

BAB III

TINJAUAN KASUS

Bab ini merupakan ringkasan asuhan keperawatan maternitas dengan pengelolaan studi kasus post partumspontan di RSUD KRATON Kab. Pekalongan tanggal 22 oktober 2019. Asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Analisa Data Identitas pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 22 oktober 2019 pukul 21.30 WIB pasien masuk 22 oktober 2019 pukul 16.00 WIB dari ruang persalinan Dahlia masuk keruang rawat cempaka RSUD Keraton Kab. Pekalongan. pada kasus ini pengkajian diperoleh dengan cara Autoanamnesa dan alloanamnesa, pengamatan dan observasi secara langsung pemeriksaan fisik menelaah catatan medis, catatan perawat. Dari data pengkajian didapatkan hasil: Pasien bernama Ny K, pasien bertempat tinggal di mayangan wiradesa, umur 31 tahun, jenis kelamin perempuan, pasien sebagai ibu rumah tangga, pasien masukke RS sejak tanggal 22 oktober 2019 pukul 16.00 dengan penanggung jawab pasien adalah suami Ny K dan beragama islam. Bersuku bang sajava.

2. Riwayat kesehatan pasien

Pengkajian didapatkan riwayat kesehatan sekarang klien, keluhan utama yang dirasakan pasien yaitu pasien dibawa ke RSUD KRATON kepada suaminya pada tanggal 22 Oktober 2019 sekitar jam 21.00 WIB klien merasakan kencang-kencang pada perutnya serta mengeluarkan lendir kecokelatan. Sebelumnya klien datang ke puskesmas wiradesa

lalu dirujuk ke RSUD Kraton dibawa oleh suaminya pada jam 23.00 WIB karena pasien mengalami perdarahan

3. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit yang pernah dialami pasien yang mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit, hanya 4 tahun yang lalu pernah mempunyai riwayat post partum dengan cara SC G2 P2 A0 dan Pengobatan yang didapatkan pasien mengatakan pada waktu SC langsung dibawa ke Rumah sakit, Riwayat penyakit keluarga pasien adalah dalam keluarganya tidak ada yang pernah menderita penyakit keturunan lainnya

4. Riwayat kesehatan keluarga

Ny K merupakan anak ke 3 dari 5 bersudara dari orang tua Ny K yang masih hidup yaitu bapaknya, ibu dari Ny K sudah meninggal, Ny. K menikah dengan Tn P yang memiliki keturunan 2 orang anak 1 anak laki-laki dan 1 anak perempuan yang baru lahir pada tanggal 22 Oktober 2019 Pasien mengatakan dalam keluarga pasien tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi atau DM, pasien mengatakan dalam lingkungan tempat tinggal pasien tidak ada yang melakukan kebiasaan yang menyimpang seperti mengkonsumsi alkohol maupun obat terlarang.

5. Pemeriksaan TTV dan keadaan umum pasien

Berdasarkan pengajian pada tanggal 22 oktober 2019 didapatkan hasil subjektif dan objektif pada pasien yang baru saja melakukan persalinan secara spontan, tekanan darah 110/80 mmhg, RR 20x/menit N:84x/menit, S:36C, BB:50Kg, Tb:157Cm, Keadaan umum pasien terlihat lemah, dan kesakitan, kesadaran composmentis (E4 V6 M5), Pemeriksaan fisik Kepala, Inspeksi Warna rambut hitam, kotoran tidak ada, tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, tidak teraba lesi, mata Inspeksi Mata kiri dan kanan simetris, sclera ikterik, gerak bola mata normal, konjungtiva anemis, palpebra kehitaman. Palpasi Tidak ada nyeri tekan , Hidung Inspeksi hidung simetris kiri dan kanan, tidak

ada peradangan, fungsi penciuman baik, tidak ada sekret, tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Palpasi tidak ada nyeri tekan, mulut inspeksi mukosa bibir kering, warna lidah merah, jumlah gigi masih utuh, terdapat karang gigi. Palpasi tidak ada nyeri tekan, dada dan axilla.

