

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien *Haemorrhagic Post Partum* Di Ruang Nifas di Rumah Sakit Islam Darus Syifa'. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 01 Mei sampai dilakukan intervensi dan implementasi tanggal 03 Mei 2014.

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 01-05-2014 pukul 05.00 post operasi hari ke-0.

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas

Nama Ny. D, usia 22 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Dungus Kidul Rt 2/ Rw 1, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, nama suami Tn. S, usia 27 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Dungus Kidul Rt 2/ Rw 1, agama islam, pekerjaan swasta, tanggal MRS 30-04-2014 pukul 20.00, nomer rekam medik 221---.

2. Keluhan utama

Klien mengatakan banyak mengeluarkan darah.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan yang lalu

Klien mengatakan pada kehamilan pertama klien mengalami keguguran pada usia kehamilan 6 minggu. Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit-penyakit lain seperti hipertensi, Diabetes Melitus dan lain-lain.

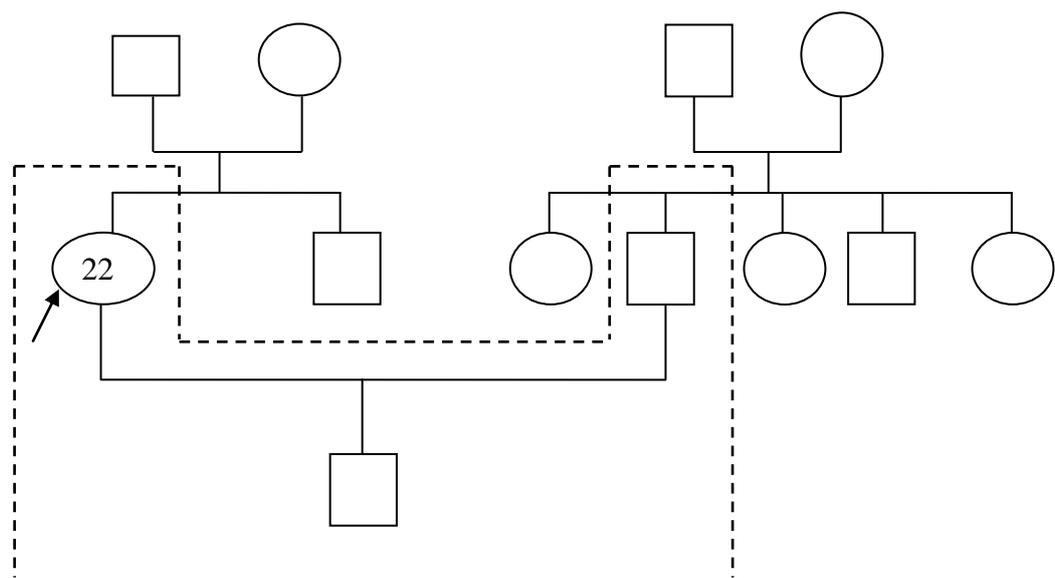
b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke Rumah Sakit Islam Darus Syifa' pada tanggal 30 april 2014 Jam 20.00 WIB dengan G2P00010 usia kehamilan 9 bulan dengan keluhan perut terasa kenceng-kenceng. Palpasi TFU = 3 jari di bawah proc. Xyphoideus (31 cm), letak punggung sebelah kanan, DJJ 144 x/menit dopler, Vt Ø 0 cm. Klien di anjurkan SC karena tali pusat melilit ke bayinya. Kemudian klien di lakukan operasi SC dan klien dipindah keruang nifas pada jam 02.00 dan pada jam 04.45 klien mengeluarkan lokea rubra warna gumpalan hitam ±650 cc.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang pernah mengalami perdarahan setelah melahirkan dan tidak ada yang melahirkan anak kembar, juga tidak mempunyai penyakit menular (TBC, Hepatitis) serta penyakit keturunan (Hipertensi, DM).

