

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS  
PADA NY. S G2P1A0 34 MINGGU DENGAN HAP DAN NY. A  
G1P0A0 29 MINGGU DENGAN OLIGOHIDRAMNION DI  
RUANG MELATI RSUD DR. CHASBULLOH ABDUL MADJID  
TAHUN 2022**



Di Susun Oleh :

Sisilia Oktaviani Toko, S. Kep

221560311089

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI 2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS  
PADA NY. S G2P1A0 34 MINGGU DENGAN HAP DAN NY. A  
G1P0A0 DENGAN OLIGOHIDRAMNION DI RUANG MELATI  
RSUD DR. CHASBULLOH ABDUL MADJID TAHUN 2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Keperawatan (Ners)

Pada Program Studi Profesi Keperawatan (Ners)



Di Susun Oleh :

Sisilia Oktaviani Toko, S. Kep

221560311089

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

**BEKASI 2023**

## LEMBAR PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sisilia Oktaviani Toko, S. Kep

Npm : 221560311098

Program studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. S G2P1A0 34 Minggu Dengan HAP Dan Ny. A G1P0A0 Dengan Oligohidramnion Di Ruang Melati Rsud Dr. Chasbulloh Abdul Madjid Tahun 2022, adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 11 Maret 2022.

Bekasi, 12 Maret 2022

Yang menyatakan



Sisilia Oktaviani Toko, S. Kep

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua  
Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil

Bekasi, 24 Januari 2023

Penguji I

Penguji II



Dinda Nur Fajri Hidayati Bunga, S. Kep., Ns., M.Kep  
NIDN: 0301109302

Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep., Sp.Kep.A.  
NIDN: 0326067902

Mengetahui

Kepala Program Studi Keperawatan

(S1 & Profesi Ners)

Kiki Deniati S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN: 0316028302

**LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Sisilia Oktaviani Toko, S.Kep

NPM : 22.156.03.11.089

Program Studi : Profesi Ners

Judul Tugas Akhir Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. S G2P1A0 34 Minggu Dengan HAP Dan Ny. A G1P0A0 Dengan Oligohidramnion Di Ruang Melati RSUD Dr. Chasbulloh Abdul Madjid Tahun 2022. Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 24 Januari 2023

Penguji I

Penguji II



Dinda Nur Fajri Hidayati Bunga, S. Kep., Ns., M.Kep  
NIDN: 0301109302

Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep., Sp.Kep.A.  
NIDN: 0326067902

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan  
STIKes Medistra Indonesia (S1) dan  
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST., M.KM  
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN: 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesi

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST., M.Kes

NIDN. 0319017902

## **KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny. S G2P1A0 34 Minggu Dengan HAP Dan Ny. A G1P0A0 Dengan Oligohidramnion Di Ruang Melati Rsud Dr. Chasbulloh Abdul Madjid Tahun 2022.” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati :

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia.
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia.
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia.
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik.
5. Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan.

6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni.
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia.
8. Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A., selaku Koordinator Profesi Ners.
9. Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A., selaku dosen pembimbing KIAN.
10. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu.
11. Ati Herawati S.Tr. Keb selaku Kepala Ruangan Melati rumah sakit CAM RSUD Kota Bekasi.
12. Latifah S.Tr. Keb selaku Wakil Kepala Ruangan Melati rumah sakit CAM RSUD Kota Bekasi.
13. Kedua orang tua penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada hentinya sehingga penulis dapat berjalan hingga saat ini.
14. Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan X STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
15. Kepada diri saya sendiri terimakasih sudah kuat hingga di titik ini.

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa

STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.



## DAFTAR ISI

|   |     |
|---|-----|
| LEMBAR PERNYATAAN .....                         | iii |
| LEMBAR PERSETUJUAN.....                         | iv  |
| LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR .....      | v   |
| KATA PENGANTAR .....                            | v   |
| DAFTAR ISI.....                                 | ix  |
| BAB I.....                                      | 2   |
| PENDAHULUAN .....                               | 2   |
| A. Latar Belakang .....                         | 2   |
| B. Tujuan Penelitian .....                      | 4   |
| C. Manfaat Penelitian .....                     | 5   |
| BAB II.....                                     | 7   |
| TINJAUAN TEORI .....                            | 7   |
| A. KONSEP KEHAMILAN .....                       | 7   |
| 1. Pengertian Kehamilan .....                   | 7   |
| 2. Proses Kehamilan .....                       | 8   |
| 3. Tanda-tanda Kehamilan .....                  | 11  |
| 4. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan .....    | 12  |
| B. KONSEP HEMORRHAGE ANTEPARTUM (HAP).....      | 17  |
| 1. Pengertian Hemorrhage Antepartum (HAP) ..... | 17  |
| 2. Klasifikasi Hemorrhage Antepartum (HAP)..... | 18  |
| C. KONSEP OLIGOHIDRAMNION .....                 | 24  |
| 1. Pengertian Oligohidramnion .....             | 24  |
| 2. Etiologic Oligohidramnion.....               | 25  |

|  |     |
|--|-----|
| 3. Tanda dan Gejala Oligohidramnion .....      | 26  |
| 4. Patofisiologi Oligohidramnion .....         | 26  |
| 5. Pemeriksaan Penunjang Oligohidramnion ..... | 27  |
| 6. Penatalaksanaan Oligohidramnion .....       | 28  |
| D. PATHWAY .....                               | 30  |
| BAB III .....                                  | 31  |
| ASUHAN KEPERAWATAN.....                        | 31  |
| A. KASUS 1.....                                | 31  |
| B. KASUS 2.....                                | 59  |
| BAB IV .....                                   | 83  |
| PEMBAHASAN .....                               | 83  |
| A. Pengkajian .....                            | 83  |
| B. Diagnosa Keperawatan.....                   | 85  |
| C. Intervensi Keperawatan.....                 | 87  |
| E. Evaluasi Keperawatan.....                   | 92  |
| BAB V.....                                     | 96  |
| PENUTUP.....                                   | 96  |
| A. Kesimpulan .....                            | 96  |
| B. Saran.....                                  | 98  |
| DAFTAR PUSTAKA .....                           | 100 |

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi hingga berakhir sampai ke persalinan. Adapun lamanya kehamilan dimulai dari terbentuknya ovulasi sampai partus dapat mencapai 40 minggu atau 280 hari, dan maksimal mencapai 43 minggu atau 300 hari (Rahayu Widiarti and Yulviana, 2022).

Permasalahan yang dapat terjadi pada masa kehamilan yaitu masalah perdarahan antepartum (HAP). Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum melahirkan melalui vagina yang dapat terjadi pada usia kehamilan diatas 24 minggu hingga sesaat sebelum bayi lahir, perdarahan ini merupakan kondisi gawat darurat yang memerlukan penanganan segera yang kejadiannya berkisar sekitar 3% dari semua persalinan, penyebab HAP adalah plasenta previa, solusio dan vasa previa (Kartika and Brahmadhi, 2016).

Penyebab kematian ibu di Indonesia akibat perdarahan obstetrik sebesar 27.03% (Kemenkes RI, 2019). Penyebab kematian ibu menurut WHO sebanyak 80% disebabkan perdarahan hebat, kasus perdarahan antepartum terutama plasenta previa berdasarkan WHO menunjukkan persentase 15% hingga 20% dari kematian ibu dari kematian ibu serta kejadiannya yakni 0,8% - 1,2% per persalinan sedangkan pada negara berkembang berjumlah sekitar 1% - 2,4 %, dinegara maju lebih rendah yaitu kurang 1% (Silcia Sandra, Nur Indah Purnamasari, 2021).

Placenta previa merupakan kondisi plasenta berimplantasi rendah pada segmen bawah Rahim, dan dapat menutupi sebagian atau penuh jalan lahir. Jika tidak ditangani dapat terjadi komplikasi pada ibu dan jua bayi yaitu selama kehamilan ibu dapat menimbulkan hemorrage antepartum (HAP) hingga menimbulkan syok, kelainan letak pada janin sehingga dapat meningkatnya letak bokong dan letak lintang, sehingga ibu berindikasi untuk melahirkan premature.

Permasalahan lainnya pada kehamilan yaitu Ologohidramnion. Oligohidramnios atau oligohidramnion adalah kondisi saat cairan ketuban berada pada kadar terlalu rendah, dan dapat menyebabkan gangguan saat persalinan hingga kematian bayi, kematian pada bayi disebabkan oleh masalah neonatal yaitu asfiksia. Asfiksia merupakan salah satu komplikasi yang diakibatkan oleh Oligohidramnion (Karista, 2019).

Oligohidramnion merupakan suatu keadaan yang mempunyai resiko terjadinya gawat janin maupun infeksi. Terdapat insiden oligohidramnion sekitar 3,9 % dari seluruh kehamilan, namun estimasi sekitar 12 % dari kehamilan usia 40 minggu atau lebih (Mulyani, 2018).

Cairan ketuban berperan penting melindungi bayi dari guncangan dan infeksi, membantu menjaga suhu dalam rahim, mencegah tekanan pada tali pusat yang mengganggu pasokan oksigen pada bayi, membantu sistem pernapasan dan pencernaan janin, serta memungkinkan bayi untuk bergerak guna perkembangan tulang dan ototnya.

Oligohidramnios dapat menyebabkan cacat janin, tekanan pada tali pusar, bahkan bisa menyebabkan kematian. Selain itu, kadar cairan ketuban yang sangat rendah berisiko menyebabkan kontraksi rahim atau pun pergerakan bayi yang dapat menekan tali pusar.

Berdasarkan masalah yang sudah dipaparkan maka penulis tertarik untuk memberikan asuhan yang tepat pada Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnion di Ruang Melati RSUD dr. Chasbulloh Abdul Madjid tahun 2022.

## **B. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Memberikan pengalaman dan pemahaman secara ilmiah dalam melakukan Asuhan Keperawatan Maternitas pada Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnion di Ruang Melati RSUD dr. Chasbulloh Abdul Madjid

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada pasien Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnios di Melati RSUD dr. Chasbulloh Abdul Madjid

- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnios di Melati RSUD dr. Chasbulloh Abdul Madjid
- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnios di Melati RSUD dr. Chasbulloh Abdul Madjid
- d. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnios di Melati RSUD dr. Chasbulloh Abdul Madjid
- e. Mengetahui kesenjangan teori dan kasus pada pasien Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnios di Melati RSUD dr. Chasbulloh Abdul Madjid

### **C. Manfaat Penelitian**

#### **1. Bagi Rumah Sakit**

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan khususnya penerapan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S G2P1A0 34 minggu dengan HAP dan Ny. A G1P0A0 29 minggu dengan oligohydramnios

#### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat menjadi acuan sebagai literatur untuk kelengkapan perkuliahan terutama pada mata kuliah keperawatan maternitas, karena mahasiswa/I ini akan bergabung menjadi bagian dari petugas kesehatan dalam memberikan tindakan keperawatan

### **3. Bagi Klien dan Keluarga**

Dapat menambah pengetahuan tentang masalah yang sedang dialami

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. KONSEP KEHAMILAN**

##### **1. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana dalam Rahim seorang Wanita terdapat hasil konsepsi pertemuan antara ovum dan spermatozoa. Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari/40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Utama, 2017).

Menurut Federasi Obsetri Ginekologi Internasional, kehamilan diartikan sebagai fertilisasi atau pencampuran dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender Internasional (Wijayanti, 2021).

Kehamilan merupakan proses fisiologi yang dapat memberikan perubahan pada fisik ibu maupun lingkungannya, dengan adanya janin diperut ibu aka system yang bekerja pada tubuh ibu mengalami perubahan dasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam Rahim ibu selama proses kehamilan(Nabila and , Tri Kesumadewi, 2022)



## 2. Proses Kehamilan

Bertemunya sel sperma dan sel ovum matang berasal dari wanita yang kemudian terjadi pembuahan, proses inilah yang mengawali suatu kehamilan. Untuk terjadi suatu kehamilan wajib terdapat sperma, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), implantasi (nidasi) yaitu perlekatan embrio di dinding rahim, sampai plasentasi/pembentukan plasenta. Dalam proses pembuahan, dua unsur krusial yg wajib terdapat yaitu sel telur dan sel sperma. Sel telur diproduksi oleh indung telur atau ovarium wanita, ketika terjadi ovulasi seorang perempuan setiap bulannya akan melepaskan satu sel telur yg sudah matang, yg kemudian ditangkap sang rumbai-rumbai (microfilamen fimbria) dibawa masuk ke rahim melalui saluran telur (tuba fallopi), sel ini bisa bertahan hidup dalam kurun saat 12-48 jam setelah ovulasi. Tidak sama dengan perempuan yang melepaskan satu sel telur setiap bulan, hormon laki-laki pria testis bisa terus bekerja buat menghasilkan sperma. Ketika melakukan senggama (coitus), berjuta-juta sel sperma (spermatozoon) masuk ke dalam rongga rahim melalui saluran telur untuk mencari sel telur yang akan di buahi serta pada akhirnya hanya satu sel sperma terbaik yg mampu membuahi sel telur.

### a. Ovulasi

Ovum adalah sel terbesar yang berada di tubuh manusia, tiap bulan ovum akan menjadi lebih matur dengan sebuah penjamu yang mengelilingi sel pendukung.

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi (Dr. Vladimir, 2016).

b. Spermatozoa

Pada saat laki-laki mengalami ejakulasi sperma yang keluar sebanyak 200-500 juta sperma sekali keluar. Sperma dapat sampai ke ampulla setelah satu jam setelah coitus. Ampulla tuba adalah tempat terjadinya fertilisasi. Hanya ada beberapa ratusan sperma yang dapat sampai di ampulla tuba, yang sebagiannya mati dalam perjalanan. Sperma dapat bertahan di dalam saluran reproduksi Wanita selama empat hari.

c. Pembuahan ovum (konsepsi)

Pembuahan atau biasa disebut dengan fertilisasi merupakan pertemuan antara sel sperma dan sel ovum hingga

membentuk zigot. Sebelum terjadinya konsepsi dua proses penting juga terjadi, yaitu:

1. Ovulasi runtuhnya/ lepasnya ovum dari ovarium/ indung telur sebagai hasil pengeluaran dari folikel dalam ovarium yang telah matang (matur). Ovum yang sudah dilepaskan selanjutnya masuk kedalam uterus (tuba fallopi) dibantu oleh rumbai-rumbai (microfilamen fimbria) yang menyapunya hingga masuk ke tuba. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam, jika dalam kurun waktu tersebut ovum gagal bertemu sperma, maka ovum akan mati dan hancur.
2. Inseminasi merupakan pemasukan sperma (ekspulsi semen) dari uretra pria kedalam vagina. Berjuta-juta sperma yang masuk kedalam saluran reproduksi wanita setiap melakukan ejakulasi semen/pemancaran cairan mani. Dengan menggerakkan ekor sperma dan bantuan kontraksi muskular yang ada, sperma dapat terus bergerak berjalan ke tuba melalui uterus. Dari berjuta-juta sperma yang masuk hanya beberapa ratus ribu yang dapat meneruskan ke uterus menuju tuba fallopi, dan hanya beberapa ratus yang hanya sampai pada ampulla tuba.

