

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. PENGKAJIAN DASAR

1. Identifikasi

Tanggal Pengkajian : 5 April 2019

Tanggal Masuk Rumah Sakit : 4 April 2019

No. Rekam Medik : 85.00.88

Kamar/Ruangan : 4.2/Ruang Kebidanan

Nama Inisial Klien : Ny. B

Umur : 29 tahun

Alamat : Sindang Sari

Kelamin : Wanita

Status Pernikahan : Menikah

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Sumber Biaya : BPJS

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Dikirim Oleh : Ponek

2. Diagnosa Medis

Saat Masuk RS : Perdarahan Post partum hari ke-1
P1A0 dengan atonia uteri

Saat Pengkajian : Perdarahan post partum akibat atonia uteri

Riwayat Sekarang : Klien datang ke RS pada tanggal 3 April 2019 pada pukul 02:00 WIB diantar oleh keluarga, klien datang ke rumah sakit dengan keluhan gelisah, wajah tampak meringis, wajah tampak pucat, nadi teraba cepat dan lemah, akral teraba dingin, dan turgor kulit menurun. Klien pasca melahirkan

pada tanggal 4 April 2019 pada pukul 08.00 WIB. Pengkajian dilakukan saat pasien dalam proses persalinan.

a. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pasien post partum tanggal 4 April 2019. Pada saat pengkajian 3 jam pasca pasien masuk ruang perawatan di RS pukul 11:00 WIB tekanan darah klien menurun 80/60 *mmHg*

B. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Penampilan Umum

Dari hasil pengkajian klien tampak lemas, mengalami penurunan kesadaran, tingkat kesadaran klien apatis dengan nilai GCS 12 E3V4M4, tidak ada sianosis pada tubuh klien, akral tubuh teraba dingin, turgor kulit menurun, klien tampak pucat, lesu, gelisah, cemas dan kurang berespon. Keluarga klien mengatakan ini adalah kehamilan yang pertama kalinya. Keluarga klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, dan riwayat hipertiroid. Klien tidak merokok dan tidak edema.

TD : 80/60 mmHg

N : 130x/menit

RR : 12x/menit

T : 38,5°C

Hb : 8

CTR : >3 detik

BB : 50kg

TB : 155cm

2. Pengkajian Respirasi

Dari hasil pengkajian di dapatkan bahwa pasien mengalami bradipnoe. RR 12x/menit, tidak ada suara napas tambahan seperti wheezing atau ronchi, pasien bernafas tidak menggunakan otot bantu pernafasan, menggunakan alat bantu pernafasan, terpasang o₂ sebanyak 2

liter/menit. Tidak ada sputum berlebih yang dapat mengganggu sistem respirasi pasien.

3. Pengkajian Sirkulasi

Dari hasil pengkajian yang dilakukan di dapatkan hasil bahwa pasien mengalami takikardi. Pasien mengalami perdarahan kurang lebih 500cc/3 jam pertama, 2 jam berikutnya sebanyak 200cc, dan 4 jam berikutnya sebanyak 300cc, jadi total 1.000cc/ 24 jam (di hitung dari penimbangan pembalut yang digunakan pasien), nadi pasien 130x/menit tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, pasien tampak lelah, CRT>3 detik.

4. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan dirinya tidak mengalami penurunan BB, pasien mengatakan selama di rawat di rumah sakit menghabiskan setengah porsi makanan yang disediakan di rumah sakit. Pasien mengatakan minum kira-kira sehari 6 gelas, pasien mengeluh sering merasa haus, pasien terpasang Infus *RL* 20 tetes permenit. Pasien tidak mengalami gangguan menelan, sariawan, dan memiliki bising usus yang lambat 15x/menit. Klien tidak mengalami muntah.

5. Pengkajian Eliminasi

Dari hasil pengkajian di dapatkan hasil bahwa pasienterpasang kateter urine, klien mengalami penurunan produksi urine. Urine yang diproduksi sebanyak 250ml/24 jam. Klien mengatakan dirinya belum BAB selama di rawat di RS .