Genogram



Keterangan :

	= laki- laki
	= perempuan
	= pasien
	= tinggal serumah
	= garis keturunan

d. Riwayat psikologi

Klien mengatakan cemas karena pertama melakukan persalinan dan klien cemas akan keadaannya karena mengeluarkan darah banyak.

4. 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 19 tahun, lama menikah \pm 3 tahun.
- c. Riwayat KB : klien mengatakan setelah menikah memakai alat kontrasepsi yaitu suntik selama 1,5 tahun dan pasien hamil pertama tetapi pada usia kehamilan 6 minggu mengalami keguguran, setelah itu klien tidak ikut KB dan hamil anak kedua.

d. Riwayat kehamilan : klien mengatakan pada saat kehamilan mual muntah dirasakan mulai 1 sampai 3 bulan usia kehamilan, merasakan gerakan janin pada usia 4 bulan, pemeriksaan ANC di bidan dekat rumah dan tidak mendapat imunisasi TT. HPHT : 19-07-2013 dan HPL : 26 - 04 - 2014.

e. Riwayat persalinan sekarang : Pasien dengan G2P00010 usia kehamilan 9 bulan. Palpasi TFU = 3 jari di bawah proc. Xyphoideus (31 cm), puka. DJJ 144 x/ menit doppler, Vt Ø 0 cm. Pada jam 22.00 dilakukan operasi caesar oleh dokter dan pindah ke ruang nifas jam 02.00 bayi berjenis kelamin laki-laki, anus (+), tidak cacat/kelainan, AS 7-8, dengan berat 2700 gram, panjang 47 cm. Pada jam 04.45 terjadi perdarahan ±650 cc dan pada saat terjadi perdarahan klien dilakukan masase dan di eksplorasi serta di berikan terapi sesuai advice dokter.

5. Pola-pola fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat dan klien menjaga kesehatan dan lingkungannya. Klien mengatakan memeriksakan

kehamilannya di bidan terdekat dan terakhir memeriksakan diri ke RSI. Darus Syifa'. Obat-obatan yang di dapat dari bidan yaitu FE 3x1, limbion 3x1.

2) Pola Nutrisi Dan Metabolisme

Saat hamil klien makan 3 kali sehari, 1 porsi di habiskan terdiri dari nasi, lauk, sayur. Pasien sering minum air putih \pm 6-7 gelas (1500cc). BB/TB : 56 kg / 155 cm.

Di RS klien mengatakan tidak boleh makan karena belum flatus, pasien terpasang RL 20 tetes permenit.

3) Pola aktivitas

Klien mengatakan dirumah melakukan aktivitas tanpa bantuan orang lain.

Di RS klien melakukan di bantu aktivitas karena habis melahirkan. Klien tampak melakukan miring kanan dan miring kiri.

4) Pola Eliminasi

Sebelum masuk RS klien mengatakan BAB setiap hari 1 kali, BAK 6-7 kali. Di RS klien mengatakan belum BAB, pasien terpasang kateter \pm 300cc.

5) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat malam 6-7 jam, tidur siang 1 jam. Di RS klien mengatakan sering bangun karena nyeri pada luka operasi.

6) Pola sensori dan kognitif

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

operasi, nyeri yang dirasakan seperti di iris-iris, dan bertambah nyeri jika klien bergerak, skala nyeri 4 sedang (rentang 0-10), pasien mengatakan pusing.

Kognitif : Klien mengatakan kurang tahu tentang kondisinya saat ini dan klien sering bertanya tentang kondisinya.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : Klien mengatakan senang karena bayinya sehat dan klien sudah siap menjadi ibu.

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

Ideal diri : Klien berharap dapat anaknya sehat dan panjang umur.

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

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan berumur 22 tahun, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga.

8) Pola hubungan dan peran

Klien mengatakan hubungan dengan suami keluarga terjalin baik. Di RS klien mengatakan hubungan dengan perawat dan klien yang satu kamar juga terjalin baik.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan setelah kelahiran anak ini, klien akan menggunakan alat kontrasepsi yaitu suntik.

