

BAB IV TINJAUAN KASUS

Hari/Tanggal pengkajian : Selasa, 08 Maret 2022
Pukul pengkajian : 10.00 WIB
Tempat pengkajian : Ruang Raden Dewi Sartika RSUD Sekarwangi
Nama pengkaji : Oktaviana Puji Lestari

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas Klien

Pasien

Nama : Nn. S
Usia : 16 tahun
Agama : Islam
Suku : Sunda
Pendidikan Saat Ini : Kelas 3 SMP
Pekerjaan : Pelajar
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Warnajati

2. Keluhan Utama

Nn. S mengeluh perih ketika buang air kecil dan masih merasa mulas. Nn. S masih merasa tidak menyangka jika telah melahirkan. Nn. S merasa sedih dan takut karena orangtuanya telah mengetahui kehamilannya dan menyesal tidak memberitahu keadaannya sejak awal.

3. Riwayat Kehamilan

Nn. S mengatakan saat hamil adalah kehamilan yang pertama, Nn.S lupa kapan haid terakhir. Nn.S mencoba *testpack* pada 25 Oktober karena merasa terlambat haid selama 3 minggu dengan hasil *testpack* positif. Nn. S tidak pernah memeriksakan kehamilannya karena takut orangtuanya mengetahui dirinya sedang hamil. Nn.S mengatakan tidak pernah merasakan gerakan janin. Nn. S hamil oleh kekasihnya, saat Nn. S mengetahui dirinya hamil, Nn. S memberitahu kekasihnya dan respon dari kekasihnya terkejut dan

memilih untuk meneruskan kehamilannya. Nn. S dan kekasihnya tidak ada niat untuk mengakhiri kehamilan ini dan tidak berencana untuk menikah.

4. Riwayat kedatangan pasien

Nn. S datang ke RS pada tanggal 07 Maret 2022 pukul 20.00 didampingi oleh kekasihnya dan mengatakan saat selesai mandi pukul 19.00 tiba-tiba keluar darah dari jalan lahir berwarna merah segar tidak disertai gumpalan dan nyeri perut bagian bawah. Nn.S langsung berangkat dari rumah tanpa diketahui orangtua. Pada saat sampai di IGD Kebidanan RSUD Sekarwangi bidan menyarankan untuk menghubungi orangtua dari Nn. S sebagai penanggung jawab untuk *informed consent*. Orangtua Nn. S datang 30 menit setelah dihubungi. Orangtua Nn.S terkejut mengetahui anaknya perdarahan karena sepengetahuan orangtuanya Nn. S tidak sedang hamil. Setelah diberi penjelasan akhirnya orangtua Nn. S menandatangani *informed consent* untuk dilakukan tindakan.

Pukul 19.30 WIB dilakukan pemasangan infus dan pemeriksaan fisik. Keadaan umum baik. TD 110/80 mmhg, TFU didapatkan 2 jari diatas pusat dan DJJ 120x/mnt *punctum maksimum* dibawah pusat. Pada pemeriksaan genital nampak pengeluaran darah segar tidak disertai gumpalan, jumlah ± 100 cc konsistensi cair. Pada pemeriksaan inspekulo nampak ostium uterus eksterna tertutup, fluxus (+), perdarahan aktif. Kolaborasi dengan SpOg dengan *advice* dokter untuk pemeriksaan USG.

Pukul 19.50 WIB dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil bagian terbawah janin kepala dan plasenta berada ditepi jalan lahir. Diagnosa dokter plasenta previa marginalis. Advice dokter untuk lakukan observasi dan pemantauan kesejahteraan janin dalam 30 menit. Pukul 20.20 WIB hasil observasi didapatkan TD 110/70 mmhg, DJJ tidak terdengar dan perdarahan ± 20 cc. Kolaborasi dengan SpOg. *Advice* dokter untuk dilakukan terminasi pada kehamilan dan memberikan oksitosin drip 10 IU dalam 500 ml RL sebanyak 20 tpm, jika perdarahan tidak aktif dilakukan amniotomi.

5. Riwayat Persalinan Sekarang

Pukul 20.40 WIB Nn.S diberikan oksitosin drip dan melakukan observasi setiap 30 menit. Pukul 21.10 Nn.S mengeluh mulas. Hasil

pemeriksaan didapatkan TTV dalam batas normal, pemeriksaan abdomen HIS 2x10'25" dan DJJ tidak terdengar. Pada pemeriksaan genital perdarahan tidak aktif, dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil portio teraba tebal kaku, pembukaan 3cm, ketuban utuh presentasi kepala.

