

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan memaparkan antara konsep teori yang telah di bahas sebelumnya dengan hasil pengkajian praktik langsung diterapkan pada klien dalam proses pemberian asuhan keperawatan pasien dengan gangguan kebutuhan cairan terhadap Ny. E yang telah dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 11-13 Maret 2021 di Ruang Kebidanan RSUD Maydjen HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Berikut ini adalah hasil dari pembahasan terkait dengan Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Cairan pada Kasus PPH terhadap Ny. E di Ruang Kebidanan RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian merupakan pengumpulan data yang dilaksanakan dengan beberapa cara (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic, dll) untuk mendapatkan informasi tentang kondisi kesehatan klien, yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar. (Suarni & Apriyani, 2017).

Pada saat penulis melakukan pengkajian didapatkan data dari klien, keluarga klien, rekam medis klien, tim kesehatan. Klien mengatakan keluar darah pervaginam lumayan banyak klien mengatakan mengganti pembalut sebanyak 2 kali lebih (600 ml/24 jam), klien mengeluh lemas, klien mengeluh lemah, klien mengeluh sakit kepala, klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun pada malam hari, klien tampak meringis, terdapat kontraksi uterus. Klien tampak kelelahan turgor kulit klien menurun, membran mukosa kering, pemeriksaan CRT >3 detik, akral teraba dingin, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan

darah 100/70 mmHg, nadi 79x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 36°C, hal ini terjadi karena dari rekam medik hasil pemeriksaan laboratorium HB dan HT klien didapatkan rendah HB 10,8 g/dl, HT 31,1 %, hasil USG terdapat sisa plasenta.

Menurut pengkajian teori didapatkan data yang berfokus pada keluhan utamayang dirasakan yaitu kehilangan darah selama proses post partum, perubahan TD dan nadi, perlambatan pengisian kapiler, pucat, kulit dingin, cemas. Pengkajian integritas ego ketakutan dan khawatir. Pengkajian nyeri mengeluh nyeri, nyeri pada abdominal, badan lemah, tidak mampu melakukan perawatan diri.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

Menurut teori diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien PPH yaitu Hipovolemia, Risiko infeksi, Ansietas, Perfusi perifer tidak efektif.

Berdasarkan data-data yang didapatkan dari hasil pengajian pada Ny. E penulis menegakkan beberapa diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang ada, yaitu ;

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)

Hipovolemia merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler (SDKI, 2017). Menurut PPNI tanda mayor pada hipovolemia meliputi : tekanan darah menurun, nadi terba

lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, CRT >3 detik. Tanda minor pada hipovolemia klien mengeluh merasa lemah.

Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan tanda-tanda hipovolemia seperti klien mengeluh lemah, nadi teraba lemah 79 x/menit, tekanan darah menurun 100/70 mmHg, CRT >3 detik.

2. Risiko syok dibuktikan dengan kekurangan volume cairan karena perdarahan.

Risiko syok berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa (SDKI, 2017).

Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan gejala klinis yaitu perdarahan yang bisa menyebabkan risiko syok.

3. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula

Ketiaknyamanan pasca partum merupakan perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan (SDKI, 2017).

Menurut SDKI (2017) tanda mayor pada gangguan meliputi : mengeluh tidak nyaman, tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, luka episiotomi, payudara bengkak. Tanda minor pada gangguan rasa nyaman meliputi : TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, menangis/merintih, berkeringat berlebihan.

Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan tanda-tanda ketidaknyamanan pasca partum seperti klien mengeluh tidak nyaman, klien tampak meringis, terdapat kontraksi uterus klien mengeluh kelelahan, klien tampak gelisah, terdapat kontraksi uterus.

C. Rencana Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017). Setelah penulis menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan data yang ditemukan

saat pengkajian, penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang akan diterapkan kepada Ny. E berdasarkan diagnosa keperawatan diantaranya sebagai berikut :

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)

Berdasarkan SLKI tujuan yang harus dicapai untuk menyelesaikan masalah antara lain : Status cairan (L.03028) kekuatan nadi meningkat, membran mukosa lembab, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik, turgor kulit membaik, hemoglobin membaik.

Berdasarkan SIKI Manajemen hipovolemia (I.03116) : dengan rencana tindakan periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, berikan asupan cairan, kolaborasi pemberian IV (mis. NaCl, RL).