10) Pola penanggulangan stress

Klien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekat yaitu suami atau keluarganya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam dan taat beribadah serta selalu berdoa semoga perasalinannya lancar dan bayinya sehat. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya dengan cara berdo'a.

6. Pemeriksaan Fisik

1) Status kesehatan umum

Keadaan umum lemah, kesadaran kompos mentis, observasi vital sign
TD: 110/60 mmHg, Nadi: 104 x/menit, Suhu 36° C, RR: 20 x/menit.

2) Kepala

bentuk simetris, rambut hitam bersih, tidak ada benjolan.

3) Wajah

Wajah tampak menyeringai

4) Mata

Konjungtiva pucat, tidak ikterus pada sclera, kornea warna hitam, tidak terdapat kantung mata pada kelopak mata.

5) Hidung

Bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada gerakan cuping hidung.

6) Telinga

Simetris, tidak ada serum/benda asing.

7) Mulut

Mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries.

8) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

9) Dada

Bentuk simetris, payudara tampak membesar, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, colostrum ada.

10) Abdomen

Terdapat luka operasi di abdomen bagian bawah dengan posisi melintang dengan kondisi luka baik, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus lembek, terlihat striae gravidarum.

11) Genetalia

Tampak mengeluarkan lokea rubra warna gumpalan hitam \pm 650 cc 3 jam post operasi caesar.

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 normal, akral dingin, suhu 36°C.
CRT < 2 detik.

3.1.2 Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 30 april 2014

HB : 10,8 gram/dl (P:11,5 – 16,0 gram/dl)

Leukosit	: 11.000/cmm	(4.000-11.000/cmm)
Trombosit	: 224.000/cmm	(150.000-450.00/cmm)
PCV	: 33%	(35-50%)
Eritrosit	: 3,84 juta/cmm	(3,5- 60 juta/cmm)

3.1.3 Terapi

Tanggal 01 Mei 2014

1. Infus RD5 : RL 1500cc/24jam
2. Induxin 2 ampul
3. Pospargin 1 ampul/IM
4. Gastrul 4 tab/rectal
5. Cefotaxime 3x1 gram
6. Ketorolac 3x1 amp

3.1.4 Analisa Data

Dari data yang dikumpulkan dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1. Data pertama (01 Mei 2014) Post SC hari ke-0
 - a. Data subyektif

Klien mengatakan banyak mengeluarkan darah, pusing, dan badannya terasa lemas.
 - b. Data obyektif:
 - a) Tampak mengeluarkan lokea rubra warna gumpalan hitam \pm 650 cc 3 jam post operasi caesar.
 - b) Klien pucat.
 - c) Akral dingin.

- d) Keadaan umum lemah.
- e) Kontraksi uterus lembek.
- f) Mukosa bibir tampak kering.
- g) Terpasang infus RL 20 tetes permenit.
- h) Observasi vital sign : TD 110/60 mmHg, Nadi 104 x/menit, Suhu 36°C,
RR 20 x/menit.

Masalah : Kekurangan volume cairan

Kemungkinan penyebab : Atonia uterus

2. Data kedua (1 Mei 2014) Post SC hari ke-0

a. Data subyektif

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

b. Data obyektif

- a) Wajah tampak menyeringai.
- b) Skala nyeri 4 sedang (rentang 0-10).
- c) Abdomen terdapat luka operasi dengan kondisi luka baik.
- d) Keadaan umum lemah.
- e) Klien tampak membatasi gerak.
- f) Nyeri yang dirasakan seperti di iris-iris.
- g) Nyeri yang dirasakan bertambah saat klien bergerak.
- h) Observasi vital sign : TD 110/60 mmHg, Nadi 104 x/menit, Suhu 36°C,
RR 20 x/menit.

