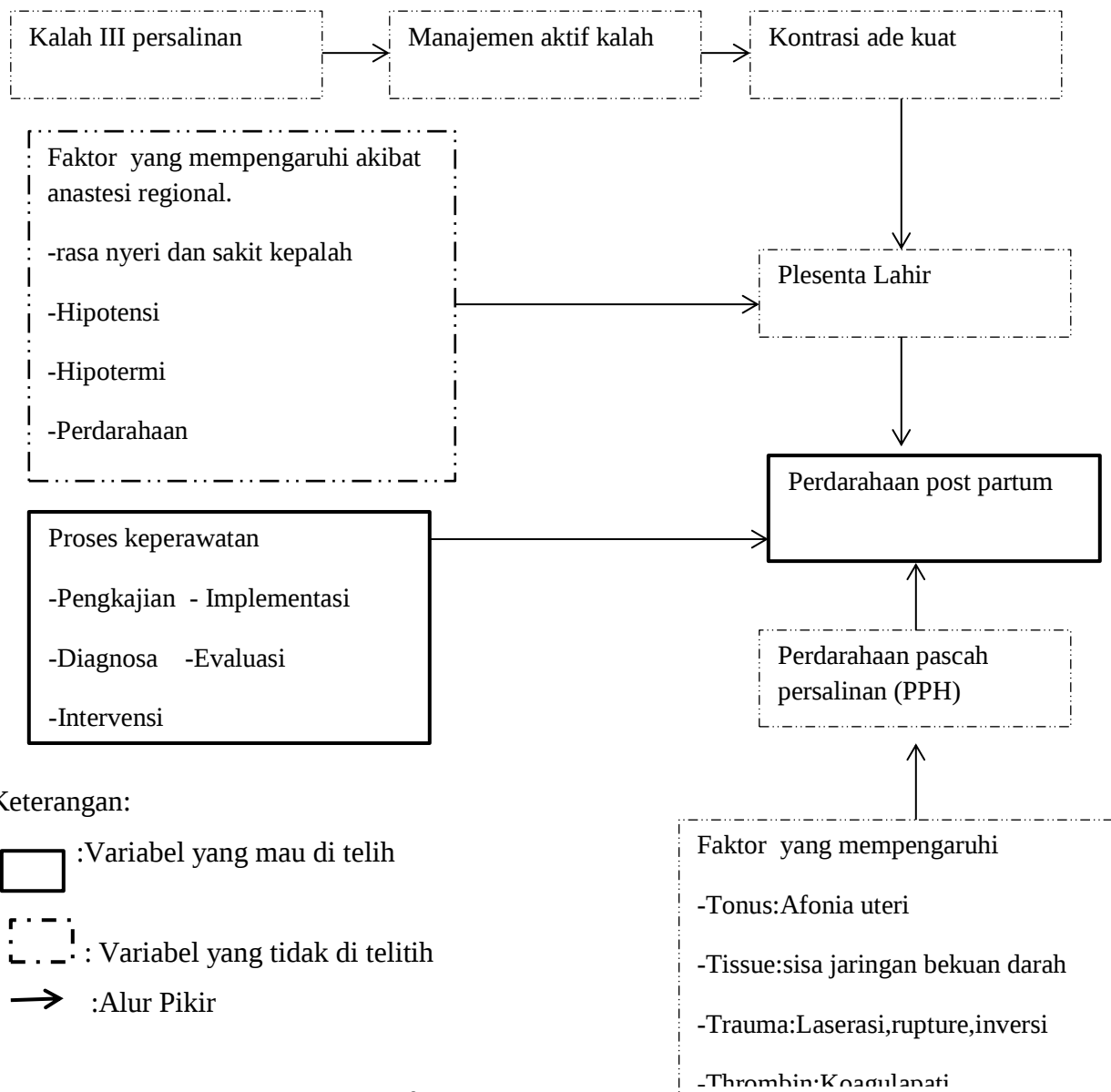
- a) Mengkaji ulang pasien Fase pengkajian ulang terhadap komponen implementasi memberikan mekanisme bagi perawat untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang diusulkan masih sesuai.
- b) Menelaah dan memodifikasi rencana asuhan keperawatan yang ada sebelum memulai keperawatan Perawat menelaah rencana asuhan keperawatan, dan membandingkannya dengan data pengkajian untuk memvalidasi diagnosa keperawatan yang dinyatakan dan menentukan apakah intervensi keperawatan yang paling sesuai untuk situasi klinis saat itu. Jika status pasien telah berubah dan dignosa keperawatan dan intervensi keperawatan harus dimodifikasi yaitu :

- a. Pelaksanaan keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai rencana yang telah ditetapkan. selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat mandiri dan kolaboratif. selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan monitor kemajuan kesehatan klien agar kebutuhan cairan dapat terpenuhi.
- b. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan klien dari nyeri.
- c. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi resiko infeksi.
- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan agar pasien dapat melakukan aktifitas tanpa bantuan.

