

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Ny. H Post SC (*Sectio Caesarea*) hari ke 2 dengan Anemia Ringan yang dilaksanakan pada tanggal 14-16 Mei 2013 di Ruang Bersalin Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

3.1 Pengkajian Keperawatan (Tanggal 14 Mei Pukul 16.00 WIB)

3.1.1 Pengumpulan Data

Ruangan	: Ruang Bersalin
No. Register	: 05.66.33
Tanggal MRS	: 12 Mei 2013 pukul 21.00

1. Identitas Klien

Ny. H, umur 22 tahun suku madura, bangsa Indonesia status kawin, agama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Jl. Kalimas hilir II / 196. Identitas suami Tn. A, umur 25 tahun, suku madura, bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan swasta, alamat Jl. Kalimas hilir II / 196.

2. Keluhan Utama :

Klien mengatakan pusing

3. Riwayat Kesehatan/Penyakit sekarang :

Klien datang ke UGD Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya tanggal 12 Mei 2013 pukul 21.00 WIB G1P0000 usia kehamilan 36 minggu dengan mengeluh perutnya nyeri bagian bawah, nyeri yang dirasakan kadang datang dan kadang

hilang, skala nyeri 4 (0-10), keluar air ketuban pada jam 8 pagi dan perut terasa kenceng-kenceng.

Kemudian pukul 21.30 WIB dipindahkan ke ruang bersalin terpasang infus RL 500 cc 20 tetes per menit. His terjadi 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik dan masih belum terjadi pembukaan. Pada tanggal 13 Mei 2013 dilakukan pemeriksaan laboratorium dan hasilnya pasien menderita anemia ringan dengan Hb 8 g/dl. Pada pembukaan dalam (VT) pukul jam 04.30 Ø servik 9 cm effacement 90% ketuban sudah pecah dan His terjadi 3 kali dalam 10 menit lamanya 35 detik dan pada jam 06.00 pasien dilakukan operasi SC (*Sectio Caesarea*) karena kondisi pasien yang tidak memungkinkan untuk lahir normal

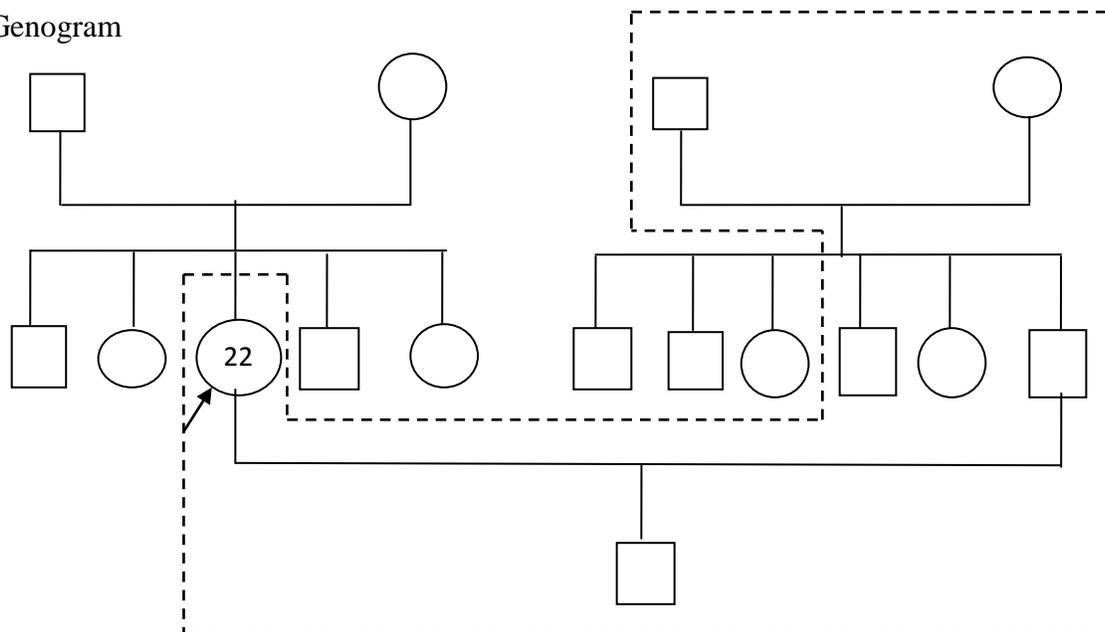
4. Riwayat Kesehatan/Penyakit dahulu :

Klien mengatakan sebelum menikah sering mengalami disminore. Dan selama hamil pasien selalu memeriksakan ke rumah sakit. Dan dari kartu pemeriksaan sebelum melahirkan, Hb klien 8,5 g/dl, tekanan darah 100/60 mmHg. Klien juga mengatakan ini kehamilannya yang pertama dan tidak pernah mengalami keguguran.

