

FORMAT PENGKAJIAN GYNEKOLOGI KEPERAWATAN
MATERNITAS NY. E

I. DATA UMUM

Inisial klien : Ny. E Inisial suami : Tn. J
Usia : 40 tahun Usia suami : 40 tahun
Status perkawinan : Kawin Status Perkawinan : Kawin
Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta
Pendidikan : SMP Pedidikan : SMU
Agama : Islam
Suku bangsa : Betawi
Alamat : Jl. Pelita X rt 010/004 Kelurahan Jati Pulo Kec Palmerah
Jakarta Barat

A. Riwayat Kehamilan Dan Persalinan Yang lalu

No	Tahun	Tipe persalinan	Penolong	Jenis kelamin	BB Lahir	Keadaan bayi saat lahir	Komplikasi nifas
1	2000	Spontan	bidan	Laki-laki	3500	sehat	Tidak ada
2	2007	Spontan	bidan	perempuan	2600	sehat	Tidak ada

Pengalaman menyusui : Ya Berapa lama: 2tahun

B. Riwayat Kehamilan Saat Ini

1. Berapa kali periksa hamil : 8x ke bidan
2. Masalah kehamilan : Keluar darah sejak jam 19.30 darah bergumpal-gumpal, 1 softek penuh darah keluar 50 cc, tidak ada mules dan tidak ada keluar air ketuban

C. Riwayat Persalinan Riwayat Ginekologi

1. Jenis persalinan : Spontan (Let.kep).
2. Jenis kelamin bayi : L/P, BB 3500 gr PB cm, A/S:.....
3. Perdarahan : 50 cc
4. Masalah dalam persalinan : tidak ada masalah

D. Riwayat Ginekologi

1. Masalah ginekologi : sejak usia kehamilan 24 minggu ada HT dan sering keluar bercak darah
2. Riwayat KB : suntik 3 bulan

II. DATA UMUM KESEHATAN SAAT INI

A. Keadaan umum baik , Kesadaran : kompos mentis

BB 90 kg, TB 160 Cm

Tanda vital: TD: 179/110 mmHg

Nadi : 90 x/menit

S: 37 °C

RR: 20 x/menit

B. Kepala Leher

1. Kepala : tidak ada kelainan
2. Mata : tidak ada kelainan
3. Hidung : tidak ada kelainan
4. Mulut : Simetris
5. Telinga : bersih
6. Leher : tidak ada benjolan
7. Masalah khusus : Tidak ada masalah khusus

C. Dada

1. Jantung : S1/S2 normal
2. Paru : Tidak ada asma
3. Payudara : membesar
4. Putting susu : menonjol
5. Pengeluaran ASI : belum keluar ASI
6. Masalah khusus : tidak ada masalah

D. Abdomen

1. Involusi uterus : tidak ada
2. Kandung kemih : kosong
3. Fungsi pencernaan : normal
4. Uterus
 - 1) Tingkat Fundus Uteri : 29 cm
 - 2) Kontraksi : Tidak
 - 3) Leopold I : bagian fundus letak bokong
 - 4) Leopold II : letak posisi memanjang , puka
 - 5) Leopold III : Presentasi Kepala
 - 6) Leopold IV : belum masuk PAP
5. DJJ : 120-160x/menit
6. Ketuban negative, tidak dilakukan periksa dalam

7. Blodslym : Negatif
8. Masalah khusus : tidak ada masalah

E. Perineum dan genital

1. Vagina : integritas kulit : bersih Edema: tidak ada
Memar : tidak ada Hematom : tidak ada Perineum : utuh
2. Kebersihan : bersih
3. Hemoroid : tidak ada
4. Masalah khusus : tidak ada masalah

F. Eksremitas

1. Eksremitas atas : Edema: tidak
2. Eksremitas : Nyeri : tidak
Varises : tidak, lokasi: tidak ada
Tanda Homan (Homan's Sign) : Negatif
3. Masalah khusus : tidak ada masalah

G. Eliminasi

1. Urine : Kebiasaan BAK: Normal
BAK saat ini : 6-8x/hari
2. BAB : Kebiasaan BAB: 1-2x/hari
BAB saat ini : normal Konstipasi : tidak

H. Istirahat dan Kenyamanan

1. Pola tidur : Kebiasaan 1-2x/hari lama: 6-8 jam, frekuensi: 1-2x/hari
2. Pola tidur saat ini : normal
3. Keluhan ketidaknyamanan : tidak

I. Mobilisasi dan latihan

1. Tingkat mobilisasi : jalan aktif bila tidak ada perdarahan
2. Latihan senam : hanya jalan pagi
3. Masalah khusus : tidak ada masalah

J. Nutrisi dan Cairan

1. Asupan nutrisi : nafsu makan: baik
2. Asupan cairan : cukup
3. Masalah khusus : tidak ada masalah

K. Keadaan Mental

1. Adaptasi psikologis : Cemas dengan kehamilan ke 3 ini, karena sering keluar flek
2. Penerimaan terhadap bayi ke 3. : sangat senang dengan kehadiran anak ke 3.
3. Masalah khusus : perdarahan selama kehamilan.

