

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Ny. S Dengan Ketuban Pecah Dini yang di laksanakan pada tanggal 06 – 08 Juli 2014 di ruang bersalin Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

3.1 Pengkajian Keperawatan

3.1.1 Identitas Klien

Ruangan : Ruang Bersalin.

No. Register : 06. 71. 91.

Tanggal MRS : 05 Juli 2014 pukul 21.50.

Tanggal Pengkajian : 06 Juli 2014 pukul 08.30.

1. Identitas Klien

Ny. S, umur 19 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia status kawin, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Tenggumung Wetan Gang. Tebu/16. Identitas suami Tn. S, umur 22 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, alamat Surabaya.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan perutnya sudah kenceng-kenceng tadi malam dan keluar cairan ketuban.

3. Riwayat Kesehatan/Penyakit sekarang

Klien datang ke UGD RS Muhammadiyah Surabaya GIP0000 usia kehamilan 38 minggu tanggal 05 Juli 2014 pukul 21.50 WIB dengan mengeluh perutnya nyeri bagian bawah, nyeri yang dirasakan kenceng-kenceng datang dan kadang hilang, skala nyeri 4 (0-10). Keluar air mulai tanggal 05 Juli 2014 pukul 19.00 WIB. Kenceng-kenceng saat itu semakin sering sekitar 2 menit sekali lamanya 10 detik. Kenceng-kenceng dan nyeri yang timbul semakin lama dirasakan semakin bertambah kuat. Pada pemeriksaan VT dilakukan tanggal 05 Juli 2014 pukul 22.00 di temukan hasil 1 cm (satu jari).

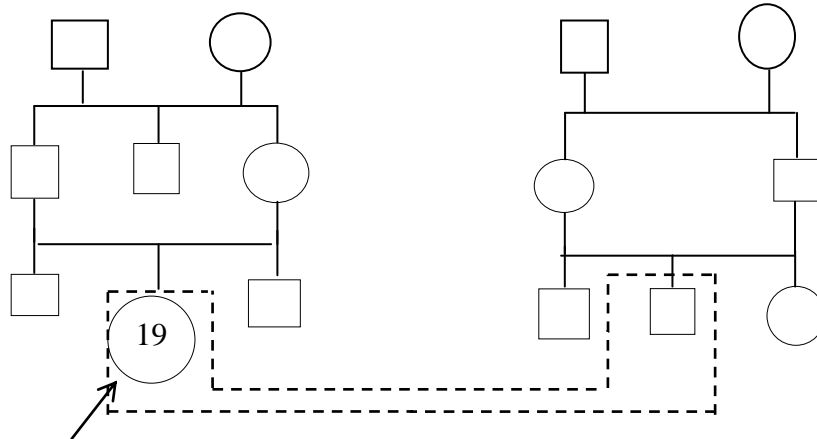
4. Riwayat Kesehatan/Penyakit dahulu

Klien mengatakan tidak menderita penyakit menular (HIV/AIDS), menurun (hipertensi, DM), kronis (jantung, ginjal). Klien juga mengatakan ini kehamilan yang pertama.

5. Riwayat Kesehatan/Penyakit keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit menular (HIV/AIDS), menurun (hipertensi, DM), kronis (jantung, ginjal).

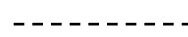
6. Genogram



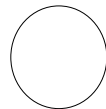
Keterangan:



Laki-laki



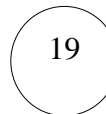
Tinggal satu rumah



Perempuan



Meninggal



Pasien



Klien tinggal satu rumah dengan suami.

7. Riwayat Kebidanan

a. Riwayat haid

Menarche 11 tahun, siklus 28 hari lamanya 7 hari kadang nyeri pada waktu haid (dismenorrhoe), kadang-kadang flour albuls tetapi sedikit, tidak berbau, tidak gatal.

b. Riwayat Perkawinan

Klien menikah umur 18 tahun lama menikah 1 tahun.

c. Riwayat Kehamilan

Hari pertama haid terakhir 10-10-2013, tanggal perkiraan persalinan 17-07-2014.

8. Riwayat KB

Klien mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi KB.

9. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

SMRS: Klien mengatakan mengerti tentang cara makan makanan yang bergizi, menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, klien juga mengatakan memeriksa kehamilannya secara teratur di rumah sakit sejak kehamilannya umur 4 bulan.

MRS: Klien mengatakan selama di RS hanya berbaring.

Pola Nutrisi dan Metabolisme

SMRS: Klien mengatakan selama di rumah, makan 3 kali sehari secara teratur porsi sedang dengan nasi, sayur, lauk pauk, minum air putih \pm 6-7 gelas kecil/hari, minum susu 1 gelas kecil/hari, klien mengatakan berat badannya naik.

MRS: Klien mengatakan selama di rumah sakit tidak mengalami penurunan nafsu makan (porsi makan habis), minum air putih \pm 5-6 gelas kecil/hari. Mendapatkan diit TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein).

b. Pola Aktivitas

SMRS: Klien mengatakan selama di rumah dapat melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga seperti mencuci, menyapu, memasak dan klien jarang berolahraga seperti jalan kaki di pagi hari.

MRS: Klien mengatakan selama di rumah sakit hanya tiduran saja karena merasa kesakitan.

c. Pola Eliminasi

SMRS: 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 4-5 kali dengan frekuensi sering, warna kuning jernih, pancaran lancar dan tidak ada keluhan saat buang air kecil.

MRS: BAB: Klien mengatakan selama di rumah sakit belum buang air besar.

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 \pm 4-6 x/hari.

d. Pola Tidur dan Istirahat

SMRS: Klien mengatakan selama di rumah tidur siang \pm 1 jam dari jam 12.00 – 13.00 dan tidur malam \pm 8 jam dari jam 21.00 - 05.00.

MRS: Klien mengatakan di rumah sakit tidak bisa tidur malam karena adanya nyeri perut (HIS) dan klien khawatir dengan proses melahirkannya.

e. Pola Sensori dan Kognitif

Sensori: Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan. Klien mengatakan kencing-kencing kadang datang kadang hilang lagi, skala nyeri 4 (0-10) dan keluaranya cairan.

Kognitif: Klien mengatakan mengerti tentang kehamilannya dan klien khawatir dengan proses persalinannya. Klien juga sering bertanya kepada perawat kapan dirinya akan melahirkan.

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri: Klien mengatakan senang dan bangga dengan kehamilan pertamanya dan klien sudah siap menjadi ibu. Suaminya juga merasa senang dan sudah siap menjadi bapak/orang tua.

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 G1P0000 UK 38 minggu, umur 19 tahun, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga.

g. 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. Klien juga mengatakan sudah siap menjadi ibu.

h. Pola Reproduksi dan Seksual

Klien sudah menikah dan klien hamil anak pertama.

i. Pola Penanggulangan Stres

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

j. 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.

10. Pemeriksaan fisik

a. Status kesehatan umum

Kesadaran : Kompos mentis

Suara bicara : Jelas

Tipe pernafasan : Vesikular

GCS : 4-5-6

BB : 50 kg

TB : 157 cm

b. Kepala

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

c. Muka

Bentuk muka simetris, wajah tampak gelisah kesakitan, ekspresi wajah tampak tegang dan sering menyeringai menahan sakit.

d. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan nadi carotis teraba.

e. Mata

Bentuk mata simetris, tidak ditemukan anemis pada konjungtiva, sklera warnah putih dan tidak terdapat benjolan pada palpebra.

f. Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga bersih dan tidak terdapat serumen.

g. Hidung

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

h. Mulut dan faring

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, tidak terdapat gigi berlubang, dan tidak terdapat stomatitis.

i. Dada

Paru dan jantung: inspeksi: tidak terdapat pembengkakan pada payudara dan tidak ada suara nafas tambahan (wheezing dan ronchi), tanda-tanda vital (tensi: 110/70 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 37°C, RR: 22x/menit, frekuensi: Reguler).

Payudara: Bentuk dada simetris, bentuk payudara simetris, tidak terdapat nyeri tekan pada dada dan payudara.

j. Abdomen

Inspeksi: Bentuk abdomen simetris, striae gravidarum di dapatkan linea nigra, kenceng-kenceng datang setiap 2 menit sekali lamanya 10 detik dan tidak terdapat bekas jahitan post operasi.

