

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien *haemorrhagic post partum* di ruang bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 29 Mei sampai dengan klien pulang tanggal 31 Mei 2013

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 29-5-2013 pukul 09.00

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas

Nama Ny. L, usia 24 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Sumbo 14 Surabaya, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, nama suami Tn. W, usia 28 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Sumbo14 Surabaya, agama islam, pekerjaan swasta, tanggal MRS 29-5-2013 pukul 06.45, nomer rekam medik 045421

2. Keluhan utama

Klien mengatakan pusing, badannya terasa lemas dan banyak mengeluarkan darah ± 650 cc setelah melahirkan.

3. Riwayat Kesehatan/ penyakit sekarang :

Klien datang ke rumah sakit Muhammadiyah surabaya pada tanggal 29 Mei 2013 pukul 06.45 WIB dengan G2P01000 usia kehamilan 40 minggu dengan keluhan perut terasa kencang-kencang dan keluar air ketuban jam 04.00 wib di rumah. Klien di anjurkan untuk SC tapi klien menolak , klien di pasang infus

RL 500 cc 20 tetes permenit.. Palpasi TFU = 3 jari di bawah proc. Xyphoideus (34 cm).DJJ 143 x/ menit doppler. Vt Ø 7cm, eff 70 %, ketuban (+), kepala H

1. Jam 08.40 : VT lengkap Ø, EFF 100%, H III.

4. Riwayat kesehatan penyakit dahulu :

Klien mengatakan tidak pernah sakit yang parah hanya saja batuk pilek demam biasa dan bila telat makan maag nya kambuh.

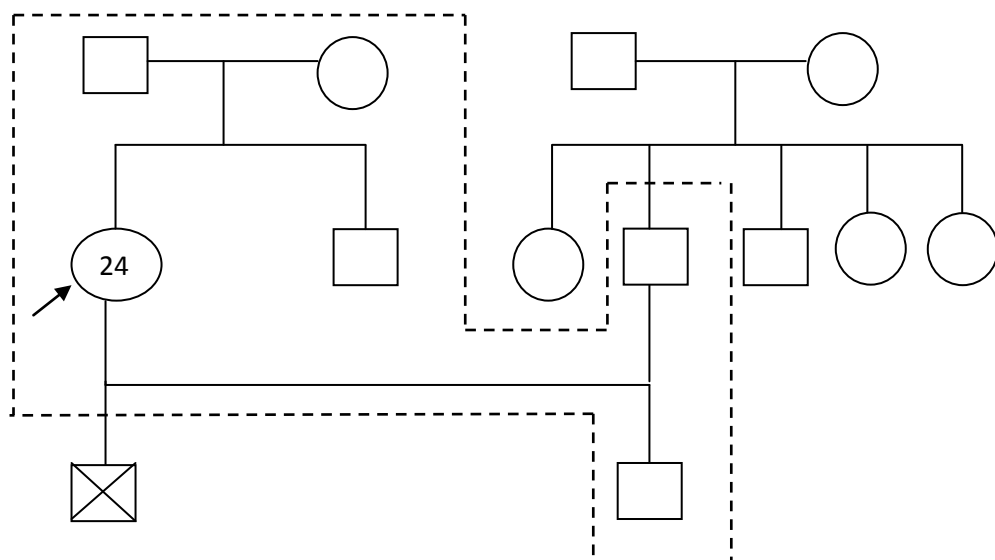
5. Riwayat kesehatan penyakit keluarga :

Klien mengatakan dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular seperti TBC, DM, Hepatitis, dalam keluarga juga tidak ada yang melahirkan kembar. Tapi ibu pasien mempunyai riwayat hipertensi.

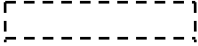
6. Riwayat psikososial :

Klien sebelumnya sudah melakukan persalinan secara spontan/normal sehingga untuk persalianan yang kedua ini klien sedah merasa siap tapi klien sedikit cemas karena pada jalan lahirnya dijahit.