5. Riwayat Kesehatan/Penyakit keluarga :

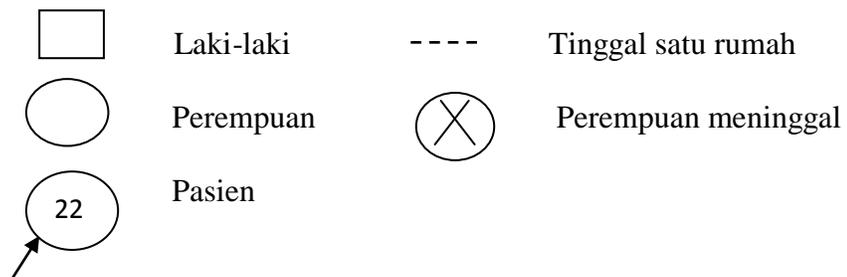
Klien mengatakan bahwa keluarga juga tidak pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus dan ibu klien juga mngatakan tidak pernah mengalami penyakit atupun melahirkan dengan cara operasi SC (*Sectio Caesarea*) seperti yang dialami klien.

6. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



7. Riwayat Kebidanan :

1. Riwayat Haid

Menarche umur 13 tahun, siklus 28 hari lamanya 7 hari kadang nyeri pada waktu haid (disminorrhoe), kadang-kadang flour albus tetapi sedikit, tidak berbau, tidak gatal.

2. Riwayat Perkawinan

Klien menikah umur 22 tahun, lama menikah \pm 11 bulan mulai 17-07-2012 sampai sekarang.

3. Riwayat Kehamilan

HPHT tanggal 02-09-2012

HPL adalah 09-06-2013

Umur kehamilan saat dirumah sakit 36 minggu.

4. Riwayat Persalinan Sekarang

Pada kala I : tanggal 12-05-2013 pukul 21.00 dan lama 10 jam. Pada kala II : tanggal 13-05-2013 pukul 06.00 dengan lama 15 menit. Partus dengan cara SC, bayi laki-laki lahir premature di tolong dokter, anus (+), tidak cacat/kelainan, AS 8-9, dengan berat 2400 gram, panjang 46 cm, ketuban keruh. Pada kala III : plasenta lahir lengkap pukul 06.10 perdarahan 200 cc, kontraksi uterus baik.

8. Riwayat KB:

Klien mengatakan menggunakan alat kontrasepsi KB pil 1 bulan setelah itu klien berganti menggunakan kb suntik selama 1 bulan sebelum menikah, alasannya pasien menunda kehamilan terlebih dahulu selama 2 bulan.

9. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Selama Hamil = Klien mengatakan selalu memperhatikan keadaan janinnya. Pemeriksaan ANC (*Ante Natal Care*) di rumah sakit Muhammadiyah Surabaya dan mendapat imunisasi TT 2 kali. Klien menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, klien juga mengatakan memeriksakan kehamilannya secara teratur di bidan terdekat sejak kehamilannya umur 3 bulan dan minum tablet Fe secara teratur.

Sesudah Melahirkan = Klien mengatakan selalu mentaati anjuran dari dokter seperti, minum obat tepat waktu sesuai dengan yang telah di anjurkan.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Selama Hamil = Klien mengatakan selama di rumah, makan 3 kali sehari secara teratur porsi sedang dengan nasi, sayur, lauk pauk dan mengurangi garam, minum air putih \pm 6-7 gelas kecil/hari, minum susu 1 gelas kecil/hari, tidak minum jamu-jamuan, sewaktu umur kehamilan 3 sampai 4 bulanan klien mual dan muntah-muntah., klien juga mengatakan berat

badannya hanya naik 5 kg saja selama kehamilan. BB sebelum hamil 40 kg. BB sesudah hamil 45 kg.

Sesudah Melahirkan = Klien mengatakan selama di rumah sakit mengalami penurunan nafsu makan, minum air putih \pm 5-6 gelas kecil/hari. Mendapatkan diit TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein). BB sesudah melahirkan 41 kg.

3) Pola Aktivitas

Selama Hamil = Klien mengatakan selama di rumah dapat melakukan aktivitas, seperti mencuci pakaian, memasak, menyapu dan lain-lain.

Sesudah Melahirkan = Klien mengatakan selama di rumah sakit hanya tiduran saja karena merasa kesakitan di bekas jahitan operasi SC (*Sectio Caesarea*) serta pusing dan lemas.

4) Pola Eliminasi

Selama Hamil = BAB : Klien mengatakan selama di rumah buang air besar 1 kali .sehari dengan konsistensi lembek, warna coklat dan tidak ada keluhan saat buang air besar.

BAK : Klien mengatakan selama di rumah buang air kecil 4-6 kali dengan frekuensi sering, warna kuning jernih, pancaran lancar dan tidak ada keluhan saat buang air kecil.