7) Evaluasi keperawatan

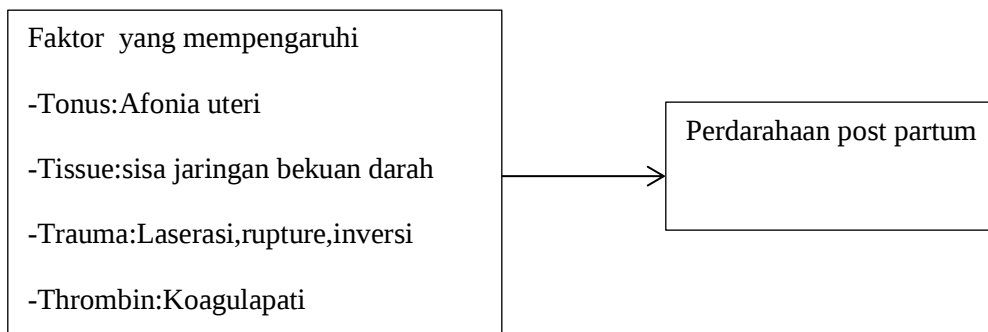
Evaluasi keperawatan yaitu membandingkan data subyektif dan obyektif yang dikumpulkan dari pasien, perawat lain, dan keluarga untuk meningkatkan tingkat keberhasilan dalam memenuhi hasil yang diharapkan ditetapkan selama perencanaan. Langkah-langkah evaluasi dari proses perawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah tujuan. Tujuan asuhan keperawatan untuk membantu pasien menyelesaikan masalah kesehatan aktual, mencegah kekambuhan dari masalah potensial dan pertahankan status sehat. Evaluasi terhadap asuhan menentukan apakah tujuan ini telah dilaksanakan. Aspek dalam dari evaluasi mencakup pencukuran kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dalam lingkungan perawatan kesehatan.

D. KERANGKA KONSEP.



Sumber: Sukarni(2013) dan di Modifikasi

✓ Kerangka Teori



BAB III

TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

1) Identitas penanggung jawab

Nama : Damiana oliva Yaiman

Nim :

Ruangan : Ruang Nifas RSUD Jayapura.

2) Identitas Pasien

Nama : Ny.D

Umur : 20 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Kristen Protestan

Suku / Bangsa : Belu / Indonesia

Alamat : Jalur 8 arso 14 kampung walma keb. keerom.

Bekerja : IRT (ibu rumah tangga)

Tanggal Masuk RS : 22 juni 2021 jam : 21:00 wit

Diagnosa : media laparotomi ligagasi hypogastrium post partum anemia dan hipoalbumin.

3) Riwayat kesehatan:

Pasien mengatakan bahwa ia biasanya melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas arso 14 juga klinik bersalin sebanyak 4 kali.

4) Riwayat Obstetri: G1 P1 A0

5) Riwayat keluhan utama.

saat pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, dan juga perineum ketika bergerak dan batuk, skala nyeri 3-6 (nyeri sedang). pasien tambah meringgis kesakitan ketika mengerjakan kaki dan juga pada saat batuk pasien juga mengeluh, pusing dan juga batuk-batuk aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan juga keluarga.

6) Riwayat persalinan.

pasien mengatakan bahwa pasien melahirkan normal pada tanggal 17 juni,2021 di rumah bersalin yang dibantu oleh bidan. anaknya berjenis kelamin perempuan dengan berat 3.200 gram, saat persalinan dilakukan pemotongan jalan lahir/ episiotomi. Kemudian pasien mengalami perdarahan post partum terjadi disebabkan karena atonia uteri dan kemudian pasien dirujuk ke RSUD keerom namun tidak ada perubahan dan di rujuk lagi ke RSUD Jayapura.

7) Riwayat penyakit keluarga

pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengannya.

2. Pemeriksaan fisik.

1) keadaan umum pasien:

pasien tampak lemah dan terpasang kateter, kesadaran GCS : 15 (E4V5M6), pemeriksaan TTV didapatkan TD : 140/90 mmhg, nadi : 82x /menit, suhu: 37,7° c dan pernafasan : 22x/menit.

✓ Pengkajian skala nyeri

P :luka oprasi dan perineum

Q : Seperti di tusuk-tusuk

R: Berfokus pada satu titik

S: 3-6 (sedang)

T:15-20 menit

2) Kepala

a. Rambut

Berwarna Hitam dan tampak berketombe,tidak ada rambut rontok,Tidak ada nyeri tekan,tidak ada benjolan.

b. Mata

kiri dan kanan simetris , konjungtiva anemis,tidak ada nyeri tekan,Tampak bersih,pasien menggunakan alat bantu pengelihatan(kaca mata)

c. Telinga.

kiri dan kanan simetris , pendengaran baik,Tidak ada nyeri tekan,tampak bersih.

d. Hidung.

Simetris kiri dan kanan,Tampak bersih,tidak ada nyeri tekan.

e. Mulut dan Gigi

Tidak ada karies tetapi gigi berlubang ,Tidak ada perdarahaan pada gusi,Mukosa bibir tampak kering dan pecah pecah ,lidah terlihat bersih.

3) Leher.

Tidak ada pembesaraan kelenjar tiroid,Tidak ada nyeri Tekan,Tidak ada luka.

4) Thorak.

a. Payudara.

Simetris kiri dan kanan,Tampak payudara pasien kotor dan juga keras ,tidak ada putting susu.

5) Apdomen.

Terdapat luka bekas oprasi.

6) Ekstremitas.

Pada saat dikaji pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan semua aktivitas dibantu, pada bagian kaki pasien oedema.

Kekuatan Otot

5	5
3	3

7) Reproduksi.

pada saat dikaji pasien terpasang kateter, terdapat luka antara jalan lahir juga anus yaitu luka episiotomi, pada vulva terdapat lochea berwarna merah kecoklatan jumlahnya sedikit dan tidak berbau tidak ada hemoroid dan pasien mengatakan terasa nyeri.