7. Genogram



Keterangan :

	= laki- laki
	= perempuan
	= pasien
	= tinggal serumah
	= laki- laki meninggal

8. Riwayat obstetri

- a. Riwayat haid : Menarche usia 12 tahun, siklus rutin 28 hari, lamanya 7-8 hari, jumlah darah yang keluar banyak, warna merah, bau amis, flour albus tidak pernah.
- b. Riwayat perkawinan : klien menikah usia 18 tahun, lama menikah $\pm$ 6 tahun
- c. Riwayat kehamilan : Klien mengatakan hamil G2P0100 pada saat kehamilan mual muntah dirasakan mulai 1 sampai 7 bulan usia kehamilan, merasakan gerakan janin pada usia 4 bulan, pemeriksaan ANC di RS Muhammadiyah Surabaya dan tidak mendapat imunisasi TT . HPHT : 14-07-2013 dan HPL : 21-04-2013
- d. Riwayat persalinan sekarang : Pada kala I : pasien baru dengan G2P01000 UK 40 minggu. Palpasi TFU = 3 jari di bawah proc. Xyphoideus (34 cm).DJJ 143 x/ menit doppler. Vt Ø 7cm, eff 70 %, ketuban (+), kepala H 1. Jam 08.40 : VT lengkap Ø, EFF 100%, H III. Pada kala II : tanggal 29-5-2013 pukul 09.50 dengan lama 5 menit. Partus spontan, bayi laki-laki lahir di tolong bidan, anus (+), tidak cacat/kelainan, AS 7-8, dengan berat

2800 gram, panjang 48 cm, injeksi induxin 1 ampul. Pada kala III : plasenta lahir lengkap pukul 09.55 , UC keras , layu, berat placenta $\pm$ 400 gr , berukuran diameter 20x18x2 cm, placenta lahir secara sepotan , perdarahan 650 cc, perinium ruptur dan di heathing 4cm. Kala IV:

Tabel 3.1 Kala IV

Tanggal	Jam	waktu	Tensi	Suhu/ Nadi	TFU	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Perdara han
29-5-2013	I	10.00	100/60	36/100	2 j <u>b</u> pusat	Keras	Kosong	$\pm$ 20cc
		10.15	100/60	36/100	2 j <u>b</u> pusat	Keras	Kosong	
		10.30	100/60	36/100	2 j <u>b</u> pusat	Keras	Kosong	
		10.45	100/60	36/100	2 j <u>b</u> pusat	Keras	Kosong	
	II	11.15	36,5/88	120/80	2 j <u>b</u> pusat	Keras	Kosong	$\pm$ 20cc
		11.45	36,5/88	120/80	2 j <u>b</u> pusat	Keras	Kosong	

9. Riwayat KB

Klien mengatakan setelah menikah memakai KB selama 3 bulan mempunyai anak pertama klien memakai alat kontrasepsi yaitu pil $\pm$ 1 tahun , setelah itu klien berhenti KB dan hamil anak yang ke dua.

10. Riwayat kehamilan, persalinaan dan nifas yang lalu:

Klien mengatakan anak pertama lahir di RS muhammadiyah , lahir prematur 6 bulan dengan berat 500gr, panjang 30 cm , laki – laki , kelahiran ditolong oleh bidan, tidak ada kelainan/cacat, anus (+) , anak klien meninggal hanya hidup 1 hari.

11. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat, makan-makanan yang bergizi, menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, klien juga mengatakan memeriksakan kehamilannya secara teratur di bidan dekat rumahnya.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk RS klien jarang makan karena mual dan muntah lebih sering minum sari kacang hijau setiap hari. BB/TB : 57 kg / 160 cm , klien tampak gemuk. Di RS klien makan makanan yang di sediakan oleh RS, sehari terdiri dari nasi, lauk, sayur, buah dan susu 1 kali sehari.

3) Pola aktivitas dan istirahat

Klien mengatakan dirumah sebagai ibu rumah tangga. Di RS klien tidak bisa melakukan aktivitas karena habis melahirkan.

4) Pola eliminasi

Sebelum masuk RS klien mengatakan BAB setiap hari 1 kali, BAK 6-7 kali. Di RS klien mengatakan BAB belum pernah selama 2 hari ini, BAK 4-6 kali.

5) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat malam 6-7 jam, tidur siang jarang. Di RS istirahat siang 1-2 jam, istirahat malam 6-7 jam.

6) Pola hubungan dan peran

Klien mengatakan di rumah hubungan dengan keluarga terjalin baik, klien juga sangat senang dengan peran seorang ibu. Di RS klien mengatakan hubungan dengan klien lain yang satu kamar juga terjalin baik.

