

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identifikasi

Tanggal pengkajian	: 10 Maret 2020
Nama inisial klien	: Ny. M
Umur	: 30 tahun
Alamat	: Jalan Nusa indah
Jenis kelamin	: Perempuan
Status pernikahan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA/ sederajat
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke ruang poned RSUD Ryacudu tanggal 10 Maret 2019 tingkat kesadaran *composmentis* dengan *Glasgow Coma Scale* (E4M6). Klien pasca melahirkan secara normal pada pukul 10:00 bayi lahir dengan berat 1800gr, hasil pemeriksaan terdapat edema pada kaki, CRT >3 detik, telapak kaki teraba dingin. Klien mengeluh nyeri dibagian epigastrium dan dibagian vagina (skala 2), mengeluh mual namun tidak muntah, hasil pemeriksaan tekanan darah tinggi, 150/110 mmHg dan suhu 38,6°C.

3. Keluhan utama saat pengkajian

Nyeri

Nyeri timbul saat klien melakukan aktivitas dan nyeri berkurang jika klien beristirahat, nyeri terasa dibagian kepala, dengan skala 3-5, nyeri terasa sejak \pm 2 hari yang lalu.

4. Pengkajian Keperawatan

a. Penampilan umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan pada Ny.M diperoleh data tekanan darah :150/110 mmHg, Nadi: 100x/menit, Pernafasan: 23x/menit, Suhu : 38,6 $^{\circ}$ c kesadaran klien composmentis. Tidak ada sianosis, tampak pucat,akral teraba dingin, turgor kulit tidak elastis, klien mampu mengikuti instruksi dari perawat. Pasien tampak lelah, tampak gelisah, sulit tidur,t elapak kaki teraba dingin, CRT >3 detik, terdapat pitting edema pada ekstremitas bawah klien. Klien mengatakan tidak punya riwayat diabetes dan mengatakan 1 bulan terakhir cek GDS saat di rawat 82 mg/dl. Klien tampak tidak obesitas dan tidak kurus, klien mengatakan bukan seorang perokok. Dan riwayat sebelum hamil tidak ada. Dan sebelumnya belum pernah dilakukan tindakan pembedahan.

Tanda vital

Tekanan darah	: 150/110 mmHg
Nadi	: 100x /menit
Pernapasan	: 23x /menit
Suhu	: 38,6 $^{\circ}$ c (aksila)

b. Pengkajian respirasi

Pernapasan klien 23x /menit, klien mampu batuk. Tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak terdapat sputum, klien gelisah, tampak pucat.

c. Pengkajian sirkulasi

Denyut nadi klien 100x/menit dan suhu 38,6 $^{\circ}$ c, klien tampak pucat. Klien tidak mengeluh merasakan palpitasi, tidak terdapat pendarahan di tubuh

klien, tidak terdapat kelainan distensi vena jugularis, urine klien 1 jam pemasangan kateter di ponok sampai diruang perawatan pukul 11:00 sebanyak 400ml/jam. Klien tampak kelelahan, klien tampak pucat terjadi peningkatan berat badan 7kg (sekarang 64kg) selama kehamilan, pengisian kapiler 3 detik, telapak kaki teraba dingin, klien tidak mengeluh prestesia (kesemutan).

d. Pengkajian nutrisi dan cairan

Klien mengatakan tidak terjadi penurunan BB > 10%, bb sekarang 64kg, bb sebelum hamil 57kg, klien mengeluh perut mual tapi tidak muntah, klien tidak mengalami gangguan menelan, tidak terdapat sariawan (stomatitis), tidak sedang diare, klien mengatakan malas makan, klien hanya menghabiskan seperapat dari porsi makanan yang diberikan (hanya 5 sendok makan), klien minum 3 gelas aqua (750ml) klien terpasang infuse RL 20tpm, volume urine 400 cc/ 24 jam. Klien mengeluh nyeri abdomen dan vagina terkait dengan bekas lahiran, bising usus 20x/menit. Klien tidak mengeluh sedang haus, tidak terjadi penurunan BB tiba-tiba, terdapat kadar glukosa meningkat riwayat 80 gr/dl, sekarang 132gr/dl.