Jika ovulasi terjadi pada hari tersebut, maka ovum dapat dibuahi oleh sperma yang mempunyai cukup banyak enzim hyaluronidase (enzim dapat menembus selaput yang melindungi ovum). Hanya ada satu dari ratusan juta sperma yang dapat membuahi ovum hingga membentuk zigot (Utama, 2017).

### **3. Tanda-tanda Kehamilan**

Ada beberapa tanda kehamilan diantaranya yaitu:

#### **a. Tanda tidak pasti**

Tanda tidak pasti merupakan perubahan fisiologis yang biasa terjadi pada ibu hamil:

##### **1. Perut membesar**

Perut membesar setelah usia kehamilan memasuki usia 5 bulan karena janin mengalami perkembangannya hingga rahim pun akan ikut membesar dan bertempat di rongga perut. Tetapi perlu diperhatikan kembali karena perut membesar belum tentu tanda kehamilan, perut membesar bisa karena ada mioma, tumor maupun kista ovarium (Listiwati, 2002).

##### **2. Pemeriksaan dalam:**

a. Tanda hegar : melunaknya segmen bawah uterus

b. Tanda Chadwicks : warna selaput lendir vulva dan vagina berubah menjadi warna ungu

- c. Tanda Piskaseck : pada uterus membesar ke salah satu arah saja sehingga uterus menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut
  - d. Kontraksi Broxton Hicks : bila uterus dirangsang mudah berkontraksi
  - e. Tanda Ballotement : terjadi pantulan saat uterus ditekuk dengan jari
- b. Tanda pasti
- 1. Adanya Gerakan janin dalam Rahim, terabanya Gerakan janin dan bagian bagian janin

Terdapat denyut jantung janin dan dapat didengar dengan menggunakan stetoskop laenec, alat kardiokografi, alat doppler, dan USG

#### **4. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan**

##### a. Perubahan pada sistem reproduksi

- Uterus

Peningkatan ukuran uterus dikarenakan adanya peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pada pembuluh darah, hiperplas dan hipertrofi (pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada), perkembangan desidua. Selain itu, pembesaran uterus pada trimester pertama juga mengakibatkan pengaruh hormon estrogen dan progesteron menjadi meningkat. Perubahan pada urteri Rahim menyebabkan

isthmus menjadi lebih Panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah kedua jari dapat saling bersentuhan. Perlunakan isthmus juga dapat disebut tanda hegar. Dapat diinterpretasikan sebagai berikut :

1. Pada kehamilan 16 minggu, kavum urteri seluruhnya diisi oleh amnion sehingga tinggi Rahim adalah setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk sepenuhnya.
2. Pada kahamilan 20 minggu, fundus Rahim terletak di dua jari dibawah pusat sedangkan pada kehamilan 24 minggu tepat ditepi atas pusat.
3. Pada kehamilan 28 minggu, TFU terletak di atas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifodeus.
4. Pada kehamilan 32 minggu TFU beradah setengah jarak prosesus zifoeus dan pusat.
5. Pada kehamilan 36 mimnggu TFU berada satu jari di bawah prosesus xifodeus, dan kepala bayi belum masuk pintu atas panggul.
6. pada kehamilan 40 minggu TFU turun hingga tida jari di bawah prosesus xifodeus, padaat ini kepala janin sudah masuk puntu atas panggul.

- Vagina

Pada minggu ke 8 vagina mengalami penumpukan pembuluh darah dan pengaruh hormone estrogen yang mengakibatkan warna kebiruan pada vagina atau biasa disebut dengan tanda Chadwick. Perubahan pada dinding vagina meliputi peningkatan ketebalan mukosa vagina, pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi (pertumbuhan abnormal jaringan) pada otot polos yang merenggang, akibat perenggangan ini vagina menjadi lebih lunak

- Serviks

Karna pengaruh hormon estrogen yang menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks mengalami peningkatan vaskularisasi dan oedem karena adanya peningkatan suplai darah dan terjadi penumpukan pada pembuluh darah hingga menyebabkan serviks menjadi lunak tanda (Goodell) dan berwarna kebiruan (Chadwick) perubahan ini dapat terjadi pada trimester pertama kehamilan.

- Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang terdapat korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak terlepas dari kemampuan vill korionik yang mengeluarkan hormone korionik gonadotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior.

- Payudara

Jika sudah mendekati waktu persalinan, payudara mempersiapkan untuk dapat memproduksi makanan pokok untuk bayi baru lahir. Perubahan yang terlihat yaitu payudara membesar, adanya hiperpigmentasi pada area areola mammae dan puting susu, puting menonjol dan keras, warna tampak kehitaman, dan dapat mengeluarkan air bila dipijat.

b. Perubahan pada sistem sirkulasi darah

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi hemodelusi atau pengenceran darah. Volume darah ibu meningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar, peningkatan ini dikarenakan adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari hormon adrenal oleh estrogen. Cardiac output atau curah jantung meningkat sekitar 30%, pompa jantung meningkat 30% setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil. Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis. Dengan terjadinya hemodelusi,



kepekatan darah berkurang sehingga tekanan darah tidak udah tinggi meskipun volume darah bertambah (Lily Yulaikhah, 2019).

c. Perubahan pada sistem pernapasan

Dengan bertambahnya usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas, hal ini dikarenakan usus tertekan ke arah diafragma hingga mengakibat dorongan rahim yang membesar. Selain itu kerja jantung dan paru juga bertambah berat selama hamil, jantung memompa darah untuk dua orang yaitu ibu dan janin, dan paru-paru menghisap zat asam (pertukaran oksigen dan karbondioksida) untuk kebutuhan ibu dan janin (Utama, 2017).

d. Perubahan pada sistem perkemihan

Pada awal kehamilan suplai darah ke kandung kemih meningkat dan pembesaran uterus menekan kandung kemih, sehingga meningkatkan frekuensi berkemih. Hal ini juga terjadi pada akhir kehamilan karena janin turun lebih rendah ke pelvis sehingga lebih menekan lagi kandung kemih (Wijayanti, 2021).

## **5. Perubahan Psikologis Pada Kehamilan**

Perubahan psikologis pada wanita hamil merupakan salah satu dari tiga perubahan psikologis dalam hidupnya, perubahan yang pertama ialah saat pubertas, yang kedua saat masa kehamilan dan yang ketiga saat mengalami menopaus. Perubahan yang terjadi merupakan suatu respon terhadap kehamilannya, akibat peningkatan hormon dapat

mempengaruhi suasana hati dan karena kadar hormon yang naik turun maka demikian juga suasana hati wanita, biasanya wanita menjadi labil, lebih emosional, mudah tersinggung, mudah adanya depresi, marah, sedih, takut, khawatir, tingkah laku berubah tidak sama sebelum hamil. Perubahan ini harus di hadapi sekalipun agak membingungkan sementara waktu. Perubahan selama kehamilan tidak dapat di hindari, sering dalam waktu yang singkat, ada beberapa sosial dan ahli klinis menyatakan bahwa kehamilan adalah salah satu tipe krisis, terdapat teori krisis yaitu pada awalnya mengalami syok dan menyangkal, kebingungan dengan masalah yang mengganggu. Pada periode ini, berbagai alternatif seperti aborsi, atau adopsi yang menjadi pertimbangan, legal etik, moral dan ekonomi agar dapat menerima keadaan ini membutuhkan waktu 1-6 minggu untuk mengatasinya membutuhkan dukungan situasional yang mereka harapkan (Listiawati, 2002).

## **B. KONSEP HEMORRHAGE ANTEPARTUM (HAP)**

### **1. Pengertian Hemorrhage Antepartum (HAP)**

Hemorrhage antepartum atau perdarahan antepartum merupakan perdarahan yang terjadi setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu. Biasanya perdarahan antepartum dapat berbahaya jika usia kehamilan sebelum 28 minggu (Ruqoiyah, 2017).

## 2. Klasifikasi Hemorrhage Antepartum (HAP)

### a. Plasenta Previa

#### 1) Pengertian plasenta previa

Plasenta previa merupakan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah Rahim sedemikian rupa hingga dapat menutupi jalan lahir atau hanya sebagian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada pada depan jalan lahir (Manuaba, 2018).

#### 2) Klasifikasi plasenta previa

Menurut (Manuaba, 2018) plasenta previa dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

##### a) Plasenta previa totalis

Plasenta yang keberadaannya menutupi total ostium uteri internum

##### b) Plasenta previa parasialis

Plasenta yang keberadaannya menutupi sebagian ostium uteri internum

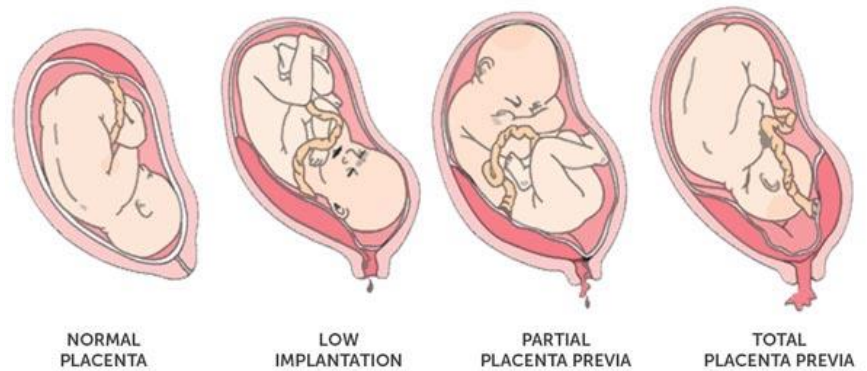
##### c) Plasenta previa margnalis

Plasenta previa margnalis merupakan plasenta yang tepinya berada di pinggir ostium uteri internum

##### d) Plasenta previa letak rendah

Plasenta previa letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa

sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal



### 3) Etiologic

Plasenta previa belum diketahui dengan pasti penyebabnya, tetapi ada beberapa factor risiko yang telah ditetapkan yang berhubungan erat dengan terjadinya kasus plasenta previa (Sumapraja S dan Rachimhadi T, 2017). Faktor risiko tersebut diantaranya adalah :

- Hamil diusia tua
- Multiparitas
- Kehamilan ganda
- Merokok selama masa kehamilan
- Riwayat aborsi
- Riwayat operasi pada uterus
- Riwayat plasenta pada kehamilan sebelumnya

- Fertilisasi In Vitro (FIV) atau biasa dikenal dengan bayi tabung
- Tumor, seperti tumor mioma uteri, polip dan endometrium
- Hipoplasia endometrium, bila kawin dan hamil pada umur muda

#### 4) Tanda dan gejala

Gejala yang menjadi ciri khas dari plasenta previa adalah perdarahan pervaginam tanpa disertai nyeri, darah berwarna merah segar, dan jumlah yang tidak banyak, terjadi kram pada kandungan yang dapat disertai ataupun tidak disertai perdarahan. Menurut FKUI (Manuaba, 2018) menyebutkan tanda dan gejala plasenta previa diantaranya adalah :

- Perdarahan tanpa nyeri pada trimester 3
- Darah dapat berwarna merah segar
- Perdarahan keluar pada saat melakukan aktivitas atau pada saat tidur
- Bagian terendah janin tinggi
- Perdarahan bisa terjadi berulang

## 5) Patofisiologi

Perdarahan antepartum karena plasenta previa terjadi dari kehamilan 20 minggu saat segmen bawah uterus membentuk , di mulai dari melebar dan menipis, pada umumnya terjadi pada trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pelebaran pada segmen bawah uterus dan pembukaan servik menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau akibat robekan sinus marginalis dari plasenta. Pendarahan tidak dapat di hindari karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta yang letaknya normal (Ruqoiyah, 2017). Pembentukan pada segmen bawah rahim akan berlangsung secara bertahap, hal tersebut menyebabkan terjadinya laserasi dan perdarahan berulang pada plasenta previa.

## 6) Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan luar, biasanya kepala bayi belum masuk pintu atas panggul
- b. Pemeriksaan inspekulo, pada pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat apakah perdarahan berasal dari ostium uteri internum atau dari kelainan serviks dan vagina, jika perdarahan terjadi karena ostium uteri internum bisa dicurigai karna plasenta previa.

c. Pemeriksaan USG, untuk menentukan letak plasenta.

#### 7) Penatalaksanaan

Sukarni mengatakan (Ruqoiyah, 2017) ada beberapa penatalaksanaan plasenta previa :

##### a) Konservatif

Dilakukan perawatan konservatif jika usia kehamilan kurang 37 minggu, perdarahan tidak ada atau tidak banyak (Hb masih dalam batas normal), tempat tinggal pasien dekat dengan rumah sakit dapat dilakukan perawatan konservatif berupa :

- Dianjurkan untuk beristirahat
- Diberikan hematinic dan spasmolitik untuk anemia
- Memberikan antibiotic bila terjadi indikasi
- Melakukan pemeriksaan USG, HB, dan hematokrit

Bila perawatan yang sudah diberikan dalam 3 hari tetapi tidak ada perubahan maka dilakukan monilisasi bertahap.

Bila timbul perdarahan maka harus dibawa ke rumah sakit dan tidak boleh melakukan senggama.

##### b) Penanganan aktif

Jika kehamilan diumur 37 minggu atau lebih, maka penanganan aktif dapat berupa persalinan pervaginam dan persalinan per abdominal. Pasien dipersiapkan untuk melkakukan pemeriksaan dalam diatas meja operasi, (double

set up) yaitu dalam keadaan siap operasi. Jika dalam pemeriksaan didapatkan :

- Plasenta previa marginalis,
- Plasenta previa letak rendah
- Plasenta previa lateralis atau marginalis dimana janin yang sudah meninggal dan servikas sudah matang, kepala sudah masuk pintu atas panggul dan tidak ada perdarahan atau hanya sedikit maka dilakukan amniotomy yang diikuti dengan adanya drips oksitosin pada partus pervaginam, dan bila terjadi adanya perdarahan maka dilakukan operasi caesarea. Adapun indikasi pada seksio caesarea yaitu :

1. Plasenta previa totalis
2. Perdarahan banyak tanpa henti
3. Presentase abnormal
4. Panggul sempit
5. Keadaan serviks tidak menguntungkan (belum matang)
6. Gawat janin

## 8) Komplikasi

- a. Placenta abruptio. Pemisahan placenta dari dinding rahim



- b. Perdarahan sebelum atau selama melahirkan yang dapat menyebabkan histerektomi
- c. Placenta akreta, placenta inkreta dan placenta perkreta
- d. Prematur atau kelahiran bayi kurang bulan ( $< 37$  minggu)
- e. Kecacatan pada bayi

b. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir. Biasanya di hitung sejak kehamilan 28 minggu

c. Vasa Previa

Vasa previa merupakan keadaan pembuluh darah janin berada didalam selaput ketuban dan melewati ostium uteri internum untuk kemudian sampai ke dalam insersinya di tali pusat. Perdarahan biasanya terjadi bila selaput ketuban yang melewati pembukaan serviks robek atau pecah dan vaskular janinpun ikut terputus.