Sesudah Melahirkan = BAB : Klien mengatakan selama di rumah sakit

buang air Besar 1 kali dalam sehari.

BAK : Klien mengatakan selama di rumah sakit

buang air kecil dengan frekuensi sedikit, warna

kuning, pancaran lancar dan tidak ada keluhan

saat buang air kecil. Pasien BAK di pampers.

5) Pola Tidur dan Istirahat

Selama Hamil = Klien mengatakan selama di rumah tidur siang \pm 1,5

jam dari jam 12.00 – 13.30 dan tidur malam \pm 8 jam dari

jam 21.00 – 05.00.

Sesudah Melahirkan = Klien mengatakan di rumah sakit sering terbangun

karena merasakan nyeri di daerah bekas operasi dan

mengeluh pusing .

6) Pola Sensori dan Kognitif

Sensori = Klien mengatakan tidak mengalami gangguan

penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan,

klien mengatakan nyeri didaerah luka post sc.

Kognitif = Klien mengatakan tidak mengerti dengan penyakitnya.

Klien juga sering bertanya kepada perawat tentang

kesehatannya. pasien terlihat cemas dan ketakutan saat

ditanya.

7) Pola Persepsi dan Konsep diri

- Gambaran diri : Klien mengatakan senang dan bangga dengan kehamilan pertamanya dan klien senang menjadi ibu.
- Harga diri : Klien mengatakan tidak malu dengan perubahan bentuk tubuhnya sesudah melahirkan.
- Ideal diri : Klien berharap ingin cepat sembuh dan pulang kerumah
- Peran : Klien mengatakan perannya sebagai istri tidak maksimal karena harus dirawat di rumah sakit.
- Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga.

8) Pola Hubungan dan Peran

Klien mengatakan hubungan dengan suami dan keluarganya berjalan dengan harmonis (terbukti bahwa klien selalu didampingi suami dan keluarga). Klien dan keluarga kooperatif dengan semua tindakan keperawatan.

9) Pola Reproduksi dan Seksual

Selama Hamil = Klien mengatakan selama hamil tidak melakukan hubungan suami istri, sebelum hamil klien menggunakan kontrasepsi KB Pil selama 1 bulan setelah itu 1 bulan selanjutnya klien menggunakan kb suntik.

Sesudah Melahirkan = Klien mengatakan setelah melahirkan nanti akan menggunakan alat kontrasepsi KB suntik.

10) Pola Penanggulangan Stres

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu suaminya.

11) Pola Tata nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya dengan cara berdoa saja walaupun tidak melakukan sholat karena kondisi yang tidak memungkinkan.

10. Pemeriksaan fisik

1. Status kesehatan umum

Saat di anamnesis, kesadaran klien kompos mentis, Suara bicarajelas, Tanda-Tanda Vital (Pernafasan Frekuensi : 28x/menit, Suhu tubuh : 36,5 ° C, Nadi: 88 x/menit, Tekanan Darah: 90/60 mmHg) GCS: 4-5-6 , BB: 41 kg, TB: 145 cm, CRT: ≤ 2 detik.

2. Kepala

Bentuk kepala simetris tidak ada benjolan, rambut bersih, berwarna hitam tidak ada nyeri tekan pada kepala.

3. Muka

Pucat, sembab, ekspresi lemas dan menyeringai menahan nyeri.

4. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan nadi carotis teraba.

5. Mata

Simetris, sklera putih, konjungtiva palpebra pucat, fungsi penglihatan baik.

6. Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga bersih dan tidak terdapat serumen.

7. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat sekret, lubang hidung bersih, tidak terdapat polip dan tidak terdapat epistaksis, terdapat gerakan cuping hidung.

8. Mulut dan faring

Bibir pucat, pecah-pecah, kering, mukosa lembab, lidah bersih, tidak ada caries, gusi tidak bengkak, tidak ada stomatitis, lidah agak pucat.

9. Dada

Bentuk dada simetris, bentuk payudara simetris, terdapat hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu menonjol, tidak terdapat nyeri tekan pada dada dan payudara, kolostrum tidak bisa keluar, tidak terdapat pembengkakan pada payudara, terdapat suara nafas tambahan (wheezing).

10. Abdomen

Inspeksi : Ada linea nigra, terdapat bekas jahitan postSC, tertutup kasa, tidak terlihat rembesan darah pada kasa.

Palpasi : Teraba TFU 2 jari dibawah pusat Post Sc hari ke -2, tidak ada nyeri tekan, kontraksi uterus baik.

Auskultasi : Pada saat auskultasi bising usus 15 x / menit.

11. Genetalia

Tidak ada luka jahitan di perineum, tidak ada hernia, terdapat loche rubra, kebersihan alat genetalia baik, tidak terlihat darah yang mengering pada kemaluan.