8) Aktivitas sehari –hari.

a. Nutrisi

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Selera makan • Menu makan • Frekuensi makan • Makanan yang di sukai • Makan pantangan • Pembuatan makanan • Cara makan • Ritual makan	• Baik • Nasi, sayur,tempe/tahu telur • 3x/hari • Tidak ada • Tidak ada • Tidak ada • Mandiri • Berdoa	• baik • nasi, sayur, telur tempe dan tahu • 3x/hari • Tidak ada • Tidak ada • Tidak ada • Mandiri • Berdoa

b. Cairan.

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Jam minum • Frekuensi minum • Kebutuhan cairan • Cara pemenuhan • Ritual minum	• The dan air putih 3x • Sering • Terpenuhi • Mandiri • Berdoa	• air putih 2 gelas/ 3 jam • sering • terpenuhi • mandiri • berdoa

c. Eliminasi.

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
BAB • Tempat pembuangan • Frekuensi • Konsistensi • Obat pencahar	-	-
BAK • Tempat pembuangan • Frekuensi • Warna • Kesulitan	• WC • 2x/hari • Padat • Tidak ada	• wc • 1x/hari • Padat • Tidak ada

d. Istirahat tidur.

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Jam tidur -siang -malam • Pola tidur • Kebiasaan sebelum tidur • Kesulitan tidur	-12:00-13:00 Wit -19:00-06:00 Wit • Teratur • Tidak ada • Tidak ada kesulitan	-10:00-10:300 - Wit -20:00-21:00 Wit • Teratur,karena nyeri • Tidak ada • Tidak ada kesulitan

e. Pesonal Hygiene

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Mandi - Cara	- mandiri	- Tidak pernah

- Frekuensi - Alat mandi • Cuci rambut - Cara - Frekuensi • Gunting kuku - Cara - Frekuensi • Gosok gigi - Cara - frekuensi	- 1-2x/hari - Sabun mandi, sikat gigi, odol, sampo. - Mandiri - 1-2x/minggu - Mandiri - 1x/bulan - Mandiri 1-2x/hari	- mandi - Tidak pernah - - Belum pernah cucu rambut - Tidak pernah - Tidak pernah - Tidak pernah - Tidak pernah - Tidak pernah
---	---	--

f. Aktifitas/Mobilitas Fisik.

Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
• Kegiatan sehari-hari • Pengaturan jadwal makan • Penggunaan alat bantu aktivitas	• Jarang beraktivitas • Tidak ada • Tidak ada	• Beraktivitas di ruangan RS • Tidak ada • Tidak ada

10). Hasil Laboratorium.

No	Nama	Jumlah	Nilai Normal	Satuan
1	Hemoglobin	5,6	12-16	g/dl
2	Eritrosit	2,40	4,0-5,0	µl
3	Hemotokris	19	34,9 – 44,5	%
4	Leukosit	14-58	5,0-10,0	10 ³ / µl
5	Neutrofil	80,5	80-96	Fl
6	Limfosit	9,9	20,0-40,0	%
7	Monosit	8,9	2,0-8,0	%
8	Trombosit	29	150-400	L

11).Klasifikasi Data.

Data Supjektif (DS)	Data Objektif (DO)
➤ Klien Mengatakan. ✓ Nyeri pada luka bekas oprasi dan perineum ✓ Batuk-batuk ✓ Pusing ✓ Lemah ✓ Pasien mengatakan ia mengalami perdarahaan setelah melahirkan.	➤ Klien Tampak ✓ Meringis kesakitan ketika menggerakan kaki ✓ Aktifitas di bantu oleh keluarga ✓ Pasien tampak batuk-batuk ✓ Konjungtifa anemis ✓ Mukosa bibir kering ✓ Bibir tampak pecah pecah ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan. ✓ Terpasang kateter

	✓ Terdapat luka jalan lahir dan anus yaitu luka episitomi. ✓ Terdapat luka post operasi ✓ Pada vulva terdapat lochea berwarna merah kecoklatan jumlah sedikit dan tidak berbau ✓ HB:4,6 g/dl ✓ HT: 19 % ✓ Leukosit :14,5 $10^3/\mu\text{l}$ ✓ Skala nyeri 3-6(sedang) ➤ TTV ✓ Tekanan Darah :140/90mmHg ✓ Nadi :82 x/menit ✓ Respirasi :22 x /menit ✓ Suhu Tubuh :37,7° c
--	---

12).Analisa Data.

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: ✓ Pusing ✓ Lemah ✓ Pasien mengatakan ia mengalami perdarahan pasalinan DO: ✓ Pasien tampak pucat ✓ Mukosa bibie kering ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan	Kala IV ↓ Konraksi baik ↓ Ada perlukaan/insisi uterus ↓ Kerusakaan pembuluh darah/kerusakan saraf tepi ↓	Kekurangan volume cairan.

	✓ HB:4,5 g/dl ✓ HT: 19% ✓ Konjungtiva anemis TTV ✓ Tekanan Darah :140/90mmHg ✓ Nadi :82 ×/menit ✓ Respirasi :22 × /menit ✓ Suhu Tubuh :37,7° c	Perdarahaan post partum ↓ Kekurangan volume cairan	
2	DS: ✓ Nyeri pada luka bekas operasi dan perineum DO: ✓ Meringis kesakitan ketika menggerakkan kaki ➤ Pengkajian nyeri P :luka operasi dan perineum Q : Seperti di tusuk-tusuk R: Berfokus pada satu titik S: 3-6 (sedang) T:15-20 menit	Kala IV ↓ Kontraksi baik ↓ Ada perlukaan / insisunterus ↓ Kerusakan pembuluh darah / kerusakan saraf tepi ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut
3	DS: - DO ✓ Terdapat luka jalan lahir dan episiotomi ✓ Terdapat luka post operasi ✓ Leukosi : 14,5 10³/ µl ✓	Kala IV ↓ Kontraksi uterus baik ↓ Ada perlukaan /Insisi uterus ↓ Kurangnya perawatan luka ↓	Resiko Infeksi