Pemeriksaan Payudara Payudara simetris kanan dan kiri, Mamae mengalami pembesaran, aerola menonjol, ASI belum keluar dengan lancar, Paru-paru/Pulmonal Inspeksi warna kulit sama dengan kulit lain, Pergerakan dada normal, tidak menggunakan alat bantu dalam bernapas, frekuensi pernapasan teratur 20x/mnt, Palpasi tidak terdapat nyeri tekan, tidak teraba adanya benjolan, Perkusi bunyi normal (sonor)/tidak terdengar suara pekak, Auskultasi Tidak terdengar bunyi nafas tambahan, Pernafasan Nampak normal, tidak menggunakan alat bantu dalam bernapas, frekuensi pernapasan teratur 20 x/mnt, Sirkulasi Jantung inspeksi tidak ada pembesaran jantung, bentuk simetris, Palpasi tidak ada nyeri tekan atau benjolan. Perkusi terdengar redup auskultasi tidak ada bunyi tambahan pada jantung (mur-mur),

Abdomen Inspeksi bentuknya membesar dengan arah manjang, terdapat ada luka bekas operasi SC dulu , Auskultasi bising usus normal Palpasi TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba keras, kontraksi (+), pasien tidak mual dan muntah setelah melahirkan, Pengkajian Nyeri PQRS, *Provokative* Nyeri bertambah apabila pasien melakukan aktifitas. *Paliative* Nyeri berkurang apabila pasien berbaring atau tidak melakukan aktifitas. *Quality* Nyeri yang dirasakan pasien seperti teriris-iris *Range* Nyeri yang dirasakan pasien diperinium *skala* Skala nyeri 3 *Time* Hilang Timbul. Genitourinary (REEDA) Perineum Terdapat luka jahitan sebanyak 3, tampak bengkak dan kemerahan Lokhea Terdapat lokhea rubra berwarna merah, segar berbau amis, banyaknya lochea yang keluar adalah 3 pembalut penuh selama 6 jam.

Ektremitas (Integumen / Muskuloskeletal) Kulit / Integument Inspeksi keadaan kulit kering, kulit tidak bersisik, Palpasi tidak teraba

adanya nyeri tekan, tidak teraba adanya benjolan. Ekstremitas atas inspeksi tidak ada odema, kulit kering, tangan kiri terpasang infuse RL 20 tpm/mnt, tidak ada lesi. Palpasi tidak ada nyeri tekan ekstremitas bawah Inspeksi, Simetris kiri dan kanan, kulit kering, tidak ada lesi palpasi tidak terdapat nyeri tekan

6. Pemeriksaan penunjang

Data penunjang yang didapat pasien adalah laboratorium pada tanggal 22 oktober 2019 pada jam 09.00 hasil dari Lekosit (H.12.22), Hemoglobin (L10.9), Eritrolit (L 3.78), Hematokrit (L32.9), Goldarah (B)

7. Program terapi

Terapi obat yang didapat pasien sewaktu dirumah sakit yaitu pasien pasien mendapatkan terapi injeksi cefotaxime 2x 500gram per IV, injeksi ketorolac 15 mg/12 jam per IV, infus RL 20 tpm/menit.

B. Analisa Data

Data focus yang ditemukan berdasarkan pengkajian tanggal 22 oktober 2019 jam 09,00 WIB yaitu :

Data objektif : Pasien mengatakan kesakitan pada daerah perineum

Data objektif : Pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, terdapat ada luka jahitan diperinium sebanyak 3 jaitan, Luka tampak basah dan kemerahan, terdapat perdarahan selama 6 jam klien mengganti pembalut 3 x, Hb: 10.9 g/dl, TTV , TD: 110/80 mmHg, N: 84 x/mnt, RR: 20 x/mnt, S: 36 °C

Etiologi : kerusakan integritas kulit ditandai dengan (luka jahitan diperinium).

Masalah : Risiko Infeksi

C. Diagnosa Keperawatan

Adapun prioritas diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. K yaitu risiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit ditandai dengan (kerusakan integritas kulit).

D. Intervensi

Intervensi atau rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan berdasarkan ONEC (Observasi, Nursing, Edukasi, Kolaborasi). Resiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, penulis mempunyai tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam selama 2 hari masalah keperawatan resiko infeksi tidak ada tanda-tanda infeksi seperti (tumor, calor,dolor,rubor,functio laesa) dengan kriteria hasil pasien terbebas dari dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan pasien untuk mencegah timbulnya infeksi menunjukkan perilaku hidup sehat..

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan diatas, hanya melakuakn perawatan vulva higien yang dapat penulis lakukan untuk mencegah dan mengurangi terjadinya infeksi pada bagian vulva higien. Perawatan personal higien dapat dilakukan sendiri dan sangat membantu dalam kehidupan sehari- hari untuk kebersihan area vagina.