e. Pengkajian eliminasi

Kandung kemih klien tidak teraba penuh, klien merasa perineum tertekan, klien terpasang kateter urine pukul 10:00, sampai 23:00 urine bag terisi 400 cc klien mengatakan tadi pagi sudah BAB, dan tidak ada kelainan pada cara BAB serta konsentitas pada BAB.

f. Pengkajian aktivitas dan istirahat

Kekuatan otot

5555	5555
4444	4444

Mengeluh kaki pegal karna adanya bengkak, klien mengatakan kekakuan pada sendi, serta ekstremitas teraba dingin, klien mengurangi pergerakan

karna nyeri pada perut dan vagina serta edeme pada eksteremitas bawahnya, klien mengatakan hanya tidur kurang dari 5 jam, klien tidak menggunakan bantuan obat untuk tidur, klien tampak pucat, klien tampak lesu dan fisik lemah, aktiitas klie dibantu oleh keluarga dan hanya di tempat tidur.

g. Pengkajian neurosensori

Klien mengeluh sakit kepala, namun tidak mengganggu (skala 2), mengeluh mual tapi tidak muntah, tidak terdapat cedera medulla spinalis, klien tidak mengeluh sulit menelan, tidak terjadi hemateresis, tidak mengiler dan tidak tampak menelan berulang-ulang, fungsi penglihatan sedikit buram, namun masih jelas dapat melihat secara normal, fungsi pendengaran mampu mendengar dengan normal, dan fungsi penciuman mampu.

h. Pengkajian ibu setelah melahirkan

G2P2A0, Terdapat jaitan di bagian vagina klien, setelah melahirkan normal pada pukul 09:00 10 Maret 2020, klien masih mengeluh nyeri dibagian vagina dan perut (skala 6), mengeluh sakit kepala (skala 2) disertai mual namun tidak muntah, dan terdapat pitting edema 2 mm.

i. Pengkajian nyeri dan kenyamanan

Klien mengeluh tidak nyaman pada perut dan vaginanya, klien mengeluh tidak nyaman dengan nyeri kepala (skala 2) serta rasa mual namun tidak muntah, klien tidak gelisah, klien tidak nyaman akibat oedema pada ekstremitas bawah pitting edema, CRT >3 detik. Klien tampak meringgis dan lemah.

j. Pengkajian psikologis

Klien tampak tegang. Namun klien cenderung diam klien mampu berkonsentrasi dengan baik dengan cara bertanya kepada klien, klien tidak mengatakan tanda-tanda merasa bersalah dan menarik diri.

k. Pengkajian kebersihan diri

Gigi dan mulut terlihat bersih, mata bersih tidak terdapat cairan berlebih pada mata, kulit bersih. Hidung tampak bersih, kuku bersih dan kuku tidak panjang, telinga bersih tidak terdapat cairan serumen. Klien mandi 2x sehari dengan di lap oleh keluarganya, klien menyisir rambut dibantu oleh keluarganya.

l. Pengkajian keamanan dan proteksi

Terdapat resiko kerusakan jaringan kulit oedema pada ekstremitas bawah dan klien pitting edema, klien mengatakan tidak pernah kejang, klien merasa ingin jatuh saat duduk maupun berdiri, kulit terasa dingin, tidak ada kulit kemerahan, tidak menggigil, dan kaki terasa dingin, klien melahirkan bayi baru lahir dengan berat 1800gr (bayi BBLR), Hb klien 11,8 gr/dl.

m. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan kepada pasien :

MgSO ₄	: pada pukul 22:00 wib (IM)
Catopril	: 2x50 mg / 12 jam (oral)
Asam mefenamat	: 3x1 mg / 8 jam (oral)
Cefotaxime	: 2x1 gr / 12 jam (IV)
Ketorolac	: 1x30 mg / 24 jam (IV)
Infus RL	: 20 TPM (IV)

a. Hasil Pemeriksaan laboratorium

Berdasarkan data yang diperoleh hasil pemeriksaan laboratorium terdapat pada tabel berikut :