Palpasi:

Leopold I: TFU 3 jari dibawah processus xyphoideus, pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting.

Leopold II: Situs anak membujur terhadap sumbu panjang ibu, sebelah kiri ibu teraba keras, panjang ada tahanan seperti papan.

Leopold III: Pada bagian bawah rahim teraba keras, bulat dan melenting.

Leopold IV: Perabahan tangan konvergen (kedua tangan bertemu atau masuk PAP).

Auskultasi: Denyut jantung janin 130x/menit jelas dan teratur.

k. Genetalia

Kebersihan cukup, tidak ada kelenjar bartolin, tidak ada bekas luka jahitan, keluarnya cairan ketuban, warnah putih dan tidak berbau.

l. Anus

Tidak ada hemoroid.

m. Punggung

Bentuk punggung simetris, tidak didapatkan kifosis ataupun lordosis.

n. Muskuluskeletal

Tidak didapatkan atrofi ataupun hipertrofi otot, akral hangat, pergerakan ekstremitas atas dan bawah aktif.

o. Integumen

Warna kulit sawo matang, terpasang infus RL 500 cc 20 tetes per menit, tidak didapatkan sianosis, turgor kulit normal dan CRT < 2 detik.

11. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Normal
06 Juli 2014	Hemoglobin	10,6 gr %	12,0 – 16,0 gr %
	Leukosit	9,700 / ul	4.500 -11.000 / ul
	Trombisit	278.000	150.000 – 450.000

b. Pemeriksaan Radiologi

Tidak terdapat pemeriksaan radiologi

c. Terapi

Tanggal 06 Juli 2014

a) Cefotaxim 2x1 g

b) Infus RL 500 cc 20 tetes per menit

c) Diit TKTP

3.2 Analisa data

Analisa Data I

Tanggal 06-07-2014

Data Subyektif: Klien mengatakan keluar cairan ketuban pervagina sejak malam dirumah. Klien mengatakan cairan ketuban yang keluar pervagina berwarna jernih tidak berbau, klien mengatakan kencing-kencing (HIS) sejak sore hari.

Data Obyektif: Keadaan umum lemah, cairan ketuban yang keluar dari vagina berwarna jernih tidak berbau \pm 50 cc. Riwayat kehamilan klien G1P0000. Kencing-kencing (HIS) 3.10.40x/menit. Ukuran kehamilan 38 minggu TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22x/menit. Pada pemeriksaan di lakukan tanggal 06 Juli 2014 pukul 10.00 WIB di temukan hasil 10 jari (2 jari).

Masalah :Resiko infeksi

Kemungkinan Penyebab :Ketuban pecah dini.

Tanggal 06-07-2014

Analisa Data II

Data Subjektif: Klien mengatakan khawatir dan cemas akan proses persalinannya

Data Objektif: Klien tampak cemas, gelisah, khawatir dan sering bertanya kepada petugas kesehatan tentang keadaan, kehamilannya dan menanyakan kapan melahirkan. Tanda-tanda vital TD 110/70, suhu 37°C, nadi 84x/menit, RR 22x/menit. Riwayat kehamilan G1P0000.

Masalah : Cemas

Kemungkinan penyebab: Kurang pengetahuan tentang proses persalian.

Tanggal 06-07-12-2014

Analisa Data III

Data Subjektif: Klien mengatakan selama di rumah sakit tidak bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari karena dianjurkan untuk beristirahat oleh dokter dan perawat.

Data Objektif: Klien tampak lemas, klien berbaring di tempat tidur.

Masalah : Intoleransi aktivitas.

Kemungkinan penyebab: Tirah baring.

3.3 Diagnosa Keperawatan

Tanggal 06-07-2014

1. Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini.
2. Cemas berhubungan dengan proses persalian di tandai dengan klien mengatakan tampak cemas, gelisah dan khawatir.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

3.4 Perencanaan

Diagnosa I : Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini ditandai dengan Keadaan umum lemah, cairan ketuban yang keluar dari vagina berwarna jernih tidak berbau ± 50 cc. Riwayat kehamilan klien G1P0000. Kenceng-kenceng

(HIS) 3.10.40x/menit. Ukuran kehamilan 38 minggu TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22x/menit. Pada pemeriksaan di lakukan tanggal 06 Juli 2014 pukul 10.00 WIB di temukan hasil (2 jari).

Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan di harapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil

- a) Terdapat sedikit cairan dari pervagina.
- b) Leukosit normal.
- c) Suhu 36-37°C

Intervensi

1. Bina hubungan saling percaya melalui kominikasi therapeutik.
Rasional: Untuk memudahkan perawat melakukan tindakan.
2. Kaji terhadap tanda gejala infreksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna rabas vagina).
Rasional: Pecah ketuban terjadi 24 jam sebelum pembedahan dapat menyebabkan amnionitis sebelum intervensi bedah dan dapat mengubah penyembuhan luka.
3. Berikan lingkungan yang nyaman untuk klien.
Rasional: Agar istirahat klien terpenuhi.

4. Tinjau ulang kondisi/faktor risiko yang ada sebelumnya. Catat waktu pecah ketuban.

Rasional: Kondisi dasar ibu, seperti diabetes atau hemoragi, menimbulkan potensial resiko infeksi atau penyembuhan luka yang buruk. Resiko infeksi meningkat dengan berjalannya waktu, sehingga meningkatkan resiko infeksi ibu dan janin.

5. Berikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah.

Rasional: Untuk mencegah agar tidak terjadi infeksi.

6. Observasi TTV.

Rasional: Untuk melihat perkembangan kesehatan klien.

7. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik.

Rasional: Proses penyembuhan klien.

Diagnosa 2 :Cemas berhubungan dengan proses persalinan di tandai dengan Klien mengatakan khawatir dan cemas akan proses persalinannya Klien tampak cemas, gelisah, khawatir dan sering bertanya kepada petugas kesehatan tentang keadaan, kehamilannya dan menanyakan kapan melahirkan. Tanda-tanda vital TD 110/70, suhu 37°C, nadi 84x/menit, RR 22x/menit. Riwayat kehamilan G1P0000.

Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan klien tidak cemas.

Kriteria hasil

- a) Klien tidak cemas lagi.
- b) Wajah tampak rileks.
- c) Klien senang dengan kelahiran bayinya.

Intervensi

1. Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik.
Rasional: Untuk memudahkan perawat melakukan tindakan.
2. Pantau keadaan umum klien.
Rasional: Untuk melihat perkembangan kesehatan klien.
3. Berikan lingkungan yang nyaman untuk klien.
Rasional: Agar istirahat klien terpenuhi.
4. Berikan informasi tentang keadaan pasien.
Rasional: Menjamin dan informasi yang mengurangi kecemasan.
5. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaannya.
Rasional: Menambah pemahaman terhadap klien.
6. Berikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi kecemasan klien.
Rasional: Memberi wawasan kepada keluarga klien agar bisa menangani secara dini saat klien mengalami kecemasan.
7. Berikan suport spiritual.
Rasional: Memberi ajaran agama agar klien tetap tegar.
8. Observasi TTV.
Rasional: Proses penyembuhan klien.

Diagnosa 3: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

Tujuan : Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat meningkatkan dan melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

Kriteria hasil:

Klien dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas.

Intervensi

1. Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi therapeutic.

Rasional: Untuk memudahkan perawat melakukan tindakan.

2. Kaji respon klien terhadap aktivitas.

Rasional: mengetahui perubahan yang terjadi pada aktivitas.

3. Anjurkan klien untuk istirahat.

Rasional: mempercepat pemulihan tenaga untuk beraktivitas klien dapat rileks.

4. Bantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.

Rasional: memberikan rasa tenang dan aman pada klien karena kebutuhan klien terpenuhi.

5. Tingkatkan aktivitas secara bertahap.

Rasional: meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional.

3.5 Pelaksanaan

Diagnosa I: Resiko infeksi berhubungan dengan ketuban pecah dini

Tanggal 06 Juli 2014

1. Jam 08.30: Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik.

Respon: Klien kooperatif.

2. Jam 09.00: Melakukan pengkajian terhadap tanda gejala infeksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna raba vagina).