Masalah : Nyeri

Kemungkinan penyebab: Pelepasan mediator nyeri (histamin, prostaglandin) akibat trauma pembedahan.

3. Data ketiga (1 Mei 2014) Post SC hari ke-0

a. Data subyektif

Klien mengatakan cemas akan keadaannya karena mengeluarkan darah banyak.

b. Data obyektif

a) Klien sering bertanya tentang kondisinya.

b) Klien tampak cemas dan gelisah.

Masalah : Ansietas

Kemungkinan penyebab : Perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa.

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan atonia uterus ditandai dengan klien mengatakan banyak mengeluarkan darah, pusing, dan badannya terasa lemas, tampak mengeluarkan lokea rubra warna gumpalan hitam \pm 650 cc 3 jam post operasi caesar, klien pucat, akral dingin, mukosa bibir tampak kering, keadaan umum lemah, kontraksi uterus lembek, terpasang infus RL 20 tetes permenit, observasi vital sign : TD 110/60 mmhg, nadi 104 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit.
2. Nyeri berhubungan dengan pelepasan mediator nyeri (histamin, prostaglandin) akibat trauma pembedahan ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri yang di rasakan seperti di iris-iris, nyeri yang dirasakan bertambah saat klien bergerak, wajah tampak menyeringai, skala nyeri 4 sedang (rentang 0-10), abdomen terdapat luka operasi dengan kondisi luka baik, keadaan

umum lemah, klien tampak membatasi gerak, observasi vital sign : TD 110/60 mmhg, nadi 104 x/menit, suhu 36°C, RR 20x/menit.

3. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien mengatakan cemas akan keadaannya karena terjadi perdarahan, klien sering bertanya tentang kondisinya, klien tampak cemas dan gelisah.

3.3 Rencana Keperawatan

3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan atonia uterus ditandai dengan klien mengatakan banyak mengeluarkan darah, pusing, dan badannya terasa lemas, tampak mengeluarkan lokea rubra gumpalan hitam ± 650 cc 3 jam setelah post caesar, klien pucat, akral dingin, mukosa bibir tampak kering, keadaan umum lemah, kontraksi uterus lembek, terpasang infus RL 20 tetes permenit, observasi vital sign :TD 110/60 mmhg, nadi 104 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit.

- a. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam volume cairan kembali seimbang.
- b. Kriteria hasil :
 - 1) Vital sign dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, Nadi 60-100 x/menit, Suhu 36,5-37,5°C, RR 16-20 x/menit).
 - 2) Perdarahan berkurang.
 - 3) Kontraksi uterus keras
 - 4) Klien tidak pucat.
 - 5) Mukosa bibir lembab

6) Akral hangat.

c. Rencana Tindakan

1) Kaji dan catat jumlah perdarahan.

Rasional: Perkirakan kehilangan darah, arteri versus vena, dan adanya bekuan-bekuan membantu membuat diagnosa 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) Lakukan observasi intake dan output.

Rasional : Bermanfaat dalam memperkirakan luas/signifikansi kehilangan cairan.

4) Lakukan masase dengan telapak tangan di atas simpisis pubis.

Rasional : meningkatkan kontraktilitas dan menurunkan perdarahan

5) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, Infus RD5:RL 1:2 1500cc/24jam, Induxin 2 ampul, Pospargin 1 ampul/IM, Gastrul 4 tab/rectal.

Rasional: Untuk merangsang kontraksi uterus dan mengontrol perdarahan.

3.3.2 Diagnosa Keperawatan Kedua

Nyeri berhubungan dengan pelepasan mediator nyeri (histamin, prostaglandin) akibat trauma pembedahan ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri yang dirasakan seperti di iris-iris, nyeri yang dirasakan bertambah saat klien bergerak, wajah tampak menyeringai, skala nyeri 4 sedang (rentang 0-10), abdomen terdapat luka operasi dengan kondisi luka baik, keadaan umum lemah, klien tampak membatasi gerak, observasi vital sign : TD 110/60 mmhg, nadi 104 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit.