12. Punggung

Bentuk punggung simetris tidak didapatkan kifosis ataupun lordosis.

13. Ekstermitas

a) Ekstremitas atas :

Tranfusi darah 2 kantong setiap hari (tanggal 15 klien menolak untuk diberikan tranfusi darah dikarenakan tidak mempunyai biaya)

b) Ekstremitas bawah : Tidak ada varises, tidak ada nyeri sendi ,
tidak ada benjolan.

14. Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak didapatkan sianosis, akral hangat dan CRT < 2 detik.

11. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

a) Hasil Pemeriksaan Tanggal 13 Mei 2013

Hemoglobin = 8,0 gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl)

Eritrosit = 3,34 juta/mm³ (nilai normal 4,20-5,40 juta/mm³)

leukosit = 19.7 juta/mm³. (nilai normal 4,5-11 juta/mm³.)

b) Hasil Pemeriksaan Tanggal 14 Mei 2013

Hemoglobin = 8,0 gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl)

Eritrosit = 3,34 juta/mm³ (nilai normal 4,20-5,40 juta/mm³)

leukosit = 10.0 juta/mm³. (nilai normal 4,5-11 juta/mm³.)

c) Hasil Pemeriksaan Tanggal 15 Mei 2013

Hemoglobin = 8,5 gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl)

Eritrosit =2,94 juta/mm³ (nilai normal 4,20-5,40 juta/mm³)

leukosit = 10.7 juta/mm³. (nilai normal 4,5-11 juta/mm³)

d) Hasil Pemeriksaan Tanggal 16 Mei 2013

Hemoglobin = 9,0 gr/dl(nilai normal 12 – 14 gr/dl)

2. Terapi

a) Cefotaxim 4x 1 gr iv

b) Antrain3x 1 amp iv

c) Methergin 3x1 amp

d) Diit TKTP

e) Tranfusi darah 2 Bag mulai tanggal 13 sampai tanggal 15 Mei 2013 (Tanggal 15 klien menolak untuk diberikan tranfusi darah dikarenakan tidak mempunyai biaya)

f) O₂ (Nasal Kanul) 5 Lpm

3.1.2 Analisa Data

Tanggal 14 Mei 2013

1) Data 1

Data subyektif : Pasien mengatakan sesak nafas jika duduk dan mengeluh pusing.

Data obyektif :

a. Tanda – tanda vital:

Tekanan darah: 90/60 mmHg, Suhu Nadi:36,5⁰c ,Pernafasan: 28 x/menit.

b. Klien terlihat lemah, terlihat gerakan cuping hidung,saat diauskultasi terdengar suara wheezing.

c. Hasil laboratorium : Hb 8,0 g/dl, CRT \leq 2 detik, tidak terdapat sianosis.

Masalah : Perubahan perfusi jaringan

Kemungkinan penyebab : Penurunan komponen seluler.

2) Data 2

Data subyektif : Klien mengatakan pusing dan badannya lemas

Data obyektif :

a. Wajah Pucat, sembab, ekspresi lemas, konjungtiva palpebra pucat

b. Tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,5°C, RR 20x/menit

c. Pemeriksaan laboratorium Hb 8,0 g/dl, eritrosit 3,34 juta/mm³, leukosit 10 juta/mm³.

d. Pasien terpasang transfusi PRC 2 Bag setiap hari.

e. Terdapat bekas jahitan post SC, tertutup kasa, tidak terlihat rembesan darah pada kasa luka dalam keadaan baik.

Masalah : Risiko tinggi terhadap infeksi

Kemungkinan penyebab : Tidak adekuatnya pertahanan sekunder (Penurunan Hemoglobin).

3) Data 3

Data subyektif : Pasien mengeluh lemah dan lelah

Data obyektif : klien tampak lemas dan tidak bertenaga bila melakukan Aktifitas, dan klien hanya tidur ditempat tidur saja.

Masalah : Intoleransi aktivitas

Kemungkinan penyebab : Ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen.

4) Data 4

Data subyektif : Klien mengatakan cemas akan keadaannya saat ini, klien takut terjadi apa-apa pada dirinya

Data obyektif : a. Klien sering bertanya tentang keadaannya
b. Klien tampak cemas

Masalah : Ansietas

Kemungkinan penyebab : Perubahan Status Kesehatan Yang Mengancam Jiwa.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu kesehatan, dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel ditandai dengan takipnea 28x/menit, Hipotensi 90/80 mmHg, pasien terlihat lemah, Hb 8,0 g/dl.
2. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin) ditandai dengan Pemeriksaan laboratorium Hb 8,0 g/dl, eritrosit 3,34juta/mm³, leukosit 10juta/mm³, wajah pasien terlihat pucat, konjungtiva palpebra pucat, Terdapat bekas jahitan post SC luka dalam keadaan baik.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen ditandai dengan klien tampak lemas dan tidak bertenaga bila melakukan aktifitas, dan klien hanya tidur ditempat tidur.
4. Ansietas berhubungan dengan ancaman perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak cemas.

