BAB III
LAPORAN STUDY KASUS

A. PENGKAJIAN

1. Identifikasi

Tanggal pengkajian	: 12 Maret 2021, Pukul 06.00 WIB
Nama inisial klien	: Ny. E
Umur	: 42 tahun
Alamat	: Sinar gunung, pekurun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status pernikahan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Tani

2. Riwayat Kehamilan

   P_5 A0, pada saat pengkajian klien mengatakan ini merupakan kehamilan anak ke 5, klien mengatakan tidak pernah mengalami keguguran, anak pertama sampai keempat klien melahirkan di dukun beranak.

3. Diagnosa medis

   Post Partum Haemorrhage (PPH)

4. Riwayat Kesehatan sekarang

   Klien datang ke Ruang Ponek RSUD Mayjend HM Ryacudu tanggal 09 maret 2021 pukul 05.30 WIB tingkat kesadaran komposmentis dengan GCS 15 (E4V5M6). Klien datang dengan keluhan lemas, mulas dan keluar darah dari kemaluannya post melahirkan di bidan pada pukul 01.30 WIB. Keluhan ini dirasakan sejak 4 jam yang lalu. Klien mengeluh nyeri abdomen bagian bawah dengan skala nyeri 4(1-10), keluhan ini dirasakan post partum. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, nadi 79x/menit.

5. Keluhan saat pengkajian

   Klien mengatakan keluar darah pervaginam klien, klien mengatakan keluar darah banyak ± mengganti dua kali pembalut dalam sehari dari pukul 6 sore

sampai dengan 6 pagi , klien mengeluh nyeri di abdomen bagian bawah, klien mengeluh lemas, mengeluh mulas mengeluh sakit kepala, klien mengatakan sulit tidur.

6. Pengkajian Keperawatan
   a. Penampilan umum

      Kesadaran klien komposmentis dengan GCS 15 (E4V5M6), klien mampu mengikuti instruksi dari perawat, tidak terdapat sianosis, akral dingin, klien tampak cemas dan gelisah, turgor kulit menurun.

      Tanda Vital

      Tekanan darah : 100/70 mmHg

      Nadi : 79x/menit

      Pernapasan : 22x/menit

      Suhu : 36 ^{o}C

   b. Pengkajian Respirasi

      Dari hasil pemeriksaan pernapasan klien 22x/menit.

   c. Pengkajian Sirkulasi

      Dari hasil pemeriksaan denyut nadi klien 79x/menit, perdarahan 500-600 ml/24 jam, dari hasil pengkajian klien mengeluh kelelahan, pengisian kapiler >3 detik,

   d. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

      Pada pengkajian nutrisi dan cairan klien mengatan nafsu makan menurun klien makan setengah porsi makanan (sekitar 100 cc) , klien merasa lemah, kadar hb turun 10,8 g/dL, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, klien mengatakan minum 3 gelas sehari sehabis makan (sekitar 750 cc), output urine 1300 ml/24 jam, BB klien 60 kg, TB klien 153 cm.

   e. Pengkajian eliminasi

      Kandung kemih klien tidak teraba penuh, klien mengatakan mampu untuk buang air kecil namun keluar sedikit – sedikit saja, klien mengatakan tidak merasa nyeri saat BAK, klien terpasang kateter urine. Pada BAB klien mengatakan belum bisa BAB dari hari pertama di RS.

   f. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Klien tidak mengeluh mengalami kekakuan sendi, klien mengeluh nyeri dan cemas saat bergerak, klien mengeluh sulit tidur, klien mengatakan tidur tidak nyenyak sering terbangun, klien tidak menggunakan bantuan obat tidur, klien tampak lesu dan fisik lemah, aktivitas klien di bantu oleh keluarga.

g. Pengkajian Neurosensori

Klien mengeluh sakit pada kepala, klien tidak mengalami cedera medula spinalis, klien tidak mengalami gangguan menelen dan tidak batuk saat menelan ataupun setelah makan dan minum, klien tidak mengalami hematemetis,tidak mengiler, dan tidak menelan berulang-ulang.

h. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Klien mengatakan ini kehamilan yang tidak terencana, usia klien sudah 42 tahun, ekspresi wajah klien meringis

i. Pengkajian pasca partum

Pada saat pengkajian klien tampak meringis, klien mengeluh tidak nyaman, terdapat kontraksi uterus, klien mengalami perdarahan 600 cc .

j. Pengkajian nyeri dan kenyamanan

Klien mengeluh nyeri dibagian abdomen, klien mengeluh tidak nyaman, gelisah,tampak meringis.

k. Pengkajian psikologis

Klien tampak gelisah, klien tampak bingung dengan apa yang dialaminya, klien masih bisa berkonsentrsi saat di ajak mengobrol, kontak mata klien baik, klien tidak menangis dan marah, klien juga tidak tampak panik.

l. Pengkajian kebersihan diri

Klien tidak mampu melakukan kebersihan diri sendiri dengan mandiri, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien juga tidak menolak saat di lakukan tindakan perawatan diri.

m. Pengkajian keamanan dan proteksi

Tidak ada kerusakan jaringan kulit, klien tidak kejang dan menggigil, tidak ada kemerahan pada kulit, tidak ada luka bekas operasi atau luka lainnya karena klien post partum normal, Hb klien 10,8 g/dl.

7. Pengobatan

Tabel 3.1
Pengobatan kepada Ny. E di Ruang Kebidanan RSUD Kotabumi Lampung Utara

No	Tanggal	Terapi obat
1.	11 Maret 2021	Terapi Cairan - Ringer Laktat (RL) 20 tpm (500ml)
2.	12 Maret 2021	Terapi cairan - Ringer laktat (RL) 20 tpm (500 ml) Terapi injeksi - Cefotaxim 2x1 gr/12 jam
3.	13 Maret 2021	Terapi cairan - Ringer laktat (RL) 20 tpm (500 ml) / 8 jam - Sodium chlorida 20 tpm - Transfusi darah (O+)

8. Hasil laboratorium

Tabel 3.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. E di Ruang kebidanan RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi lampung utara
Tanggal 10 maret 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	10.8 g/dL	11.0 – 15.0
2.	Leukosit	21.05 x 10^3/uL	4.00 – 10.00
3.	Trombosit	215 x 10^3/uL	150 – 450
4.	Hematokrit	31.1 %	37.0 – 47.0
5.	Eritrosit	3.41 x 10^6/uL	3.50 – 5.50
6.	Golongan darah	O	
7.	Rhesus	(+)	
8.	USG	Sisa plasenta	

Tanggal 12 maret 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	7.8 g/dL	11.0 – 15.0
2.	Leukosit	20.25 x 10^3/uL	4.00 – 10.00
3.	Trombosit	178 x 10^3/uL	150 – 450
4.	Hematokrit	22.6 %	37.0 – 47.0
5.	Eritrosit	2.47 x 10^6/uL	3.50 – 5.50

9. Data Fokus

Dari hasil pengkajian dapat dipapatkan beberapa data yang bermasalah pada Ny. E yang tertulis pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.3

Data subjektive	Data objektif
a. Klien mengatakan masih keluar darah pervaginam klien, klien mengatakan mengganti pembalut ± dua kali dalam sehari b. Klien tidak nafsu makan c. Klien mengeluh lemas d. Klien mengeluh sakit kepala e. Klien mengeluh mulas pada perut f. Klien mengeluh sulit tidur g. Klien mengeluh lemah h. Klien mengeluh tidak nyaman i. Klien mengeluh kelelahan	a. Darah yang keluar 600 ml/24 jam b. Klien tampak pucat c. Turgor kulit menurun d. Tampak meringis e. Tampak gelisah f. Terdapat kontraksi uterus g. Akral teraba dingin h. Membran mukosa kering i. Kadar hb 10,8 g/dl j. Hasil USG terdapat sisa plasenta k. CRT: >3 detik l. Klien terpasang kateter urine m. TTV TD: 100/70 mmHg Nadi: 79x/menit RR: 22x/menit Suhu : 36 ^oC

