

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien perdarahan post partum di ruang bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 31 Juli 2012 sampai dengan pasien pulang tanggal 2 Agustus 2012.

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 31-7-2012 pukul 08.00

3.1.1 Data subyektif

1. Biodata

Nama Ny. P, usia 27 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SD, alamat Teluk Amurang Barat 104 Sby, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, nama suami Tn. S, usia 35 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Teluk Amurang Barat 104 Sby, agama islam, pekerjaan swasta, tanggal MRS 30-7-2012 pukul 08.00, nomer rekam medik 053825.

2. Keluhan utama

Klien mengatakan mengeluarkan darah yang banyak setelah melahirkan, sejak badan terasa lemah pusing dan perut terasa mules.

3. Riwayat menstruasi

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.

4. Riwayat kehamilan yang lalu

Klien mengatakan anak pertama lahir di RS Lumajang, lahir normal dengan berat 2900, panjang 50 cm, kelahiran ditolong oleh bidan, tidak ada kelainan/cacat, anus (+).

5. Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan hamil G2P1001 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 mendapat imunisasi TT 2 kali.

6. Riwayat persalinan sekarang

Pada kala I : tanggal 30-7-2012 pukul 10.00 dan lama 20 jam. Pada kala II : tanggal 31-7-2012 pukul 05.55 dengan lama 15 menit. Partus spontan, bayi laki-laki lahir di tolong bidan, anus (+), tidak cacat/kelainan, AS 7-8, dengan berat 3450 gram, panjang 51 cm, ketuban keruh. Pada kala III : plasenta lahir lengkap pukul 06.10 perdarahan 800 cc, kontraksi uterus baik.

7. Riwayat kesehatan

1) Klien

Klien mengatakan tidak pernah sakit yang parah hanya saja batuk pilek demam biasa.

2) Kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, dalam keluarga juga tidak ada yang melahirkan kembar.

3) Perilaku kesehatan

Klien mengatakan tidak pernah minum-minuman keras, suami klien juga tidak merokok, kebiasaan minum jamu-jamuan tidak pernah.

8. Keadaan psikologis

Klien mengatakan cemas dan takut akan keadaannya saat ini.

9. Riwayat KB

Klien mengatakan setelah mempunyai anak pertama klien memakai alat kontrasepsi yaitu suntik 3 bulan.

10. Pola fungsi kesehatan

1) Pola nutrisi

Sebelum masuk RS klien jarang makan karena mual dan muntah, lebih sering minum sari kacang hijau setiap hari. Di RS klien makan makanan yang di sediakan oleh RS, sehari terdiri dari nasi, lauk, sayur, buah dan susu 1 kali sehari.

2) 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.

3) Pola istirahat

Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat malam 5-6 jam, tidur siang jarang. Di RS istirahat siang 1-2 jam, istirahat malam 6-7 jam.

4) Pola aktivitas

Klien mengatakan dirumah sebagai ibu rumah tangga yang mengurus anak dan suami. Di RS aktivitas dibatasi karena habis melahirkan.

5) 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.

6) Pola 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.

7) Pola sensori dan kognitif

Sensori =

- Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan.
- Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah, nyeri yang dirasakan kenceng-kenceng kadang datang dan kadang hilang lagi, skala nyeri 4 (0-10).

Kognitif =

- Klien mengatakan sedikit mengerti tentang penyakitnya dan klien takut karena akan melahirkan. Klien juga sering bertanya kepada perawat kapan dirinya akan melahirkan.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : Klien mengatakan senang dan bangga dengan kehamilan pertamanya 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 pertamanya dengan normal dan sehat.

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

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan dengan G2P1001 UK 38 minggu, berumur 27 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 akit tetap menjalankan ibadahnya dengan cara berdo'a.

3.1.2 Data obyektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum lemah, keluar keringat dingin, akral dingin dan pucat, kesadaran menurun, observasi vital sign TD: 90/60 mmHg, Nadi: 100 x/menit, Suhu 36° C, RR: 26 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : bentuk simetris, rambut hitam bersih
- 2) Mata : konjungtiva pucat, tidak ikterus pada sclera
- 3) Hidung : bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip
- 4) Telinga : simetris, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada kelainan yang ada.
- 5) Mulut : bibir kering, pucat, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries
- 6) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- 7) Dada : bentuk simetris, tidak ada kelainan pada paru-paru dan jantung
- 8) Buah dada : membesar, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, colostrum ada.
- 9) Perut : tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik (keras), terlihat striae gravidarum.
- 10) Genitalia : perineum bekas jahitan 6 cm dijahit dengan catgut dan tampak mengeluarkan darah terus menerus
- 11) Ekstremitas : pada ekstremitas atas akral dingin dan pucat, tangan sebelah kiri terpasang infus, pada ekstremitas bawah kaki dingin dan pucat

3. Pemeriksaan penunjang

HB 10,8 gram %, pemeriksaan inspeksi didapatkan robekan pada leher rahim.