3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 14 Mei 2013.

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel ditandai dengan takipnea 28x/menit, Hipotensi 90/80 mmHg, pasien terlihat lemas,terdapat gerakan cuping hidung, Hb 8,0 g/dl.

1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam, perfusi jaringan kembali normal.

2) Kriteria hasil

- a. Menunjukkan perfusi adekuat, misalnya tanda vital stabil:

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5 °C– 37,5°C

RR : 16 – 20 x/menit

- b. Pengisian kapiler kurang dari 2 detik.

- c. Hb : 12- 14 gr/dl

3) Rencana tindakan

1. Lakukan pendekatan terapeutik kepada klien dan keluarga.

Rasional : pendekatan yang baik akan memudahkan tindakan yang akan dilakukan.

2. Observasi tanda-tanda vital,serta tanda-tanda perubahan perfusi jaringan tiap 1 jam.

Rasional : Memberikan informasi tentang derajat / keadekuatan perfusi jaringan dan membantu menentukan kebutuhan intervensi.

3. Berikan posisi setengah duduk / tinggikan tempat tidur klien jika klien

mengeluh sesak.

Rasional : Memaksimalkan oksigenasi untuk kebutuhan seluler.

4. Kolaborasi dalam pengawasan hasil pemeriksaan laboratorium. Dan berikan tranfusi PRC sesuai indikasi.

Rasional : Untuk mengidentifikasi defisiensi dan kebutuhan pengobatan / respons terhadap terapi.

5. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi

Rasional : memaksimalkan transport oksigen ke jaringan.

2. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin) ditandai dengan Pemeriksaan laboratorium Hb 8,0 g/dl, eritrosit 3,34juta/mm³, leukosit 10 juta/mm³, wajah pasien terlihat pucat, konjungtiva palpebra pucat.

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam Infeksi tidak terjadi.

- 2) Kriteria hasil :

- a. Suhu tubuh klien normal : 36'5-37'5 °c

- b. Tidak terlihat tanda-tanda infeksi seperti :

Terjadinya kenaikan leukosit ataupun terjadi penurunan Hb

(normalnya Hb dan leukosit : Hb 12-14 gr/dl, Leukosit 4,5-11 gr/dl).

- 3) Rencana Tindakan

1. Lakukan pendekatan terapeutik kepada klien dan keluarga.

Rasional : Pendekatan yang baik akan memudahkan tindakan yang

akan dilakukan.

2. Pantau suhu tubuh klien

Rasional : Adanya proses inflamasi/infeksi membutuhkan evaluasi/pengobatan.

3. Observasi keadaan luka post operasi SC klien

Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi.

4. Pantau hasil laboratorium klien.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum dan perkembangan klien.

5. Berikan *Health Education* tentang perawatan luka post sc

Rasional : Mencegah adanya infeksi dan memberikan pengetahuan baru bagi klien.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen.

1) Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan pasien dapat beraktivitas dengan baik.

2) Kriteria hasil :

1. Nadi dan tekanan darah dalam batas normal (Nadi 60-100x/menit; TD 90/60-140/90 mmHg)

2. Pasien tidak mengeluh lemah dan lelah

3) Rencana tindakan :

1. Kaji kemampuan ADL klien

Rasional : Mempengaruhi pilihan intervensi / bantuan.

2. Berikan latihan gerak pada pasien secara bertahap (aktif dan pasif).

Rasional : aktivitas dan latihan sangat penting bagi pasien yang mengalami intoleransi aktivitas karena kurang latihan akan menyebabkan otot menjadi atrofi.

3. Kelompokkan aktivitas sebanyak mungkin, seperti pemberian obat, tanda vital, dan pengkajian.

Rasional : Meningkatkan kesempatan klien untuk beristirahat lebih lama diantara interupsi untuk tindakan berikutnya

4. Berikan aktivitas pengalihan, seperti membaca, mendengarkan radio, dan menonton televisi, atau kunjungan dengan teman yang dipilih atau keluarga.

Rasional : Membantu klien dalam coping dengan penurunan aktivitas.

4. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak cemas, klien tampak takut saat ditanya.

- 1) Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam klien tidak cemas

- 2) Kriteria hasil : klien mengungkapkan perasaan tenang, komunikatif dan kooperatif.

- 3) Rencana tindakan

1. Kaji tingkat dan penyebab kecemasan klien.

Rasional : Dapat mengetahui secara pasti tingkatan kecemasan klien.