10. Analisa Data

Dari hasil pengkajian yang tercantum pada data fokus maka dapat dilakukan analisa data sebagai berikut :

Tabel 3.4
Analisa Data pada Ny. E dengan Gangguan Kebutuhan Cairan
pada Kasus PPH di Ruang Kebidanan RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	**Data Masalah**	**Masalah**	**Etiologi**
1	*2*	*3*	*4*
1.	Ds : - Klien mengeluh lemah klien mengeluh sakit kepala - Klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluannya - Klien mengatakan minum 3 gelas Do : - Turgor kulit menurun - membran mukosa kering - Kadar hb turun dengan nilai 10,8 g/dl - TTV: TD: 100/70 mmHg Nadi : 79x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36˚c	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif
2	Ds : - Klien mengatakan keluar darah pervaginam - Klien mengatakan darah yang keluar lumayan banyak ± dua kali ganti pembalut dalam sehari Do : - Darah yang keluar 600 ml/24 jam	Risiko syok	kekurangan volume cairan

1	*2*	*3*	*4*
3	Ds : - Klien Mengeluh tidak nyaman - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh lelah - Klien mengeluh nyeri di abdomen bagian bawah - Klien mengeluh mulas Do : - Klien tampak gelisah - Klien tampak meringis - Terapat kontraksi uterus	Ketidaknyamanan pasca partum	Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula

B. Diagnosa keperawatan

Dari analisa data dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, antara lain:

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dibuktikan dengan klien mengeluh lemah, klien mengeluh sakit kepala, klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluannya , tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, kadar hb turun dengan nilai 10,8 g/dl.
2. Risiko syok dibuktikan dengan kekurangan volume cairan (perdarahan).
3. Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula dibuktikan dengan Klien Mengeluh tidak nyaman, terdapat kontraksi uterus, klien mengeluh sulit tidur, klien mengeluh lelah, klien mengeluh nyeri di abdomen bagian bawah, klien mengeluh mulas, klien tampak gelisah, klien tampak meringis.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana keperawatan pada Ny. E dengan Ganguan Kebutuhan Cairan pada Kasus PPH
di Ruang Kebidanan RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	*2*	*3*
Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif d.d Ds : 1. Klien meneluh lemah 2. Klien mengeluh sakit kepala 3. Klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluannya Do : 1. Turgor kulit menurun 2. Membran mukosa kering 3. Kadar hb turun dengan nilai 10,8 mgdl 4. TTV: TD: 110/70 mmHg Nadi : 79x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36˚c	**Status cairan (L.03028)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka status cairan membaik dengan kriteria hasil : - Kekuatan nadi meningkat - Membran mukosa lembab - Perasaan lemah menurun - Tekanan darah membaik - Turgor kulit membaik - Hemogoblin membaik	**Manajemen hipovolemia (I.03116)** Observasi : - Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, haus, lemah) - Monitor intake dan output cairan Terapeutik - Hitung kebutuhan cairan - Berikan asupan cairan oral Edukasi - Anjurkan memperbanyak cairan oral - Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan iv isotonis (mis. NaCl, RL) - Kolaborasi pemberian cairan hipotonis (mis. Glukosa 2,5 %, NaCl 0,4 %) - Kolaborasi pemberian produk darah

1	*2*	*3*
Risiko syok d.d kekurangan volume cairan	**Tingkat syok (L.03032)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : - Kekuatan nadi meningkat - Akral dingin menurun - Pucat menurun - Letargi menurun - Pengisian kapiler membaik	**Pencegahan syok (I.02068)** Observasi - Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, kekuatan nafas, TD) - Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) Terapeutik - Pasang jalur IV, jika perlu - Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu - anjurkan memerbanyak cairan oral Edukasi - Jelaskan penyebab/faktor risiko syok - Jelaskan tanda dan gejala awal syok - Anjukan melaporkan jika menemukan tanda dan gejala awal syok - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Edukasi - Jelaskan penyebab/faktor risiko syok - Jelaskan tanda dan gejala awal syok - Anjukan melaporkan jika menemukan tanda dan gejala awal syok - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi - Kolaborasi pemberian IV, jika perlu - Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu

1	*2*	*3*
Gangguan rasa nyaman b.d ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan finansial, pengetahuan) d.d Ds : 1. Klien Mengeluh tidak nyaman 2. Klien mengeluh sulit tidur 3. Klien mengeluh lelah 4. Klien mengeluh nyeri di abdomen bagian bawah dengan skala nyeri 3 5. Klien mengeluh mulas Do : 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 3	**Status kenyamanan pasca partum (L.07061)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : - Keluhan tidak nyaman menurun - Keluhan sakit kepala menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Keluhan suit tidur - Lelah menurun - Kontraksi uterus menurun	**Terapi relaksasi (I.09326)** Observasi - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - Identifikasi terapi relaksasi yang pernah efektif digunakan - Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya Terapeutik - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan - Gunakan pakaian longgar Edukasi - Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif) - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi teknik yang dipilih - Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Nafas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny. E dengan Gangguan Kebutuhan Cairan pada Kasus PPH di Ruang Kebidanan RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Catatan Perkembangan Hari Pertama

NO DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF PERAWAT
1	*2*	*3*	*4*
1.	Tanggal : 11 Maret 2021 Pukul : 21.30 WIB - Memberikan cairan IV RL 500 ml/8 jam Tanggal : 12 maret 2021 Pukul : 06.00 WIB - Mengidentifikasi tanda dan geajala hipovolemia Pukul : 06.05 WIB - Memonitor intake dan output cairan Pukul : 06.20 WIB - Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Memberikan cairan IV RL 500 ml/8 jam	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 06.30 WIB S : - Klien mengeluh lemah - Klien mengeluh sakit kepala - Klien mengatakan minum 3 gelas sehari (750 ml) O : - Turgor kulit menurun - Membran mukosa kering - Suhu : 36,5˚c - Kadar HB 10,8 g/dl - Intake cairan klien Infus 1500 ml+ inj IV cefotaxim 5 cc, minum & makan 850 ml + air metabolisme 300 = 2.655 - Output cairan klien selama 24 jam, menghitung IWL =	Perawat Vivilia ronida

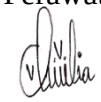
1	*2*	*3*	*4*
	- Menganjurkan makan makanan yang bergizi - Memberikan antibiotik IV cefotaxime 1 gr/12 jam	(15 x BB):24 jam. 15 x 60= 900 Perdarahan 600 ml + BAK 1400 ml+IWL 900 = 2.900 ml Balance cairan = 2.655 ml – 2.900 ml = −245 ml - Jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam BB klien 60 kg (10 kg pertama) = 1000 ml + (10 kg kedua) = 500 ml (sisa BB x 20 ml) 40 x 20 ml = 800 Jadi jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam adalah sebesar 2.300 ml. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi kembali tanda dan gejala hipovolemia - Memitor kembali intake dan output cairan - Menganjurkan kembali memperbanyak cairan oral Memberikan cairan IV RL 500 ml/8 jam - Memberikan antibiotik IV cefotaxim - Klien direncakanakan didlakukan kuretase	
2	Tanggal : 12 Maret 2021 Pukul : 06.40 WIB - Memonitor status kardiopulmonal frekuensi dan kekuatan nadi , frekuensi nafas, tekanan darah - Memonitor status cairan (turgor kulit, CRT) - Memonitor perdarahan klien Pukul : 06.45 WIB - Menjelaskan penyebab/faktor	Tanggal : 12 Maret 2021 Pukul : 06. 55 WIB S : - Klien mengatakan keluar darah pervagina banyak, klien mengatakan ± dua kali lebih ganti pembalut dalam sehari (1 pembalut bisa menampung ± 250 cc) O : - Darah yang keluar 600 ml/24 jam - Nadi : 82x/menit - TD : 100/70 mmHg	Perawat Vivilia ronida