L. Obat- obatan

1. MgSO₄ boka-boki masing 2 5 gram IM
2. Dexametason 15 mg IV
3. Adalat oros 2x 30 mg PO
4. Transamin 3x 1amp IV
5. Ceftriaxone 2x1 gram IV
6. Ranitidienne 2x 50 mg IV
7. Keturolac 2x30mg IV
8. IVFD RL 8 jam/kolf/24 jam

III. HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG :

1. Hb : 12,6 g/dl
2. Lekosit : 9500
3. Trombosit : 219.000
4. Ht : 37,1

5. Golongan darah : A RH +

6. GDS : 63

7. SGOT :18

8. SGPT : 8

9. Protein urine :+2

10. Ur : 22

11. Cr : 0,7

12. EgFR : 93

13. Hasil USG JPHTH Hamil 36/37 minggu, tbj 2600 gram,placenta grade 3

14. ICA >10

IV. PERENCANAAN PULANG :

1. Perawatan perineum
2. Observasi perdarahan masa nifas
3. Informasikan masalah perawatan pasca SC

Resume Pasien

1. Tanggal 19 Desember 2018 masuk rawat pukul 01.00, Ny. E usia 40 tahun status kawin, pekerjaan sebagai IRT, pendidikan SMP Agama Islam, suku Betawi, Suami Tn.J usia 40 thn pekerjaan wiraswasta, pendidikan SMU. Ny. E datang dengan keluhan keluar darah bergumpal sejak pukul 19,30, mulas tidak ada, keluar air ketuban tidak ada, Ny. E G3 P2 A0 hamil 36 minggu. HPHT 4 April 2018 perkiraan persalinan 11 Januari 2019. Anak pertama lahir tahun 2000 dengan persalinan spontan,ditolong oleh bidan, BBL 3500, bayi sehat, Anak ke 2 tahun 2007 denagn persalinan normal dibantu bidan BBL 2600 bayi sehat. Pada Pemeriksaan Fisik BB 90 kg, TB 160 cm. TTV TD 179/110 mmHg N 90 x/menit Sh 37 C RR 20x/ menit pasien ditemukan hipertensi sejak usia kehamilan 24 minggu .Tinggi Fundus Uteri 29 cm, TBJ 2900 gram, LI Bagian fundus Bokong, LII Letak posisi memanjang, Puka, LIII Presentasi kepala, LIV Belum masuk PAP. Pergerakan bayi aktif DJJ 120-

160x/menit. Ketuban negative, tidak dilakukan Perikla dalam, Blodyslym negative. Pasien riwayat KB suntik 1 bulan.

Pada Pemeriksaan penunjang Hb 12,6 g/dl, lekosit 9500, Trombosit 219.000, Ht 37.1 GDS 63, SGOT 18, SGPT 8, NA 136 K 3.7 Cl 102, Protein urine positif 2. Hasil USG JPKHT hamil 36/37 minggu, TBJ 2600 gram, Plasenta grade 3, ICA >10.

Ny. E dilakukan SC tanggal 19 Desember 2018 pukul 23.00

ANALISA DATA

1. Subjectif : keluar darah sejak pukul 19.30, 1 softex penuh, tidak ada mules dan tidak ada keluar air ketuban, riwayat hipertensi saat usia kehamilan 24 minggu

Objectif : perdarahan pervaginal gumpalan darah kira-kira 50 cc, TD 179/110 mmHg, Nadi 90 x/menit suhu 37 C, RR 20x/menit

2. Subjectif : Takut terjadi sesuatu terhadap janin, karena sejak usia kehamilan 24 minggu serng keluar flek, tidak mengerti penyebab flek

Objectif : Pasien dan keluarga tampak cemas TD 179/110 mmHg, Nadi 90 x/menit suhu 37 C, RR 20x/menit, DJJ 120-160x/menit

3. Subjektif : Takut bila janin yang dikandung tidak selamat

Objektif : gerakan bayi aktif, DJJ 120-160x /menit,

Hb 12,6 g/dl

Lekosit 9500

Trombosit 219.000

Ht 37,1

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Penurunan kardiak output berhubungan dengan perdarahan dalam jumlah yang besar
2. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan efek perdarahan dan manajemennya.
3. Resiko tinggi cedera (janin) b/d hipoksia jaringan/ organ, profil darah abnormal, kerusakan system imun.

PERENCANAAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Penurunan kardiak output berhubungan dengan perdarahan dalam jumlah yang besar	Setelah dilakukannya tindakan keperawatan 2 X 24 jam diharapkan penurunan kardiak output tidak terjadi atau teratasi dengan kriteria hasil : o Volume darah intravaskuler dan kardiak output dapat diperbaiki sampai nadi, tekanan darah, nilai hemodinamik, serta nilai laboratorium menunjukkan tanda normal	1. Kaji dan catat TTV, TD serta jumlah perdarahan. 2. Bantu pemberian pelayanan kesehatan atau mulai sarankan terapi cairan IV atau terapi transfusi darah sesuai kebutuhan.	Pengkajian yang akurat mengenai status hemodinamik merupakan dasar untuk perencanaan, intervensi, evaluasi. Memperbaiki volume vaskuler membutuhkan terapi IV dan intervensi farmakologi. Kehilangan volume darah harus diperbaiki untuk mencegah komplikasi seperti infeksi, gangguan janin dan gangguan vital ibu hamil.
2	Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan efek	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 diharapkan ansietas	1. Terapi bersama pasangan dan menyatakan perasaan. 2. Menentukan	Kehadiran perawat dan pemahaman secara empati merupakan alat terapi yang potensial

	<p>perdarahan dan manajemennya.</p>	<p>dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasangan dapat mengungkapkan harapannya dengan kata-kata tentang manajemen yang sudah direncanakan, sehingga dapat mengurangi kecemasan pasangan. 	<p>tingkat pemahaman pasangan tentang situasi dan manajemen yang sudah direncanakan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan pasangan informasi tentang manajemen yang sudah direncanakan. 	<p>untuk mempersiapkan pasangan untuk menanggulangi situasi yang tidak diharapkan.</p> <p>Hal yang diberikan perawat akan memperkuat penjelasan dokter dan untuk memberitahu dokter jika ada penjelasan yang penting.</p> <p>Pendidikan pasien yang diberikan merupakan cara yang efektif mencegah dan menurunkan rasa cemas. Pengetahuan akan mengurangi ketakutan akan hal-hal yang tidak diketahui.</p>
<p>3.</p>	<p>Resiko tinggi cedera (janin) b/d hipoksia jaringan/organ, profil darah abnormal, kerusakan system imun.</p>	<p>Kriteria evaluasi :</p> <p>Menunjukkan profil darah dengan hitung SDP, Hb, dan pemeriksaan koagulasi DBN normal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji jumlah darah yang hilang. Pantau tanda/gejala syok 	<p>Hemoragi berlebihan dan menetap dapat mengancam hidup klien atau mengakibatkan infeksi pascapartum, anemia pascapartum, KID, gagal ginjal, atau nekrosis hipofisis yang disebabkan oleh hipoksia jaringan dan malnutrisi.</p> <p>Kehilangan darah berlebihan dengan</p>

			<p>2. Catat suhu, hitung SDP, dan bau serta warna rabas vagina, dapatkan kultur bila dibutuhkan.</p> <p>3. Catat masukan/haluaran urin. Catat berat jenis urin.</p> <p>4. Berikan heparin, bila diindikasikan</p> <p>5. Berikan antibiotic secara parenteral</p>	<p>penurunan Hb meningkatkan risiko klien untuk terkena infeksi.</p> <p>Penurunan perfusi ginjal mengakibatkan penurunan haluaran urin.</p> <p>Heparin dapat digunakan pada KID di kasus kematian janin, atau kematian satu janin pada kehamilan multiple, atau untukmemblok siklus pembekuan dengan melindungi factor-faktor pembekuan dan menurunkan hemoragi sampai terjadi perbaikan pembedahan</p> <p>Mungkin diindikasikan untuk mencegah atau meminimalkan infeksi.</p>
--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI

Tanggal 19 Desember 2018 jam 20.45 wita.