		Resiko Infeksi	
4	DS: ✓ Pusing ✓ Lemah DO: ✓ Aktifitas di bantu keluarga ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan ✓ Terpasang kateter. ✓ Terdapat luka post operasi	Kala IV ↓ Kontraksi uterus baik ↓ Ada perlukaan /Insisi uterus ↓ Kerusakan pembuluh darah / kerusakan saraf tepi ↓ Hambatan mobilitas fisik	Hambatan mobilitas fisik

13) .Diagnosa keperawatan yang muncul

1. kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan.
2. nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi).
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan,stasis cairan tubuh,penurunan Hb.
4. hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cidera fisik.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN PERDARAHAN POST
PARTUM DAN EFEK ANASTESI DIRUANG BERSALIN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1	DX: kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan. DS: ✓ Pusing ✓ Lemah ✓ Pasien mengatakan ia mengalami perdarahan pasalinan DO: ✓ Pasien tampak pucat ✓ Mukosa bibie kering ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan ✓ HB:4,5 g/dl ✓ HT:19% ✓ Konjungtiva anemis - TTV ✓ Tekanan Darah :140/90mmHg ✓ Nadi :82 ×/menit ✓ Respirasi :22 × /menit ✓ Suhu Tubuh :37,7° c	Setelah di lakukan tindakan keperawatan pasien mampu mempertahankan kan volume cairan selama masa perawatan. Kriteria hasil: TTV dalam batas normal ✓ Nadi normal (60 – 100 X /menit) ✓ Respirasi normal(16- 24 X/menit) ✓ Tekanan darah normal(100-140 /60-90 mmHg) ✓ Membran mukosa lembab ✓ HB:kembali dalam batas normal ✓ Turgor kulit baik	1.pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 2. Monitor status dehidrasi(membrane mukosa,nadi adekuat,) 3. Monitor hasil Lab 4.Monitor Vital sign setiap 15-1 jam 5.kolaborasi pemberian cairan IV 6. kolaborasi pemberian transfuse darah. 7. Monitor intake dan urin output setiap 8 jam. 8.Kompresi air pada daerah luka insisi.

2	DX: nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi). DS: ✓ Nyeri pada luka bekas oprasi dan perineum DO: ✓ Meringis kesakitan ketika menggerakkan kaki ➤ Pengkajian nyeri P :luka oprasi dan perineum Q : Seperti di tusuk-tusuk R: Berfokus pada satu titik S: 3-6 (sedang) T:15-20 menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil : • Keluhan nyeri menurun • Tampak meringis menurun • Sikap protektif menurun	1. Dengan identifikasi dapat membantu perawatan untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemen nya 2. Dengan mengetahui skala nyeri klien dapat membantuperawat untuk mengetahui tingkat nyeri klien. 3. Dengan mengidentifikasi respon nyeri non verbal klien dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang di rasakan oleh klien. 4. Melati teknik relaksasi napas dalam pada klien. 5Anjurkan pada pasien dan keluarga untuk memberi posisi tidur yang nyaman dapat mengurangi nyeri.
3	DX: Resiko infeksi DS:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan	1. Lakukan perawatan luka post oprasi dan perineum .

	- DO: ✓ Terdapat luka jalan lahir dan episitomi ✓ Terdapat luka post operasi ✓ Leukosi : $14,5 \times 10^3/\mu l$	Tidak terjadi tanda tanda infeksi Kriteria Hasil: ✓ Suhu tubuh dalam batas normal ✓ Tidak ada tanda tanda infeksi.	2.Lakukan pengkajian warna luka,Bau,lochea. 3.Anjurkan pasien dan keluarga pasien untuk selalu mengganti pakian dalam.
4	DX: Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik. DS: ✓ Pusing ✓ Lemah DO: ✓ Aktifitas di bantu keluarga ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan ✓ Terpasang kateter. Terdapat luka post operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan. Kriteria hasil: ✓ Pergerakan ekstermitas meningkat. ✓ Kekuatan otot meningkat ✓ Rentang gerakan ROM meningkat	1.Identifikasi kekuatan otot klien 2.Monitor frekuensi tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. 3. Lakukan tindakan ROM pada pasien.

14) Implementasi dan Evaluasi.

No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	Rabu/24/Juni/2021	DX: kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan. DS: ✓ Pusing ✓ Lemah ✓ Pasien mengatakan ia mengalami perdarahan pasalinan DO: ✓ Pasien tampak pucat ✓ Mukosa bibie kering ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan ✓ HB:4,5 g/dl ✓ HT:19 % ✓ Konjungtiva anenis - TTV	Jam:9.00 1.Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat. H/ : urin 500 2. Melakukan monitor status dehidrasi(membrane mukosa,nadi adekuat,) H/ : bibir masi tampak pecah pecah 3. Memonitor hasil Lab H/ :HB:6,5 4.Melakukan monitor Vital sign setiap 15-1 jam H/ : ✓ Tekanan Darah :140/90mmHg ✓ Nadi :82 ×/menit ✓ Respirasi :22 × /menit ✓ Suhu Tubuh :37,7° c 5.Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV H/ : Terpasang infus 6.Melakukan kolaborasi pemberian transfuse darah.	S: klien mengatakan kalau rasa pusing ,lemah suda mulai berkurang. O :klien tampak suda sedikit mulai baikan A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi 1-7