Pukul 21.40 WIB Nn. S mengeluh mulas semakin sering. Hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal, His 3x10'30" dan perdarahan tidak aktif. Pukul 22.10 Nn.S mengeluh mulas yang semakin sering dan rasa ingin meneran. Hasil pemeriksaan didapatkan TTV dalam batas normal, His 4x10'45". Pada pemeriksaan genital tidak ada perdarahan dan dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil portio tidak teraba, pembukaan 10cm, ketuban utuh, presentasi kepala di Hodge 2.

Pukul 22.20 dilakukan amniotomi dengan ketuban jernih. Pukul 22.40 bayi lahir IUCD dengan plasenta, jenis kelamin laki-laki, BB 500 gr dengan plasenta. Pemantuan kala IV tidak ada penyulit. Nn.S dipindahkan ke ruang nifas pukul 01.30 WIB.

6. Riwayat Kesehatan Ibu dan Keluarga

Nn. S mengatakan tidak pernah menderita penyakit hipertensi, penyakit jantung, ginjal, asma, diabetes, ataupun penyakit menular seksual, tidak pernah menderita alergi terhadap obat-obatan dan tidak pernah dilakukan tindakan operasi, Nn. S mengatakan dalam keluarga tidak ada penyakit keturunan.

7. Riwayat Menstruasi

Nn. S mengatakan haid pertamanya saat usia 12 tahun, siklus haid 28-30 hari lama haid 5-7 hari, warna darah merah segar kadang disertai gumpalan darah, ganti pembalut 2-3 kali sehari.

8. Riwayat Keluarga Berencana

Nn. S mengatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi

9. Riwayat Psikososial

a. Status perkawinan

Nn. S belum menikah dengan kekasihnya dan tidak ada rencana menikah dalam waktu dekat karena Nn.S masih ingin melanjutkan pendidikannya

b. Respon klien dan keluarga

Keluarga sudah bisa menerima keadaan Nn. S dan memberi dukungan pada Nn. S dengan tetap berada di samping Nn. S dan saling menguatkan

c. Pengambilan keputusan

Nn. S mengatakan pengambil keputusan dalam keluarga adalah ayahnya.

Nn. S belum mampu mengambil keputusan sendiri

d. Pola asuh keluarga

Nn. S saat dirumah jarang berinteraksi dengan anggota keluarga lainnya.

Nn. S mengatakan ia merasa diabaikan dirumahnya karena orangtua yang terlalu sibuk.

10. Pola Kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Nn. S mengatakan sudah makan makanan dari rumah sakit pada pukul 08.00 dengan menu nasi, sayur, telur dan buah apel.

b. Hidrasi

Nn. S mengatakan sudah minum pada pukul 09.30 sebanyak 1 gelas.

c. Eliminasi

1) BAK

Nn. S mengatakan sudah buang air kecil pada pukul 09.00 berwarna kuning dan berbau khas, dengan keluhan perih saat berkemih namun tidak ada luka jahitan pada area jalan lahir.

2) BAB

Nn. S mengatakan belum buang air besar hari ini. Terakhir adalah kemarin sore sebelum datang ke rumah sakit pada pukul 16.00

d. Kegiatan seksual

Nn. S mengatakan terakhir berhubungan seksual 2 hari lalu dan tidak ada keluhan. Nn. S biasa melakukan hubungan seksual di rumahnya di kamar Nn. S, dalam seminggu Nn. S dan kekasih berhubungan seksual 1-2 kali. Saat melakukan hubungan seksual, orangtua Nn. S sedang keluar atau sedang berada di rumah yang lain, Nn. S melakukan hubungan seksual di kamarnya saat keadaan rumah kosong.

- e. Istirahat
Nn. S sudah bisa tidur pada pukul 02.00 wib tidak lelap karena ketakutan dan terkadang terbangun. Nn. S merasa benar-benar tidur pada pukul 04.00 wib dan bangun pukul 07.00 wib
- f. Personal hygiene
Nn. S mengatakan hari ini sudah mandi dan sudah ganti pembalut pada pukul 07.30
- g. Beban kerja sehari-hari
Nn. S masih sekolah SMP kelas 3. Kegiatannya hanya dirumah karena sekolah sedang online
- h. Gaya hidup sehat
Nn. S mengatakan dirumah hanya ayahnya yang merokok dan Nn. S tidak pernah mengonsumsi obat-obatan

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Tanda-tanda vital :
 - 1) Tekanan darah : 110 / 80 mmHg
 - 2) Nadi : 80x/ menit
 - 3) Suhu : 36,5 °C
 - 4) Respirasi : 20x / menit

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala dan Leher
 - 1) Muka : Tidak ada oedema
 - 2) Mata : Konjungtiva pucat, sklera putih.
 - 3) Mulut : Bibir tidak pucat dan tidak kering, gigi tidak ada caries.
 - 4) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar lympe.