7) Pola sensori dan kognitif

Sensori : Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan. Klien mengatakan nyeri bagian

bawah bekas jahitan, nyeri yang dirasakan kadang datang dan kadang hilang lagi, skala nyeri 3 (0-10).

Kognitif : Klien mengatakan sedikit mengerti tentang penyakitnya.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : Klien mengatakan senang dan bangga dengan kehamilan keduanya dan klien sudah siap menjadi ibu.

Harga diri : Klien mengatakan tidak malu dengan perubahan bentuk tubuhnya saat hamil.

Ideal diri : Klien berharap dapat melahirkan anak keduanya ini sehat dan panjang umur.

Peran : Klien mengatakan perannya sebagai istri tidak maksimal karena harus dirawat di rumah sakit.

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan dengan G2P01000 UK 40 minggu, berumur 24 tahun, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan setelah kelahiran anak ke 2 ini, klien akan menggunakan alat kontrasepsi.

10) Pola penanggulangan stress

Klien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekat yaitu suaminya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam. Klien percaya bahwa proses persalinannya akan dilancarkan oleh Allah SWT. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya dengan cara berdo'a.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. Status kesehatan umum : Keadaan umum lemah, keluar keringat dingin, akral dingin dan pucat, kesadaran kompos mentis, observasi vital sign TD: 100/60 mmHg, Nadi: 100 x/menit, Suhu 36° C, RR: 26 x/menit.
2. Kepala : bentuk simetris, rambut hitam bersih
3. Mata : konjungtiva pucat, tidak ikterus pada sclera
4. Hidung : bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip
5. Telinga : simetris, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada kelainan yang ada.
6. Mulut : bibir kering, pucat, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries
7. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
8. Dada : bentuk simetris, tidak ada kelainan pada paru-paru dan jantung
9. Buah dada : membesar, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, colostrum ada.
10. Abdomen : tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik (keras), terlihat striae gravidarum.
11. Genetalia : perineum bekas jahitan 4 cm dijahit dengan catgut dan tampak mengeluarkan darah terus menerus $\pm$ 650 cc

12. Ekstremitas : pada ekstremitas atas akral dingin dan pucat, tangan sebelah kiri terpasang infus, pada ekstremitas bawah kaki dingin dan pucat
13. Integumen : warna kulit sawo matang, turgor kulit lembab, akral dingin, suhu 36°C. CRT < 2 detik

3.1.3 Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 29 Mei 2013

HB 11,8 gram %, pemeriksaan inspeksi didapatkan robekan pada leher rahim.

3.1.4 Terapi

Tanggal 29 Mei 2013

1. Intermoxyl 3 x 500 mg
2. Ponsamic 3 x 500 mg (analgesik)
3. Sohobion 1 x 1 / inbion 1 x 1
4. Induxin 1 ampul
5. Leokonex 500 mg 3x1 tab perhari
6. Mathergin 0,125 mg 3x1 tab perhari (perdarahan)
7. Infus RL 1000 ml
8. O2 : 4 lpm
9. Heating 4 x

3.1.5 Analisa data

Tanggal 29-5-2013 pukul 10.00

Data 1

Data subyektif : klien mengatakan pusing, badan lemah, dan terasa mengeluarkan banyak darah dari kemaluan.

Data obyektif : a. Jumlah darah yang keluar ± 650 cc 15 menit setelah melahirkan.

b. Pada pemeriksaan penunjang secara inspeksi didapatkan robekan pada leher rahim.

c. Kontraksi uterus baik (keras)

d. Observasi vital sign : TD 100/60 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36°C , RR 26x/menit

e. Keadaan umum lemah

f. Akral dingin dan pucat

g. Terpasang infus di tangan kiri RL 500 ml 20 tetes permenit

Masalah : kekurangan volume cairan

Kemungkinan penyebab : kehilangan cairan yang berlebihan

Data 2

Data subyektif : klien mengatakan luka terasa sakit, klien juga mengatakan takut untuk bergerak.