2. Berikan informasi tentang kondisi klien.

Rasional : Memberikan informasi tentang kondisi klien sehingga dapat mengurangi rasa cemasnya

3. Motivasi klien untuk selalu optimis dan berdoa demi kesembuhannya.

Rasional : Dengan sikap optimis dapat membantu mempercepat kesembuhan dan intervensi keperawatan.

3.4 Pelaksanaan (Catatan Keperawatan)

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel ditandai dengan takipnea 28x/menit, Hipotensi 90/80 mmHg, pasien terlihat lemah, terdapat gerakan cuping hidung.

1. Tanggal 14 Mei 2013

- a. Pukul 10.00 : Melakukan pendekatan terapeutik kepada klien dan keluarga.

Respon : klien dan keluarga kooperatif

- b. Pukul 11.00 : Melakukan observasi vital sign

Respon : TD 90/60 mmHg, Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5⁰c, RR 28x/menit, CRT ≤ 2 detik dan tidak terjadi sianosis.

c. Pukul 12.10 : Melihat hasil laboratorium klien

Respon : Hb: 8g/dl.

d. Pukul 12.30 : Meninggikan tempat tidur dan memberikan posisi setengah duduk klien agar klien tidak sesak serta memberikan oksigen ke klien

Respon : Saat di auskultasi terdengar suara wheezing, RR 28x/menit

e. Pukul 15.00 : Melakukan observasi vital sign

Respon : TD 100 /70 mmHg, Nadi 86 x/menit, Suhu 36⁰c, RR 28x/menit, CRT ≤ 2 detik.

f. Pukul 16.00 : Memberikan tranfusi darah (PRC) ke klien.

Respon : Tranfusi netes lancar.

2. Tanggal 15-05-2013

a. Pukul 10.00 : Menanyakan keadaan klien

Respon: klien semakin membaik

b. Pukul 11.05 : Melakukan observasi vital sign

Respon : TD 100/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5⁰C RR 23 x/menit
CRT ≤ 2 detik dan klien sudah tidak sesak lagi.

c. Pukul 15.00 : mengkaji ulang vital sign klien

Respon : TD 110/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5⁰C RR 23 x/menit
CRT ≤ 2 detik dan klien sudah tidak sesak lagi.

d. Pukul 16.10 : Melihat hasil laboratorium klien

Respon : Hb 8,5 g/dl.

3. Tanggal 16-05-2013

- a. Pukul 16.00 : Menanyakan keadaan klien saat ini

Respon : klien semakin membaik dan rencana pulang

- b. Pukul 16.05 : Melihat hasil laborat klien

Respon : Hb 9 g/dl

- c. Pukul 16.05 : Melakukan observasi vital sign

Respon : TD 110/60 mmHg, Nadi 80 x/menit RR 22x/menit.

- d. Pukul 16.10 : Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter.

Respon : Klien mentaati apa yang dianjurkan perawat.

- e. Pukul 16.10 : Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi dan mengimunitasikan bayinya.

Respon : klien mentaati apa yang dianjurkan perawat

3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin).

1. Tanggal 14-05-2013

- a. Pukul 11.00 : Melakukan observasi vital sign dan melihat tanda-tanda infeksi.

Respon : TD 90/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5°C RR 28x/menit, tanda-tanda infeksi pada luka post sc tidak terjadi.

- b. Pukul 12.10 : Memonitoring hasil laboratorium klien

Respon : (Hb8 g/dl, eritrosit 2,94 juta mm^3 ,leukosit19,7 juta mm^3).

c. Pukul 15.00: Mengkaji ulang vital sign

d. Respon : TD 100/60 Nadi 88 x/menit,Suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ RR 28x/menit.

e. Pukul 16.00 : memberikan healt education ke klien tentang perawatan luka

Operasi

Respon : klien kooperatif dan mendengarkan perawat.

2. Tanggal 15-05-2013

a. Pukul 11.05 : Melakukan observasi vital sign dan melihat tanda- tanda

Infeksi pada luka post SC.

Respon : TD 100/60 Nadi 88 x/menit,Suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ RR 23

x/menit,CRT ≤ 2 detik, tanda-tanda infeksi pada luka post sc tidakterjadi, luka post sc dalam keadaan baik.

b. Pukul 15.00 : mengkaji ulang vital sign klien

Respon : TD 110/60 Nadi 88 x/menit, Suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ RR 23 x/menit

c. Pukul 16.10 : Melihat hasil laboratorium klien

Respon : Hb 8,5 g/dl.

3. Tanggal 16-05-2013

a. Pukul 16.00 : Menanyakan keadaan klien saat ini

Respon : klien semakin membaik

b. Pukul 16.05 : Melihat hasil laboratorium klien

Respon : Hb 9 g/dl

- c. Pukul 16.05 : Melakukan observasi vital sign
Respon : TD 110/60 Nadi 80 x/menit RR 22x/menit.
- d. Pukul 16.10 : Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di
resepsikan oleh dokter.
Respon : Klien mentaati apa yang dianjurkan perawat
- e. Pukul 16.10 : Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi dan
mengimunisasikan bayinya.
Respon : Klien mentaati apa yang dianjurkan perawat

1.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen.