2. Risiko syok dibuktikan dengan kehilangan cairan aktif (perdarahan)

Berdasarkan SLKI tujuan yang harus dicapai untuk menyelesaikan masalah antara lain : Tingkat syok (L.03032) yaitu kekuatan nadi meningkat, akral dingin menurun, pucat menurun, latergi menurun, pengisian kapier membaik.

Berdasarkan SIKI intervensi yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan masalah antara lain : Pencegahan syok (I.02068) : dengan rencana tindakan memonitor status kardioripilmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD), monitor status cairan (turgor kulit, CRT), pasang jalur IV, jelaskan penyebab faktor risiko syok, jelaskan tanda dan gejala awal syok, kolaborasi pemberian produk darah.

3. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula

Berdasarkan SLKI tujuan yang harus dicapai untuk menyelesaikan masalah antara lain : Status kenyamanan pasca partum (L.07061) keluhan tidak nyaman menurun, meringis menurun, kontraksi uterus menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik.

Berdasarkan SIKI intervensi yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan masalah antara lain : Terapi relaksasi (I.09326) dengan rencana tindakan ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, ajarkan teknik imajinasi terbimbing.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Disisi lain, tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dokter atau petugas kesehatan lainnya (Ratnawati, 2018). Implementasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif tindakan yang dapat dilakukan : Memeriksa tanda-tanda hipovolemia (mis. Nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, lemah), memonitor intake dan output cairan, menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, Menganjurkan makan makanan yang bergizi, klien terpasang infus diberikan cairan RL 500 ml/8 jam, memberikan antibiotik IV cefotaxime 1 gr/12 jam. Semua tindakan dapat dilakukan.
2. Risiko syok d.d kekurangan volume cairan tindakan yang dapat dilakukan : Memonitor status kardiopulmonal frekuensi dan kekuatan nadi , frekuensi nafas, tekanan darah, memonitor status cairan (turgor kulit, CRT), Memonitor perdarahan klien, menjelaskan penyebab/faktor risiko syok, menjelaskan tanda dan gejala syok, menganjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok, menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, mengidentifikasi rencana tranfusi, melakukan pengecekan ganda (double check), memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum tanfusi, berkolaborasi pemberian tranfusi darah. Semua tindakan dapat dilakukan.

3. Ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula tindakan yang dapat dilakukan : Menjelaskan teknik relaksasi yang akan di ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, mengajarkan teknik relaksasi imajinasi terbimbing, menganjurkan mengambil posisi yang nyaman bagi klien, menganjurkan rileks, menganjurkan istirahat yang cukup. Semua tindakan dapat dilakukan.

E. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. E selama 3 hari diperoleh hasil sebagai berikut :

1. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (perdarahan) Untuk diagnosa hipovolemia SLKI tujuan yang harus dicapai yaitu status cairan : kekuatan nadi meningkat, membran mukosa lembab, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik , turgor kulit membaik, hemoglobin membaik.

Evaluasi pada hari ketiga pada masalah diatas telah teratasi dibuktikan dengan klien mengatakan sudah tidak lemah dan lelah, kekuatan nadi 80 x/menit, TD 120/70 mmHg, turgor kulit membaik, kebutuhan cairan intake output klien 1.730 ml, membran mukosa membaik, HB 11 g/dl.

2. Risiko syok d.d kekurangan volume cairan (perdarahan)

Untuk diagnosa risiko syok SLKI tujuan yang harus dicapai yaitu tingkat syok : kekuatan nadi meningkat, akral dingin menurun, pucat menurun, letargi menurun, pengisian kapiler membaik.

Evaluasi pada hari ketiga pada masalah diatas telah teratasi dibuktikan dengan perdarahan 200 cc/24 jam, TD 120/70 mmHg, Nadi 80x/menit,

RR 20x/ menit, turgor kulit membaik, klien tidak lagi pucat, CRT < 3 detik.

3. Ketidaknyamanan pasca partum b.d involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula untuk diagnosa gangguan rasa nyaman SLKI tujuan yang harus dicapai yaitu status kenyamanan pascapartum : keluhan tidak nyaman menurun, keluhan sakit kepala menurun, meringis menurun, kontraksi uterus menurun, gelisah menurun, keluhan sulit tidur, lelah menurun.

Evaluasi pada hari ketiga pada masalah diatas telah teratasi dibuktikan dengan keluhan tidak nyaman tidak di rasakan lagi, nyeri sudah tidak terasa, klien tampak tenang.