## C. KONSEP OLIGOHIDRAMNION

### 1. Pengertian Oligohidramnion

Oligohidramnion merupakan kejadian air ketuban yang kurang dari 500 cc. Ibu hamil dengan jumlah air ketuban yang sedikit tidak baik bagi pertumbuhan janin karena pertumbuhan janin dapat terganggu karena perlekatan antara janin dengan amnion atau karena janin mengalami tekanan dinding Rahim. Bila jumlah air ketuban semakin

berkurang dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya adalah insufisiensi plasenta, kehamilan post term, gangguan organ perkemihan-ginjal, janin terlalu banyak minum sehingga menyebabkan makin berkurangnya jumlah air ketuban intrauteri atau oligohidramnion dengan kriteria :

- Air ketuban kurang dari 500 cc
- Kental
- Bercampur dengan meconium

## **2. Etiologic Oligohidramnion**

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa kejadian yang masih berhubungan dengan oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran tractus urinarius janin atau ginjal agnesis. Penyebab oligohidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini. Masalah kesehatan lain yang masih berhubungan dengan oligohidramnion adalah tekanan darah tinggi, diabetes, SLE, dan masalah pada plasenta (Aswir and Misbah, 2018).

Penyebab oligohidramnion ialah absorpsi atau kehilangan cairan yang dapat meningkatkan ketuban pecah dini (KPD) menyebabkan 50% kasus oligohidramnion, penurunan produksi cairan amnion yaitu kelainan ginjal kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara sama (Oliver, 2013).

### **3. Tanda dan Gejala Oligohidramnion**

Menurut (Aswir and Misbah, 2018) tanda dan gejala dari oligohidramnion adalah sebagai berikut :

- a. Rahim yang lebih kecil dari usia kehamilan.
- b. Bunyi jantung janin sudah terdengar sebelum bulan ke 5 dan terdengar dengan jelas dengan menggunakan stetoskop.
- c. Pergerakan janin terasa nyeri oleh ibu.
- d. Sering berakhir dengan partus prematurus.
- e. Berat badan ibu tidak bertambah

### **4. Patofisiologi Oligohidramnion**

Pecahnya membran adalah penyebab paling umum dari oligohidramnion. Namun, dengan tidak adanya produksi urine janin atau penyumbatan pada saluran kemih janin dapat juga mengakibatkan oligohidramnion. Janin yang menelan cairan amnion, yang terjadi secara fisiologis, juga dapat mengurangi jumlah cairan. Prawirohardjo mengatakan (Oliver, 2013) beberapa keadaan yang dapat mengakibatkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan postterm, insufisiensi plasenta dan obatobatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin). Kelainan kongenital juga yang paling sering ditemukan pada kasus oligohidramnion adalah kasus kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom. Pada kasus insufisiensi plasenta dikarekakan oleh sebab apapun akan menyebabkan hipoksia

janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronik akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu akibatnya adalah terjadinya penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga produksi urin berkurang dan terjadi oligohidramnion.

(Mulyani, 2018) menyebutkan sindroma potter dan fenotip potter ada kaitannya dengan terjadinya oligohidramnion, dimana sindroma potter dan fenotip potter merupakan kasus yang masih berhubungan dengan gagal ginjal bawaan yang juga masih berhubungan dengan oligohidramnion. Fenotip potter merupakan suatu keadaan khas pada BBL, dimana cairan ketubannya sangat sedikit atau tidak ada. Oligohidramnion mengakibatkan bayi tidak memiliki bantalan terhadap dinding Rahim, sehingga tekanan pada dinding Rahim dapat menyebabkan gambaran wajah yang khas atau wajah potter. Oligohidramnion juga mengakibatkan terhentinya perkembangan paru-paru atau paru-paru hipoplastik, sehingga pada saat bayi lahir, paru-paru tidak berfungsi dengan semestinya. Pada sindroma Potter juga merupakan kelainan yang utama pada gagal ginjal bawaan, baik karena kegagalan pembentukan ginjal (agenesis ginjal bilateral) maupun karena penyakit lain pada ginjal sehingga menyebabkan ginjal gagal berfungsi.

##### **5. Pemeriksaan Penunjang Oligohidramnion**

Dalam pemeriksaan USG dapat mendiagnosa apakah air ketuban terlalu sedikit atau terlalu banyak. Pada umumnya dokter akan

mengukur ketinggian cairan dalam 4 kuadran di dalam rahim dan menjumlahkannya. Metode ini dikenal sebagai metode Amniotic Fluid Index (AFI). Jika ketinggian amniotic fluid (air ketuban) yang di ukur kurang dari 5 cm, pasien tersebut didiagnosa mengalami oligohydramnion. Jika jumlah cairan tersebut lebih dari 25 cm maka di diagnosa mengalami polihydramnion.

Dalam anamnesa Ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan janin dan sewaktu his terasa sakit sekali. Pemeriksaan fisik ditemukan Inspeksi : Uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballotemen. Palpasi adanya molding : uterus mengelilingi janin, janin dapat diraba dengan mudah. Tidak ada efek pantul pada janin. Pada pemeriksaan auskultasi bunyi jantung sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas (Mulyani, 2018).

## **6. Penatalaksanaan Oligohidramnion**

### **a. Penatalaksanaan konservatif**

Penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu :

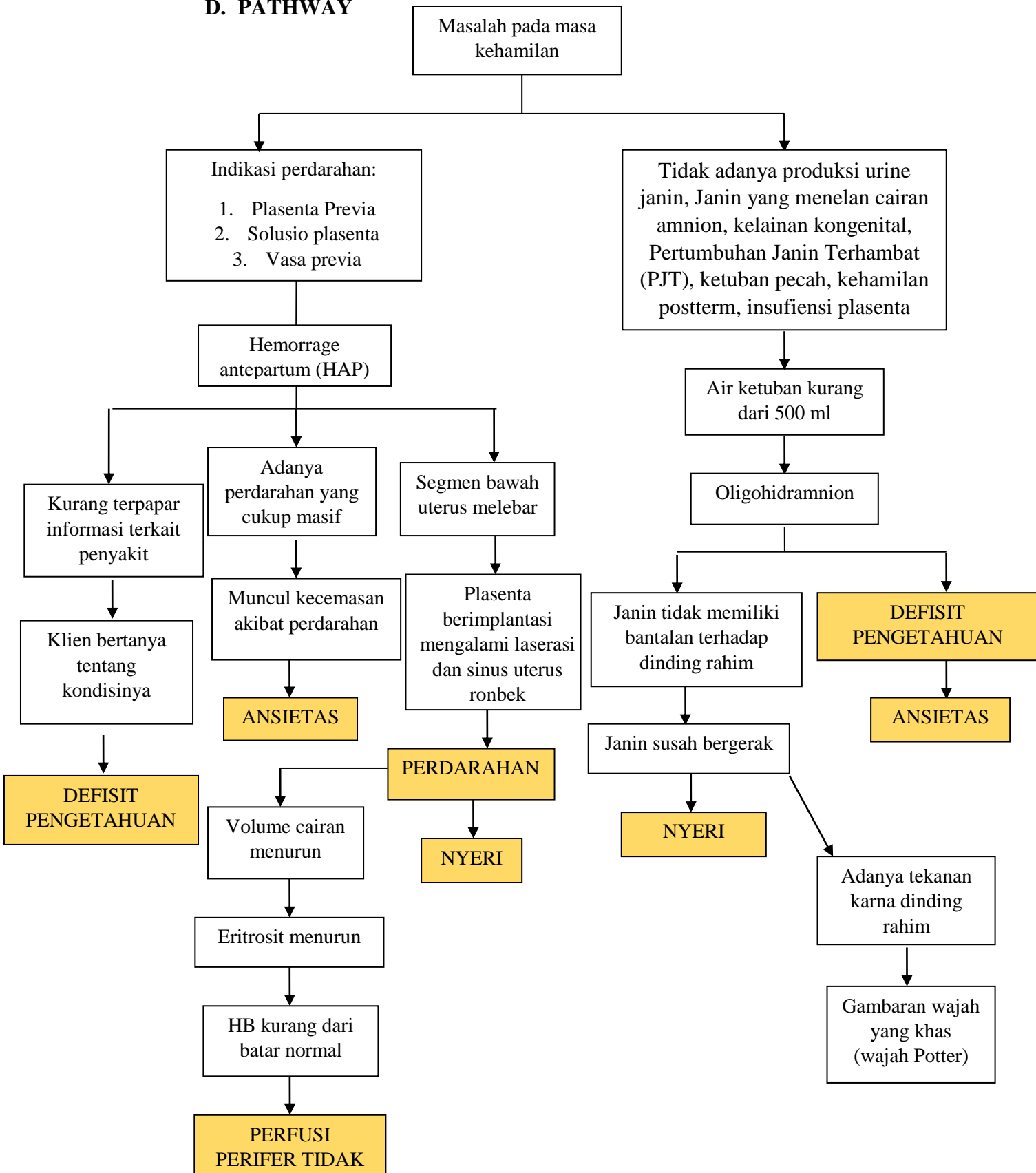
1. Tirah baring
2. Hidrasi dengan kecukupan cairan
3. Perbaiki nutrisi
4. Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
5. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion

6. Amnioinfusion yaitu suatu prosedur melakukan infus larutan NaCl fisiologis atau ringer laktat ke dalam kavum uteri untuk menambah volume cairan amnion

b. Penatalaksanaan aktif

Oligohidramnion pada kehamilan aterm mungkin akan dilakukan penanganan yang aktif dengan cara melakukan induksi persalinan. Induksi persalinan merupakan dimulainya kontraksi persalinan awitan spontan dengan tujuan untuk mempercepat persalinan. Induksi dapat diindikasikan dengan berbagai alasan medis dan kebidanan. Oligohidramnion dikehamilan aterm mungkin akan dilakukan penanganan aktif juga dengan cara induksi persalinan atau penanganan ekspektatif dengan cara hidrasi dan pemantauan janin, dan pemeriksaan USG reguler untuk menilai volume cairan amnion. Ibu hamil yang mengalami oligohidramnion dimasa hampir bersalin, dokter akan melakukan tindakan untuk memasukan larutan salin melalui leher rahim hingga kedalam rahim. Dengan cara ini akan mengurangi komplikasi selama persalinan dan kelahiran sehingga dapat menghindari persalinan lewat operasi Caesar (Nugroho, T, 2014).

### D. PATHWAY



## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. KASUS 1**

##### Pengkajian Data Dasar

Nama Mahasiswa : Sisilia Oktaviani Toko

Tempat : RSUD CAM Kota Bekasi

Tanggal Pengkajian : 12 Desember 2022

---

#### **A. PENGKAJIAN**

##### 1. Identitas Klien

Nama : Ny. S

Usia : 26 th

Jenis kelamin : Perempuan

Status : menikah

Agama : islam

Pekerjaan : pegawai swasta

Pendidikan : D3 Administrasi Perkantoran

Alamat : Kp. Babelan

Tanggal masuk : 10 Desember 2022

##### Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. K

Usia : 28 th

Hubungan dengan klien : suami klien



## 2. Alasan Masuk

Pasien datang ke RS dengan HAP kehamilan 34 minggu. Pasien mengatakan perutnya terasa sedikit nyeri, dan keluar darah sejak tadi pagi, pasien mengatakan sudah mengganti pembalut 2 kali.

## 3. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat melakukan pengkajian di ruang ranap melati pada tanggal 12 Desember 2022. Pasien mengeluh nyeri dibagian perutnya skala nyeri 5, pasien mengatakan perutnya terasa kencang, Pasien tampak menarik napas Panjang, pasien mengatakan keluar darah dari 2 hari hari yang lalu, pasien mengatakan belum mengerti kondisi yang sedang dialaminya. Hasil pengkajian tanda-tanda vital : tekanan darah : 124/84 mmHg, suhu : 36,4° C, pernapasan : 21 x/mnt, nadi : 114 x/mnt, SpO<sup>2</sup> : 98%.

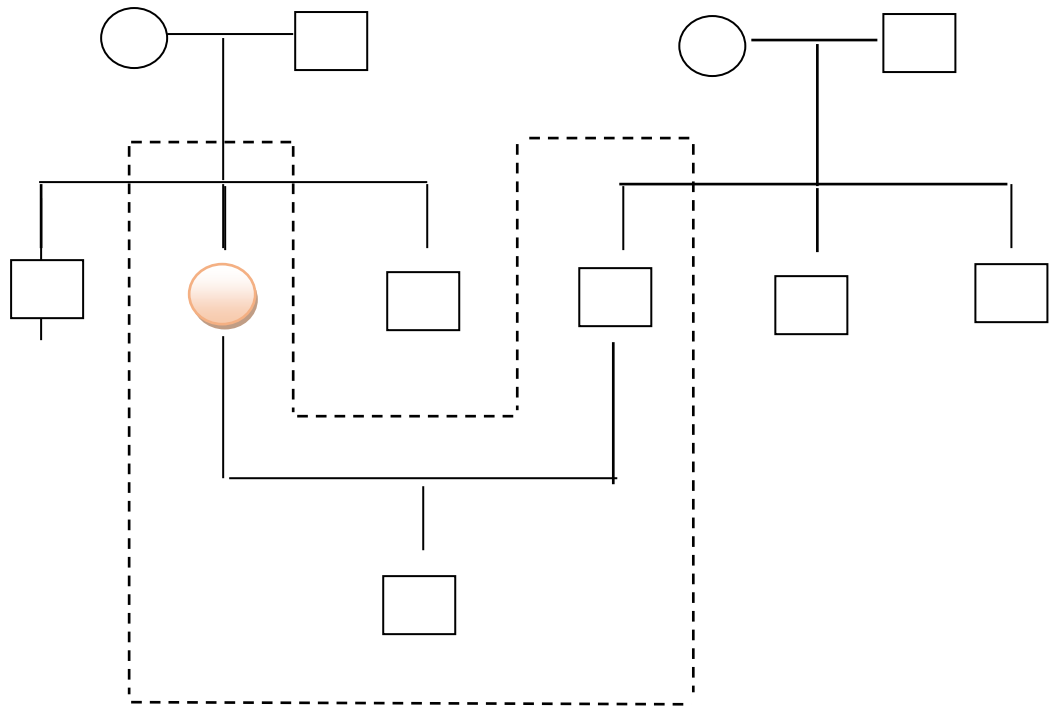
### b. Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat atau di operasi.

### c. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengatakankeluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular ataupun turunan seperti : DM, Jantung, Asma, Ginjal, Hipertensi, penyakit kejiwaan dan penyaki infeksi lainnya.