1. Melakukan pengukuran softex pasien

Hasil : softex ada darahnya 50 cc.,gumpalan darah tidak ada

2. Menjelaskan pada ibu dan keluarga bahwa rencana akan dilakukan tindakan SC keluarga menandatangani surat persetujuan atau informasi consent.

Hasil : Informent consent sudah ditandatangani.

3. Mengobservasi kontraksi uterus.

Hasil : kontraksi uterus tidak ada.

4. Memberikan IVFD RL+1 amp Oksitosin 20 tpm

Hasil : infus tidak ada bengkak.

5. Melakukan test Antibiotik Ceftriaxone

Hasil : Alergi tidak ada, ceftriaxone diberikan dalam NaCl 100 ml.

6. Memeriksa kembali tanda-tanda vital.

Hasil :

a. Tekanan darah : 140/90 mmHg.

b. Nadi : 92 x/menit

c. Suhu : 36,5°C

d. Pernapasan : 20 x/menit

7. Memberikan obat-obatan pada jam 20.00 wita Ranitidine 1x 50mg sehari, Dexametasone 15 mg IV, Adalat oros 30 mg PO, Transamin 1 amp

Hasil : obat-obatan sudah diberikan.

8. Edukasi pasien untuk kesiapan tindakan operasi dan kesiapan pematangan jantung paru janin

Hasil : Pasien dan keluarga sudah mengerti.

Tanggal 20 Desember 2018 jam 14.45 wita.

1. Melakukan perawatan pasca tindakan yaitu : tanda-tanda vital setiap 15 menit pada jam pertama, kontraksi uterus setiap 30 menit pada jam kedua, mencatat kondisi pasien dan membuat laporan.

Hasil : Perawatan pasca tindakan sudah dilakukan, Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat

2. Memberitahu kepada keluarga bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan perawatan.

Hasil : keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

3. Mengobservasi perdarahan pervagina

Hasil : Perdarahan 10 cc 1 softex tidak penuh), lochea rubra+

4. Mengobservasi rembesan Luka

Hasil : Rembesan tidak ada.

5. Observasi Tanda-Tanda Vital

a. Tekanan darah : 140/90 mmHg.

b. Nadi : 82 x/menit

c. Suhu : 36,5°C

d. Pernapasan : 20 x/menittal

6. Menganjurkan pasien untuk mobilisasi dini

Tanggal 21 Desember 2018 jam 14.00 wita.

1. Melakukan pengukuran softex pasien

Hasil : softek ada darahnya 10 cc.,gumpalan darah tidak ada

2. Mengganti Balutan pada luka post SC

Hasil : Luka bersih dan kering

3. Menganjurkan pasien untuk mobilisasi aktif sekitar kamar

Hasil : Pasien sudah mobilisasi aktif

4. Edukasi pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya perdarahan pada kasus placenta previa

Hasil : pasien dan keluarga mengerti.

5. Edukasi untuk persiapan pulang, perawatan luka dirumah, luka selama dirumah tidak boleh basah

Hasil : pasien sudah mengerti

6. Memeriksa kembali tanda-tanda vital.

Hasil :

- a. Tekanan darah : 150/90 mmHg.
- b. Nadi : 72 x/menit
- c. Suhu : 36,5°C
- d. Pernapasan : 20 x/menit

7. Memberikan obat amlodipine 1x 5 mg PO, Ceftriaxone 1 gram, Ranitidine 1 amp, ketorolac 1 amp

Hasil : obat-obat sudah diminum, injeksi sudah diberikan

EVALUASI

Tanggal 21 Desember 2018 jam 20.15 wita

S : Nyeri luka operasi berkurang

Sudah merasa tenang karena bayi sudah selamat

Perdarahan sudah berkurang, ganti softex sehari 4x dengan jumlah darah sedikit

O : Perdarahan tidak ada, jumlah darah di softex 5 cc

Kontraksi uterus tidak ada

Tinggi fundus uteri 1 jari dibawah pusat

Tekanan darah : 150/90 mmHg.

Nadi : 72 x/menit

Suhu : 36,5°C

Pernapasan : 20 x/menit

- A:
1. Penurunan kardiak output teratasi
 2. Ansietas teratasi
 3. Resiko tinggi cedera (janin) tidak terjadi

P : Intervensi dihentikan

Pasien dipulangkan, obat amoxicillin 3x 500mg PO, Ranitidine 2x 1 tab PO, Asam mefenamat 3x500 mg di berikan.

Edukasi perawatan luka, agar luka post SC tidak kotor dan basah