Selain itu Bayitun, (2017). Juga menyebut bahwa perawatan yang bisa dilakukan oleh ibu post partum seperti mengganti pembalut sesering mungkin setiap kali mandi atau tiap 4 sampai 6 jam, melepas pembalut dari arah depan kebelakan untuk menghindari penyebaran bakteri dari daerah anus ke vagina, membersihkan luka perinium dengan air hsnkst/ air mengalir yg sudah matang, menganjurkan ibu untuk cuci tangan terlebih dahulu sebelum menyentuh luka perineum sampai area tersebut pulih.

Vulva hygiene juga bertujuan untuk mempertahankan kebersihan perinium dan vulva. Berikut ini adalah tahap-tahap pelaksanaan vulva hygiene. Persiapan awal cuci tangan dan kontrak waktu kepada pasien serta menjelaskan tujuan. Persiapan alat meliputi kom steril, kapas, sarung tangan, pingset anatomis, korentang, perlak, bengkok, baskom berisi air bersih hangat dan air biasa dan pembalut, betadin, NaCl. Tahap pelaksanaan, observasi tanda-tanda infeksi, dekatkan alat ke klien, atur posisi liktotomi, lepas celana bagian dalam pasien, gunakan sarung tangan, pasang perlak, ambil kasa dengan pingset kemudian renggangkan labia, usapkan kasa pada labia mayora kanan, kiri dan minora, satu kasa digunakan pada satu labia dengan satu kali usap dan searah, kemudian dikeringkan dengan kasa, kemudian ambil satu kasa lagi dan diberi cairan betadin lalu tutup kembali dengan pembalut dan celanan bagian dalam, rapikan alat, kemudian kembalikan klien pada posisi semula, lepas sarung tangan cuci tangan, dan dokumentasi.

E. Implementasi

Pada tanggal 22 oktober 2019 pada pukul 09.20 wib dilakukan tindakan pengkaji dilakukan tindakan Penanganan terhadap resiko infeksi dapat dilakukan dengan tindakan vulva hygiene, tindakan non farmakologis maupun kombinasi keduanya. Tindakan farmakologis yaitu memberikan obat seperti obat anti peradangan . Sedangkan tindakan non farmakologis yaitu tindakan tambahan dalam melakukan vulva hygiene

.Tindakan non farmakologis mengontrol terjadinya infeksi dengan rutin membersihkan vulva higien dengan teratur sehari 1 kali.

Dalam asuhan keperawatan dengan Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Partum Spontan Dengan Tindakan Vulva Higyne di ruang cempaka RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan yang dilakukan penerapan denganmelakukan tindakan vulva hygiene yaitu dalam waktu 2 hari dengan 20 menit intervensi dalam sehari. Berdasarkan uraian diatas maka penulis akan menggunakan intervensi tindakan vulva hygiene untuk mengurangi resiko infeksi sehingga diharapkan pasien terhindar dari resiko infeksi. Implementasi hari pertama pada tangga 22 oktober 2019 jam setelah partus dari jam 09.00 dengan implementasi 1 kali sehari dalam waktu 20 menit pada hari pertama dilakukan observasi tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada kemerahan,odema dan setelah itu dilakukan vulva hygiene.

Implementasi hari kedua pada tangga 23 oktober 2019 pada jam 09.15 dengan implementasi 1 kali sehari dalam waktu 20 menit pada hari pertama dilakukan observasi tanda-tanda infeksi dengan hasil tidak ada kemerahan,odema dan setelah itu dilakukan vulva hygiene.

F. Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada tanggal 22 oktober 2019 pada jam 09.00 WIB didapatkan data pasien belum begitu memahami vulva higien. Terdapat bekas luka jahitan diperinium. Assessment masalah resiko infeksi belum teratasi. Plaining intervensi dilanjutkan observasi tanda-tanda infeksi belum teratasi. Planning intervensi dilanjutkan, observasi tanda-tanda infeksi dan vulva higien setiap hari.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 23 oktober 2019 pada jam 09.15 WIB didapatkan data pasien sudah mulai paham tentang vulva higien, namun masih ragu untuk melakukannya. Bekas jahitan nampak bersih dan kering. Assessment masalah resiko infeksi tidak terjadi. Planning intervensi dilanjutkan , edukasi cara merawat genetalia untuk

mencegah infeksi dan observasi mengenai tanda-tanda infeksi agar pasien dapat melanjutkan personal hygiene secara mandiri saat dirumah.