#### 4. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

● : pasien

----- : serumah

5. Riwayat Kehamilan

- a. Hamil anak ke 2, G2P1A0
- b. HPL : 21 Januari 2023
- c. Keluhan pada kehamilan : pasien mengeluh mengeluarkan darah
- d. Suntik tetanus sudah dilakukan
- e. Rencana persalinan : pasien mengharapkan persalinan normal

6. Riwayat Antenatal Care

Pasien mengatakan control kandungan di klinik dan tidak pernah melewatkan control dari trimester satu sampai tiga, pasien juga mengatakan sudah lengkap untuk suntik TT dan rutin minum vitamin yang diberikan dokter.

7. Riwayat Menstruasi

Menarche : 13 tahun

Siklus haid : 1 x /28 hari /28 hari

Lama haid : 5-6 hari

Banyaknya darah : 2 kali ganti pembalut dalam sehari

Masalah selama haid : desminore

HPHT : 14 April 2022

8. Riwayat KB

Ny. S mengatakan setelah melahirkan anak pertama Ny. S tidak menggunakan KB apaun, jarak kehamilan ke 2 dengan anak pertama yaitu 3 tahun

## 9. Aspek Psikologis

### a. Pola pikir dan persepsi

- Alat bantu yang digunakan : pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu
- Kesulitan yang dialami : pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas yang berat

### b. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini : pasien mengatakan ingin janinnya dan dirinya dalam keadaan sehat

### c. Suasana hati : pasien mengatakan suasana hatinya sedikit panik dikarenakan keluar darah pada masa kehamilan

### d. Rentang perhatian : baik, karena suami dan keluarganya memperhatikannya

### e. Hubungan Komunikasi

- Bicara : pasien berbicara jelas, dan menggunakan bahasa indonesia baik
- Tempat tinggal : pasien mengatakan tinggal dengan suami dan anaknya
- Kehidupan keluarga

#### 1. Adat istiadat yang dianut : pasien mengatakan kerluarganya netral dan tidak terlalu mengikutin adat istiadat

2. Pembuatan keputusan dalam keluarga : pasien mengatakan dalam keluarganya menggunakan musyawarah dengan keluarga dan mendengarkan pendapat dari suami
  3. komunikasi : pasien mengatakan komunikasi dengan keluarganya berjalan dengan baik sampai saat ini
  4. Keuangan : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keuangannya sampai saat ini
- f. Kesulitan dalam keluarga : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keluarganya sampai saat ini
- g. Kebiasaan seksual
- Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut :  
pasien mengatakan tidak ada gangguan hubungan seksual
- h. Pertahanan koping
1. Pengambilan keputusan : pasien mengatakan pengambilan keputusan oleh dirinya sendiri dan dibantu oleh suaminya dan keluarganya
  2. Yang disukai tentang diri sendiri : pasien mengatakan masing-masing sanggup menghadapi masalahnya sendiri
  3. Yang ingin dirubah dari kehidupan : pasien mengatakan ingin sehat

4. Yang dilalukan jika stres : pasien mengatakan hal yang dilalukan untuk menghilangkan stresnya adalah liburan bersama keluarganya
  5. Apa yang dilalukan perawat agar anda nyaman dan aman : pasien mengatakan akan nyaman jika perawat ramah dan melayani dengan hati nurani
- i. Sistem nilai – kepercayaan
1. Siapa atau apa sumber kekuatan : Tuhan yang Maha Esa
  2. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda : Pasien mengatakan bahwa Tuhan, agama dan kepercayaannya sangat penting untuk dijadikan pedoman hidupnya
  3. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan : pasien mengatakan biasa sholat 5 waktu

#### 10. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : compos mentis

BB/TB : 57 kg/155 cm

Tanda-tanda Vital

TD : 124/84 mmHg

Nadi : 114 x/mnt

Pernapasan : 21 x/mnt

Suhu : 36,4° C

SpO<sub>2</sub> : 98 %

a. Kepala

- Rambut : rambut berwarna hitam tidak kotor, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
- Mata : simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, tidak ada nyeri tekan, sklera tidak ikterik
- Telinga : telinga tampak simetris kiri dan kanan, pendengaran baik, tidak ada nyeri tekan, kuping tampak sedikit kotor
- Hidung : hidung tampak simetris antara kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ada benjolan, hidung tampak bersih dan tidak ada nyeri tekan dan tidak ada sinus
- Mulut dan gigi : tidak ada karies tidak ada perdarahan pada gusi, mukosa bibir tampak lembab, gigi tidak ada yang bolong, tidak ada gangguan pada saat menelan

b. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan,.

c. Thoraks

- Payudara : payudara simetris antara kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, puting tampak bersih, areola mammae tampak menghitam, puting susu tampak menonjol.
- Pari paru :  
 Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak teraba  
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor dikedua lapang paru

Auskultasi : suara napas vesikuler

d. Abdomen

- Inspeksi : tidak ada luka bekas operasi, tampak adanya stretch marks

- Palpasi

Leopold 1 : teraba agian bokong janin

Leopold 2 : teraba bagian punggung kanan, dan kiri teraba bagian ekstermitas

Leopold 3 : teraba bagian kepala janin, dan dapat digoyangkan

Leopold 4 : kepala janin belum memasuki PAP

- Auskultasi : bising usus normal

- TFU : 27 CM

- DJJ : 165 x/mnt

e. Ekstermitas

Atas : simetris kiri dan kanan, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri, ujung jari teraba dingin

Bawah : Simetris kiri dan kanan, adanya edema pada kedua kaki, tidak ada kelainan

f. Genetalia

Saat dilakukan pemeriksaan adanya pengeluaran darah pervaginam



g. Integument

Kulit berwarna sawo matang, tidak ada udem, kulit tampak pucat

h. Data biologis

| No | Aktivitas   | Sehat   | Sakit  |
|----|---|---|--|
| 1  | <p>Nutrisi</p> <p>Makan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Porsi</li> <li>❖ Makanan kesukaan</li> <li>❖ Pantangan</li> </ul>                                | <p>Sehari 3 kali</p> <p>Nasi bebek</p> <p>Tidak ada</p>                                 | <p>Sehari 3 kali, ½ porsi</p> <p>Nasi bebek</p> <p>Tidak ada</p> |
| 2  | <p>Minuman</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Jumlah</li> <li>❖ Minuman kesukaan</li> <li>❖ Pantangan</li> </ul>  | <p>8-10 gelas</p> <p>Jus manga</p> <p>Tidak ada</p>                                     | <p>6-7 gelas</p> <p>Jus manga</p> <p>Tidak ada</p>               |
| 3  | <p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Frekuensi</li> <li>❖ Warna</li> <li>❖ Bau</li> <li>❖ Konsistensi</li> <li>❖ Kesulitan</li> </ul> | <p>1 kali sehari dipagi hari</p> <p>Khas</p> <p>Khas</p> <p>Lembek</p> <p>Tidak ada</p> | <p>Selama di rs belum bab</p>                                    |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 4 | BAK<br>❖ Frekuensi<br>❖ Warna<br>❖ Bau<br>❖ Konsistensi<br>❖ Kesulitan        | 4-5 kali<br>Kuning<br>Khas<br>Cair<br>Tidak ada  | Selama di rs<br>pasien<br>menggunakan<br>pampers             |
| 5 | Istirahat dan tidur<br>❖ Waktu tidur<br>❖ Lama tidur<br>❖ Kesulitan tidur     | 21.00 WIB<br>6-7 jam<br>Pasien mengatakan<br>tidak bisa tidur<br>dengan keadaan<br>lampu menyala | 22.30<br>5-6 jam<br>Pasien<br>mengatakan tidak<br>bisa tidur |
| 6 | Personal hygiene<br>❖ Mandi<br>❖ Cuci rambut<br>❖ Gosok gigi<br>❖ Potong kuku | 2 hari sekali<br>2 hari sekali<br>3 kali sehari<br>2 minggu sekali                               | Selama di rs<br>pasien belum<br>mandi                        |

i. Riwayat Alergi

Pasien mnegatakan tidakmemiliki alergi obat maupun makanan.

j. Data Labolaturium

Nama pasien : Ny. S

Ruangan : Melati

Tanggal pemeriksaan : 12-12-2022

| No | Nama pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan  |
|----|------------------|-------|---------------|---------|
| 1  | Leukosit         | 8,2   | 9-10          | ribu/uL |
| 2  | Hemoglobin       | 9,3   | 12-14         | g/dL    |
| 3  | Hematokrit       | 28,1  | 37-47         | %       |
| 4  | Trombosit        | 316   | 150-400       | ribu/uL |

k. Terapi

1. Obat-obatan

| Nama obat      | Dosis  | Frekuensi |
|----------------|--------|-----------|
| kalnek         | 1 amp  | 2x1       |
| Dexamethasone  | 12 g   | 2x1       |
| Bactesyn       | 1 vial | 3x1       |
| Asam mefenamat | 500 mg | 3x1       |

2. Cairan : pasien terpasang infus RL/8 jam di tangan sebelah kiri

3. Pasien mendapatkan terapi pemberian produk darah

## B. ANALISA DATA

| Data   | Masalah                | Etiologic   |
|--|------------------------|---|
| DS<br>P : pasien mengatakan nyeri pada saat keluar darah<br>Q : nyeri terasa seperti diremas | Nyeri akut<br>(D.0077) | Agen pencedera fisiologis d.d perdarahan pervaginam |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>R : sakit di bagian perut bawah<br/> S : sakal nyeri 5<br/> T : hilang timbul<br/> DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak memgangi perut bagian bawah</li> <li>• Pasien tampak menarik napas Panjang</li> <li>• TD : 124/84 mmHg</li> <li>• N : 114 x/mnt</li> </ul>  |  |  |
| <p>DS<br/> DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akral teraba dingin</li> <li>• Pasien tampak pucat</li> <li>• Pasien tampak lemas</li> <li>• TD : 124/84 mmHg</li> <li>• N : 114 x/mnt</li> <li>• Pernapasan : 21 x/mnt</li> <li>• Suhu : 36,4°C</li> <li>• HB : 9,3 g/dL</li> </ul> | <p>Perfusi perifer tidak efektif<br/> (D.0009)</p> | <p>Penurunan aliran arteri dan/ vena</p> |
| <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan tidak mengerti tentang komplikasi pada masa kehamilan</li> <li>• Pasien mengatakan baru</li> </ul>   | <p>Deficit pengetahuan<br/> (D.0111)</p>           | <p>Kurang terpapar informasi</p>         |

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| <p>pertama mengalami hal seperti ini</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak cemas</li> </ul> <p>Pasien menanyakan tentang kondisi yang dihadapinya</p>  |                                   |   |
| <p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien mengatakan keluar darah sejak 2 hari</li> <li>• Pasien mengatakan tadi pagi ada gumpalan darah sedikit</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak keluar darah pervaginam</li> <li>• Perdarahan ½ dari pembalut</li> <li>• HB : 9,3 g/dL</li> </ul> | <p>Resiko perdarahan (D.0012)</p> | <p>Komplikasi kehamilan d.d perdarahan pervaginam</p> |

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d perdarahan pervaginam (D.0077)
2. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/ vena (D.0009)
3. Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)

4. Resiko perdarahan berulang b.d Komplikasi kehamilan d.d masih ada flek darah yang keluar pasca perdarahan (D.0012)

#### D. RENCANA KEPERAWATAN

| No | Diagnose keperawatan   | Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)   | Intervensi Keperawatan (SIKI)  |
|----|--|--|--|
| 1  | Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d perdarahan pervaginam | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil :<br>Tingkat Nyeri (L.08066)<br>1. Keluhan nyeri menurun (5)<br>2. Meringis menurun (5)<br>3. Frekuensi nadi membaik (5) | Manajemen Nyeri (L08238)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulalitas, dan intensitas nyeri<br>2. Identifikasi skala nyeri<br>3. Idenifikasi respon nyeri non verbal<br>4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup<br>Terapeutik :<br>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri<br>2. Control lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>Edukasi :<br>1. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi :<br>1. Kolaborasi pemberian analgetik. |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 2 | Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/ vena | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan HB pasien dalam batas normal dengan kriteria hasil :<br>Perfusi perifer (L.02017)<br>1. Hemoglobin membaik (5)<br>2. Kulit pucat menurun (5)<br>3. Akral membaik (5) | Pemantauan hasil laboraturium (I.02057)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi pemeriksaan laboraturium yang diperlukan<br>2. Monitor hasil laboraturium yang diperlukan<br>Terapeutik :<br>1. Interpretasikan hasil laboraturium<br>Kolaborasi :<br>1. Kolaborasi dengan dokter jika hasil laboraturium memerlukan intervensi media   |
| 3 | Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi                   | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien dapat memahami kondisi yang sedang dialaminya dengan kriteria hasil :<br>Tingkat pengetahuan (L.12111)<br>Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)         | Edukasi Kesehatan (I.12383)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat<br>Terapeutik :<br>1. Sediakan materi Pendidikan Kesehatan tentang plasenta previa<br>2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan<br>3. Berikan kesempatan untuk bertanya |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   |  |  | Edukasi :<br>Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan   |
| 4 | Resiko perdarahan berulang b.d<br>Komplikasi kehamilan d.d masih ada flek darah yang keluar pasca perdarahan | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan perdarahan pasien dapat terhenti dengan kriteria hasil :<br>Tingkat perdarahan (L.02017)<br>4. Hemoglobin membaik (5)<br>1. Perdarahan vagina menurun (5) | Pencegahan perdarahan (I.02067)<br>Observasi :<br>1. Monitor TTV dan hemoglobinn sebelum dan sesudah kehilangan darah<br>Terapeutik :<br>2. Pertahankan bedrest selama perdarahan<br>Edukasi :<br>1. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi<br>2. Anjurkan untuk menghindari aspirin atau antikoagulan<br>3. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K<br>Kolaborasi :<br>2. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan<br>1. Kolaborasi pemberian produk darah |