4. Terapi

Inbion 1x1 tab perhari

Leomoxyl 500 mg 3x1 tab perhari

Ponsamic 3x1 tab perhari (analgesik)

Mathergin 0,125 mg 3x1 tab perhari (perdarahan)

Infus RL 500 ml

3.1.3 Analisa data

Tanggal 31-7-2012 pukul 08.15

Data 1

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

Data obyektif : a. Jumlah darah yang keluar 800 cc,
b. Pada pemeriksaan penunjang secara inspeksi didapatkan robekan pada leher rahim.
c. Kontraksi uterus baik (keras)
d. Observasi vital sign : TD 90/60 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36°C, RR 26x/menit
e. Kesadaran menurun
f. Keadaan umum lemah
g. Akral dingin dan pucat
h. Terpasang infus di tangan kiri RL 500 ml 20 tpm

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. Terdapat jahitan pada perineum
e. Luka robekan di leher rahim

Masalah : gangguan rasa nyaman nyeri

Kemungkinan penyebab : episiotomi dan laserasi jalan lahir

Data 3

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
c. Klien tampak takut saat di tanya

Masalah : ansietas

Kemungkinan penyebab : perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa.

3.2 Diagnosa keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 90/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar 800 cc, kontraksi uterus baik (keras), kesadaran menurun, keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri.
2. Gangguan rasa nyaman 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).
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak cemas, klien tampak takut saat ditanya.

3.3 Perencanaan keperawatan

3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 90/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar 800 cc, kontraksi uterus baik (keras), kesadaran menurun, 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°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 setiap 6 jam.

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) Perhatikan hipotensi dan takikardi, pelambatan pengisian kapiler atau sianosis dasar buku, serta membrane mukosa.

Rasional tanda-tanda menunjukkan hipovolemik dan terjadi syok. Perubahan tekanan darah tidak dapat dideteksi sampai volume cairan telah menurun hingga 30-50%. Sianosis adalah tanda akhir dari hipoksia.

- 4) Catat banyaknya perdarahan yang keluar.

Rasional : Mengetahui banyaknya jumlah perdarahan.

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

Rasional : meningkatkan kontraktilitas myometrium dan dapat menurunkan perdarahan.

- 6) Memberikan oksigen 1 liter/menit.

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

7) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diit TKTP

Rasional : membantu ibu dalam penambahan energy.

8) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian cairan intravena.

Rasional : pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit.

3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua

Gangguan rasa nyaman 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 2x24 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

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 yang cukup mengenai perdarahan yang terjadi.

Rasional : Dengan memberi penjelasan tentang prosedur keadaan yang dialami diharapkan klien mengerti sehingga dapat membantu lancarnya proses pemulihan.

- 3) Berikan informasi tentang kondisi klien

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

- 4) Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai kepercayaannya

Rasional : Dengan berdoa atau beribadah dapat membuat hati tenang dan pikiran klien tenang

3.4 Pelaksanaan (Catatan keperawatan)

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 90/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar 800 cc, kontraksi uterus baik (keras), kesadaran menurun, keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri.

Tanggal 31-7-2012 pukul 08.15

1. Menjelaskan kepada klien tentang keadaannya saat ini.
2. Mengganti cairan infus RL 500 ml drip sintosinon 1 ampul secara grojok dalam waktu 30-60 menit
3. Mencatat jumlah perdarahan
4. Melakukan massase dengan telapak tangan tepat diatas simfisis pubis.
5. Memberikan O2 1 liter/menit
6. Melakukan observasi vital sign TD 90/60 Nadi 100 x/menit Suhu 36oC RR 26 x/menit.
7. Memberikan lingkungan yang nyaman kepada pasien.

Pukul 09.45

1. Melakukan observasi vital sign TD 100/60 Nadi 88 x/menit RR 22 x/ menit
2. Mengganti cairan infus RL drip sintosinin 1 ampul 20 tpm

3. Mengganti pembalut dan menghitung jumlah perdarahan yang keluar ± 50 cc
4. Menganjurkan klien untuk istirahat dan tidak boleh melakukan aktifitas seperti duduk, jalan-jalan selama klien masih pusing

Pukul 11.30

1. Melakukan observasi vital sign TD 100/70 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 1-8-2012 pukul 08.00

1. Menanyakan keadaan klien
2. Membantu klien mengganti pembalut
3. Melakukan observasi vital sign TD 100/70 Nadi 88 x/menit RR 20 x/ menit
4. Menganjurkan klien untuk menghabiskan makanan
5. Menganjurkan klien untuk duduk jika sudah tidak pusing