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

b. Kriteria hasil :

- 1) Mengidentifikasi metode yang tepat secara individu untuk meningkatkan keamanan.
- 2) Klien dapat beradaptasi dengan nyeri.
- 3) Pasien tampak rileks.
- 4) Wajah pasien tidak menyeringai.
- 5) Skala nyeri 0-1 atau hilang.

c. Rencana tindakan

- 1) Tentukan karakteristik, tipe, lokasi dan durasi nyeri.

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 punggung klien.

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

- 5) Kaji kemungkinan penyebab psikologis dari ketidaknyamanan.

Rasional :

Situasi darurat dapat mencetuskan rasa takut dan ansietas, yang memperberat persepsi ketidaknyamanan.

- 6) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi: Cefotaxime 3x1 gram, ketorolac 3x1 Amp.

Rasional : Untuk membantu klien mengurangi rasa nyeri.

3.3.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga

Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien mengatakan cemas akan keadaannya karena terjadi perdarahan, klien sering bertanya tentang kondisinya, klien tampak cemas dan gelisah.

- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam cemas dapat teratasi.

- b. Kriteria hasil :

- 1) Klien dapat mengungkapkan secara verbal dan mengatakan perasaan tenang.
- 2) Klien mengetahui tentang kondisinya.

c. Rencana tindakan

- 1) Kaji tingkat dan penyebab kecemasan klien.

Rasional : dapat mengetahui secara pasti tingkat kecemasan klien

- 2) Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.

Rasional : memberi peluang pada klien untuk merelaksasi pikiran.

- 3) Berikan informasi yang cukup mengenai pendarahan yang terjadi

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

- 4) Berikan informasi tentang kondisi klien

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

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan atonia uterus ditandai dengan klien mengatakan banyak mengeluarkan darah, pusing, dan badannya terasa lemas, tampak mengeluarkan lokea rubra warna gumpalan hitam \pm 650cc 3 jam setelah post operasi caesar, klien pucat, mukosa bibir tampak kering, akral dingin, keadaan umum lemah, kontraksi uterus lembek, terpasang infus RL 20 tetes permenit, observasi vital sign : TD 110/60 mmhg, nadi 104 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit.

Tabel 3.1 Pelaksanaan Keperawatan Pada Diagnosa Keperawatan Pertama

Tanggal	Jam	Implementasi	Hasil
1 Mei 2014	6.30	1. Mengukur intake dan output 2. Mengganti cairan infus	1. Intake \pm 800 cc, output \pm 950 cc 2. Cairan RL 500 ml drip induksin 2 ampul dengan 15 tetes permenit.
	10.00	1. Menghitung jumlah perdarahan	1. Perdarahan \pm 1/2 pembedalut
	11.00	1. Melakukan observasi vital sign.	1. TD 110/80, Nadi 90 x/menit, Suhu 36,3 °C, RR 20 x/menit.
	13.30	1. Melakukan observasi vital sign. 2. Melakukan pemeriksaan uterus.	1. TD 115/80 Nadi 84 x/menit, suhu 36,5°C, RR 20 x/menit. Klien mengatakan pusing dan lemas. 2. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras.
2 Mei 2014	15.00	1. Melakukan observasi vital sign.	1. TD 120/70, Nadi 86 x/menit, Suhu 36,8°C, RR 20 x/ menit.
	16.00	1. Membantu mengganti pembedalut dan menghitung perdarahannya.	1. Perdarahannya \pm 1/2 pembedalut.
		1. Melakukan observasi vital sign. 2. Menganjurkan klien untuk istirahat dan memberikan posisi yang nyaman.	1. TD 115/70, Nadi 84 x/menit, Suhu 36 °C, RR 20 x/ menit, klien mengatakan sudah tidak pusing lagi. 2. Klien kooperatif

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Kedua

Nyeri berhubungan dengan pelepasan mediator nyeri (histamin, prostaglandin) akibat trauma pembedahan ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi dengan, nyeri yang dirasakan seperti di iris-iris, nyeri yang dirasakan bertambah saat klien bergerak, wajah tampak menyeringai, skala nyeri 4 sedang (rentang 0-10), abdomen terdapat luka operasi dengan kondisi luka baik, keadaan umum lemah, klien tampak membatasi gerak, observasi vital sign : TD 110/60 mmhg, nadi 98 x/menit, suhu 36°C, RR 20x/menit.