- b. Payudara : Bentuk simetris puting susu kanan dan kiri tenggelam bersih, tidak ada retraksi, kolostrum belum keluar, tidak ada benjolan atau nyeri tekan pada payudara.
- c. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak ada nyeri tekan dan tidak teraba massa. TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik. Kandung kemih kosong
- d. Ekstremitas
 - 1) Ekstremitas Atas : Tidak ada oedema, kuku tangan tidak pucat,
 - 2) Ekstremitas Bawah : Tidak ada oedema tidak ada varices, refleks patella positif pada kedua kaki. Kuku tidak pucat
- e. Genetalia

Inspeksi : Vulva vagina tidak ada varices, tidak ada luka pada jalan lahir, terdapat pengeluaran lochea rubra \pm 15 ml berwarna merah kehitaman

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium : HB = 10,8g/dl
 Jumlah leukosit = 10000/ μ l
 Thrombosit = 300.000/ μ l

C. ANALISA

Nn. S usia 16 tahun P1A0 Post Partum 12 jam dengan anemia ringan, riwayat persalinan prematur dan IUFD. Klien dalam fase syok dan denial

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa keadaan Nn. S saat ini mengalami anemia ringan karena Hb < 12 gr/dl. Pasien dan keluarga mengerti
2. Memberi dukungan psikologis Nn. S dan keluarga mengenai keadaan Nn. S saat ini. Pasien tampak tenang dan keluarga selalu mendampingi
3. Menjelaskan tentang kebutuhan nutrisi pada masa nifas untuk mempercepat proses pemulihan. Pasien dan keluarga mengerti

4. Mengajarkan Nn. S cara bebat payudara menggunakan kain agar tidak terbentuknya ASI. Pasien mengerti dan mempraktikan bebat payudara.
5. Menjelaskan tentang vulva hygiene. Pasien mengerti
6. Memberikan konseling tanda bahaya masa nifas. Pasien dan keluarga mengerti.

Catatan Perkembangan

08 MARET 2022 PUKUL 16.00 WIB

A. DATA SUBJEKTIF

Nn. S masih mengeluh perih di area jalan lahir namun sudah bisa berkemih dan sudah diperbolehkan pulang oleh dokter. Nn. S sesekali bertanya mengenai bayinya dan Nn. S merasa bersalah karena tidak bisa menjaga bayinya sampai cukup bulan untuk lahir. Keluarga sudah menerima keadaan Nn. S.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos mentis
- c. Tanda-tanda vital :
 - 1) Tekanan darah: 120 / 80 mmHg
 - 2) Nadi : 80x/ menit
 - 3) Suhu : 36,5 °C
 - 4) Respirasi : 20x / menit

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala dan Leher
 - 1) Muka : Tidak ada oedema.
 - 2) Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih.
- b. Payudara : Bentuk simetris puting susu kanan dan kiri tenggelam bersih, tidak ada retraksi, kolostrum belum keluar, tidak ada benjolan atau nyeri tekan pada payudara.

- c. Abdomen : Tidak ada bekas luka operasi, tidak ada nyeri tekan dan tidak teraba massa. TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik. Kandung kemih kosong

C. ANALISA

Nn. S 16 tahun P1A0 Post Partum 18 jam dengan anemia ringan, riwayat persalinan prematur dan IUFD. Klien dalam fase *bargaining*

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada Nn. S dan keluarga bahwa keadaan Nn. S secara menyeluruh baik. Nn. S dan keluarga mengerti.
2. Memberikan konseling dan dukungan psikologis pada Nn. S agar tidak lagi mengulangi hal yang dapat merugikan Nn. S. Nn. S dan keluarga mengerti dan berterimakasih pada tenaga kesehatan yang sudah merawat Nn. S selama di rumah sakit.
3. Kolaborasi dengan SpOg
 - a. Advice dokter dengan memberikan terapi oral
 - 1) Cefadroxil 500mg 3x1 jumlah 10 tablet
 - 2) Metergin 0,125mg 3x1 jumlah 10 tablet
 - 3) Tablet FE 60mg 2x1 jumlah 10 tablet
 - b. Diperbolehkan pulang dengan catatan tidak ada keluhan dan kontrol 1 minggu kemudian ke bidan terdekat.
4. Mengajarkan Nn. S untuk bebat payudara menggunakan kain panjang agar tidak terbentuk ASI, bebat payudara selama 2-3 jam setiap hari atau lebih sering. Nn. S dan keluarga mengerti
5. Memberikan konseling tentang vulva hygiene. Nn. S mengerti
6. Memberi konseling mengenai tanda bahaya nifas dan jika ada keluhan segera periksa di pelayanan kesehatan terdekat. Pasien dan keluarga mengerti.
7. Menjadwalkan kunjungan ulang