Respon: Klien kooperatif. Suhu 37°C, Nadi: 84x/menit. Tidak berbau.

3. Jam 09.10: Memberikan lingkungan yang nyaman untuk klien.

Respon: Klien kooperatif. Klien tidur dengan nyenyak.

4. Jam 09.25: Tinjau ulang kondisi/faktor risiko yang ada sebelumnya. Catat waktu pecah ketuban.

Respon: Klien kooperatif. Ketuban pecah di rumah pada waktu sore hari.

5. Jam 10.00: Memberikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah.

Respon: Klien kooperatif.

6. Jam 10.15: Mengobservasi TTV.

Respon: Klien kooperatif. TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22x/menit.

7. Jam 10.20: Mengkolaborasikan dengan dokter untuk pemberian obat.

Respon: Klien kooperatif. Klien mendapatkan obat cefotaxim 2x1 gram, infus RL 500 CC 20 tetes/menit.

Tanggal 07 Juli 2014

1. Jam 08.30: Mengkaji terhadap tanda gejala infeksi (misalnya: peningkatan suhu, nadi, jumlah sel darah putih, atau bau/warna rabas vagina).

Respon: Klien kooperatif. Suhu 37°C, Nadi: 84x/menit. Tidak berbau.

2. Jam 08.45: Memberikan lingkungan yang nyaman untuk klien.

Respon: Klien kooperatif. Klien tidur dengan nyenyak.

3. Jam 09.10: Tinjau ulang kondisi/faktor risiko yang ada sebelumnya. Catat waktu pecah ketuban.

Respon: Klien kooperatif.

4. Jam 09.20: Memberikan perawatan perineal sedikitnya setiap 4 jam bila ketuban telah pecah.

Respon: Klien kooperatif. Ketuban pecah di rumah pada waktu sore hari.

5. Jam 09.35: Mengobservasi TTV.

Respon: Klien kooperatif. TD: 120/70 mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36°C, RR: 22x/menit.

6. Jam 10.00: Mengkolaborasikan dengan dokter untuk pemberian obat.

Respon: Klien kooperatif. Klien mendapatkan obat cefotaxim 2x1 gram, infus RL 500 CC 20 tetes/menit.

Diagnosa 2: Cemas berhubungan dengan proses persalian.

Tanggal 06 Juli 2014

1. Jam 08.30: Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi therapeutik.

Respon: Klien kooperatif.

2. Jam 08.45: Memantau keadaan umum klien.

Respon: Klien kooperatif. Keadaan klien sehat, klien tidak mengeluh lagi.

3. Jam 09.00: Memberikan lingkungan yang nyaman untuk klien.

Respon: Klien kooperatif. Klien tidur dengan nyenyak tanpa ada gangguan di sekitarnya.

4. Jam 09.10: Memberikan informasi tentang keadaan klien.

Respon: Klien kooperatif. Klien sudah mengetahui tentang keadaannya sekarang.

5. Jam 09.30: Menganjurkan klien mengungkapkan perasaannya.

Respon: Klien kooperatif. Klien mengungkapkan prasaannya kepada perawat.

6. Jam 10.00: Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi kecemasan klien dengan cara berdo'a.

Respon: Klien kooperatif dan klien sudah melaksanakan apa yang sudah di ajarkan.

7. Jam 10.10: Mengobservasi TTV.

Respon: Klien kooperatif. TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C,
RR: 22x/menit.

Tanggal 07 Juli 2014

1. Jam 08.00: Memantau keadaan umum klien.

Respon: Klien kooperatif. Keadaan klien sehat, klien tidak mengeluh lagi.

2. Jam 08.30: Memberikan lingkungan yang nyaman untuk klien.

Respon: Klien kooperatif. Klien tidur dengan nyenyak tanpa ada gangguan di sekitarnya

3. Jam 09.05: Memberikan informasi tentang keadaan klien.

4. Respon: Klien kooperatif. Klien sudah mengetahui tentang keadaannya sekarang.

5. Jam 09.20: Menganjurkan klien untuk mengungkapkan perasaannya.

Respon: Klien kooperatif. Klien mengungkapkan perasaannya kepada perawat.