6. Pengkajian istirahat dan aktivitas

Dari hasil pengkajian di dapatkan hasil bahwa klien tampak lemah, klien tampak pergerakannya terbatas, cemas saat bergerak, kekuatan otot ekstremitas bawah kanan dan kiri sama bernilai 3. Klien

mengeluh nyeri pada perut bagian bawah post partum saat terlalu banyak bergerak.

Pada pengkajian hari pertama post partum pada tanggal 05 April 2019 pasien mengeluh sulit tidur, tidur \pm 4 jam pada malam hari,

sering terbangun di malam hari karena lingkungan yang berisik dan panas, klien tampak lemah dan memiliki kantong mata yang besar.

7. Pengkajian Neosensori

Dari hasil pengkajian klien tidak mengalami cedera medulla spinalis, mengalami sakit kepala, pasien mampu menelan makanan dengan baik, tidak batuk sebelum dan sesudah makan ataupun minum, dan tidak mengalami hematemesis.

8. Pengkajian Pasca Partum

Dari hasil pengkajian klien mengatakan ASI yang keluar sedikit karena pasien tidak dapat menyusui bayinya secara langsung (bayi diruang neonatus). Pasien tidak tahu apa yang harus dilakukan untuk melancarkan ASI nya dan teknik pemerah ASI yang baik. Payudara tidak bengkak dan puting menonjol. Pasien tampak meringis, serta mengeluh tidak nyaman (post partum) pada bagian vagina.

9. Pengkajian Nyeri dan Keamanan

Dari hasil pengkajian di peroleh data bahwa pasien mengeluh nyeri pada vagina, skala nyeri: 3. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk nyerinya semakin bertambah saat pasien melakukan banyak aktifitas diatas tempat tidur.

10. Pengkajian Psikologis

Pada saat pengkajian klien tampak cemas, tegang, dan panik, konsentrasi yang dimiliki kurang baik, kontak mata pasien baik, suara pasien tidak begetar saat berbicara. Klien mengatakan khawatir bayinya tidak terurus karena ibu mengalami perdarahan post partum.

11. Pengkajian Tumbuh Kembang

Tidak ada gangguan pada tumbuh kembang pasien

12. Pengkajian Kebersihan Diri

Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak mampu untuk mandi sendiri, mampu untuk mengenakan pakaian sendiri, tidak mampu pergi ke toilet, sebagian besar kegiatan perawatan diri pasien dibantu oleh keluarganya. Pasien membersihkan diri dengan cara di lap dengan air hangat 1x sehari yang dibantu dengan keluarganya

13. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Dari hasil pengkajian di peroleh hasil bahwa pasien tidak mengalami perubahan karakteristik kulit, klien tidak kejang , turgor kulit menurun, tidak ada kemerahan ,kulit terasa hangat , pasien tidak menggigil, pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk perawatan diri selama dirawat di RS, pasien juga dilakukan pemasangan tindakan invasif yaitu pemasangan infus intravena.

14. Hasil laboratorium

Berdasarkan data yang diperoleh hasil laboratorium didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 3.1

Hasil Laboratorium pada Ny. B Perdarahan
Post Partum dengan Gangguan Sirkulasi di Ruang Kebidanan
RS. HM. Mayjend Ryachudu Tanggal 5 April 2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal Perempuan
GDS	110 mg/dL	100-200 mg/dL
Golongan Darah	A	
Rhesus	+	
SGOT	7	5-40 u/L
SGPT	9	5-41 u/L
Ureum	15	15-39 mg/dL
Kreatinin	0,6	0,6-1,1
Leukosit	$3,35 \times 10^3/uL$	4,00 – 10,00
Eritrosit	$2,53 \times 10^6/uL$	3,50 – 5,50
Haemoglobin	8 g/dL	12 -16,0
Trombosit	145×10^3uL	150 – 450

15. Therapy Obat

Tanggal 5 April 2019

Cefotaxime : 2x1 gr / 12 jam (iv)

Ketorolac : 3x30 gr/ 8 jam (iv)