		✓ Tekanan Darah :140/90mmHg ✓ Nadi :82 ×/menit ✓ Respirasi :22 × /menit ✓ Suhu Tubuh :37,7° c	H/: trasfusi dari 1 kolf 7. Monitor intake dan urin output setiap 8 jam. H/: Terpantau 8.Melakukan tindakan kompresi air pada luka insisi. H /: pasien merasa baikan.	
2	Rabu / 24/juni/ 2021	DX: nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi). DS: ✓ Nyeri pada luka bekas oprasi dan perineum DO: ✓ Meringis kesakitan ketika menggerakan kaki ➤ Pengkajian nyeri P :luka oprasi dan perineum Q : Seperti di tusuk-tusuk R: Berfokus pada satu titik S: 3-6 (sedang) T:15-20 menit	Jam 09: 45 1.Mengidentifikasi dapat membantu perawatan untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemen nya 2. Dengan mengetahui skala nyeri klien dapat membantuperawat untuk mengetahui tingkat nyeri klien. H/: pasien merespon 3. mengidentifikasi respon nyeri non verbal klien dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang di rasakan oleh klien. H/: pasien merespon. 4. Melati teknik relaksasi napas dalam pada klien. H /: Pasien meraspon	S:klien mengatakan kalau rasa nyeri suda mulai berkurang O:klien tampak waja suda kelihatan tidak terlalu meringis kesakitan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1 - 5

			5.Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk memberi posisi tidur yang nyaman dapat mengurangi nyeri. H/: pasien mengikuti	
3	Rabu/24 / juni/2021	DX: Resiko infeksi DS: - DO: ✓ Terdapat luka jalan lahir dan episitomi ✓ Terdapat luka post operasi ✓ Leukosi : 14,5 $10^3/\mu\text{l}$	Jam 08:16 1. Melakukan perawatan luka post operasi dan perineum . H/ :luka post op tampak baik ,tidak ada tanda infeksi, dan cokhea merah kecoklatan,bau baik. 2.Melakukan pengkajian warna luka,Bau,lochea. H/: cokhea merah kecoklatan,bau baik. 3.Menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk selalu mengganti pakian dalam. H/:ppasien mengikuti saran	S:pasien tambah baik tidak ada tanda infeksi O:Klien tampak bersih A:Masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi.
4	Rabu/ 24 / juni /2021	DX: Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik.	Jam: 16: 00 1Mengidentifikasi kekuatan otot klien. H/ : 5/5 3/3	S:klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan melakukan aktifitas

		DS: ✓ Pusing ✓ Lemah DO: ✓ Aktifitas di bantu keluarga ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan ✓ Terpasang kateter. Terdapat luka post oprasi	2.Memonitor frekuensi tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. H/: TD: 120/90mmHg 3. Melakukan tindakan ROM pada pasien. H/:pasien Mau ikut melakukan tindakan ROM.	O:Klien tampak mengikuti tindakan yang di ajarkan perawat. A: Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi
--	--	--	---	---

15) Catatan Perkembangan.

No	Diagnosa keperawatan	Jam tindakan	Implementasi	Evaluasi
1	DX: kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan. DS: ✓ Pusing ✓ Lemah ✓ Pasien mengatakan ia mengalami	08:00 wit	1.Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat. H/ : urin 500 2. Melakukan monitor status dehidrasi(membrane mukosa,nadi adekuat,) H/ : bibir masi tampak pecah pecah 3. Memonitor hasil Lab H/ :HB:6,5	Jam 16:00 wit S: Pasien merasa suda baikan. O: Bibir pasien mulai tampak membaik A: Masalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan

	perdarahan pasalinan DO: ✓ Pasien tampak pucat ✓ Mukosa bibir kering ✓ Kaki pasien oedema kiri dan kanan ✓ HB:4,5 g/dl ✓ HT :19% ✓ Konjungtiva anemis - TTV ✓ Tekanan Darah :140/90mmHg ✓ Nadi :82 ×/menit ✓ Respirasi :22 × /menit ✓ Suhu Tubuh :37,7° c		4.Melakukan monitor Vital sign setiap 15-1 jam H/ : ✓ Tekanan Darah :140/90mmHg ✓ Nadi :82 ×/menit ✓ Respirasi :22 × /menit ✓ Suhu Tubuh :37,7° c 5.Melakukan kolaborasi pemberian cairan IV H/ : Terpasang infus 6.Melakukan kolaborasi pemberian transfuse darah. H/: trasfusi dari 1 kolf 7. Monitor intake dan urin output setiap 8 jam. H/: Terpantau.	kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan. Belum teratasi sebagian P: Lanjitkan intervensi
2	DX: nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (penekanan/kerusakan	09:00	1.Mengidentifikasi dapat membantu perawatan untuk berfokus pada	S: Pasien merasa nyeri suda berkurang

	jaringan , infiltrasi). DS: ✓ Nyeri pada luka bekas oprasi dan perineum DO: ✓ Meringis kesakitan ketika menggerakan kaki ➤ Pengkajian nyeri P :luka oprasi dan perineum Q : Seperti di tusuk-tusuk R: Berfokus pada satu titik S: 3-6 (sedang) T:15-20 menit		penyebab nyeri dan manajemen nya 2. Dengan mengetahui skala nyeri klien dapat membantuperawat untuk mengetahui tingkat nyeri klien. H/: pasien merespon 3. mengidentifikasi respon nyeri non verbal klien dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang di rasakan oleh klien. H/: pasien merespon. 4. Melati teknik relaksasi napas dalam pada klien. H /: Pasien meraspon 5.Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk memberi posisi tidur yang nyaman dapat mengurangi nyeri. H/: pasien mengikuti	O: Pasien tidak meringis lagi A Masalah nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi). Suda teratasi sebagian P:intervensi di lanjutkan sesuai nomor 4
3	DX: Resiko infeksi DS:	09:45 wit	1. Melakukan perawatan luka post oprasi dan perineum .	S : pasien mengatan tidak ada tanda tanda menuju infeksi.