### CATATAN PERKEMBANGAN I

| No | Dx Keperawatan   | Hari /Tanggal     | Implementasi   | Evaluasi  |
|----|--|-------------------|--|---|
| 1  | Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d perdarahan pervaginam | Senin, 12-12-2022 | <p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulalitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan teknik</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak napas Panjang</li> <li>2. Skala nyeri 5</li> <li>3. Mengajarkan Teknik relaksasi tarik nafas dalam</li> <li>4. Menganjurkan pasien untuk mendengarkan music atau mendengarkan solawat agar lebih rileks</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri tetap dilanjutkan</p> |

|   |   |                   |   |   |
|---|---|-------------------|---|---|
|   |   |                   | <p>nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik.</li> </ol>  |   |
| 2 | Perfusi tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/ vena | Senin, 12-12-2022 | <p>Pemantauan hasil laboratorium (I.02057)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan</li> <li>2. Memonitor hasil laboratorium yang diperlukan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginterpretasikan hasil laboratorium</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media</li> </ol> | <p>S :</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HB : 9,3 g/dL</li> <li>2. Pasien tampak pucat</li> <li>3. HB pasien masih dibawah batas normal</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : monitor hasil lab pada nilai HB, pasien direncanakan untuk pemberian produk darah 1 labu</p> |
| 3 | Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi           | Senin, 12-12-2022 | <p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mengidentifikasi factor-faktor</li> </ol>  | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan Pendidikan Kesehatan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat janji dengan pasien</li> </ol>   |

|   |  |                      |  |   |
|---|--|----------------------|--|---|
|   |  |                      | <p>yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan materi Pendidikan Kesehatan tentang plasenta previa</li> <li>2. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <p>Menjelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> | <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Pendidikan Kesehatan tetap dilakukan</p>   |
| 4 | Resiko perdarahan berulang b.d<br>Komplikasi kehamilan d.d masih ada flek darah yang keluar pasca perdarahan | Senin,<br>12-12-2022 | <p>Pencegahan perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV dan hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan bedrest selama perdarahan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan meningkatkan</li> </ol>                         | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>2. Pasien mengatakan perutnya terasa kencang</li> <li>3. Pasien mengatakan masih keluar flek</li> <li>4. Pasien mengatakan</li> </ol> |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p>asupan cairan untuk menghindari konstipasi</p> <p>2. Menganjurkan untuk menghindari aspirin atau antikoagulan</p> <p>3. Menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p> <p>2. Mengkolaborasi pemberian produk darah</p> | <p>suka banyak minum air putih</p> <p>O :</p> <p>1. TTV :<br/>TD : 103/63 mmHg<br/>N : 111 x/mnt<br/>RR : 20 x/mnt<br/>S : 36°C<br/>SpO2 : 95%</p> <p>2. HB : 9,3 g/dL</p> <p>3. Pasien mendapatkan obat kalnek obat anti perdarahan</p> <p>4. Pasien terpasang inpus RL yang di drip dengan vit k</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : monitor TTV dan HB, pasien direncanakan transfuse darah 1 labu</p> |
|--|--|--|---|--|

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI II

| No | Dx Keperawatan   | Hari /Tanggal      | Implementasi   | Evaluasi   |
|----|--|--------------------|--|--|
| 1  | Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d perdarahan pervaginam | Selasa, 13-12-2022 | <p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,</p> | <p>S :</p> <p>2. Pasien mengatakan masih nyeri di bagian perut bawah</p> |

|   |                       |                   |   |  |
|---|-----------------------|-------------------|---|--|
|   |                       |                   | <p>durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pasien mengatakan sering melakukan teknik relaksasi yang diajarkan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak napas Panjang</li> <li>2. Skala nyeri 3</li> <li>3. Mengulang Bersama kembali cara Teknik relaksasi</li> <li>4. Pemberian obat asam mefenamat</li> </ol> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi tetap dilanjutkan</p> |
| 2 | Perfusi perifer tidak | Selasa 13-12-2022 | Pemantauan hasil laboratorium   | S :<br>O :   |

|   |   |                    |   |  |
|---|---|--------------------|---|--|
|   | efektif b.d penurunan aliran arteri dan/ vena     |                    | <p>(I.02057)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan</li> <li>2. Memonitor hasil laboratorium yang diperlukan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginterpretasikan hasil laboratorium</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HB : 9,2 g/dL</li> <li>2. Pasien tampak pucat</li> <li>3. HB pasien masih dibawah batas normal</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : monitor HB, masih ada koreksi terhadap HB dan pasien tetap direncanakan untuk pemberian produk darah 1 labu</p> |
| 3 | Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi | Selasa, 13-12-2022 | <p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mengidentifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup sehat</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan materi Pendidikan</li> </ol>  | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan paham dengan materinya</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak mendengarkan</li> <li>2. Pasien tampak mengerti</li> </ol> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>          |

|   |  |                               |  |  |
|---|--|-------------------------------|--|--|
|   |  |                               | <p>Kesehatan tentang plasenta previa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>Memberikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p>Edukasi :<br/>Menjelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>   |  |
| 4 | <p>Resiko perdarahan berulang b.d<br/>Komplikasi kehamilan d.d masih ada flek darah yang keluar pasca perdarahan</p> | <p>Selasa,<br/>13-12-2022</p> | <p>Pencegahan perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor TTV dan hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan bedrest selama perdarahan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>Menganjurkan untuk menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>Menganjurkan</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>Pasien mengatakan masih keluar flek tetapi sedikit</li> <li>Pasien mengatakan banyak minum air putih</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TTV :<br/>TD : 108/65 mmHg<br/>N : 78 x/mnt<br/>RR : 20 x/mnt<br/>S : 36°C<br/>SpO2 : 97%</li> <li>Pasien tetap mendapatkan obat kalnek obat</li> </ol> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>4. Mengkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p> <p>1. Mengkolaborasi pemberian produk darah</p> | <p>anti perdarahan</p> <p>3. Pasien mendapatkan transfuse darah 1 labu dengan golongan darah A+</p> <p>4. HB setelah dilakukan transfuse darah 9,2 g/dL</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : monitor TTV dan HB, pasien direncanakan mendapatkan transfuse darah 1 labu</p> |
|--|--|--|--|--|

### CATATAN PERKEMBANGAN HARI III

| No | Dx Keperawatan   | Hari /Tanggal    | Implementasi   | Evaluasi  |
|----|--|------------------|--|---|
| 1  | Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d perdarahan pervaginam | Rabu, 14-12-2022 | <p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>3. Mengidenifikasi respon nyeri non</p> | <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah hilang timbul</p> <p>2. Pasien mengatakan darahnya tinggal flek saja</p> <p>O :</p> <p>1. Skala nyeri 1</p> <p>2. Pasien tidak tampak meringis</p> |



|   |   |                     |   |  |
|---|---|---------------------|---|--|
|   |   |                     | <p>verbal</p> <p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik.</li> </ol> | <p>3. Pemberiana obat asam mefenamat</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi pemberian obat asam mefenamat tetap diberikan</p>   |
| 2 | Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/ vena | Rabu,<br>14-12-2022 | <p>Pemantauan hasil laboratorium (I.02057)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan</li> <li>2. Memonitor hasil laboratorium</li> </ol>   | <p>S :</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HB : 10,1 g/dL</li> <li>2. Pasien tampak tidak begitu pucat</li> <li>3. HB pasien masih dibawah batas normal</li> </ol> <p>A : masalah belum</p> |

|   |   |                         |   |   |
|---|---|-------------------------|---|---|
|   |   |                         | <p>yang diperlukan</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menginterpretasikan hasil laboratorium</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media</li> </ol>  | <p>teratasi</p> <p>P : monitor HB, tetap direncanakan untuk pemberian produk darah</p>  |
| 3 | <p>Resiko perdarahan berulang b.d</p> <p>Komplikasi kehamilan d.d masih ada flek darah yang keluar pasca perdarahan</p> | <p>Rabu, 14-12-2022</p> | <p>Pencegahan perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV dan hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan bedrest selama perdarahan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>2. Menganjurkan untuk menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>3. Menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah tidak begitu nyeri di perut bagian bawah</li> <li>2. Pasien mengatakan sudah tidak ada flek</li> <li>3. Pasien mengatakan banyak minum air putih</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV :<br/>TD : 110/80 mmHg<br/>N : 80 x/mnt<br/>RR : 22 x/mnt<br/>S : 36,5 °C<br/>SpO2 : 97%</li> <li>2. Pasien tetap mendapatkan obat kalnek (obat anti perdarahan)</li> </ol> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</li> <li>2. Mengkolaborasi pemberian produk darah</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pasien mendapatkan transfuse darah 1 labu dengan golongan darah A+</li> <li>4. HB setelah dilakukan transfuse darah 10,1 g/dL</li> </ol> <p>A : masalah teratasi sebagian<br/>P : intervensi tetap dilanjutkan</p> |
|--|--|--|--|--|

## B. KASUS 2

### Pengkajian Data Dasar

Nama Mahasiswa : Sisilia Oktaviani Toko

Tempat : RSUD CAM Kota Bekasi

Tanggal Pengkajian : 15 Desember 2022

---

### A. PENGKAJIAN

#### 1. Identitas Klien

Nama : Ny. A

Usia : 24 th

Jenis kelamin : Perempuan

Status : menikah

Agama : islam

Pekerjaan : Wiraswasta

Pendidikan : SMA

Alamat : perumnas 1

Tanggal masuk : 15 Desember 2022

#### Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. D

Usia : 26 th

Hubungan dengan klien : suami klien

#### 2. Alasan Masuk

Pasien datang ke rs dengan keluhan nyeri diperut pada saat janin bergerak.

### 3. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat melakukan pengkajian di ruang ranap melati pada tanggal 15 Desember 2022. Pasien mengeluh nyeri dibagian perutnya pada saat janin bergerak dengan skala nyeri 3, pasien mengatakan cemas akan kondisi bayinya, pasien mengatakan belum mengerti kondisi yang sedang dialaminya. Pada saat pemeriksaan USG terlihat air ketuban ibu kurang dari 500 ml yaistu sebanyak 350 ml. Hasil pengkajian tanda-tanda vital : tekanan darah : 130/80 mmHg, suhu : 36,6° C, pernapasan : 20 x/mnt, nadi : 116 x/mnt, SpO<sup>2</sup> : 98%.

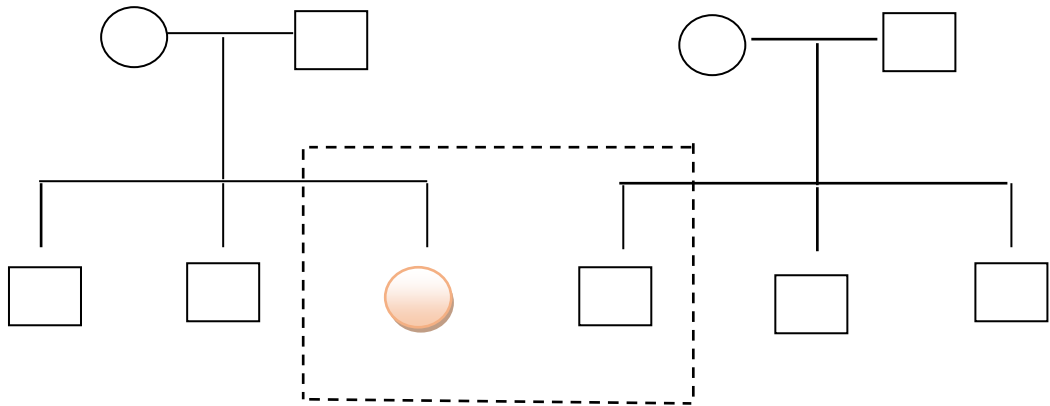
#### b. Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat atau di operasi.

#### c. Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien menatakan ibunya memiliki Riwayat darah tinggi

#### 4. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

● : pasien

----- : serumah

#### 5. Riwayat kehamilan

- Hamil anak pertama, G1P0A0
- HPL : 3 Maret 2023
- Keluhan pada kehamilan : pasien mengeluh nyeri pada saat bayi bergerak
- Suntik tetanus sudah dilakukan
- Rencana persalinan : pasien mengharapkan persalinan normal

6. Riwayat Antenatal Care

Pasien mengatakan control kandungan di bidan dekat rumahnya dan pernah melewatkan control pada trimester dua karna tidak ada yang menjaga warung usahanya, pasien juga mengatakan sudah lengkap untuk suntik TT.

7. Riwayat menstruasi

Menarche : 12 tahun

Siklus haid : 1 x /28 hari /28 hari

Lama haid : 5-6 hari

Banyaknya darah : 2 kali ganti pembalut dalam sehari

Masalah selama haid : tidak ada

HPHT : 24 Mei 2022

8. Riwayat KB

Ny. A mengatakan belum merencanakan merencanakan kb jenis apa yang nanti digunakan setelah melahirkan

9. Aspek Psikologis

a. Pola pikir dan persepsi

- Alat bantu yang digunakan : pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu
- Kesulitan yang dialami : pada saat nyeri aktivitas menjadi terganggu karna nyeri

b. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini : pasien mengatakan ingin janinnya dan dirinya dalam keadaan sehat

- c. Suasana hati : pasien mengatakan suasana hatinya sedikit cemas dikarenakan nyeri yang dirasakan saat bayi bergerak
- d. Rentang perhatian : baik, karena suami dan keluarganya memperhatikannya
- e. Hubungan komunikasi
  - Bicara : pasien berbicara jelas, tidak pelo dan menggunakan bahasa indonesia baik
  - Tempat tinggal : pasien mengatakan tinggal dengan suami
  - Kehidupan keluarga
    1. Adat istiadat yang dianut : pasien mengatakan kerluarganya netral dan tidak terlalu mengikutin adat istiadat
    2. Pembuatan keputusan dalam keluarga : pasien mengatakan dalam keluarganya menggunakan musyawarah dengan suami
    3. komunikasi : pasien mengatakan komunikasi dengan suaminya berjalan dengan baik sampai saat ini
    4. Keuangan : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keuangannya sampai saat ini
    5. Kesulitan dalam keluarga : pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keluarganya sampai saat ini



f. Kebiasaan seksual

Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut :  
pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam hubungan seksual

g. Pertahanan koping

1. Pengambilan keputusan : pasien mengatakan pengambilan keputusan dibantu dengan suami
2. Yang disukai tentang diri sendiri : pasien mengatakan suka dengan dirinya yang pekerja keras
3. Yang ingin dirubah dari kehidupan : pasien mengatakan ingin dirinya dan juga bayinya tetap dalam keadaan sehat
4. Yang dilalukan jika stres : pasien mengatakan hal yang dilalukan untuk menghilangkan stresnya adalah makan makanan kesukaannya
5. Apa yang dilalukan perawat agar anda nyaman dan aman : pasien mengatakan akan nyaman jika perawat ramah dan melayani dengan hati nurani

h. Sistem nilai – kepercayaan

1. Siapa atau apa sumber kekuatan : Tuhan yang Maha Esa
2. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda :  
Pasien mengatakan bahwa Tuhan, agama dan kepercayaannya sangat penting untuk dijadikan pedoman hidupnya
3. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan : pasien mengatakan biasa sholat 5 waktu

i. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : compos mentis

BB/TB : 57 kg/155 cm

Tanda-tanda Vital

TD : 130/80 mmHg

Nadi : 116 x/mnt

Pernapasan : 20 x/mnt

Suhu : 36,6 °C

SpO<sup>2</sup> : 98 %

4. Kepala

- Rambut : rambut berwarna hitam tidak kotor, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
- Mata : simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, tidak ada nyeri tekan, sklera tidak ikterik
- Telinga : telinga tampak simetris kiri dan kanan, pendengaran baik, tidak ada nyeri tekan, kuping tampak sedikit kotor
- Hidung : hidung tampak simetris antara kiri dan kanan, tidak ada secret, tidak ada benjolan, hidung tampak bersih dan tidak ada nyeri tekan dan tidak ada sinus
- Mulut dan gigi : tidak ada karies tidak ada perdarahan pada gusi, mukosa bibir tampak lembab, gigi tidak ada yang bolong, tidak ada gangguan pada saat menelan

#### 4. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan,.

#### 5. Thoraks

- Payudara : payudara simetris antara kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, puting tampak bersih, arleola mammae tampak menghitam, puting susu tampak menonjol.