Pukul 10.00

1. Menganjurkan klien untuk menyusui bayinya dengan ASI
2. Mengajarkan klien tentang perawatan payudara

Tanggal 2-8-2012 pukul 07.30

1. Menanyakan keadaan klien saat ini
2. Melakukan observasi vital sign TD 110/60 Nadi 80 x/menit RR 20 x/menit
3. Menyiapkan klien untuk pulang
4. Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter

5. Memotifasi klien untuk menyusui bayinya secara eksklusif selama 6 bulan tanpa dibantu oleh susu formula
6. Menganjurkan klien untuk tidak ada pantangan dalam makanan kecuali alergi
7. Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi dan mengimunisasikan bayinya

3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Gangguan rasa nyaman 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 31-7-2012 pukul 08.15

1. Menjelaskan pada klien tentang sumber nyeri
2. Menjelaskan kepada klien tentang luka jahitan yang ada
3. Mengajarkan klien untuk relaksasi ambil nafas dan keluarkan secara perlahan
4. Menganjurkan keluarga klien untuk memassase bagian punggung agar klien merasa nyaman

Tanggal 1-8-2012 pukul 08.00

1. Menanyakan keadaan klien
2. Mengganti pembalut dan melakukan perawatan luka episiotomi
3. Menganjurkan klien untuk merawat luka episiotomy agar tidak infeksi
4. Menganjurkan klien untuk minum obat yang telah diberikan

Tanggal 2-8-2012 pukul 07.30

1. Mengganti balutan klien
2. Menganjurkan pada klien untuk tidak membatasi gerak

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

4.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

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

Tanggal 31-7-2012 pukul 08.15

1. Menanyakan tentang perasaan klien
2. Menjelaskan kepada klien tentang keadaannya saat ini
3. Menjelaskan kepada klien tentang perdarahan yang terjadi
4. Mengajukan klien untuk berdoa supaya tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.
5. Melakukan observasi vital sign TD 90/60 Nadi 100 x/menit Suhu 36°C RR 26 x/mnit

Tanggal 1-8-2012 pukul 08.00

1. Menanyakan keadaan klien
2. Memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya (cemas)
3. Mengajarkan klien agar tidak cemas dengan berdoa'a

Tanggal 2-8-2012 pukul 07.30

1. Menanyakan keadaan klien
2. Menjelaskan keadaan klien semakin membaik
3. Menyiapkan klien untuk pulang

3.5 Evaluasi

3.5.1 Catatan perkembangan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 90/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar 800 cc, kontraksi uterus baik (keras), kesadaran menurun, keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri.

31-7-2012 pukul 09.45

S : klien mengatakan pusing sudah berkurang

O : perdarahan pervagina sudah mulai berkurang, tanda-tanda vital TD 100/60 Nadi 88 x/menit RR 22 x/menit

A : masalah teratasi sebagian

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

1-8-2012 pukul 08.00

S : klien mengatakan sudah dapat duduk

O : klien tampak duduk, perdarahan pervagina berkurang, vital sign TD 110/70 Nadi 82 x/menit RR 20 x/menit

A : masalah teratasi sebagian

P : rencana tindakan dilanjutkan 7,8

2. Gangguan rasa nyaman 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).

31-7-2012 pukul 09.45

S : klien mengatakan jahitan masih terasa nyeri

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

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 3,4 dilanjutkan

2-8-2012 pukul 07.30

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 : pasien KRS, follow up control kembali 1 minggu lagi

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

31-7-2012 pukul 09.45

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

O : klien sering bertanya tentang keadaannya

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 2,3,4,5,6 dilanjutkan

2-8-2012 pukul 07.30

S : klien mengatakan mengerti tentang keadaannya dan tidak cemas lagi

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

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

3.5.2 Evaluasi

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan ditandai dengan hipotensi TD 90/60, takipnea RR 26 x/menit, takikardi 100 x/ menit, jumlah darah yang keluar 800 cc, kontraksi uterus baik (keras), kesadaran menurun, keadaan umum lemah, akral dingin dan pucat, terpasang infus ditangan kiri. Tujuan tercapai pada tanggal 1 Agustus 2012 pukul 08.00. klien tampak duduk, perdarahan pervagina berkurang, tanda-tanda vital TD : 110/70, Nadi : 82x/mnt, RR : 20x/mnt.
2. Gangguan rasa nyaman 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 2 Agustus 2012 pukul 07.30. klien tampak rileks, klien dapat beradaptasi dengan nyeri, klien tidak membatasi gerak.
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak cemas, klien tampak takut saat ditanya. Tujuan tercapai pada tanggal 2 Agustus 2012 pukul 07.30. Klien tampak tenang, klien tidak sering bertanya tentang keadaannya.