Tabel 3.2 Pelaksanaan Keperawatan Pada Diagnosa Keperawatan Kedua.

Tanggal	Jam	Implementasi	Hasil
1 Mei 2014	6.30	<ol style="list-style-type: none"> Mengganti cairan infus. Mengajarkan klien untuk relaksasi dengan cara mengambil nafas dalam dan keluarkan secara perlahan. 	<ol style="list-style-type: none"> Cairan RL 500 ml drip induksin 2 ampul dengan 15 tetes permenit. Klien mengerti dan mempraktekan.
	11.00	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan observasi vital sign. Memotivasi keluarga klien untuk masase punggung klien. Memotivasi klien untuk melakukan latihan miring kanan dan miring kiri. 	<ol style="list-style-type: none"> TD 110/80, nadi 98 x/menit, suhu 36 °C RR 20 x/menit. Keluarga klien kooperatif. Klien mengerti dan melakukan miring kanan dan kiri.

	11.30	1. Memberikan terapi sesuai advice dokter: injeksi cefotaxime 3x1gram dan injeksi ketorolac 3x1 amp.	1. Injeksi cefotaxime 3x1gram dan injeksi ketorolac 3x1 amp.
	13.30	1. Melakukan observasi vital sign.	2. TD 115/80 Nadi 84 x/menit, suhu 36,5°C, RR 20 x/menit.
2 Mei 2014	15.00	1. Melakukan observasi vital sign. 2. Mengobservasi karakteristik nyeri, tipe, lokasi dan durasi.	1. TD 120/70, Nadi 86 x/menit, Suhu 36,8°C, RR 20 x/menit. 2. Nyeri pada luka operasi, kadang datang hilang dan timbul. Skala nyeri 3, wajah tampak sedikit menyeringai.
	16.00	1. Menganjurkan klien untuk minum obat yang telah diberikan. 2. Memotivasi klien untuk tetap mobilisasi duduk dan belajar berjalan.	1. Klien minum obat asam mefenamat dan cipro. 2. Klien tampak duduk dan mengerti.
	20.00	1. Melakukan observasi vital sign. 2. Menganjurkan klien untuk istirahat dan memberikan posisi yang nyaman.	1. TD 115/70, Nadi 84 x/menit, Suhu 36 °C, RR 20 x/menit. 2. Klien kooperatif
3 Mei 2014	08.00	1. Melakukan observasi vital sign. 2. Mengobservasi karakteristik nyeri, tipe, lokasi dan durasi.	1. TD 120/80, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,2 °C RR 20 x/menit. 2. Wajah klien tampak sedikit menyeringai, skala nyeri 2.

	10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan klien untuk pulang 2. Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter 3. Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi dan mengimunitasikan bayinya. 	
--	-------	---	--

2.4.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga

Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien mengatakan cemas akan keadaannya karena terjadi perdarahan, klien sering bertanya tentang kondisinya, klien tampak cemas dan gelisah.

Tabel 3.3 Pelaksanaan Keperawatan Pada Diagnosa Keperawatan ketiga

Tanggal	Jam	Implementasi	Hasil
1 Mei 2014	06.30	1. Mengganti cairan infus.	1. Cairan RL 500 ml drip induksin 2 ampul dengan 15 tetes permenit.
	11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan observasi vital sign. 2. Memberikan informasi yang cukup mengenai perdarahannya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. TD 110/80 Nadi 90 x/menit Suhu 36,3 °C RR 20 x/menit. 2. Klien mengerti.
	13.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan observasi vital sign. 2. Memberikan informasi tentang kondisi klien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. TD 115/80 Nadi 84 x/menit RR 20x/menit. 2. Klien mengerti dan klien sudah tidak gelisah.