- Pari paru :

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak teraba

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor dikedua lapang paru

Auskultasi : suara napas vesikuler

#### 6. Abdomen

- Inspeksi : tidak ada luka bekas operasi, tampak adanya sedikit stretch marks

- Palpasi

Ternapat nyer tekan pada saat paslpasi dan janin mudah teraba

Leopold 1 : bteraba agian bokong janin

Leopold 2 : terapa bagian punggung kiri, dan kanan teraba bagian ekstermitas

Leopold 3 : teraba bagian kepala janin, dan dapat digoyangkan

Leopold 4 : kepala janin belum memasuki PAP

- Asuskultasi : bising usus normal
- TFU : 25 CM
- DJJ : 148 x/mnt

#### 7. Ekstermitas

Atas : simetris kiri dan kanan, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan

Bawah : Simetris kiri dan kanan tidak adanya udema pada kedua kaki, tidak ada kelainan

#### 8. Genetalia

Tidak terdapat varises dan pembengkakan pada vagina.

#### 9. Integument

Kulit berwarna sawo matang dan tidak ada hiperpigmentasi

#### 10. Data biologis

| No | Aktivitas  | Sehat                               | Sakit  |
|----|--|-------------------------------------|--|
| 1  | Nutrisi<br>Makan<br>❖ Porsi<br>❖ Makanan kesukaan<br>❖ Pantangan | Sehari 3 kali<br>sushi<br>Tidak ada | Sehari 3 kali, ½ porsi<br>Sushi<br>Tidak ada |
| 2  | Minuman<br>❖ Jumlah  | 8-10 gelas                          | 6-7 gelas                                    |

|   |                     |                           |   |
|---|---------------------|---------------------------|---|
|   | ❖ Minuman kesukaan  | Jus alpukat               | Jus alpukat                             |
|   | ❖ Pantangan         | Tidak ada                 | Tidak ada                               |
| 3 | Eliminasi<br>BAB    |                           |   |
|   | ❖ Frekuensi         | 1 kali sehari dipagi hari | Selama di rs belum bab                  |
|   | ❖ Warna             | Khas                      |   |
|   | ❖ Bau               | Khas                      |   |
|   | ❖ Konsistensi       | Lembek                    |   |
|   | ❖ Kesulitan         | Tidak ada                 | Merasa tidak biasa BAB di toilet RS     |
| 4 | BAK                 |                           |   |
|   | ❖ Frekuensi         | 4-5 kali                  | Selama di rs pasien menggunakan pampers |
|   | ❖ Warna             | Kuning                    |   |
|   | ❖ Bau               | Khas                      |   |
|   | ❖ Konsistensi       | Cair                      |   |
|   | ❖ Kesulitan         | Tidak ada                 |   |
| 5 | Istirahat dan tidur |                           |   |
|   | ❖ Waktu tidur       | 21.30 WIB                 | 23.00                                   |
|   | ❖ Lama tidur        | 6-7 jam                   | 4-5 jam                                 |
|   | ❖ Kesulitan tidur   | Tidak ada                 | Tidak ada                               |

|   |                  |                 |                                       |
|---|------------------|-----------------|---------------------------------------|
| 6 | Personal hygiene |                 |                                       |
|   | ❖ Mandi          | 2 hari sekali   | Selama di rs<br>pasien belum<br>mandi |
|   | ❖ Cuci rambut    | 1 hari sekali   |                                       |
|   | ❖ Gosok gigi     | 3 kali sehari   |                                       |
|   | ❖ Potong kuku    | 1 minggu sekali |                                       |

#### 11. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan.

#### 12. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan USG : janin tunggal, presentasi kepala, hidup

intrauterine, air ketuban sedikit 350 ml

#### 13. Data Labolaturium

Nama pasien : Ny. A

Ruangan : Melati

Tanggal pemeriksaan : 15-12-2022

| No | Nama pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan  |
|----|------------------|-------|---------------|---------|
| 1  | Leukosit         | 11    | 9-10          | ribu/uL |
| 2  | Hemoglobin       | 13,5  | 12-14         | g/dL    |
| 3  | Hematokrit       | 40,1  | 37-47         | %       |
| 4  | Trombosit        | 286   | 150-400       | ribu/uL |

#### 14. Terapi

| Nama obat | Dosis | Frekuensi |
|-----------|-------|-----------|
|           |       |           |

|                |        |       |
|----------------|--------|-------|
| Dexamethasone  | 1 amp  | 2x1   |
| Bactesyn       | 1 vial | 3x1   |
| Asam mefenamat | 500 mg | 3x1   |
| RL             | 500 ml | 8 jam |

## B. ANALISA DATA

| No | Data   | Masalah                | Etiologic                 |
|----|--|------------------------|---------------------------|
| 1  | DS :<br>P : pasien mengatakan nyeri pada saat bayi bergerak<br>Q : teri terasa seperti tertusuk jarum<br>R : sakit dibagian perut bawah<br>S : skala nyeri 3<br>T : hilang timbul<br>DO :<br>1. Adanya nyeri pad saat pemeriksaan palpasi pada abdomen<br>2. Pada pemeriksaan palpasi abdomen bayi sangat terasa<br>3. Skala nyeri 3<br>4. Pasien tampak mengangkat jari kaki pada pemerriksaan palpasi<br>5. TD : 130/80 mmHg | Nyeri akut<br>(D.0077) | Masalah kehamilan         |
| 2  | DS :<br>1. Pasien mengatakan cemas dengan  | Ansietas<br>(D.0080)   | Kurang terpapar informasi |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>kondisi bayinya</p> <p>2. Pasien bertanya tanya tentang kondisi bayinya</p> <p>3. Pasien mengatakan tidak mengerti tentang masalah pada masa kehamilan</p> <p>4. Pasien mengatakan baru pertama mengalami hal seperti ini</p> <p>DO :</p> <p>1. Pasien tampak cemas</p> <p>2. Pasien tampak gelisah</p> <p>3. USG : jumlah air ketuban 350 ml</p> <p>4. TD : 130/80 mmHg</p> |  |  |
|--|---|--|--|

#### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d masalah kehamilan d.d air ketuban 350 ml (D.0077)
2. Ansietas b.d kurang terpaparnya informasi (D.0080)

#### D. RENCANA TINDAKAN

| No | Dx Keperawatan  | Tujuan dan KH   | Rencana Tindakan   |
|----|---|---|--|
| 1  | Nyeri akut b.d masalah kehamilan d.d air ketuban 350 ml | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil :<br>Tingkat Nyeri (L.08066)<br>1. Keluhan nyeri | Manajemen Nyeri (L08238)<br>Observasi :<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, |



|   |                                  |  |  |
|---|----------------------------------|--|--|
|   |                                  | <p>menurun (5)</p> <p>2. Meringis<br/>menurun (5)</p>    | <p>kualitas, dan intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>2. Control lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik.</p> |
| 2 | Anasietas b.d kurang terpaparnya | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan | Terapi Relaksasi (I.09326)<br>Observasi :  |

|  |           |  |  |
|--|-----------|--|--|
|  | informasi | <p>tingkat kecemasan pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil :<br/>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan dapat menurun (5)</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang sedang dihadapi menurun (5)</li> <li>3. Perilaku gelisa menurun (5)</li> <li>4. Perilaku tegang menurun (5)</li> <li>5. Pola tidur pasien membaik (5)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>2. Identifikasi kemampuan, kesediaan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pakaian longgar</li> <li>2. Gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>3. Ciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman</li> <li>4. Sediakan materi Pendidikan Kesehatan tentang kondisi oligohidramnion</li> <li>5. Jadwalkan penkes dengan pasien sesuai dengan kesehatan</li> </ol> |
|--|-----------|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan secara rinci Teknik relaksasi yang dipilih</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensai rilekassi</li> <li>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</li> </ol> |
|--|--|--|--|

#### CACATN PERKEMBANGAN I

| No | Dx Keperawatan  | Hari /Tanggal     | Implementasi  | Evaluasi   |
|----|---|-------------------|---|--|
| 1  | Nyeri akut b.d masalah kehamilan d.d air ketuban 350 ml | Kamis, 15-12-2022 | <p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulalitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidenifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada saat bayinya bergerak</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien tampak meringis</li> <li>3. Skala nyeri 3</li> <li>4. Mengajarkan Teknik relaksasi</li> </ol> |

|   |  |                   |   |   |
|---|--|-------------------|---|---|
|   |  |                   | <p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik.</li> </ol> | <p>tarik nafas dalam</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk mendengarkan music atau mendengarkan solawat supaya lebih rileks</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri tetap dilanjutkan</p> |
| 2 | Anasietas b.d kurang terpaparnya informasi | Kamis, 15-12-2022 | <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>2. Mengidentifikasi kemampuan, kesediaan, dan</li> </ol>  | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan belum pernah melakukan Teknik relaksasi</li> <li>2. Pasien mengatakan bersedia melakukan Teknik relaksasi</li> </ol>                             |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>penggunaan Teknik sebelumnya</p> <p>3. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan pakaian longgar</li> <li>2. Menggunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>3. Menciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman</li> <li>4. Sediakan materi Pendidikan Kesehatan tentang kondisi oligohidramnion</li> <li>5. Jadwalkan penkes dengan pasien sesuai dengan kesehatan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan secara rinci Teknik relaksasi yang dipilih</li> <li>2. Menganjurkan mengambil posisi yang</li> </ol> | <p>3. Pasien mengatakan memilih teknik relaksasi terapi musik</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan pasien menggunakan daster</li> <li>2. Menganjurkan pasien untuk tetap rileks</li> <li>3. Tidak membuat kebisingan diruangan pasien</li> <li>4. Pasien tampak mengerti Teknik relaksasi yang dijelaskan</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi tetap dilanjutkan</p> |
|--|--|--|--|---|

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | nyaman<br>3. Menganjurkan rileks dan merasakan sensai rilekassi<br>4. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih |  |
|--|--|--|---|--|

### CACATAN PERKEMBANGAN II

| No | Dx Keperawatan  | Hari /Tanggal     | Implementasi   | Evaluasi   |
|----|---|-------------------|--|--|
| 1  | Nyeri akut b.d masalah kehamilan d.d air ketuban 350 ml | Jumat, 16-12-2022 | <p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidenifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologi</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri hanya pada saat ayinya bergerak</li> <li>2. Pasien mengatakan jika sakit sering mengulang Teknik relaksasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak mengangkat kakinya saat merasakan sakit</li> <li>2. Skala nyeri 2</li> <li>3. Mengajarkan</li> </ol> |

|   |  |                   |  |   |
|---|--|-------------------|--|---|
|   |  |                   | <p>untuk mengurangi nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkolaborasi pemberian analgetik.</li> </ol>                          | <p>Teknik relaksasi tarik nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pasien tampak sedikit lebih rileks dari hari kemarin</li> <li>5. Pasien mendapatkan terapi obat asam mefenamat 3x1</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri tetap dilanjutkan</p>   |
| 2 | Anasietas b.d kurang terpaparnya informasi | Jumat, 16-12-2022 | <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>2. Mengidentifikasi kemampuan, kesediaan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>3. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan pakaian longgar</li> <li>2. Menggunakan suara lembut</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan mendengarkan jika merasa cemas</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sedikit rileks</li> <li>2. Tidak membuat kebisingan diruangan pasien</li> <li>3. Pasien tampak nyaman saat mendengarkan musik</li> </ol> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi tetap</p> |

|  |  |  |   |             |
|--|--|--|---|-------------|
|  |  |  | <p>dengan irama lambat dan berirama</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman</li> <li>4. Sediakan materi Pendidikan Kesehatan tentang kondisi oligohidramnion</li> <li>5. Jadwalkan penkes dengan pasien sesuai dengan kesehatan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan secara rinci Teknik relaksasi yang dipilih</li> <li>2. Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>3. Menganjurkan rileks dan merasakan sensai rilekassi</li> <li>4. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</li> </ol> | dilanjutkan |
|--|--|--|---|-------------|



CACATAN PERKEMBANGAN III

| No | Dx Keperawatan  | Hari /Tanggal        | Implementasi   | Evaluasi   |
|----|---|----------------------|--|--|
| 1  | Nyeri akut<br>b.d masalah kehamilan<br>d.d air ketuban 350 ml | Sabtu,<br>17-12-2022 | <p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Mengontrol lingkungan yang memberatkan rasa nyeri seperti (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan teknik nonfarmakologi</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri pada saat ayinya bergerak</li> <li>2. Pasien mengatakan jika sakit sering mengulang Teknik relaksasi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak mengangkat kakinya saat merasakan sakit</li> <li>2. Skala nyeri 1</li> <li>3. Pasien tampak sedikit lebih rileks dari hari kemarin</li> <li>4. Pasien mendapatkan terapi obat asam mefenamat 3x1</li> </ol> <p>A : masalah teratasi<br/>P : intervensi terapi obat tetap dilanjutkan</p> |

|   |  |                   |   |   |
|---|--|-------------------|---|---|
|   |  |                   | <p>untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengkolaborasi pemberian analgetik.</li> </ol>   |   |
| 2 | Anasietas b.d kurang terpaparnya informasi | Sabtu, 17-12-2022 | <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengidentifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>6. Mengidentifikasi kemampuan, kesediaan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>7. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan pakaian longgar</li> <li>2. Menggunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>3. Menciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan yang nyaman</li> <li>4. Sediakan materi Pendidikan Kesehatan tentang</li> </ol> | <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas karna suda mengetahui kondisi yang sedang dialami</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak rileks</li> <li>2. Tidur pasien tampak cukup</li> </ol> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | <p>kondisi oligohidramnion</p> <p>5. Jadwalkan penkes dengan pasien sesuai dengan kesehatan</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan secara rinci Teknik relaksasi yang dipilih</li> <li>2. Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>3. Menganjurkan rileks dan merasakan sensai rilekassi</li> <li>4. Menganjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</li> </ol> |  |
|--|--|--|---|--|

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis akan membandingkan antara teori dari bab II dengan kasus 1 dan 2 di bab III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Menurut teori pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Di tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data secara lengkap dan secara sistematis untuk mengkaji dan menganalisis masalah keperawatan yang terjadi pada pasien baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

Penulis melakukan pengkajian pada klien pertama Ny. S pada tanggal 12 Desember 2022 dengan hasil pengkajian yang didapat pasien datang ke RS dengan keluhan perdarahan dari 2 hari

yang lalu dan terdapat nyeri pada perut bagian bawah dengan skala nyeri 5.

Dan selanjutnya pada Ny. A pada tanggal 15 Desember 2022 didapatkan hasil pengkajian yaitu pasien mengeluh nyeri dibagian perutnya pada saat janin bergerak. Pada saat pemeriksaan palpasi janin sangat mudah teraba dan pada auskultasi DJJ sangat cepat ditemukan dan di pemeriksaan USG terlihat air ketuban ibu hanya 350 ml.