	- DO: ✓ Terdapat luka jalan lahir dan episitomi ✓ Terdapat luka post operasi ✓ Leukosi : 14,5 $10^3/\mu\text{l}$		H/ :luka post op tampak baik ,tidak ada tanda infeksi, dan cokhea merah kecoklatan,bau baik. 2.Melakukan pengkajian warna luka,Bau,lochea. H/: cokhea merah kecoklatan,bau baik. 3.Menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk selalu mengganti pakian dalam. H/:ppasien mengikuti saran	O: Pasien tampak baik baik A: Resiko infeksi Sudah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi sesuai nomor 3
4	DX: Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik. DS: ✓ Pusing ✓ Lemah DO: ✓ Aktivitas di bantu keluarga ✓ Kaki pasien oedema kiri dan	11:00 wit	1MengiIdentifikasi kekuatan otot klien. H/ : 5/5 4/4 2.Memonitor frekuensi tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. H/: TD: 120/90mmHg 3. Melakukan tindakan ROM pada	S: Paseien mengatakan suda mulai melakukan aktifitas secara perlahaan. O: Pasien tampak mulai melakukan aktifitas secara perlahan A Masalah hambatan mobilisasi fisik

	kanan ✓ Terpasang kateter. Terdapat luka post operasi		pasien. H/:pasien Mau ikut melakukan tindakan ROM.	berhubungan dengan agens cedera fisik. Sebagian teratasi P ; lanjutkan intervensi sesuai nomor 3
--	--	--	--	---

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Analisis Kasus Terkait Teori.

Analisi terkait teori karya akhir ilmiah Ners ini adalah pasien dengan Perdarahan postpartum dimana .Perdarahan postpartum merupakan penyebab utama tingginya angka kematian ibu (AKI). Kira-kira 14 juta wanita menderita perdarahan postpartum setiap tahunnya. Perdarahan postpartum menyebabkan kematian sebanyak 25- 30% di negara berkembang (Sosa, 2014). Pada tahun 2013, perdarahan yaitu terutama perdarahan postpartum menyebabkan kematian ibu sebanyak 30,3% di Indonesia. Selain perdarahan, penyebab kematian ibu tertinggi lainnya adalah hipertensi dalam kehamilan, infeksi, partus lama dan abortus (Kemenkes RI, 2017). Perdarahan

postpartum merupakan penyebab tersering dari keseluruhan kematian akibat perdarahan obstetrik. Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir pada persalinan per vaginam dan melebihi 1000 ml pada seksio sesarea (Chunningham, 2012), atau perdarahan yang lebih dari normal yang telah menyebabkan perubahan tanda vital, seperti kesadaran menurun, pucat, limbung, berkeringat dingin, sesak napas, serta tensi < 90 mmHg dan nadi > 100/menit (Karkata, 2015).

Perdarahan postpartum adalah kehilangan darah antara 500 ml atau lebih selama bersalin ataupun masa nifas. Perdarahan postpartum pada 24 jam pertama menyebabkan kematian ibu sebesar 45%, 68-73% dalam satu minggu setelah bayi lahir, dan 82-88% dalam dua minggu setelah bayi lahir (Saifuddin, 2012). Perdarahan postpartum dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain perdarahan dari tempat implantasi plasenta yang terdiri dari hipotoni akibat anestesi, distensi berlebihan, atonia uteri, multiparitas, dan sisa plasenta. Perdarahan postpartum juga disebabkan oleh faktor robekan jalan lahir, ruptura uteri, preeklampsia, kasus trombofilia, solusio plasenta, kematian janin dalam kandungan dan emboli air ketuban (Astuti, Mifbakhuddin dan Meikawati, 2014).

Tindakan pembedahan akan mengakibatkan trauma jaringan sehingga dapat terjadi ketidakseimbangan volume cairan. Ketidakseimbangan volume cairan terjadi saat tubuh kehilangan cairan dan elektrolit ekstraseluler dalam jumlah yang sama, kondisi tersebut juga

disebut dengan hipovolemi. Kekurangan volume cairan atau dehidrasi dapat terjadi saat pembedahan karena banyak mengeluarkan darah (Tamsuri, 2009). Akibat yang ditimbulkan dari kekurangan volume cairan yaitu dehidrasi, hiponatremia, hipokalemia, selain itu dapat menyebabkan kelelahan, dan menurunkan daya konsentrasi (Sjamsunidajat dkk, 2010). Kekurangan volume cairan tubuh dapat ditandai dengan penurunan tekanan darah, penurunan tekanan nadi, penurunan turgor kulit, penurunan pengisian vena, membran mukosa kering, haus, kulit kering, kelemahan, peningkatan konsentrasi urin (Black & Hawks, 2014). Untuk meningkatkan dan mempertahankan kebutuhan cairan tubuh dibutuhkan terapi cairan, seseorang yang akan atau sedang menjalani masa pembedahan memerlukan tambahan pemberian cairan untuk menangani asupan cairan, mengganti kehilangan darah, kehilangan cairan rongga tiga.