Asam traneksamat : 3x50 mg/ 8 jam (*iv*)

Metrodinazole : 2x500 mg/12 jam (*iv*)

Infus RL : 20 TPM (*iv*)

C. Analisa Data

Tabel 3.2

Analisa Data Asuhan Keperawatan Pada Ny. B Perdarahan Post Partum dengan Gangguan Sirkulasi di Ruang Kebidanan RS. HM. Mayjend Ryachudu Tanggal 5 April 2019

No.	Data (Ds/Do)	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	Ds : 1. Klien mengatakan merasa lemah 2. Klien mengeluh haus Do : 3. Saturasi oksigen rendah (SpO ₂ 85%) 4. Frekuensi nafas rendah 5. Frekuensi nadi meningkat 130x/menit 6. Nadi perifer teraba lemah 7. Tekanan darah menurun 70/60mmHg 8. Turgor kulit menurun Suhu tubuh meningkat 38,5°C	Hipovolemia	Kehilangan cairan aktif
2.	Ds: - Do: 1. Hb mengalami penurunan yaitu 8 2. Pengisian kapiler >3 detik 3. Nadi perifer teraba lemah 4. Akral teraba dingin 5. Warna kulit pucat 6. Turgor kulit menurun	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan kadar Hb
3.	Ds : 1. Klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 2. Klien merasa tidak berdaya Do : 4. Klien tampak gelisah 5. Klien tampak tegang 6. Klien mengeluh sulit tidur	Ansietas	Krisis situasional

D. Diagnosa Keperawatan

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan klien mengatakan merasa lemah, klien mengeluh haus, saturasi oksigen rendah (SpO₂ 85%), frekuensi nafas rendah, frekuensi nadi meningkat 130x/menit, nadi perifer teraba lemah, tekanan darah menurun 80/60mmHg, turgor kulit menurun, suhu tubuh meningkat 38,5°C.
2. Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar Hb darah ditandai dengan Hb mengalami penurunan yaitu 8, pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer teraba lemah, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional Klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, klien merasa tidak berdaya, klien tampak gelisah, klien tampak tegang, klien mengeluh sulit tidur.

E. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3.

Rencana Asuhan Keperawatan pada Ny. B Perdarahan Post Partum dengan Gangguan Sirkulasi di Ruang Kebidanan RS HM Mayjend Ryachudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 5 April 2019

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	<p>Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa lemah 2. Klien mengeluh haus <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Saturasi Oksigen rendah (SpO2 85%) 4. Frekuensi nafas rendah 5. Frekuensi nadi meningkat 130x/menit 6. Nadi perifer teraba lemah 7. Tekanan darah menurun 70/60mmHg 8. Turgor kulit menurun 9. Suhu tubuh meningkat 38,5°C 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam hipovolemia klien dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Cairan (L.03028)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nilai Hb menjadi normal 2. Kekuatan nadi meningkat 3. Turgor kulit membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah normal 6. Tekanan nadi normal 7. Suhu tubuh membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frek.nadi meningkat, nadi teraba lemah, tek.darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, haus, lemah) 2. Monitor intake output cairan 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan asupan cairan oral 5. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis

2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi Hb</p> <p>Ds: -</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hb 8 2. Pengisian kapiler >3 detik 3. Nadi perifer teraba lemah 4. Akral teraba dingin 5. Warna kulit pucat 6. Turgor kulit menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Perfusi perifer tidak efektif klien dengan kriteria hasil :</p> <p>Perfusi Perifer (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hb menjadi normal 2. Denyut nadi perifer meningkat 3. Warna kulit normal 4. Pengisian kapiler normal <3 detik 5. Akral teraba hangat 6. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek darah lengkap 2. Lakukan perhitungan jumlah transfusi darah yang dibutuhkan 3. Monitor transfusi darah 4. Berikan tranfusi darah sesuai kebutuhan (rencana tranfusi darah 2 kantong) 5. Kolaborasi pemberian produk darah 6. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 7. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, darah tinggi, dll) 8. Kolaborasi dalam pemberian analgesik 9. Monitor nilai Hb klien
3.	<p>Ansietas b.d krisis situasional</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 2. Klien merasa tidak berdaya <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Klien tampak gelisah 4. Klien tampak tegang 5. Klien mengeluh sulit tidur 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Ansietas dengan kriteri hasil :</p> <p>Tingkat Ansietas (L.09093)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Klien nampak rileks 4. Pola tidur membaik 	<p>Terapi Relaksasi (I.09326) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala yang lain 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan 3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi 4. Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang analgesik atau tindakan medis lainnya 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi



F. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan (SOAP) Selama 3 Hari Perawatan

Tabel 3.4

Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Pada Ny. B Perdarahan Post Partum Dengan Gangguan Sirkulasi Di Ruang Kebidanan RS HM Mayjend Ryachudu Kotabumi Lampung Utara


Hari pertama, 5 April 2020


No. Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1.	Tanggal : 5 April 2019 Pukul : 09:00 WIB 1. Menghitung nafas klien 2. Memonitor intake output cairan 3. Menghitung kebutuhan cairan 4. Memberikan asupan cairan oral 5. Berkolaborasi pemberian cairan IV isotonis 6. Berkolaborasi dalam pemberian cairan IV hipotonis 7. Menjelaskan pada keluarga tujuan dan prosedur pemantauan 8. Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu	Tanggal : 5 April 2019 Pukul : 09:30 WIB S : 1. Klien mengatakan merasa lemah 2. Klien mengeluh haus O : 3. Saturasi oksigen rendah (SpO2 85%) 4. Klien bernafas sebanyak 8 kali /menit 5. Klien diberikan oksigen sebanyak 3 liter/menit 6. Pasien mengalami perdarahan kurang lebih 500cc/3 jam pertama, 2 jam berikutnya sebanyak 200cc, dan 4 jam berikutnya sebanyak 300cc, jadi total 1.000cc/ 24 jam (di hitung dari penimbangan pembalut yang digunakan pasien) 7. Pasien mengatakan minum kira-kira sehari 6 gelas, pasien mengeluh sering merasa haus, pasien terpasang Infus RL 20 tetes permenit. 8. Urine yang diproduksi sebanyak 250ml/24 jam. 9. Klien diberikan infus RL 20 TPM 10. Klien diberikan infus NaCl 0,4% sebanyak 20 TPM sebelum dan sesudah transfusi darah A : Masalah Hipovolemia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Hitung nafas klien 2. Monitor intake output cairan 3. Hitung kebutuhan cairan	 Indah


		<p>4. Berikan asupan cairan oral</p> <p>5. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis</p> <p>6. Kolaborasi dalam pemberian cairan IV hipotonis</p>	
2	<p>Tanggal : 5 April 2019</p> <p>Pukul : 10:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencek darah lengkap 2. Melakukan perhitungan jumlah transfusi darah yang dibutuhkan 3. Memonitor transfusi darah 4. Memberikan tranfusi darah sesuai kebutuhan (rencana tranfusi darah 2 kantong) 5. Berkolaborasi pemberian produk darah 6. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 7. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, darah tinggi, dll) 	<p>Tanggal : 5 April 2019</p> <p>Pukul : 10:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes dan darah tinggi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Golongan darah klien A+ 2. Klien memerlukan transfusi darah sebanyak 600cc kurang lebih 2 kantong darah 3. Kantong darah pertama di lakukan pada jam 13.00 WIB 4. Kantong darah kedua dilakukan pada jam 17.00 WIB 5. Klien tidak mengalami alergi selama transfusi darah berlangsung 6. Nilai Hb rendah 8 g/dL sebelum melakukan transfusi darah 7. Frekuensi nadi meningkat 130x/menit 8. Nadi perifer teraba lemah 9. Tekanan darah menurun 80/60mmHg 10. Turgor kulit menurun 11. Suhu tubuh meningkat 38,5°C <p>A : Perfusi perifer tidak efektif pada klien belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek darah lengkap 2. Pemeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 3. Kolaborasi dalam memberikan produk darah 4. Kolaborasi pemberian obat 	 <p>Indah</p>
3.	<p>Tanggal : 5 April 2019</p> <p>Pukul : 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan 	<p>Tanggal : 5 April 2019</p> <p>Pukul : 11:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 2. Klien merasa tidak berdaya 	 <p>Indah</p>