1. Tanggal 14-05-2013

- a. Pukul 10.10 : Mengkaji kemampuan ADL klien
Respon : Klien tampak lemas dan lemah bila melakukan aktifitas.
- b. Pukul 10.15 : Mengajarkan klien untuk latihan gerak aktif maupun pasif.
Respon : Klien mengikuti latihan dan mempraktekkannya.
- c. Pukul 10.30 : Menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas lain seperti
membaca, mendengarkan musik, sharing dengan teman
ataupun keluarga.
Respon : Klien mengikuti anjuran perawat

4. Tanggal 15-05-2013

- a. Pukul 10.05 : Mengkaji ulang kemampuan ADL Klien

Respon : Klien terlihat masih lemah, namun klien sudah bisa ke kamar mandi sendiri bila tidak ada keluarga yang menjaga.

b. Pukul 12.00 : Melihat kegiatan atau aktifitas yang dilakukan klien

Respon : Klien sudah bisa melakukan aktifitas-aktifitas ringan seperti; berjalan-jalan diluar ruangan, berbicara dengan pasien lain, membaca buku.

3. Tanggal 16-05-2013

Pukul 16.00 : Menanyakan keadaaan klien dan Menjelaskan keadaaan klien semakin membaik.

Respon : Klien tampak bersemangat dan sudah tidak terlihat lemas/lemah lagi

1.4.4 Diagnosa keperawatan keempat

Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak cemas, klien tampak takut saat ditanya.

1. Tanggal 14-05-2013

a. Pukul 16.20 : Mengkaji tingkat kecemasan klien dan Menjelaskan Kepada klien tentang keadaannya saat ini.

Respon : Klien tampak cemas, dan sering bertanya soal keadaannya.

- b. Pukul 16.30 : Menganjurkan klien untuk selalu optimis dan berdoa
Supaya tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Respon : Klien kooperatif dan optimis untuk kesembuhannya.

2. Tanggal 15-05-2013

- a. Pukul 16.30 : Menanyakan keadaan klien

Respon : Klien semakin membaik

- b. Pukul 16.35 : Memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan
perasaannya (cemas).

Respon : cemas klien sudah teratasi dan klien sudah mengerti
tentang keadaannya saat ini.

- c. Pukul 16.40 : Mengajarkan klien agar tidak cemas dengan berdoa

Respon : Klien kooperatif dan melakukan seperti yang diajarkan
oleh perawat.

3. Tanggal 16-05-2013

Pukul 16.00 : Menanyakan keadaan klien dan Menjelaskan keadaan klien
semakin membaik.

Respon : Klien tampak senang

3.5 Evaluasi

3.5.1 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 14 Mei 2013.

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel

Tanggal 14 Mei 2013 pukul 17.10 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan sesak jika duduk, dan mengeluh pusing

Obyektif : Pasien terlihat lemah, TD 100/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5°C RR 28x/menit. CRT \leq 2 detik, terjadi gerakan cuping hidung, saat diauskultasi terdengar suara wheezing, dan hasil laboratorium : Hb 8,0 g/dl, tidak terdapat sianosis.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5 dilanjutkan

Tanggal 15 Mei 2013 Pukul 16.35 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan sesak berkurang, pusing (-)

Obyektif : vital sign TD 100/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5°C RR 23 x/menit, CRT \leq 2 detik. Dan hasil laboratorium : Hb 8,7 g/dl, tidak terdapat sianosis, pasien sudah tidak lemas lagi.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5 dilanjutkan.

Tanggal 16 Mei 2013 pukul 16.40 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan sudah tidak sesak lagi, pusing (-)

Obyektif : vital sign TD 110/60 Nadi 80 x/menit RR 22 x/menit, tidak terdapat gerakan cuping hidung, sianosi(-), CRT \leq 2 detik, pasien sudah tidak lemas lagi.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Pasien KRS, follow up control kembali 1 minggu lagi

2. Risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin)

Tanggal 14 Mei 2013 pukul 17.10 WIB

Subyektif : Klien mengatakan pusing dan badan terasa lemas

Obyektif : Wajah tampak pucat, konjungtiva palpebra pucat, hasil laboratorium Hb 8,0 g/dl , eritrosit 3,34 juta/mm³, leukosit 19.7juta/mm³. Vital Sign, TD 90/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5°C. Luka post sc dalam keadaan baik dan tidak terjadi adanya tanda-tanda infeksi.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 2,3,4,5 dilanjutkan

Tanggal 15 Mei 2013 pukul 16.35 WIB

Subyektif : Klien mengatakan sudah tidak pusing lagi namun badan masih terasa lemas.