Tabel 3.1

Hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny.M

NO	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Hemoglobin	11,8 gr/dl	12,00-16,00 gr/dl
2	Leukosit	6.300/ π l	4.000-10.000/ π l
3	SGOT	37 U/L	< 34 U/L
4	SGPT	34 U/L	< 31 U/L
5	Ureum	50 mg/dl	17-43 mg/dl
6	Kreatinin	1,20 mg/dl	0,60-0,90 mg/dl
7	Gula Darah Sewaktu	132 mg/dl	70-180 mg/dl
8	Proetunaria	+3	
9	Trombosit	98.000	100.000

B. Analisis Data dan Penegakan Diagnose Keperawatan

Tabel 3.2

Analisa Data pada Ny.M dengan Gangguan Kebutuhan Keamanan pada Kasus Preeklampsia Berat di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 9-13 Maret 2020.

Tanggal	Data Masalah	Masalah
10 Maret 2020	DS : a. Klien mengeluh mual tapi tidak muntah b. Klien mengeluh lemas sakit kepala (skala 3) c. Mengeluh pandangan sering kabur DO : a. Terdapat pitting edema pada kaki b. Tekanan darah tinggi 150/110 mmhg c. MgSO ₄ diberikan satu kali pada pukul 22:00 wib (IM) untuk mencegah terjadinya kejang d. Catopril: 2x50 mg / 12 jam (oral) untuk menurunkan tekanan darah e. Hasil pemeriksaan Laboratorium : proteinuria +3, ureum 50 mg/dl, kreatinin 1,20 mg/dl	Potensial Komplikasi : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan
10 Maret 2020	DS : - DO : a. CRT >3 detik b. Kulit teraba dingin c. Klien tampak pucat d. Suhu : 38,6°C e. Pernafasan : 23x/menit f. Nadi : 100x/menit g. Cefotaxime : 2x1 gr / 12 jam (IV) untuk mencegah adanya bakteri	Termoregulasi tidak efektif
10 Maret 2020	DS : a. klien mengeluh pusing dari posisi tidur ke posisi duduk/ingin berdiri b. klien mengeluh takut jatuh saat ingin berpindah dari tempat tidur ke kursi roda DO : a. Klien tampak lemah dan lelah b. Klien tampak pucat	Risiko Jatuh
10 Maret 2020	DS : a. Klien Mengeluh pandangan sering kabur	Penurunan persepsi Sensoris : Penglihatan
10 Maret 2020	DS : a. Klien mengeluh nyeri epigastrium (skala 2)	Nyeri Akut

	b. Klien mengeluh sakit kepala (skala 3) DO : a. Asam mefenamat: 3x1 mg / 8 jam (oral) untuk meredakan nyeri sakit kepala b. Ketorolac : 1x30 mg / 24 jam (IV) untuk meredakan nyeri pada epigastrium	
--	--	--

Diagnosa keperawatan

1. Potensial Komplikasi : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan berhubungan dengan hipertensi berkenaan dengan kehamilan ditandai dengan hasil pemeriksaan 150/110 mmHg.
2. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan pucat, pengisian kapiler >3 detik, kulit dingin, suhu tubuh meningkat.
3. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan tubuh (klien telah melahirkan normal/post partum)
4. Penurunan persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan pengelihatan ditandai dengan pandangan kabur
5. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pcedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri kepala (skala 3)

Prioritas diagnosa keperawatan

1. Potensial Komplikasi : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan berhubungan dengan hipertensi berkenaan dengan kehamilan ditandai dengan hasil pemeriksaan 150/110 mmHg.
2. Termoregulasi tidak efektif berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan pucat, pengisian kapiler >3 detik, kulit dingin, suhu tubuh meningkat.
3. Risiko jatuh ditandai dengan gangguan keseimbangan tubuh (klien telah melahirkan normal/post partum)