1	*2*	*3*	*4*
	risiko syok - Menjelaskan tanda dan gejala syok - Menganjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan geajala awal syok - Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral	- RR : 21x/menit - Suhu : 36,8◦C - Turgor kulit menurun - CRT >3 detik A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Memonitor kembali status kardiopulmonal frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah - Memonitor kembali status cairan (turgor kulit, CRT)	
3	Tanggal : 12 Maret 2021 Pukul : 07.00 WIB - Menjelaskan teknik relaksasi yang akan di ajarkan teknik relaksasi nafas dalam - Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman bagi klien - Menganjurkan rileks - Mendemonstrasikan teknik nafas dalam - Menganjurkan istirahat yang cukup	Tanggal : 12 Maret 2021 Puku : 07.20 WIB S : - Klien mengatakan belum tau teknik relakasasi - Klien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan teknik relaksai nafas dalam - Klien masih mengeluh nyeri di abdomen bagian bawah O : - Klien tampah gelisah A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Menjelaskan tekik relaksasi imajinasi terbimbing - Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman bagi klien - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Melatih teknik relaksasi yang telah di ajarkan - Monitor respons terhadap terapi relaksasi	Perawat Vivilia ronida

Catatan perkembangan hari kedua

NO DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF PERAWAT
1	*2*	*3*	*4*
1.	Tanggal : 12 Maret 2021 Pukul : 14.30 WIB - Memberikan cairan iv RL 500 ml/8 jam Pukul : 14.35 WIB - Mengidentifikasi kembali tanda dan gejala hipovolemia Pukul : 14.45 WIB - Memitor kembali intake dan output cairan - Menganjurkan kembali memperbanyak cairan oral Pukul : 18.30 WIB - Memberikan antibiotik IV cefotaxime 1 gr - Memonitor hasil laboratorium (HB)	Tanggal : 12 Maret 2021 Pukul : 19.00 WIB S : - Klien mengeluh sakit kepala - Klien mengeluh lemas setelah dilakukan kuretage - Klien mengatakan minum 7 gelas sehari O : - Membran mukosa kering - Klien di kuret pada pukul 13.30 WIB. Setelah dilakukan kuretase nilai hb klien 7,8g/dl - Intake cairan klien selama 24 jam, Infus 1500 ml + inj IV cefotaxim 5 cc + minum & makan 1900 ml + air metabolisme 300 ml =3.705ml - Output cairan klien selama 24 jam, menghitung IWL = (15 x BB):24 jam. 15 x 60= 900 Perdarahan 360 ml + BAK 1200 ml + BAB 100 ml+IWL 900 = 2.560 ml. Balance cairan = 3.705 – 2.560= 1.145 ml - Jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam - BB klien 60 kg (10 kg pertama) = 1000 ml + (10 kg	Perawat Vivilia ronida

1	*2*	*3*	*4*
		kedua) = 500 ml (sisa BB x 20 ml) 40 x 20 ml = 2.860 - Jadi jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam adalah sebesar 2.300 ml A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi kembali tanda dan gejala hipovolemia - Memonitor kembali intake dan output cairan - Memberikan cairan IV RL 500 ml/8 jam	
2.	Tanggal : 12 Maret 2021 Pukul : 15.00 WIB - Memonitor kembali status kardiopulmonal frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah - Memonitor kembali status cairan (turgor kulit, CRT) - Menganjurkan makan makanan yang bergizi	Tanggal : 12 Maret 2021 Pukul : 15.20 WIB S : - Klien mengatakan masih keluar darah dari kemaluannya tetapi sudah berkurang O : - Klien dilakukan kuretase - Darah keluar 360 ml/24 jam - Nadi : 80 x/ menit - RR : 18x/menit - TD : 110/80 - Turgor kulit menurun - CRT >3 detik A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Memonitor kembali status kardiopulmonal frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah - Memonitor kembali status cairan (turgor kulit, CRT) - Berkolaborasi pemberian transfusi darah	Perawat Vivilia ronida