Data obyektif : a. Klien tampak membatasi gerak

b. Klien tampak menyeringai kesakitan

c. Skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk dalam kategori nyeri sedang)

d. Observasi vital sign : TD 100/60 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36°C , RR 26x/menit

e. Terdapat jahitan 4 cm pada perineum

f. Luka robekan di leher rahim

Masalah : gangguan rasa nyaman nyeri

Kemungkinan penyebab : episiotomi dan laserasi jalan lahir

Data 3

Data subyektif : klien mengatakan takut terjadi infeksi karena terdapat luka jahitan pada jalan lahirnya.

Data obyektif : a. Terdapat luka jahitan 4 cm di perineum
 b. Klien tampak gelisah.
 c. Klien sering bertanya tentang keadaannya.
 d. Observasi vital sign : TD 100/60 mmHg, Nadi 100x/menit,
 Suhu 36°C, RR 26x/menit

Masalah : resiko tinggi terjadinya infeksi

Kemungkinan penyebab : adanya trauma jalan lahir

3.2 Diagnosa keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 100/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar± 650 cc dalam waktu 15 menit setelah melahirkan, kontraksi uterus baik (keras), kesadaran menurun, keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri.
2. Nyeri berhubungan dengan episiotomi dan laserasi ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tamapak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang).

3. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir ditandai dengan terdapat luka jahitan, klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak gelisah.

3.3 Perencanaan Keperawatan

3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 100/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar ± 650 cc, kontraksi uterus baik (keras), keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri.

1. Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam volume cairan kembali seimbang.
2. Kriteria hasil : vital sign dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, Nadi >60 x/menit, Suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$, RR 16-20 x/menit), pengisian kapiler cepat (kurang dari 3 detik), input dan output cairan seimbang.
3. Rencana tindakan

- 1) Lakukan observasi intake dan output

Rasional : perkirakan kehilangan darah, arteri versus vena, dan adanya bekuan-bekuan membantu membuat diagnose banding serta menentukan kebutuhan penggantian (satu gram peningkatan berat pembalut sama dengan kurang lebih 1 ml kehilangan darah).

- 2) Lakukan observasi tanda-tanda vital setiap 2 jam.

Rasional : Dengan mengobservasi tanda-tanda vital dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan dan menilai respon dari kardiovaskular.

- 3) Catat banyaknya perdarahan yang keluar.

Rasional : Mengetahui banyaknya jumlah perdarahan.

- 4) Lakukan masase dengan telapak tangan diatas simpisis pubis.

Rasional : meningkatkan kontraktilitas myometrium dan dapat menurunkan perdarahan.

- 5) Memberikan oksigen 4 liter/menit.

Rasional : membantu proses sirkulasi darah agar tidak terjadi syok hipovolemik.

- 6) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diit TKTP

Rasional : membantu ibu dalam penambahan energy.

- 7) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian cairan intravena.

Rasional : pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit.

3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua

Nyeri berhubungan dengan episiotomi dan laserasi ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang).

1. Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat beradaptasi terhadap nyeri yang timbul.

2. Kriteria hasil : mengidentifikasi metode yang tepat secara individu untuk meningkatkan keamanan, mengungkapkan hilangnya nyeri dan ketidaknyamanan.

3. Rencana tindakan

1) Jelaskan pada klien tentang sumber nyeri yang dirasakan klien.

Rasional : mengetahui penyebab ketidaknyamanan.

2) Bantu klien dalam mengatur posisi tidur yang nyaman dan aman.

Rasional : dengan posisi tidur yang nyaman dapat mengurangi rasa ketidaknyamanan pada klien.

3) Ajarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi dan distraksi.

Rasional : Dengan tehnik relaksasi akan mengurangi ketegangan otot-otot abdomen sehingga nyeri yang dialami akan berkurang dan dengan tehnik distraksi maka perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan pun berkurang

4) Ajarkan keluarga untuk teknik masase klien.

Rasional : Dengan memberikan pijatan dapat meredakan ketegangan otot dan memberikan rasa rileks serta sirkulasi darah menjadi lancar sehingga nyeri berkurang.

3.3.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir ditandai dengan terdapat luka bekas jahitan, klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak gelisah.

1. Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tanda infeksi tidak ada.

2. Kriteria hasil : mengungkapkan pemahaman tentang factor penyebab infeksi, menunjukkan tanda vital dalam batas normal, lochia bebas dari bau.

3. Rencana tindakan :

1) Demonstrasikan mencuci tangan yang tepat dan teknik perawatan diri.