	<p>berkonsentrasi atau gejala yang lain</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan 3. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien 5. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang analgesik atau tindakan medis lainnya 6. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi 	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Klien tampak gelisah 4. Klien tampak tegang 5. Klien mengeluh sulit tidur 6. Terapi yang digunakan adalah aroma terapi dan nafas dalam <p>A : Masalah ansietas belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan terapi relaksasi yang telah digunakan (aroma terapi dan nafas dalam) 2. Monitor respon terhadap terapi relaksasi 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang analgesik atau tindakan medis lainnya 5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi 6. Evaluasi hasil terapi relaksasi 	
--	---	---	--


Hari Ke 2, 06 April 2020



No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1	<p>Tanggal : 6 April 2019 Pukul : 14:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung nafas klien 2. Memonitor intake output cairan 3. Menghitung kebutuhan cairan 4. Berkolaborasi pemberian cairan IV isotonis 5. Berkolaborasi dalam pemberian cairan IV hipotonis 	<p>Tanggal : 6 April 2019 Pukul : 14:30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan rasa haus mulai berkurang dari hari sebelumnya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bernafas sebanyak 12 kali /menit 2. Klien diberikan oksigen sebanyak 2 liter/menit 3. Pasien mengalami perdarahan kurang lebih 500cc/24jam pada hari kedua (di hitung dari penimbangan pembalut yang digunakan pasien) 4. Pasien mengatakan minum kira-kira sehari 6 gelas/hari 5. Urine yang diproduksi sebanyak 200ml/24 jam. 	 <p>Indah</p>

		<p>6. Klien diberikan infus RL 20 TPM</p> <p>7. Klien diberikan infus NaCl 0,4% sebanyak 20 TPM sebelum dan sesudah trasfusi darah</p> <p>A : Masalah hipovolemia teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung nafas klien 2. Monitor intake output cairan 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis 	
2	<p>Tanggal : 6 April 2019</p> <p>Pukul : 15:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan cek darah lengkap 2. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 3. Melakukan transfusi darah 4. Memonitor transfusi darah 5. Berkolaborasi dalam memberikan produk darah 6. Berkolaborasi pemberian obat <p>Obat yang masuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cefotaxime: 2x1 gr / 12 jam (iv) ○ Ketorolac: 3x30 gr/ 8 jam (iv) ○ Asam traneksamat: 3x50 mg/ 8 jam (iv) 	<p>Tanggal : 6 April 2019</p> <p>Pukul : 15:30 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Hasil Lab : SGPT : 22 Ureum : 14 Kreatinin : 0,5 Leukosit : $18,66 \times 10^3/Ul$ Eritrosit : $3,82 \times 10^6/Ul$ Haemoglobin : 10g/dL Trombosit : $240 \times 10^3/uL$ 3. Frekuensi nadi 120x/ menit 4. Nadi perifer teraba lemah 5. Turgor kulit menurun 6. Tekanan darah 90/60 mmHg <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan cek darah lengkap 2. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 3. Berkolaborasi pemberian obat 	

3.	<p>Tanggal : 6 April 2019 Pukul : 16:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melanjutkan terapi relaksasi yang telah digunakan (aroma terapi dan nafas dalam) 2. Memonitor respon terhadap terapi relaksasi 3. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien 4. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang analgetsik atau tindakan medis lainnya 5. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi 6. Mengevaluasi hasil terapi relaksasi 	<p>Tanggal : 6 April 2019 Pukul : 16:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan rasa khawatir sudah mulai berkurang 2. Klien masih merasa tidak berdaya 3. Klien mengatakan mulai merasa nyaman dengan teknik relaksasi yang diajarkan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Klien gelisah nampak berkurang 5. Klien sudah tidak tegang 6. Klien masih mengeluh sulit tidur 7. Terapi yang digunakan adalah aroma terapi dan nafas dalam <p>A : Masalah ansietas teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lanjutkan terapi relaksasi yang telah digunakan (aroma terapi dan nafas dalam) 2. Monitor respon terhadap terapi relaksasi 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien 4. Guunakan relaksasi sebagai strategi penunjang analgetsik atau tindakan medis lainnya 5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi 6. Evaluasi hasil terapi relaksasi 	 <p>Indah</p>
----	---	---	--