6. Jam 10.00: Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasi kecemasan klien dengan cara berdo'a.

Respon: Klien kooperatif dan klien sudah melaksanakan apa yang sudah diajarkan dan bayi lahir jam 11.00 WIB.

7. Jam 10.05: Mengobservasi TTV.

Respon: Klien kooperatif. TD: 110/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36°C,
RR: 22x/menit.

Diagnosa 3: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

Tanggal 06 Juli 2014

1. Jam 08.30: Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi therapeutic.

Respon: Klien kooperatif.

2. Jam 08.45: Mengkaji respon klien terhadap aktivitas.

Respon: Klien kooperatif.

3. Jam 09.00: Menganjurkan klien untuk istirahat.

Respon: Klien kooperatif. Klien dapat istirahat dengan tenang.

4. Jam 09.05: Membantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.

Respon: Klien kooperatif.

5. Jam 09.30: Meningkatkan aktivitas secara bertahap.

Respon: Klien kooperatif.

Tanggal 07 Juli 2014

1. Jam 09.00: Mengkaji respon klien terhadap aktivitas.

Respon: Klien kooperatif.

2. Jam 09.05: Menganjurkan klien untuk istirahat.

Respon: Klien kooperatif dan klien dapat tidur dengan tenang.

3. Jam 09.30: Membantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.

Respon: Klien kooperatif.

4. Jam 10.00: Meningkatkan aktivitas secara bertahap.

Respon: Klien kooperatif.

Tanggal 08 Juli 2014

1. Jam 09.00: Mengkaji respon klien terhadap aktivitas.

Respon: Klien kooperatif.

2. Jam 09.05: Menganjurkan klien untuk istirahat.

Respon: Klien kooperatif dan klien dapat tidur dengan tenang.

3. Jam 09.30: Membantu dalam pemenuhan aktivitas sesuai kebutuhan.

Respon: Klien kooperatif.

4. Jam 10.00: Mengajarkan mobilisasi bertahap

Respon: Klien sudah mampu duduk mandiri.

3.6 Evaluasi Keperawatan

Tanggal 06-07-2014 jam 11.00.

1. Diagnosa resiko infeksi maternal berhubungan dengan ketuban pecah dini

S: Klien mengatakan masih ada keluar cairan dari pervagina tapi tidak begitu banyak.

O:Warna cairan jernih dan tidak berbau. UK: 38 minggu, TFU: 32 cm, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22x/menit, banyak cairan 50 cc.

A: Masalah belum teratasi.

P: Intervensi di lanjutkan.

Tanggal 07-07-2014 jam 11.20.

S: Klien mengatakan sudah melahirkan hari senin tanggal 07-07-2014 pukul 11.15 WIB, secara normal.

O: Keadaan umum baik.

Bayi berjenis kelamin laki-kali, berat badan 2800 gram, panjang badan 45 cm, UK: 38 minggu, TFU: 32 cm, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22x/menit.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

2. Diagnosa cemas berhubungan dengan proses persalian.

Tanggal 06-07-2014 jam 10.30.

S: Klien mengatakan tidak takut dan tidak cemas untuk melahirkan.

O: Keadaan umum cukup.

TTV: TD: 120/80 Suhu: 36°C, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit.

Wajah tampak tenang, klien sudah tidak bertanya kepada perawat kapan akan melahirkan.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 07-07-2014 jam 10.45

S: Klien mengatakan rasa cemas berkurang.

O: Keadaan umum cukup.

TTV: TD: 120/80 Suhu: 36°C, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit, wajah tampak tenang.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dihentikan.

Tanggal 06-07-2014 jam 10.00.

3. Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

S: Klien mengatakan selama di rumah sakit tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari.

O: Klien tampak lemas, klien berbaring di tempat tidur.

A: Masalah belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan.

Tanggal 07-07-2014 jam 12.00.

S: Klien mengatakan selama di rumah sakit tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari.

O: Klien tampak lemas, klien berbaring di tempat tidur.

A: Masalah teratasi sebagian.

P: Intervensi di hentikan.

Tanggal 08-07-2014 jam 10.00

S: Klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri.

O: Kien sudah nampak duduk di tempat tidur, berjalan dibantu.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi di hentikan.