Tinjau ulang cara yang tepat untuk menangani dan membuang material yang terkontaminasi (misalnya : pembalut, tissue, balutan)

Rasional :

Mencegah kontaminasi silang/penyebab organisme infeksius.

2) Perhatikan perubahan pada tanda vital.

Rasional :

Peningkatan suhu dari 38° Celcius pada 2 hari berturut-turut (tidak menghitung 24 jam pertama postpartum), takikardia, atau leukositosis dengan perpindahan ke kiri menandakan infeksi.

3) Perhatikan gejala malaise, menggigil, anoreksia, nyeri tekan uterus, atau nyeri pelvis.

Rasional :

Gejala-gejala ini menandakan keterlibatan sistemik, kemungkinan menimbulkan bakteremia, shock, dan kematian bila tidak teratasi.

4) Pantau kecepatan involusi uterus dan sifat serta jumlah rabas lochia.

Rasional :

Infeksi uterus memperlambat involusi dan memperlama aliran lochia.

5) Selidiki sumber potensial lain dari infeksi, seperti pernapasan (perubahan pada bunyi nafas, batuk produktif, sputum purulen), mastitis (bengkak,

eritema, nyeri), atau infeksi saluran kemih (urine keruh, bau busuk, dorongan, frekuensi, nyeri).

Rasional :

Diagnosa banding adalah penting untuk pengobatan yang efektif.

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 100/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar ± 650 cc, kontraksi uterus baik (keras), keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri.

Tanggal 29-5-2013 pukul 10.00 WIB

1. Mengukur intake dan output, intake = 500 cc dan output = ± 650 cc darah
2. Melakukan observasi vital sign TD 100/60 Nadi 100 x/menit Suhu 36 °C RR 26 x/menit
3. Mencatat jumlah perdarahan , perdarahan $\frac{1}{2}$ pembalut
4. Melakukan massase dengan telapak tangan tepat diatas simfisis pubis dan Memberikan lingkungan yang nyaman kepada pasien.
5. Memberikan O₂ 4 liter/menit
6. Mengganti cairan infus RL 500 ml drip induxin 1 ampul secara grojok dalam waktu 30-60 menit.

Pukul 12.00 WIB

1. Melakukan observasi vital sign TD 120/80 , Nadi 88 x/menit, suhu 36 °C, RR 22 x/ menit
2. Mengganti pembalut dan menghitung jumlah perdarahan yang keluar $\frac{1}{2}$ pembalut
3. Mengganti cairan infus RL 20 tetes permenit.
4. Menganjurkan klien untuk istirahat dan tidak boleh melakukan aktifitas seperti duduk, jalan-jalan selama klien masih pusing

Pukul 14.00 WIB

1. Melakukan observasi vital sign TD 120/80 Nadi 84 x/ menit RR 20 x/menit
2. Menganjurkan klien untuk makan makanan yang sudah didapat
3. Melakukan pemeriksaan TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras

Tanggal 30-5-2013 pukul 14.00

1. Menanyakan keadaan klien saat ini, klien sudah tidak pusing lagi.
2. Melakukan observasi vital sign TD 120/80, Nadi 88 x/menit, Suhu 36°C, RR 20 x/ menit
3. Membantu klien mengganti pembalut perdarahan $\frac{1}{2}$ pembalut

Pukul 16.00 WIB

1. Menganjurkan klien untuk menghabiskan makanan
2. Menganjurkan klien untuk duduk jika sudah tidak pusing
3. Menganjurkan klien untuk istirahat dan memberikan posisi yang nyaman.

Pukul 18.00 WIB

1. Melakukan observasi vital sign TD 120/80, Nadi 88 x/menit, Suhu 36°C, RR 20 x/ menit
2. Menanyakan keadaan klien, klien mengatakan sudah tidak pusing lagi.

Pukul 20.00 WIB

1. Menganjurkan klien untuk istirahat dan memberikan posisi yang nyaman.

Tanggal 31-5-2013 pukul 07.30 WIB

1. Menanyakan keadaan klien saat ini , klien sudah tidak pusing lagi
2. Melakukan observasi vital sign TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36°C RR 20 x/menit

Pukul 09.00 WIB

1. Menyiapkan klien untuk pulang dan memberikan HE tentang Asi eksklusif dan perawatan payudara.
2. Memotifasi klien untuk menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan tanpa dibantu oleh susu formula.
3. Menganjurkan klien untuk tidak ada pantangan dalam makanan kecuali alergi
4. Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter
5. Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi dan mengimunisasikan bayinya.