Menurut Analisa penulis yang terjadi pada kedua klien tersebut ada beberapa hal yang sama yaitu pada kedua pasien memasuki masa kehamilan trimester ke tiga dan juga mengalami nyeri pada abdomen yang dialami kedua klien. Tetapi terdapat beberapa perbedaan yaitu pada Ny. S mengalami nyeri pada abdomen bagian bawah karna adanya perdarahan pervaginam dalam tinjauan Pustaka perdarahan antepartum dapat disebabkan karna beberapa hal, salah satunya plasenta previa, dimana Ny. S mengalami perdarahan karna plasenta previa. Gejala yang menjadi ciri khas dari plasenta previa adalah perdarahan pervaginam, darah berwarna merah segar, dan jumlah yang tidak banyak, terjadi kram pada kandungan yang dapat disertai ataupun tidak disertai perdarahan.

Sedangkan pada Ny. A mengalami nyeri pada abdomen saat bayinya bergerak. Dan pada pemeriksaan USG terlihat air

ketubannya sedikit yaitu 350 ml. Menurut (Aswir and Misbah, 2018) salah satu gejala yang khas dari oligohidramnion yaitu ibu merasakan nyeri pada saat bayi bergerak, pada saat pemeriksaan USG yang dikatakan oligohidramnion adalah air ketuban yang kurang dari 500ml

Data yang ditemukan pada kedua kasus sudah sesuai dengan tinjauan teori yang ada, dan tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus dilapangan.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Menurut teori diagnosa keperawatan merupakan suatu gambaran mengenai permasalahan yang terjadi pada klien atau status kesehatan klien yang aktual dan potensial, dimana untuk melakukan pemecahan masalah tersebut harus dalam batas wewenang perawat. Diagnosa keperawatan dilakukan untuk menentukan hasil yang diharapkan dari perawatan terhadap klien dan merencanakan untuk tindakan selanjutnya yang akan dilakukan secara berurutan.

Berdasarkan kasus yang terjadi dilapangan penulis sudah merumuskan sesuai dengan buku panduan SDKI dan terdapat diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas. Kesamaan kasus yang terjadi adalah Nyeri Akut. Hal ini dikarenakan masalah pada kehamilan pada Ny. A disebabkan perdarahn pervaginam, Sedangkan pada Ny. A nyeri disebabkan karna air ketuban yang

jumlahnya sedikit sehingga pada saat bayi bergerak terasa nyeri. Dan juga pada Ny. S mengalami penurunan HB maka penulis mengangkat perfusi perifer tidak efektif.

Diagnose selanjutnya yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas berbeda, yaitu Ny. S Resiko perdarahan berulang b.d Komplikasi kehamilan d.d flek darah yang keluar pasca perdarahan sedangkan Ny. A ansietas b.d kurang terpaparnya informasi. Penulis berasumsi hal ini dikarenakan pada kedua kasus memiliki masalah kehamilan yang berbeda, yang dialami pada Ny. S yaitu masalah perdarahan antepartum yang terjadi karena plasenta previa, sedangkan masalah kehamilan yang dialami pada Ny. A yaitu oligohidramnion dimana air ketuban sedikit dan baru pertama dialami pada kehamilan pertama sehingga menimbulkan rasa cemas akan kondisi Kesehatan bayinya dan beresiko partus secara sesar.

Dan di diagnose terakhir yang diangkat penulis terakhir sama, yaitu deficit pengetahuan karna pada klien tersebut sama sama kurang mengetahui kondisi yang dialami dan baru mengalami kondisi tersebut sehingga penulis mengangkat diagnose tersebut.

Menurut Analisa penulis dari diagnose yang terjadi pada kedua klien memiliki diagnose utama yang sama yaitu nyeri akut. Tetapi pada setiap manusia memiliki respon dan keluhan yang berbeda sesuai dengan etiologic penyakit yang dialami dari

kedua kasus tersebut. Yang menjadi perbedaan yaitu pada klien satu mengalami hemorrage antepartum yang di sebabkan oleh plasenta previa sedangkan pada klien dua mengalami oligohidramnion.

### **C. Intervensi Keperawatan**

Pembuatan rencana keperawatan penulis melakukan sesuai dengan teori yang ada, yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Intervensi pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 24 jam.

Pada kasus Ny. S penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis merencanakan mengatasi masalah nyeri akut dengan tujuan Keluhan nyeri menurun,



Meringis menurun, Frekuensi nadi membaik. Penulis merencanakan Manajemen Nyeri (L08238) dimana pada intervensi tersebut sudah sesuai dengan teori yang ada. Dan juga penulis merencanakan Teknik relaksasi nafas dalam dimana cara ini merupakan cara non farmakologis dalam menurunkan intensitas nyeri dan cara ini pun sudah sesuai dengan eviden based Evidence dalam Utami, 2019.

Pada diagnose perfusi perifer tidak efektif penulis merencanakan dengan tujuan nilai hasil lab hemoglobin pasien membaik. Penulis merencanakan nintervensi Pemantauan hasil laboraturium (I.02057).Intervensi yang dilakukan pada Ny. S sudah sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu untuk resiko perdarahan berulang adalah Pencegahan perdarahan (I.02067) dan untuk diagnose ini penulis juga menerapkan evidence based nursing kepada klien yaitu penulis menyarankan untuk meminum jus buah bit dimana manfaat buah bit bagi ibu hamil bukan saja untuk pengobatan tetapi juga untuk mencegah anemia. Buah bit biasanya dikonsumsi dengan cara di buat jus. Buah bit mempunyai kandungan asam folat dan zat besi yang cukup tinggi. Dimana pada dua hal tersebut sangat dibutuhkan dalam pembentukan sel darah merah dan HB baru dalam tubuh sehingga kebutuhan darah pada ibu hamil dapat

terpenuhi (Risnawati, Indanah and Sukesih, 2021). Dan untuk diagnose deficit pengetahuan adalah Edukasi Kesehatan (I.12383).

Perencanaan yang penulis lakukan pada Ny. A intervensi yang dilakukan pada diagnose utama yaitu nyeri akut dimana intervensi yang direncanakan penulis sesuai dengan kasus Ny. S yaitu manajemen Nyeri (L08238) penulis juga melakukan penerapan evidence based untuk mengatasi nyeri yaitu Teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu bentuk asuhan keperawatan yang dikembangkan, dimana pada hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan Teknik relaksasi nafas dalam, yaitu dengan nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana cara menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Utami, 2019). Untuk diagnose kedua yaitu ansietas adalah Terapi Relaksasi (I.09326). dan untuk diagnose deficit pengetahuan adalah Edukasi Kesehatan (I.12383).

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya

pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

Implementasi pada Ny. S dimulai pada 12 Desember 2022 sampai 14 Desember 2022 sedangkan implementasi pada Ny. A dimulai dari 15 Desember 2022 sampai 17 Desember 2022.

Pada saat melakukan implementasi, penulis menerapkan evidence based nursing kepada kedua klien untuk mengurangi rasa nyeri. Evidence based yang diterapkan adalah mengajarkan terapi rileksasi nafas dalam (Utami, 2019). Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu bentuk asuhan keperawatan yang dikembangkan, dimana pada hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan. Teknik relaksasi nafas yaitu dengan cara nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana cara menghembuskan nafas secara perlahan, penulis menerapkan terapi nyeri non farmakologi pada kedua klien karena terapi tersebut terbukti sederhana dan efektif untuk menurunkan intensitas nyeri pada klien.

Kemudian pada diagnosa kedua yang dialami pada Ny. S yaitu perfusi perifer tidak efektif klien penulis melakukan tindakan pemantauan hasil laboratorium. Monitoring bertujuan untuk mengetahui apakah tindakan yang sedang diberikan berlangsung sesuai harapan yang ingin dicapai atau tidak. Dan siiringi juga oleh evaluasi sehingga dapat mengetahui apakah hasil dari tindakan

yang diberikan sesuai dengan harapan atau tidak. Dari hasil monitoring dan evaluasi dapat menentukan apa yang sedang dilakukan berhasil atau tidak, jika belum mencapai tujuan maka akan dilakukan tindakan perbaikan hingga dapat mencapai tujuan yang diinginkan (Veradilla, Italia and Dewi, 2022).

Berbeda dengan Ny. A diagnose kedua yang dialami yaitu ansietas pada diagnose ini penulis menerapkan terapi distraksi salah satunya yaitu terapi musik untuk menurunkan kecemasan. Moekroni mengatakan musik merupakan sebuah bagian integral dalam, peribadatan, lintas budaya dan agama, mampu menenangkan jiwa, menjadi sarana untuk memusatkan diri pada kesadaran spiritual dan mengangkat seseorang pada sebuah situasi damai, hening, dan sadar akandiri sendiri. Lagi pula, musik mengurangi nyeri, depresi, pergolakan dan agresi serta meningkatkan relaksasi dan suasana hati yang positif (Suciati *et al.*, 2020)

Pada diagnose ketiga pada Ny. S yaitu resiko perdarahan berulang, penulis juga menerapkan evidence based pada klien untuk menaikkan kadar HB klien dengan cara untuk meminum jus buah bit dimana manfaat buah bit bagi ibu hamil bukan saja untuk pengobatan tetapi juga untuk mencegah anemia. Buah bit biasanya dikonsumsi dengan cara di buat jus. Buah bit mempunyai kandungan asam folat dan zat besi yang cukup tinggi. Dimana pada

dua hal tersebut sangat dibutuhkan dalam pembentukan sel darah merah dan HB baru dalam tubuh sehingga kebutuhan darah pada ibu hamil dapat terpenuhi (Risnawati, Indanah and Sukesih, 2021).

Pada kedua klien diberikan edukasi Kesehatan pada diagnose defisit pengetahuan. Notoatmojo mengatakan pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan/meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Pendidikan kesehatan identik dengan penyuluhan kesehatan karena keduanya berorientasi pada perubahan perilaku yang diharapkan, yaitu perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompoknya dalam meningkatkan kesehatannya

Pada proses implementasi penulis melakukan selama 3 hari pada kedua kasus. Penulis melakukan implementasi sesuai yang sudah direncanakan. Pada saat implementasi juga penulis menerapkan beberapa evidence based yang diterapkan yaitu Teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan untuk minum jus buah bit, melakukan terapi distraksi.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Bagaimana reaksi klien

terhadap intervensi yang diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima (Purwanto, 2013).

Evaluasi hari pertama pada klien satu diagnose nyeri akut, klien 1 dan klien 2 masih ada keluhan nyeri dengan skala nyeri pada pasien satu 5 sedangkan pada pasien dua 3. Pada hari kedua adanya pengurangan skala nyeri pada kedua klien, klien satu mengatakan skala nyeri, 3 sedangkan pada pasien dua mengatakan skala nyeri 2. Kemudian pada hari ketiga juga terjadi pengurangan nyeri pada kedua klien mengatakan skala nyeri 1. Sehingga masalah pada nyeri akut dapat teratasi

Evaluasi hari pertama pada diagnose perfusi perifer tidak efektif pasien satu mengalami penurunan HB dengan hasil 9,3 g/dL dan pasien harus tetap dipantau nilai HB sehingga dihari pertama masalah belum teratasi dan pasien masih dalam masa pemantauan hasil lab terutama hasil HB. Pada diagnose resiko perdarahan berulang pasien mengeluh masih keluar flek dan dilakukan transfuse peroduk darah untuk perbaikan nilai HB, dan masalah belum bertatasi dan intervensi tetap dilanjutkan. Pada diagnose deficit pengetahuan dihari pertama penulis membuat kontrak dengan klien untuk diberikan edukasi Kesehatan kepada klien.

Sedangkan pada klien kedua evaluasi hari pertama pada diagnose ansietas klien masih merasa cemas dan memilih terapi

music untuk menurunkan rasa cemas sehingga pada saat evaluasi hari pertama masih belum teratasi. Pada diagnose deficit pengetahuan penulis membuat janji dengan klien untuk diberikan edukasi Kesehatan, untuk diagnose ini juga masalah masih belum teratasi.

Evaluasi hari kedua pada klien satu dengan diagnosa perfusi perifer tidak efektif pasien tetap mengalami penurunan HB yaitu 9,2 g/dL dan pasien masih harus dipantau nilai HB sehingga dihari kedua masalah masih belum teratasi dan pasien masih dalam masa pemantauan hasil lab terutama hasil HB. Pada diagnose resiko perdarahan berulang juga masalah masih belum teratasi karna HB klien tetap dibawah normal dan anjuran yang penulis berikan untuk meminum jus buah bit belum tercapai karna buah bit susah untuk dicari dan keluarga klien belum menemukan buah tersebut sehingga masalah belum teratasi. Pada diagnose deficit pengetahuan setelah dilakukan edukasi Kesehatan masalah dapat teratasi karna klien sudah mengerti tentang kondisi yang sedang dialami, sehingga interventi dapat dihentikan.

Sedangkan pada klien dua pada evaluasi hari kedua pada diagnose ansietas sudah teratasi sebagian karna klien sudah tampak lebih rileks dan klien mengatakan nyaman saat mendengarkan music, sehingga intervensi tetap dilakukan. Pada diagnose deficit pengetahuan masalah dapat teratasi setelah dilakukan edukasi

Kesehatan masalah dapat teratasi karna klien sudah mengerti tentang kondisi yang sedang dialami, sehingga intervensi dihentikan.

Evaluasi hari ketiga pada klien satu dengan diagnosa aperfusi perifer tidak efektif pasien mengalami penaknaan nilai HB 10,1 g/dL tetapi masalah hanya teratasi sebagian karena mengalami penaknaan nilai HB tetapi nilai HB tersebut masih belum mencapai nilai normal sehingga intervensi tetap dilakukan. Pada diagnose resiko perdarahan berulang juga pasien mengatakan sudah tidak mengeluarkan flek tetapi karna HB masih dibawah batas normal maka intervensi tetap dilanjutkan.

Sedangkan pada klien dua pada diagnose ansietas masalah sudah teratasi terlihat klien mengatakan sudah tidak merasa cemas klien tampak rileks.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Pada saat dilakukan pengkajian fisik pada klien satu, mengalami masalah pada kehamilan yaitu perdarahan pervaginam yang disebabkan oleh plasenta previa. Pada saat dilakukan pemeriksaan genetalia terlihat adanya flek yang keluar pasca perdarahan dan pada pemeriksaan palpasi adanya nyeri dibagian perut bawah.

Sedangkan pengkajian pada klien dua dilakukan pemeriksaan USG dan ditemukan masalah oligohidramnion yang ditandai dengan volume cairan air ketuban sebanyak 350 ml dan pada saat dilakukan pemeriksaan leopold janin sangat terasa pada pemeriksaan palpasi dan pada saat auskultasi mudah ditemukan detak jantung janin.