B. Analisis Kasus Sesuai dengan Kelolaan.

Asuhan keperawatan pada klien Ny.D dengan perdarahan post partum di lakukan sejak tanggal 25 – 27 juni 2021 di lakukan di ruangan finas pada tanggal 25 juni 2021 .dari data Ny.D tersebut di dapat kan data keluhan utama yaitu Pusing,lemah, dan di dapatkan data objektif ,konjungtiva anemis,bibir pecah – pecah,mukoda bibir kering,HB:4,5 g/dl ,HT: 19% ,tekanan darah 140/90mmHg,terdapat luka insisi perineum, dan insisi opdomen,terdapat jahitan perineum,terdapat oedema pada kedua kaki.

Diagnosa keperawatan yang ada pada kasus kelolaan berdasarkan NANDA NIC NOC (2015) pada pasien dengan perdarahan post partum adalah

- a. kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan.
- b. nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (penekanan/kerusakan jaringan , infiltrasi).
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan,stasis cairan tubuh,penurunan Hb.
- d. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan agens cedera fisik.

Pada saat pengkajian pada pasien di dapatkan data objektif pasien tampak mukosa bibir kering,bibir pecah – pecah ,konjungtiva anemis,HB: 4 ,5 g/dl , HT: 19 %. Menurut NANDA NIC NOC (2015)kekurangan volume cairan adalah penurunan cairan intravaskuler,intertisial,dan intraseluler.ini mengacu pada dehidrasi kehilangan cairan saa

tanpa perubahan pada natrium di tantai dengan bibir pecah – pecah, mukosa bibir kering, turgor kulit tidak elastis.

C. Analisis Based Evidence Practice (Salah satu intervensi terkait).

Setelah dilakukan implementasi pada Ny.D selama 3 hari mulai dari hari Kamis 25 Juni 2021 sampai 27 Juni 2021 dengan banyaknya masalah kekurangan volume cairan dan intervensi terapi pemberian air minum dan kompres air es pada luka jahitan perineum terhadap kasus perdarahan post partum pada ibu.

Hasil pendataan yang dilakukan peneliti di ruang kebidanan Rumah Sakit Bhayangkara Ambon, didapatkan jumlah data ibu bersalin pada bulan April sampai Mei 2018 sebanyak 20 orang dan hampir dari keseluruhan ibu yang bersalin baik primipara maupun multipara mengalami luka perineum. Sampai saat ini penanganan ibu post partum yang mengalami nyeri luka perineum di ruang kebidanan Rumah Sakit Bhayangkara Ambon hanya menggunakan metode farmakologi yaitu dengan memberikan obat analgetik. Selain itu ibu yang mengalami nyeri luka perineum hanya melakukan tindakan perawatan luka seperti mencuci luka perineum dengan sabun, melakukan cebok dari depan ke belakang dan mengeringkan alat genitalia. Mengingat permasalahan yang dapat timbul sebagai akibat dari robekan perineum pada saat melahirkan, maka perlu dilakukan penanganan dengan mengembangkan metode nonfarmakologis yang tidak memiliki efek samping, simple dan nyaman untuk ibu seperti dengan melakukan kompres air dingin. Kompres air dingin dapat mengurangi aliran darah ke daerah perineum sehingga mencegah terjadinya perdarahan (Judha, 2012). Kompres air dingin juga merupakan alternatif lain untuk mengurangi nyeri selain dengan menggunakan obat-obatan karena dapat menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls yang mencapai otak akan lebih sedikit (Rahmawati, 2011).

Hasil pendataan yang dilakukan peneliti di ruang kebidanan Rumah Sakit Bhayangkara Ambon, didapatkan jumlah data ibu bersalin pada bulan April sampai Mei 2018 sebanyak 20 orang dan hampir dari keseluruhan ibu yang bersalin baik primipara maupun multipara mengalami luka perineum. Sampai saat ini penanganan ibu post partum yang mengalami nyeri luka perineum di ruang kebidanan Rumah Sakit Bhayangkara Ambon hanya menggunakan metode farmakologi yaitu dengan memberikan obat analgetik. Selain itu ibu yang mengalami

nyeri luka perineum hanya melakukan tindakan perawatan luka seperti mencuci luka perineum dengan sabun, melakukan cebok dari depan ke belakang dan mengeringkan alat genitalia. Mengingat permasalahan yang dapat timbul sebagai akibat dari robekan perineum pada saat melahirkan, maka perlu dilakukan penanganan dengan mengembangkan metode nonfarmakologis yang tidak memiliki efek samping, simple dan nyaman untuk ibu seperti dengan melakukan kompres air dingin. Kompres air dingin dapat mengurangi aliran darah ke daerah perineum sehingga mencegah terjadinya perdarahan (Judha, 2012). Kompres air dingin juga merupakan alternative lain untuk mengurangi nyeri selain dengan menggunakan obat-obatan karena dapat menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls yang mencapai otak akan lebih sedikit (Rahmawati, 2011).

D. Alternatif Pemecahan Masalah.

Dari implemtasi yang di lakukan selama 3 hari penulus tidak mendapat kendalah apapun saat melakukan intervensi, Hal ini di karenakan tidak ada nya biaya atau peralatan yang khusus yang di gunakan saat melakukan intervensi. intervensi ini juga sangat mudah saat melakukan oleh perawat dan keluarga pasien kerena hanya mengasi minim pasien sesuai dengan apa di sarankan perawat.