Hari ketiga, 07 April 2020

No. DX	Implementasi	Evaluasi	Paraf Perawat
1.	<p>Tanggal : 7 April 2019 Pukul : 08:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung nafas klien 2. Memonitor intake output cairan 3. Menghitung kebutuhan cairan 4. Memberikan asupan 	<p>Tanggal : 7 April 2019 Pukul : 08:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak merasakan haus lagi seperti hari sebelumnya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Frekuensi nafas normal: 20x/menit 	 <p>Indah</p>

	<p>cairan oral</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian cairan IV isotonis</p>	<p>3. Perdarahan sebanyak 300cc/24 jam pada hari ketiga (di hitung dari penimbangan pembalut yang digunakan pasien)</p> <p>4. Infus RL : 20 TPM (iv)</p> <p>5. Pasien mengatakan minum kira-kira sehari 8 gelas/hari</p> <p>A : Masalah hipovolemia teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
2.	<p>Tanggal : 7 April 2019</p> <p>Pukul : 09:00 WIB</p> <p>1. Melakukan cek darah lengkap</p> <p>2. Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)</p> <p>3. Berkolaborasi pemberian obat</p>	<p>Tanggal : 7 April 2019</p> <p>Pukul : 09:30 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>1. Nadi perifer teraba normal</p> <p>2. Turgor kulit normal</p> <p>3. Pemeriksaan tanda tanda vital</p> <p>a. TD : 120/70 mmHg</p> <p>b. Nadi : 95 x/menit</p> <p>c. RR : 20 x/menit</p> <p>d. Suhu : 36,7°C</p> <p>4. Hasil LAB :</p> <p>a. SGPT : 22</p> <p>b. Ureum : 14</p> <p>c. Kreatinin : 0,5</p> <p>d. Leukosit : $18,66 \times 10^3 / \text{UI}$</p> <p>e. Eritrosit : $3,82 \times 10^3 / \text{UI}$</p> <p>f. Haemoglobin : 11,9g/Dl</p> <p>g. Trombosit : $240 \times 10^3 \text{uL}$</p> <p>5. Obat-obatan:</p> <p>a. Cefotaxime : 2x1 gr / 12 jam (iv)</p> <p>b. Ketorolac : 3x30 gr/ 8 jam (iv)</p> <p>c. Asam traneksamat : 3x50 mg/ 8 jam (iv)</p> <p>A : Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	 <p>Indah</p>
3.	<p>Tanggal : 7 April 2019</p> <p>Pukul : 10:00 WIB</p> <p>1. Melanjutkan terapi relaksasi yang telah digunakan (aroma terapi dan nafas dalam)</p> <p>2. Memonitor respon</p>	<p>Tanggal : 7 April 2019</p> <p>Pukul : 10:30 WIB</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan sudah tidak merasa khawatir lagi</p> <p>2. Klien sudah merasa berdaya</p> <p>3. Klien mengatakan merasa nyaman dengan teknik relaksasi yang diajarkan</p> <p>O :</p>	 <p>Indah</p>

	<p>terhadap terapi relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien 4. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang analgetsik atau tindakan medis lainnya 5. Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi 6. Mengevaluasi hasil terapi relaksasi 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Klien nampak tidak gelisah lagi 5. Klien sudah tidak tegang 6. Klien masih mengatakan sudah tidak kesulitan saat tidur 7. Terapi yang digunakan adalah aroma terapi dan nafas dalam <p>A : Masalah ansietas teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
--	--	---	--