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3

Rencana Keperawatan pada Ny.M dengan Gangguan Kebutuhan Keamanan pada Kasus Preeklampsia Berat
 Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 9-13 Maret 2020.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
10/03/20	PK : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan	Keparahan hipertensi : preeklampsia Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Diharapkan keparahan hipertensi dapat di cegah atau dikurangi. a. Frekuensi nadi normal b. Tekanan darah normal c. Tidak edema kaki d. Proteinuria normal e. Pandangan tidak kabur f. Tidak sakit kepala g. Tidak pusing h. Tidak mual	Perawatan Preeklampsia a. Pantau tekanan darah dan nadi bandingkan hasilnya dengan yang diambil sebelumnya pada kehamilan b. Kaji : edema pergelangan tangan/kaki, jari jemari dan wajah, gangguan penglihatan, penurunan haluan urine, sakit kepala, mual muntah, nyeri epigastrium, pergelangan, jari jemari dan wajah. c. Pantau hasil laboratorium mengenai hasil proteinuria d. Kaji skala nyeri kepala dan pusing e. Kaji penyebab terjadinya mual f. Ajarkan klien untuk membatasi kegiatan dan istirahat di tempat tidur setiap hari, meningkatkan masukan diet protein untuk mengkompensasi kehilangan dalam urine.

			g. Kolaborasi pemberian obat, jika diperlukan
10/03/20	Termoregulasi tidak efektif	<p>Termoregulasi</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam klien diharapkan termoregulasi hilang</p> <ol style="list-style-type: none"> Suhu tubuh normal Warna kulit normal Pengisian kapiler normal Tidak pucat Kadar gula darah normal 	<p>Regulasi temperatur</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor suhu tubuh Monitor nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah Monitor warna dan suhu kulit Pantau pengisian kapiler >3 detik Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien Lakukan kompres hangat, jika perlu Kolaborasi antipiretik, jika perlu
10/03/20	Risiko jatuh	<p>Tingkat jatuh</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam klien diharapkan tidak ada risiko jatuh:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak merasa pusing dari posisi tidur ke posisi duduk Tidak jatuh saat berdiri Tidak jatuh saat berpindah dari tempat tidur ke kursi roda Tidak jatuh saat di kamar mandi Tidak jatuh saat berjalan Tidak jatuh saat membungkuk 	<p>Pencegahan jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor risiko jatuh Monitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda. Pastikan kondisi tempat tidur, kursi roda dll dalam posisi terkunci Atur tempat tidur kondisi rendah Pasang handrall pada tempat tidur Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Anjurkan memanggil perawat/keluarga jika ingin meminta bantuan.

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4

Implementasi dan Evaluasi pada Ny.M dengan Gangguan Kebutuhan Keamanan pada Kasus Preeklamsi Berat
 Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 10 Maret 2020

Catatan Perkembangan Hari Pertama

No. Dx	Tanggal/jam	Impementasi	Evaluasi
1	10/03/20 15:00 wib 15:15 wib 15:20 wib 15:30 wib 15:50 wib	Perawatan preeklamsi : a. Memonitor tanda-tanda vital b. Mengkaji : terdapat pitting edema, klien mengatakan penglihatannya terkadang buram, total urine dalam kateter 400cc, mengeluh sakit kepala (skala 2), terasa mual tapi tidak muntah. c. Memantau hasil Laboratorium d. Menginstruksikan klien untuk tirah baring total dan membatasi kegiatan hanya istirahat di tempat tidur setiap hari.	Pukul : 21:00 wib S : a. Klien mengeluh sakit kepala (skala 2) b. Klien mual namun tidak muntah O : a. Terdapat pitting edema 2 mm b. Tekanan darah: 150/110mmhg Nadi : 100x /menit Pernapasan : 23x /menit Suhu : 38,6 °c (aksila) c. Proteinuria +3