3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Nyeri berhubungan dengan episiotomi dan laserasi ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang).

Tanggal 29-5-2013 pukul 10.00 WIB

1. Menjelaskan pada klien tentang sumber nyeri , klien mengerti dan paham
2. Membantu klien dalam mengatur posisi tidur yang nyaman dan aman dengan posisi tidur kepala ditinggikan 30°, klien dapat beristirahat dengan tenang.
3. Mengajarkan klien untuk relaksasi ambil nafas dan keluarkan secara perlahan, klien mengerti dan mempraktekannya.
4. Mengajarkan keluarga klien untuk memassase bagian punggung agar klien merasa nyaman, keluarga kooperatif dan mempraktekannya.

Pukul 12.00 WIB

1. Menanyakan keadaan klien apakah klien masih nyeri, klien mengatakan masih terasa nyeri.
2. Membantu klien dalam mengatur posisi tidur yang nyaman dan aman dengan posisi tidur kepala ditinggikan 30°, klien dapat beristirahat dengan tenang.
3. Mengajarkan klien untuk relaksasi ambil nafas dan keluarkan secara perlahan, klien mengerti dan mempraktekannya.
4. Mengajarkan keluarga klien untuk memassase bagian punggung agar klien merasa nyaman, keluarga kooperatif dan mempraktekannya.

Pukul 14.00 WIB

1. Menanyakan keadaan klien apakah klien masih nyeri, klien mengatakan masih terasa nyeri, tapi hilang timbul.
2. Membantu klien dalam mengatur posisi tidur yang nyaman dan aman dengan posisi tidur kepala ditinggikan 30°, klien dapat beristirahat dengan tenang.

3. Mengajarkan klien untuk relaksasi ambil nafas dan keluarkan secara perlahan, klien mengerti dan mempraktekannya.
4. Mengajarkan keluarga klien untuk memassase bagian punggung agar klien merasa nyaman, keluarga kooperatif dan mempraktekannya.

Tanggal 30-5-2013 pukul 14.00 WIB

1. Menanyakan keadaan klien apakah klien masih nyeri, klien mengatakan nyerinya hilang timbul.
2. Mengajarkan klien untuk relaksasi ambil nafas dan keluarkan secara perlahan, klien mengerti dan mempraktekannya
3. Mengajarkan klien untuk minum obat yang telah diberikan

Pukul 16.00 WIB

1. Mengganti pembalut dan melakukan perawatan luka episiotomi, perdarahan ± 20 cc dan keadaan luka masih basah tidak ada pus.

Pukul 20.00 WIB

1. Menanyakan keadaan klien apakah klien masih nyeri, klien mengatakan nyerinya hilang timbul.
2. Membantu klien dalam mengatur posisi tidur yang nyaman dan aman dengan posisi tidur kepala ditinggikan 30° , klien dapat beristirahat dengan tenang.
3. Mengajarkan klien untuk relaksasi ambil nafas dan keluarkan secara perlahan, klien mengerti dan mempraktekannya.

Tanggal 31-5-2013 pukul 07.30 WIB

1. Mengajarkan pada klien untuk tidak membatasi gerak

2. Mengajarkan kepada klien untuk berjalan-jalan secara pelan-pelan dan berusaha merawat bayinya sendiri.
3. Mengajarkan klien untuk tidak ada pantangan dalam hal makan dan minum.

3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir ditandai dengan terdapat luka jahitan pada jalan lahir, klien sering bertanya tentang keadaannya, dan klien tampak gelisah.

Tanggal 29-5-2013 pukul 10.30 WIB

1. Mengajarkan klien cuci tangan yang tepat dan mendemonstrasikan
2. Melakukan observasi vital sign TD 100/60 Nadi 100 x/menit Suhu 36°C RR 26 x/mnit
3. Melakukan pemeriksaan TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras
4. Menentukan jumlah pendarahan ½ pembalut

Pukul 15.00 WIB

1. Mengajarkan klien vulva hygien yang benar untuk perawatan diri
2. Memberikan HE kepada klien tentang tanda – tanda infeksi

Tanggal 30-5-2013 pukul 14.00 WIB

1. Melakukan observasi vital sign TD 120/80 Nadi 88 x/menit Suhu 36°C RR 22 x/mnit
2. Memberi kesempatan klien untuk mempraktekkan cuci tangan yang tepat dan vulva hygien yang benar

Tanggal 31-5-2013 pukul 07.30 WIB

1. Menjelaskan keadaan klien semakin membaik

2. Menyiapkan klien untuk pulang

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Perkembangan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 100/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar ± 650 cc, kontraksi uterus baik (keras), keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri.