1	*2*	*3*	*4*
3.	Tanggal : 12 Maret 2021 Jam : 16.00 WIB - Monitor respons terhadap terapi relaksasi - Menjelaskan tekik relaksasi imajinasi terbimbing - Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman bagi klien - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - menganjurkan rileks - Melatih teknik relaksasi yang telah di ajarkan - Menganjurkan istirahat yang cukup	Tanggal: 12 Maret 2021 Pukul : 16.20 WIB S : - Klien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah terkadang masih tersasa - Klien masih merasa cemas dengan keadaannya karena sudah lama berada di rs klien kepikiran dengan bayinya yg dirumah - Klien merasa cemas dengan biaya RS O : - Klien tampak sedikit gelisah - Klien sudah melakukan teknik relaksasi yang diajarkan A : Masalah teratsi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor respons terhadap terapi relaksasi - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Menganjurkan rileks - Melatih teknik relaksasi yang telah di ajarkan - Menganjurkan istirahat yang cukup	Perawat  Vivilia ronida

Catatan perkembangan hari ketiga

NO DX.	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF PERAWAT
1	*2*	*3*	*4*
1.	Tanggal : 13 Maret 2021 Pukul : 07.00 WIB - Memberikan cairan iv RL 500 ml/8 jam Pukul : 08. 00 WIB - Mengidentifikasi kembali tanda dan gejala hipovolemia Pukul : 08.10 WIB - Memitor kembali intake dan output cairan - Menganjurkan kembali memperbanyak cairan oral	Tanggal : 13 Maret 2021 Pukul : 08. 20 WIB S : - Klien mengatakan sudah tidak merasa lemah dan lelah - Klien mengatakan minum 8 gelas sehari O : - Membran mukosa membaik - Intake cairan klien selama 24 jam, Infus 1500 ml + minum & makan 2200 ml + air metabolisme 300 ml + tranfusi darah 430 cc= 4.430 ml - Output cairan klien selama 24 jam, menghitung IWL = (15 x BB):24 jam. 15 x 60= 900 Perdarahan 200 ml + BAK 1500 ml+BAB 100 ml +IWL 900 = 2.700 ml. Balance cairan = 4.430 ml – 2.700 ml = 1.730 ml - Jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam BB klien 60 kg (10 kg pertama) = 1000 ml + (10 kg kedua) = 500 ml (sisa BB x 20 ml) 40 x 20 ml = 800 - Jadi jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam adalah sebesar 2.300 ml	Perawat Vivilia ronida

1	*2*	*3*	*4*
		Pukul : 15.00 WIB HB 11 g/dl A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	
2.	Tanggal : 13 Maret 2021 Jam : 09.30 WIB - Memonitor kembali status kardiopulmonal frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah - Memonitor kembali status cairan (turgor kulit, CRT) - Memberikan NaCl 0,9% 50-100 ml sebelum tranfusi - Pukul : 10.00 WIB - Melakukan pengecekan ganda produk darah O+ - Berkolaborasi pemberian transfusi darah 2 kantong (1 kantong : 215 cc)	Tanggal : 13 Maret 2021 Pukul : 14.30 WIB S : - Klien mengatakan masih keluar darah sedikit dari kemaluannya O : - Darah keluar sekitar 200 cc - Nadi : 80x/menit - RR : 20x/menit - TD :120/70 mmHg - Turgor kulit membaik - CRT < 3 detik A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	Perawat Vivilia ronida

1	*2*	*3*	*4*
3.	Tanggal : 13 Maret 2021 Pukul : 08.40 WIB - Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intesitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Monitor respons terhadap terapi relaksasi - Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Menganjurkan rileks - Melatih teknik relaksasi yang telah di ajarkan - Menganjurkan istirahat yang cukup	Tanggal : 13 Maret 2021 Pukul : 09.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri sudah tidak terasa O : - Klien tampak tenang A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi - Mengingatkan klien untuk melakukan teknik relaksasi yang telah diajarkan - Mengingatkan jangan terlalu banyak pikiran	Perawat Vivilia ronida