##### **2. Diagnose keperawatan**

Setelah dilakukan pengkajian pada klien satu ditemukan data seperti terdapat adanya perdarahan antepartum sehingga menimbulkan rasa nyeri pada klien, dan kadar hemoglobin pasien menurun. Sedangkan pada klien dua ditemukan data dimana volume air ketuban 350 ml, dimana pada masalah tersebut menimbulkan nyeri pada saat bayi

melakukan pergerakan dan menimbulkan kecemasan pada ibu.

### 3. Intervensi keperawatan

Perencanaan yang dilakuakn dalam kasus klien satu dan klien dua dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, intervensi dari setiap diagnose dapat sesuai dengan keluhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesediaan keluarga dalam kerja sama. Intervensi yang dilakukan oleh penulis juga sesuai dengan teori menurut SIKI dan penulis menerapkan beberapa evidence based pada kelua klien diantaranya pada nyeri akut dilakukan terapi relaksasi nafas dalam, pada ansietas dilakukan terapi music, dan untuk menaikkan HB dianjurkan untuk meminum jus buah bit.

### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi tindakan pada kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan, sesuai dengan keluhan kedua pasien dengan masalah pada masa kehamilan. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut semua dapat dilakukan dan terlaksanakan dengan baik. Tetapi pada perencanaan yang belum tercapai yaitu untuk anjuran minum jus buah bit belum terlaksanakan karna

keluarga klien mengatakan sulit untuk menemukan buah bit.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Tahap akhir dari proses keperawatan yaitu evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien satu ada masalah yang belum teratasi dimana pada permasalahan tersebut nilai hemoglobin klien masih dibawah nilai normal, selebihnya masalah dapat teratasi. Sedangkan pada klien dua semua masalah dapat teratasi

### **B. Saran**

#### 1. Bagi Rumas Sakit

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan khususnya penerapan asuhan keperawatan pasien dengan HAP dan pasien dengan oligohidramniuin

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi acuan sebagai bahan belajar untuk kelengkapan perkuliahan terutama pada mata kuliah keperawatan maternitas, karena mahasiswa/i ini akan bergabung menjadi bagian dari petugas kesehatan dalam memberikan tindakan keperawatan.

#### 3. Bagi klien dan keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami dan mengenal lebih dalam lagi mengenai masalah yang dapat terjadi pada masa kehamilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aswir And Misbah, H. (2018) ASUHAN KEBIDANAN, Photosynthetica. Available
- Dr. Vladimir, V.F. (2016) 'Proses Pada Kehamilan', Gastronomía Ecuatoriana Y Turismo Local., 1(69), Pp. 5–24.
- Karista (2019) 'Ibu Hamil Dengan Oligohidramnion', Carbohydrate Polymers, 6(1), Pp. 5–10.
- Kartika, S.D. And Brahmadhi, A. (2016) 'Hubungan Antara Multiparitas Terhadap Terjadinya Perdarahan Antepartum Di Rsia Aprillia Cilacap', Sainteks, XIII(1), Pp. 12–21.
- Lily Yulaikhah, S. Si. . (2019) Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Kehamilan, Journal Of Chemical Information And Modeling.
- Listiawati (2002) 'Kehamilan Era Baru Dengan Teknologi Telehealth Untuk Melakukan ANC', Pp. 1–64.
- Manuaba (2018) 'Mamapedia/Gaya-Hidup/Yuk-Kenali-Plasenta-Previa 27', Pp. 27–51.
- Mulyani, S.S. (2018) 'Asuhan Kebidanan Pada Ny.I Usia 39 Tahun Dengan Oligohidramnion Di Rsud Cimacam', P. Iv.
- Nabila, H. And , Tri Kesumadewi, I. (2022) 'Penerapan Pendidikan Kesehatan Tentang Tanda Bahaya Kehamilan Untuk Meningkatkan Pengetahuan Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas Purwosari Kec. Metro Utara

- Tahun 2021', *Jurnal Cendikia Muda*, 2(Juni), P. 203.
- Nugroho, T, Dkk (2014) 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan 1: Kehamilan', Yogyakarta; Nuha Medika, 16(1).
- Oliver, J. (2013) 'Cairan Amnion', *Journal Of Chemical Information And Modeling*, 53(9), Pp. 1689–1699.
- Purwanto, E. (2013) 'Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan', *Health And Pyhisical Education*, P. 25.
- Rahayu Widiarti, I. And Yulviana, R. (2022) 'Pendampingan Senam Hamil Pada Ibu Hami Trimester III Untuk Mengurangi Nyeri Punggung Di PMB Rosita, S.Tr, *Keb Tahun 2021'*, *Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal)*, 1(2), Pp. 153–160. Doi:10.25311/Jkt/Vol1.Iss2.463.
- Risnawati, I., Indanah, I. And Sukesih, S. (2021) 'Efektivitas Pemberian Jus Buah Bit Terhadap Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Dengan Anemia Di Puskesmas Tayu I', *Indonesia Jurnal Kebidanan*, 5(1), P. 36. Doi:10.26751/Ijb.V5i1.1334.
- Ruqoiyah, S. (2017) 'Plasenta Previa BAB II', 53(9), Pp. 1689–1699.
- Silcia Sandra, Nur Indah Purnamasari, S. (2021) 'Analisis Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Plasenta Previa Pada Ibu Bersalin', *Jurnal Ilmiah Obsgin*, 13, Pp. 1–11.
- Sumapraja S Dan Rachimhadi T (2017) 'Pendarahan Antepartum', *Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan*, Pp. 365–385.

- Utama, Aditia Edy (2017) 'KEHAMILAN', Pp. 1–14.
- Utami, S. (2019) 'Efektifitas Relaksasi Napas Dalam Dan Distraksi Dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparatomi', Universitas Riau, 4(1), Pp. 1–13.
- Wijayanti, N.K.N. (2021) 'Ambaran Kunjungan Antenatal Care Ibu Hamil Pada Masa Pandemi Covid Di Wilayah Puskesmas Bebandem Tahun 2021', Pp. 6–24.
- Widodo, B. (2016) 'Pendidikan Kesehatan Dan Aplikasinya Di SD/MI', Madrasah, 7(1), P. 12. Doi:10.18860/Jt.V7i1.3306.
- Suciati, L. Et Al. (2020) 'Efektifitas Terapi Musik Klasik Lullaby Terhadap', 6(2), Pp. 155–160.
- Veradilla, Italia, B.P. And Dewi (2022) 'Monitoring Dan Evaluasi', (9), Pp. 1–20.

## **LAMPIRAN**



# LEAFLET EDUKASI KESEHATAN DAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM



SISILIA OKTAVIANI, S. KEP  
221560311089

## EDUKASI KESEHATAN

Masalah oligohidramnion  
pada masa kehamilan



Oligohydramnios

## PENGERTIAN

OLIGOHIDRAMNION MERUPAKAN KEJADIAN AIR KETUBAN YANG KURANG DARI 500 CC. IBU HAMIL DENGAN JUMLAH AIR KETUBAN YANG SEDIKIT TIDAK BAIK BAGI PERTUMBUHAN JANIN KARENA PERTUMBUHAN JANIN DAPAT TERCANGGU KARENA PERLEKATAN ANTARA JANIN DENGAN AMNION ATAU KARENA JANIN MENGALAMI TEKANAN DINDING RAHIM





## PENANGANAN

### PEMANTAUAN JANIN

Hal ini tergantung dari penyebab jumlah cairan ketuban berkurang. Pada umumnya, semakin besar usia kehamilan, tentu jumlah air ketuban akan berkurang. Jika belum cukup bulan untuk melakukan persalinan, dokter akan memantau dengan sangat cermat

## PENYEBAB

Aborsi, ketuban pecah dini (KPD), penurunan produksi amnion karena kelainan ginjal kongenital

## TANDA DAN GEJALA

1. RAHIM BERUKURAN KECIL
2. BAYI TIDAK AKTIF BERGERAK
3. BB TIDAK BERTAMBAH
4. NYERI PADA SAAT BAYI BERGERAK

### OPERASI CAESAR

Operasi caesar perlu memerhatikan beberapa faktor, baik dari kondisi ibu ataupun janin. Biasanya persalinan caesar dapat ditempuh apabila ketuban pecah lebih dari 48 jam dan warna ketuban hijau dan berbau. Hal ini sehingga tidak bisa dilakukan dengan induksi obat-obatan

### INDUKSI OBAT

Tidak semua tata laksana harus dioperasi caesar, bisa juga dilakukan induksi dengan obat apabila ada kondisi yang mengharuskan janin untuk segera dilahirkan. Bisa menggunakan induksi obat tetapi perlu diperhatikan ada atau tidaknya kontraksi

# TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

NAMA NARASUWA : ISHIA OCTAVIAN TOSKI  
NPM : 2204020097



## TEKNIK RELAKSASI

Teknik relaksasi merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

## RELAKSASI NAFAS

Relaksasi nafas adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata

Relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot.

## TUJUAN TEKNIK RELAKSASI

- Menurunkan intensitas nyeri
- Menurunkan kecemasan
- Meningkatkan ventilasi alveoli
- Memelihara pertukaran gas
- Mencegah atelektasis paru
- Mengurangi frekuensi batuk

## MANFAAT

Dapat menghilangkan nyeri, ketegangan otot, dan berkurangnya rasa cemas



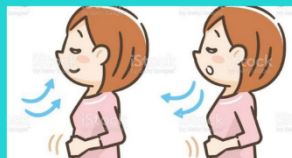
## LANGKAH LANGKAH TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

- 01 Ciptakan lingkungan yang tenang
- 02 Usahakan tetap rileks dan tenang
- 03 Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan.
- 04 Letakkan kedua telapak tangan berhadapan satu sama lain, dibawah dan sepanjang batas bawah tulang rusuk depan. Letakkan ujung jari tengah kedua telapak tangan saling bersentuhan.



- 05 Ambil nafas dalam secara lambat, menghirup melalui hidung. Rasakan bahwa kedua jari tengah tangan terpisah selama menarik nafas (inspirasi). Tahan nafas sampai hitungan ketiga (1, 2, 3).

- 06 Perlahan-lahan menghembuskan nafas melalui mulut (seperti meniup). Kedua ujung jari tengah akan bersentuhan kembali.



- 07 Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks, dan usahakan agar tetap konsentrasi atau mata terpejam
- 08 Ulangi sampai 15 kali, dengan istirahat singkat setiap 5 kali
- 09 Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang



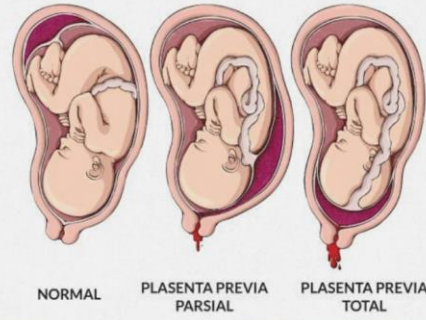


### Edukasi Kesehatan

Sisilia Oktaviani, S. Kep

221560311089

Hemorrhage Antepartum (HAP)



### PENGERTIAN

HEMORRHAGE ANTEPARTUM ATAU PERDARAHAN ANTEPARTUM MERUPAKAN PERDARAHAN YANG TERJADI SETELAH USIA KEHAMILAN MENCAPI 28 MINGGU. BIASANYA PERDARAHAN ANTEPARTUM DAPAT BERBAHAYA JIKA USIA KEHAMILAN SEBELUM 28 MINGGU

### KALSIFIKASI

1. PLASENTA PREVIA
2. SOLUSI PLASENTA
3. VASA PREVIA

### Plasenta Previa

• Pengertian Plasenta previa merupakan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah Rahim sedemikian rupa hingga dapat menutupi jalan lahir atau hanya sebagian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada pada depan jalan lahir






### Etiologi

- Hamil di usia muda
- Kehamilan ganda
- Meroko selama masa kehamilan
- Riwayat aborsi
- Riwayat operasi pada uterus
- Riwayat plasenta pada kehamilan sebelumnya



### TANDA DAN GEJALA

Perdarahan, darah dapat berwarna merah segar, bisa terjadi perdarahan berulang,

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

| Tanggal Bimbingan | Kegiatan                              | Paraf Pembimbing   | Keterangan   |
|-------------------|---------------------------------------|--|--|
| 17 Desember 2022  | Pengajuan judul KIAN                  |    | ACC judul dan lakukan pengkajian lengkap   |
| 06 Januari 2023   | Konsul dari bab 1 sampai dengan bab 5 |    | <p>Bab 1<br/>LB: presentasi anak dihilangkan atau bisa diganti dengan akibatnya<br/>Tujuan: dapatnya semua dihilangkan</p> <p>Bab 2<br/>Pathway dirubah dan digabung jadi satu</p> <p>Bab 3<br/>Pengkajian: dilengkapi datanya<br/>Analisa data: tambahkan masalah perfusi perifer<br/>Diagnose: pada diagnose ansietadi di data onjektifnya ditambahkan data penunjang yang abnormal</p> <p>Bab 4<br/>Intervensi berdasarkan evidence based</p> |
| 08 Januari 2023   | Pengajuan revisi KIAN                 |  | 1. Mengubah etiologic pada diagnose perfusi perifer  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>tidak efektif</p> <p>2. Pembahasan intervensi dibedakan antara intervensi dari SIKI dan berdasarkan EBP</p> <p>3. Pembahasan implementasi juga dibedakan supaya terlihat mana yang sudah terlaksana mana yang belum</p> <p>4. Pembahasan evaluasi diperbaiki isinya serta diberikan alasan kenapa belum terlaksana</p> <p>5. Kesimpulan pada pengkajian dituliskan perbedaan dan pengkajian yang ditemukan</p> <p>6. Pada diagnose jangan dituliskan ulang dan dilihat permasalahan lebih kepada system apa</p> <p>7. Seluruh</p> |
|--|--|--|--|

|                 |                     |  |  |
|-----------------|---------------------|--|--|
|                 |                     |  | <p>intervensi dibuat berdasarkan SIKI maupun EBP</p> <p>8. Pada evaluasi disebutkan alasan masalah yang tidak terartasi</p>  |
| 08 Januari 2023 | Bimbingan via zoom  |    | <p>1. Pada surat pernyataan dll dimasukkan TTD ibu gea maupun mahasiswa</p> <p>2. Pada pembahasan dijelaskan secara sistematis dari teori sampai kasus secara real dan dimasukkan EBP</p>                |
| 15 Januari 2023 | Balasan revisi KIAN |  | <p>1. Pada pathway ditambahkan kenapa bisa terjadinya air etuban kurang dari 500ml</p> <p>2. Di diagnose untuk diagnose resiko ditaruh diakhir</p> <p>3. Untuk pembahasan di sesuaikan menurut teori</p> |

|              |                               |  |   |
|--------------|-------------------------------|--|---|
|              |                               |  | dan Analisa penulis   |
| 06 Juni 2023 | Revisi kian dengan penguji II |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menambahkan nilai normal dari data lab</li> <li>2. Menambahkan Riwayat kehamilan pasien</li> <li>3. Melengkapi nama penguji II</li> </ol> |
|              |                               |  |   |