Obyektif : Wajah tampak pucat, konjungtiva palpebra pucat, hasil laborat Hb 8,7 g/dl , eritrosit 3,34 juta/mm³, leukosit 19,7. juta/mm³. Vital Sign, TD 100/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5°C
Luka post sc dalam keadaan baik dan tidak terjadi adanya tanda-tanda infeksi.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan 2,3,4,5.

Tanggal 16 Mei 2013 pukul 16.45 WIB

Subyektif : Klien mengatakan sudah tidak pusing lagi, badan sudah tidak Lemas.

Obyektif : Wajah tidak terlihat pucat, konjungtiva palpebra merah muda, hasil laborat Hb 9 g/dl , eritrosit 3,34 juta/mm³, leukosit 19.7 juta/mm³. Vital Sign, TD 100/60 Nadi 88 x/menit, Suhu 36,5°C. Luka post sc dalam keadaan baik dan tidak terjadi adanya tanda-tanda infeksi.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Pasien KRS, follow up control kembali 1 minggu lagi

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen.

Tanggal 14 Mei 2013 pukul 16.30 WIB

Subjektif : Klien mengatakan lemas dan tidak bertenaga bila melakukan aktifitas

Objektif : Klien tampak berbaring ditempat tidur dan tidak melakukan aktifitas

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi no 1,2,3,4 dilanjutkan

Tanggal 15 Mei 2013 pukul 16.35 WIB

Subjektif : Klien mengatakan masih lemas

Objektif : klien sudah bisa ke kamar mandi sendiri saat keluarganya tidak ada.

Assesment : Masalah Teratasi sebagian

Planning : Intervensi 2,3,4 dilanjutkan

Tanggal 16 Mei 2013 pukul 16.40 WIB

Subjektif : Klien mengatakan sudah tidak lemas

Objektif : klien sudah bisa berjalan-jalan disekitar rumah sakit

Assesment : Masalah Teratasi

Planning : Pasien KRS, follow up control kembali 1 minggu lagi

4. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa.

Tanggal 14 Mei 2013 pukul 16.30 WIB

Subjektif : Klien mengatakan cemas akan keadaannya saat ini, klien takut terjadi apa-apa pada dirinya

Objektif : Klien sering bertanya tentang keadaannya

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi no 1,2,3 dilanjutkan

Tanggal 15 Mei 2013 pukul 16.35 WIB

Subjektif : Klien mengatakan mengerti tentang keadaannya dan tidak cemas lagi.

Objektif : Klien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang Keadaannya.

Assesment : Masalah Teratasi

Planning : Intervensi Dipertahankan.

5. Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada Ny. H post SC (Sectio Caesarea) dengan diagnosa medis anemia ringan yang didapatkan sebagai berikut :

1. Diagnosa keperawatan Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel ditandai dengan takipnea 28x/menit, Hipotensi

90/80 mmHg, pasien terlihat lemah, Hb 8,0 g/dl dan pasien juga mengatakan sesak. Tujuan tercapai tanggal **16 Mei 2013 pukul 16.40 WIB**. Pasien mengatakan sudah tidak sesak dan pusing, tanda tanda vital normal TD 110/60 Nadi 80 x/menit RR 22 x/menit, tidak terjadi sianosis, CRT \leq 2 detik.

2. Diagnosa keperawatan risiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin) ditandai dengan pemeriksaan laboratorium Hb 8,0 g/dl, eritrosit 3,34juta/mm³, leukosit 19.7juta/mm³, wajah pasien terlihat pucat, konjungtiva palpebra pucat. Tujuan tercapai tanggal **16 Mei 2013 Pukul 16.45WIB**. Klien mengatakan badannya sudah tidak lemas lagi, dan sudah tidak pusing,tanda-tanda vital normal TD 110/60 Nadi 80 x/menit RR 22 x/menit,suhu 36,5⁰c , hasil laboratorium Hb 9 g/dl,konjungtiva palpebra merah muda, wajah tidak terlihat pucat. Luka post sc dalam keadaan baik dan tidak terjadi adanya tanda-tanda infeksi.
3. Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen ditandai dengan klien tampak lemas dan tidak bertenaga bila melakukan aktifitas, dan klien hanya tidur ditempat tidur.. Tujuan tercapai pada tanggal **16 Mei 2013 Pukul 16.40 WIB** Klien mengatakan sudah tidak lemas dan klien sudah bisa berjalan-jalan disekitar rumah sakit.
4. Diagnosa keperawatan Ansietas berhubungan dengan ancaman perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien sering bertanya

tentang keadaannya, klien tampak cemas. Tujuan tercapai pada tanggal **15 Mei 2013 Pukul 16.35 WIB** Klien tampak tenang, klien tidak sering bertanya tentang keadaannya.