			<p>d. Pemberian obat catopril 50 mg</p> <p>A : PK : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Kaji : edema, gangguan pengelihatan, penurunan haluan urin, sakit kepala, mual muntah, perubahan tingkat kesadaran, nyeri perut, jari jemari dan wajah</p> <p>b. Pantau hasil Laboratorium mengenai hasil proteinuria</p> <p>c. Lanjutkan tirah baring total & ajarkan klien untuk membatasi kegiatan dan istirahat ditempat tidur setiap hari, meningkatkan masukan diet protein untuk mengkompensasi kehilangan dalam urine.</p> <p>d. Kolaborasi pemberian obat</p>
2	<p>10/03/20</p> <p>15:00 wib</p> <p>15:30 wib</p> <p>15:45 wib</p> <p>16:00 wib</p>	<p>Regulasi temperatur</p> <p>a. Monitor suhu tubuh</p> <p>b. Monitor nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah</p> <p>c. Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>d. Pantau pengisian kalpiler >3 detik</p>	<p>Pukul : 21:00 wib</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak pucat</p> <p>b. Klien tampak lelah</p> <p>c. Kulit teraba dingin</p>

			<p>d. Nadi : 100x/menit</p> <p>e. Suhu : 38,6°c</p> <p>A : Masalah termoregulasi tidak efektif yang dialami klien belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Monitor suhu tubuh</p> <p>b. Monitor nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah</p> <p>c. Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>d. Pantau pengisian kalpiler >3 detik</p> <p>e. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien</p> <p>f. Lakukan kompres hangat, jika perlu</p> <p>g. Kolaborasi antipiretik, jika perlu</p>
3	<p>10/03/20</p> <p>16:10 wib</p> <p>16:30 wib</p> <p>16:40 wib</p> <p>16:45 wib</p> <p>17:00 wib</p>	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>a. Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>b. Monitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda.</p> <p>c. Pastikan kondisi tempat tidur, kursi roda dll dalam posisi terkunci</p> <p>d. Atur tempat tidur kondisi rendah</p>	<p>Pukul : 21:00 wib</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengeluh rasa ingin jatuh saat ingin duduk maupun berdiri</p> <p>b. Klien mengeluh pusing kepala</p> <p>O :</p> <p>a. Kliean tampak lemah</p>

			<p>b. Klien tampak lesu</p> <p>A : Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">a. Identifikasi faktor risiko jatuhb. Monitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda.c. Pastikan kondisi tempat tidur, kursi roda dll dalam posisi terkuncid. Atur tempat tidur kondisi rendahe. Pasangkann handrall pada tempat tidurf. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licing. Anjurkan memanggil perawat/keluarga jika ingin meminta bantuan <p style="text-align: right;"> Aulia Reztyantami</p>
--	--	--	---

Tabel 3.5

Implementasi dan Evaluasi pada Ny.M dengan Gangguan Kebutuhan Keamanan pada Kasus Preeklamsi Berat
Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 11 Maret 2020

Catatan Perkembangan Hari Kedua

No Dx	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	11/03/20 08:20 wib 08:40 wib	Perawatan preeklamsi a. Mengkaji : terdapat pitting edema, klien mengatakan penglihatannya terkadang buram, total urine dari pembuangan pukul 06:30 sebanyak 530 cc, mengeluh sakit kepala berkurang. b. Memantau hasil Laboratorium c. Kolaborasi pemberian obat	Pukul : 21:00 wib S : a. Klien mengeluh mual berkurang b. Klien mengeluh nyeri kepala berkurang O : a. Klien tampak lesu dan fisik lemah b. Terdapat pitting edema pada kaki c. Tekanan darah 140/100 mmhg A : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan teratasi sebagian