Tanggal 26 juni 2021 memonitor status hidrasi pasien pasien mengatakan masih lemas, kulit pucat, konjungtiva anemis terlihat pucat, mukosa bibir lembab. Vital sign pada jam 08.10 tercatat tekanan darah : 135/80 mmHg, nadi : 80 x/menit, Respiratory Rate: 20x/menit, suhu tubuh : 36,8 oC. Jam 08.40 mengedukasi pasien dan keluarga menambah intake oral, pasien mengatakan belum sarapan hanya menghabiskan susu setengah gelas, keluarga bersedia untuk sering memberikan minum dan makan pada pasien walaupun sedikit, masih terlihat sisa susu setengah gelas (100 ml) dimeja pasien. Jam 09.30 memonitor status cairan , pasien mengatakan belum makan dan hanya minum susu setengah gelas, input infus RL 1500 ml + injeksi omeprazole 10 ml + injeksi mecobelamin 5 ml + makan minum 900 ml = 2415 ml, output urine 1200 ml + drine 100 ml = 1300 ml, balance cairan : $2415 - (1300 + 1020) = +95\text{ml}$.

Dan pada tanggal 26 juga perawat malakukan kompres dingin pada pasien juga untuk menurunkan rasa nyeri dan mengirangi perdarahan ibu. Kompres air dingin juga merupakan

alternative lain untuk mengurangi nyeri selain dengan menggunakan obat-obatan karena dapat menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls yang mencapai otak akan lebih sedikit (Rahmawati, 2011).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan.

Berdasarkan hasil pembahasan diatas maka dapat ditarik kesimpulan dari hasil pengkajian didapatkan diagnose kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume tubuh secara aktif akibat perdarahan. Tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor vital sign, monitor status hidrasi dan status cairan (intake dan output) tubuh, persiapan untuk transfusi, edukasi pasien dan keluarga menambah intake oral, kolaborasi dengan dokter. Terbukti efektif untuk pasien yang mengalami kekurangan volume cairan akibat perdarahan post operasi. Balance cairan pasien mengalami peningkatan yang sebelumnya -300 ml menjadi + 95 ml. Dan ada perubahan ketika belakukan kompres air dingin pada luka oprasi dan periseum dan menghenrikan perdarahan dan menurunkan mengurangi rasa nyeri pada luka.

B. Saran.

a. Institusi Akademik

Institusi akademik diharapkan lebih banyak memberikan referensi tentang aplikasi tindakan-tindakan intervensi inovasi memberi air minum dan menghitung IWL dan kompres air dingin pada darea insisi, sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis dalam menerapkan intervensi yang dilakukan secara mandiri sesuai bidang keperawatan dan jurnal-jurnal penelitian baru.

b. Perawat

Perawat diharapkan dapat memberikan pelayanan secara maksimal baik dari segi edukasi maupun intervensi, sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup untuk terhindar dari kekurangan volime cairan yang perlebihaan dan kehilangan darah yang berlebihan . Hasil penelitian ini juga digunakan acuan penyusunan standar operasional prosedur.. Perawat juga dapat menggunakan tehnik ini dalam menghadapi pasien pengan perdarahan post partum.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian lanjutan dengan cara memodifikasi intervensi yang sudah ada dengan yang baru, sehingga dapat diberikan pada pasien dengan perdarahan post partum.

SSAAS (MUTHMAINNAH, Purwanti, Ns, Kep, & Rosyid, 2017)

MM (Dolang, 2019)S

sss(Siswosudarmo, 2016)

ii(APRIANI & Ningsih, 2020)

ww(FHADILLA ERIN SAGITA, 2019)

ee(FHADILLA ERIN SAGITA, 2019)

ee(MU'ALLIMAH)

yy(Putri, 2014)

tt(RIZANY, 2020)

ii(Wuryanti, 2010)

DAFTAR PUSTAKA

- APRIANI, R., & Ningsih, N. (2020). *APLIKASI MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA PADA ASUHAN KEPERAWATAN IBU POSTPARTUM DENGAN SECTIO CAESAREA*. Sriwijaya University.
- Dolang, M. W. (2019). Pengaruh Pemberian Kompres Air Dingin Terhadap Nyeri Luka Perineum Pada Ibu Post Partum. *Jurnal Ilmiah Keperawatan dan Kebidanan Holistic Care*, 3(2), 84-87.
- FHADILLA ERIN SAGITA, F. E. S. (2019). *Asuhan keperawatan ibu post partum dengan post operasi sectio casarea di ruangan rawat inap kebidanan RSAM Bukittinggi tahun 2019*. stikes perintis padang.
- MU'ALLIMAH, R. *Faktor Risiko Kejadian Perdarahan Postpartum (Analisis Lanjut Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017)* t. FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT.
- MUTHMAINNAH, Q., Purwanti, O. S., Ns, M. K., Kep, N. S., & Rosyid, F. N. (2017). *Upaya Peningkatan Volume Cairan Tubuh Pasien Post Laminectomy Lumbal*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Putri, F. D. (2014). Kondisi pembeda volume perdarahan kala IV. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 3(2), 120-126.
- RIZANY, I. (2020). Hak Cipta: Kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional.
- Siswosudarmo, R. (2016). *Penanganan Perdarahan Pascasalin terkini dalam Upaya menurunkan Angka Kematian Ibu: Yogyakarta*.
- Wuryanti, A. (2010). Hubungan anemia dalam kehamilan dengan perdarahan postpartum karena atonia uteri di RSUD Wonogiri.