Tanggal 29-5-2013 pukul 11.00 WIB

S : klien mengatakan pusing dan badannya terasa lemas

O : perdarahan pervagina sudah mulai berkurang, tanda-tanda vital TD : 100/60, Nadi: 100 x/menit, Suhu : 36 °C , RR 26 x/menit

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 2,3,4,5,6 dilanjutkan dan observasi 30 menit kemudian

Tanggal 30-5-2013 pukul 14.00 WIB

S : klien mengatakan sudah dapat duduk dan sudah tidak pusing lagi.

O : klien tampak duduk, perdarahan pervagina berkurang, vital sign TD 120/80 Nadi 88 x/menit RR 20 x/menit

A : masalah teratasi sebagian

P : rencana tindakan dilanjutkan 2,6

Tanggal 31-5-2013 pukul 07.30

S : klien mengatakan sudah dapat duduk dan sudah tidak pusing lagi.

O : klien tampak duduk, perdarahan pervagina berkurang, vital sign TD
120/80 Nadi 88 x/menit RR 20 x/menit

A : masalah teratasi

P : rencana tindakan dipertahankan

2. Nyeri berhubungan dengan episiotomi dan laserasi ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang).

Tanggal 29-5-2013 pukul 10.00 WIB

S : klien mengatakan bekas jahitan masih terasa nyeri

O : tampak menyeringai kesakitan, tampak membatasi gerak, skala nyeri 3

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 3,4 dilanjutkan

Tanggal 30-5-2013 pukul 15.00 WIB

S : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan hilang timbul.

O : skala nyeri 2, wajah tampak rileks, klien tidak membatasi gerak

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi no 3,4 di lanjutkan bila nyeri timbul.

Tanggal 31-5-2013 pukul 07.30 WIB

S : klien mengatakan luka jahitan sudah tidak terasa nyeri sekali

O : skala nyeri 1, wajah tampak rileks, klien tidak membatasi gerak

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

3. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan trauma jalan lahir di tandai dengan terdapat luka pada jalan lahir, klien sering bertanya tentang keadaannya, dan klien tampak gelisah

Tanggal 29-5-2013 pukul 11.30 WIB

S : klien mengatakan takut terjadi infeksi pada dirinya karena terdapat luka jahitan.

O : klien sering bertanya tentang keadaannya

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 2,3,4,5 dilanjutkan

Tanggal 30-5-2013 pukul 15.00 WIB

S : klien mengatakan mengerti tentang penyebab infeksi

O : klien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang keadaannya

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

Tanggal 31-5-2013 pukul 07.30 WIB

S : klien mengatakan mengerti tentang penyebab infeksi

O : klien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang keadaannya

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

2.5.2 Evaluasi

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 100/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar ± 650 cc, kontraksi uterus baik (keras), kesadaran menurun, keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri. Tujuan tercapai pada **tanggal 30 Mei 2013 pukul 14.00 WIB**. klien tampak duduk, perdarahan pervagina berkurang, tanda-tanda vital TD : 120/80, Nadi : 88x/mnt, Suhu : 36 °C RR : 20x/mnt.
2. Nyeri berhubungan dengan episiotomi dan laserasi ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang). Tujuan tercapai pada **tanggal 31 Mei 2013 pukul 07.30 WIB**. klien tampak rileks, klien dapat beradaptasi dengan nyeri, klien tidak membatasi gerak.
3. Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya trauma jalan lahir ditandai dengan terdapat luka jahitan pada jalan lahir, klien sering bertanya tentang keadaannya, dan klien tampak gelisah. Tujuan tercapai pada **tanggal 30 Mei 2013 pukul 15.00 WIB** Klien tampak tenang, klien tidak sering bertanya tentang keadaannya.