Catatan Perkembangan**15 Maret 2022 pukul 10.00****DI Ruang Poli Kebidanan RSUD Sekarwangi****A. DATA SUBJEKTIF**

Nn. S datang untuk kontrol ulang bersama orangtuanya. Nn. S mengatakan masih keluar lendir putih bercampur merah dari kemaluannya, Nn. S mengganti pembalut 3-4 kali sehari dan tidak ada keluhan ketika berkemih. Nn. S mengatakan tidak ada keluhan pada payudaranya

1. Riwayat Nutrisi

Nn. S makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring nasi dengan lauk sayur, telur dan ayam. Nn. S juga mengonsumsi buah 1-2 kali sehari. Nn. S tidak ada keluhan ketika makan. Nn. S mengatakan ia minum 7-8 kali sehari dan tidak ada keluhan. Nn.S rutin meminum obat dari Rumah Sakit

2. Riwayat Psikologi dan aktivitas sehari-hari

Nn. S sudah bisa beraktifitas seperti biasa dan komunikasi di rumah tidak ada kendala. Nn. S sudah bisa bertemu dengan teman-temannya. Nn. S terkadang masih merasa bersalah akan keadaan bayinya, namun keluarga memberi dukungan dan support secara terus-menerus sehingga Nn. S bisa menerima keadaannya sekarang.

3. Riwayat aktivitas dan istirahat

Nn.S mengatakan selama 1 minggu dirumah membantu pekerjaan orangtua. Nn.S sesekali keluar untuk bertemu temannya. Nn.S mengatakan sudah bisa tidur dengan lelap setelah pulang dari rumah sakit, pada malam hari Nn S tidur 6-7 jam mulai pukul 21.00 dan bangun pukul 05.00.

4. Riwayat sosial

Keluarga berencana meminta hasil visum di RS untuk menindaklanjuti kasus hamilnya Nn.S untuk diberikan pada kepolisian. Keluarga menolak damai dengan kekasih Nn. S yang berusia 21 tahun. Nn. S menerima keputusan orangtuanya untuk memenjarakan kekasihnya. Posisi Nn.S saat ini sebagai korban. Pihak sekolah Nn.S sudah mengetahui kasus ini dan Nn.S tetap diperbolehkan mengikuti ujian akhir sampai mendapatkan ijazah SMP. Nn. S berharap hasil yang terbaik untuk kasus

ini. Nn. S berjanji untuk menjadi pribadi lebih baik dan akan mendengarkan petuah orangtuanya.

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : baik
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tekanan darah : 120/80 mmhg
- d. Berat badan : 55 kg
- e. Suhu : 36,8°C

2. Pemeriksaan fisik

- a. Mata : konjungtiva merah muda sklera putih
- b. Payudara : tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan dan massa, puting susu tenggelam. Tidak ada pengeluaran ASI
- c. Abdomen : tidak ada bekas luka operasi, tidak ada nyeri tekan. TFU pertengahan pusat dan simpisis, kandung kemih kosong
- d. Genitalia : terdapat pengeluaran lochea sanguinolenta sebanyak \pm 15 ml
- e. Ekstremitas atas : Tidak ada edema, kuku tidak pucat
- f. Ekstremitas bawah : tidak ada edema, tanda Homan (-), kuku tidak pucat

C. ANALISA

Nn. S usia 16 tahun P1A0 postpartum 7 hari riwayat persalinan premature dan IUFD, psikologi dalam fase *acceptance*

D. PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa keadaan Nn. S secara menyeluruh baik. Nn. S dan keluarga mengerti
2. Memberikan dukungan psikologis dan support pada Nn. S untuk tetap menjalani kehidupan sehari-hari seperti biasa dan kejadian ini dapat dijadikan pelajaran untuk kedepannya. Nn. S dan Keluarga mengerti

3. Memberikan konseling mengenai kesehatan reproduksi dan kenakalan remaja. Nn. S mengerti
4. Melakukan konseling pada keluarga klien mengenai peran orangtua terhadap anaknya yang beranjak remaja. Keluarga mengerti
5. Menjadwalkan kunjungan ulang