2.5 Evaluasi Keperawatan

2.5.1 Catatan Perkembangan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan atonia uterus ditandai dengan klien mengatakan banyak mengeluarkan darah, pusing, dan badannya terasa lemas, tampak mengeluarkan lokea rubra warna gumpalan hitam \pm 650 cc 3 jam post operasi caesar, klien pucat, mukosa bibir tampak kering, akral dingin, keadaan umum lemah, kontraksi uterus lembek, terpasang infus RL 20 tetes permenit, observasi vital sign : TD 110/60 mmhg, nadi 104 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit.

Tanggal 01-05-2014 Jam 14.00

S : klien mengatakan pusing berkurang dan masih sedikit lemes

O : Perdarahan pervagina berkurang, TTV TD 115/80 Nadi 84 x/ menit, suhu 36,5°C, RR 20 x/menit, kontraksi uterus baik (keras), pemeriksaan TFU 2 jari bawah pusat.

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi di lanjutkan (No. 1,2,3 dan 5)

Tanggal 02-05-2014 jam 21.00

S: klien mengatakan sudah tidak pusing lagi.

O: perdarahan pervagina berkurang, pemeriksaan TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, keadaan umum cukup, vital sign TD 115/70, Nadi 84 x/menit, Suhu 36 °C, RR 20 x/ menit.

A : masalah keperawatan teratasi

P : Intervensi di hentikan

2. Nyeri berhubungan dengan pelepasan mediator nyeri (histamin, prostaglandin) akibat trauma pembedahan ditandai dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri yang dirasakan seperti di iris-iris, nyeri yang dirasakan bertambah saat klien bergerak, wajah tampak menyeringai, skala nyeri 4 sedang (rentang 0-10), abdomen terdapat luka operasi dengan kondisi luka baik, keadaan umum lemah, klien tampak membatasi gerak, observasi vital sign: TD 110/60 mmHg, nadi 104 x/menit, suhu 36°C, RR 20x/menit.

Tanggal 01-05-2014 jam 14.00

S : klien mengatakan masih nyeri pada luka operasi

O: skala nyeri 4 sedang (rentang 0-10), wajah tampak menyeringai, abdomen terdapat luka operasi dengan kondisi luka baik, vital sign TD 115/80 Nadi 84 x/ menit , suhu 36,5 °C, RR 20 x/menit.

A: masalah keperawatan belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan (No. 2,3,4 dan 5)

Tanggal 02-05-2014 jam 21.00

S : klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang.

O:Nyerinya hilang timbul, skala nyeri 3 ringan (rentang 0-10), wajah tampak sedikit menyeringai, vital sign TD 115/80 Nadi 84 x/ menit, suhu 36,5°C, RR 20 x/menit.

A: masalah keperawatan teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan (No. 3,4 dan 5).

Tanggal 03-05-2015 jam 08.00

S: klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang

O: wajah tampak sedikit menyeringai, Skala 2 ringan (rentang 0-10), vital sign TD 120/80, Nadi 80 x/menit, suhu 36,2°C, RR 20 x/menit.

A: masalah keperawatan teratasi sebagian

P: intervensi di pertahankan.

3. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan yang mengancam jiwa ditandai dengan klien mengatakan cemas akan keadaannya karena terjadi perdarahan, klien sering bertanya tentang kondisinya, klien tampak cemas dan gelisah.

Tanggal 01-05-2014 jam 14.00

S: klien mengatakan sudah mengetahui tentang kondisinya.

O: klien tampak rileks, klien istirahat.

A: masalah keperawatan teratasi

P: intervensi di pertahankan