			<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kaji : edema, gangguan penglihatan, penurunan haluan urin, sakit kepala, mual muntah, perubahan tingkat kesadaran, nyeri perut, jari jemari dan wajah b. Pantau hasil Laboratorium mengenai hasil proteinuria c. Kolaborasi pemberian obat
2	<p>11/03/20</p> <p>09:00 wib</p> <p>09:20 wib</p> <p>09:40 wib</p>	<p>Regulasi temperatur</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor suhu tubuh b. Monitor nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah c. Monitor warna dan suhu kulit d. Pantau pengisian kapiler >3 detik e. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien f. Lakukan kompres hangat, jika perlu g. Kolaborasi antipiretik, jika perlu 	<p>Pukul : 21:00 wib</p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien tampak tidak pucat lagi b. Klien tampak lelah c. Kulit teraba dingin d. Nadi : 97x/menit mulai menurun e. Suhu : 37,6°C mulai menurun <p>A : Masalah termoregulasi yang di alami klien mulai sedikit teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor suhu tubuh

			<ul style="list-style-type: none"> b. Monitor nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah c. Monitor warna dan suhu kulit
3	<p>11/03/20</p> <p>09:10 wib</p> <p>09:35 wib</p> <p>09:55 wib</p>	<p>Pencegahan jatuh</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor risiko jatuh b. Monitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda. c. Pastikan kondisi tempat tidur, kursi roda dll dalam posisi terkunci d. Atur tempat tidur kondisi rendah e. Pasangkann handrall pada tempat tidur f. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin g. Anjurkan memanggil perawat/keluarga jika ingin meminta bantuan 	<p>Pukul : 21:00 wib</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh rasa ingin jatuh saat ingin duduk maupun berdiri b. Klien mengeluh pusing kepala berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kliean tampak mulai tidak lemah dan lesu <p>A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor risiko jatuh b. Atur tempat tidur kondisi rendah c. Pasangkann handrall pada tempat tidur d. Anjurkan memanggil perawat/keluarga jika ingin meminta bantuan <div style="text-align: right;">  Aulia Reztyantami </div>

Tabel 3.6

Implementasi dan Evaluasi pada Ny.M dengan Gangguan Kebutuhan Keamanan pada Kasus Preeklamsi Berat
Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 12 Maret 2020

Catatan Perkembangan Hari Ketiga

No Dx	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	12/03/20 21:10 wib	Perawatan preeklamsi a.Mengkaji : terdapat pitting edema, klien mengatakan penglihatan nya membaik tidak kelihatan buram, mengeluh mual tidak terasa lagi, mengeluh sakit kepala berkurang.	Pukul : 08:00 wib S : a. Klien mengatakan tidak sakit kepala lagi b. Klien mengatakan tidak mual lagi O : a. Edema tampak tak terlihat lagi b. Tekanan darah 130/90 mmhg A : PK : Hipertensi berkenaan dengan riwayat kehamilan teratasi

			P : Hentikan intervensi Klien pulang
2	12/03/20 21:20 wib 21:30 wib 21:40 wib	Regulasi temperatur a. Monitor suhu tubuh b. Monitor nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah c. Monitor warna dan suhu kulit	Pukul : 08:00 wib S : - O : a. Klien tampak tidak pucat lagi b. Klien tampak sudah mulai segar c. Kulit teraba hangat d. Nadi : 90x/menit sudah menurun e. Suhu : 37,0°C sudah menurun A : Masalah termoregulasi tidak efektif yang dialami klien teratasi P : Hentikan Intervensi Klien pulang
3	12/03/20 22:00 wib	Pencegahan jatuh a. Identifikasi faktor risiko jatuh b. Atur tempat tidur kondisi rendah c. Pasangkann handrall pada tempat tidur d. Anjurkan memanggil perawat/keluarga jika	Pukul : 08:00 wib S : a. Klien mengatakan sudah mampu berdiri dan duduk b. Tidak merasa pusing lagi

		ingin meminta bantuan	<p>O :</p> <p>a. Klien tampak sudah sehat</p> <p>A : Masalah risiko jatuh teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>Klien pulang</p>  <p>Aulia Reztyantami</p>
--	--	-----------------------	--