

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Diagnosa G4P3A1 uk 30/31 Preterm Premature Rupture Of Membrane (PPROM) + Anemia, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 24-25 Juni 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 24 Juni 2021 jam 08.00 WIB di ruang VK di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **2.2.5 Identitas**

Pasien adalah seorang ibu bernama Ny. N berusia 36 tahun. Pasien MRS pada tanggal 23 Juni 2021 pukul 21.00 WIB di ruang VK RSAL Dr. Ramelan Surabaya. Dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Juni 2021 pada pukul 11.00 WIB. Pasien beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Jawa, pendidikan terakhir adalah Sekolah Menengah Kejuruan, pekerjaan Ibu sebagai Karyawan swasta di Surabaya. Pasien merupakan istri dari Tn. T, pekerjaan suami sebagai Karyawan Swasta.

##### **3.1.2 Identitas**

###### **1. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan merasa lemas dan lemah

## 2. Riwayat Kondisi Saat Ini

Pasien mengatakan pada tanggal 23 Juni 2021 pada pukul 15.00 WIB pasien melakukan kontrol rutin ke poli kandungan RSI Surabaya. Setelah kontrol janin (USG) dengan usia kehamilan 30/31 minggu, keadaan janin baik dengan tafsiran berat janin 1639 gr. Sebelum perjalanan pulang saat diparkiran pasien merasa ingin BAK, saat BAK pasien merasakan keluar air banyak tampak seperti lendir berwarna bening kemudian pasien cemas dan membawanya kembali ke IGD RSI, diperiksa oleh dokter ketubannya sudah merembes dan saat dilakukan VT sudah pembukaan 2. Kemudian pasien dirujuk di RSAL Dr.Ramelan Surabaya pukul 21.00. setelah pasien sampai di IGD kemudian pasien dilakukan cek lab dan terdapat hasil HB: **6,70 g/Dl** dan diobservasi menggunakan tes Lakmus hasil + biru kemudian didiagnosa G4P3A1 uk 30/31 mg Premature Rupture Of Membrane (Pprom)+Anemia kemudian pasien disarankan untuk rawat inap diruang VK pada pukul 22.00 WIB dilakukan tes lakmus kembali dan hasil (+) menjadi biru. Tanggal 24 Juni 2021 pukul 06.00 dilakukan transfusi PRC masuk 1 bag dan mendapatkan terapi transfusi 4 bag dan dilakukan pemasangan foley kateter, diberikan O2 nasal 4 lpm. Pada saat pengkajian tanggal 24 Juni 2021 pada pukul 11.00 WIB pasien mengatakan lemas, dan cemas akan keadannya saat ini, pasien tampak pucat. Keadaan pasien GCS 456, CRT >2 detik, TD : 100/80, S : 36,0°C, N : 70, RR : 23x/menit, SPO2 : 100%, G4P3A1 uk 30/31 mg pembukaan 2, Djj 142x/dop, his 1x10 menit pasien mendapat terapi infus RL 1000 ml/14 tpm, pasien terpasang O2 nasal 4 lpm, Pasien mempunyai riwayat penyakit anemia. Pasien mendapat terapi inj Cinam 2x1,5mg, Dexamethason 2x6mg, Nifedipin tocolitik 2x30mg.

### 3. Diagnosa Medik

G4P3A1 uk 30/31 Premature Rupture Of Membrane (Pprom)+Anemia

#### 3.1.3 Riwayat Keperawatan

##### 1. Riwayat Obstetri

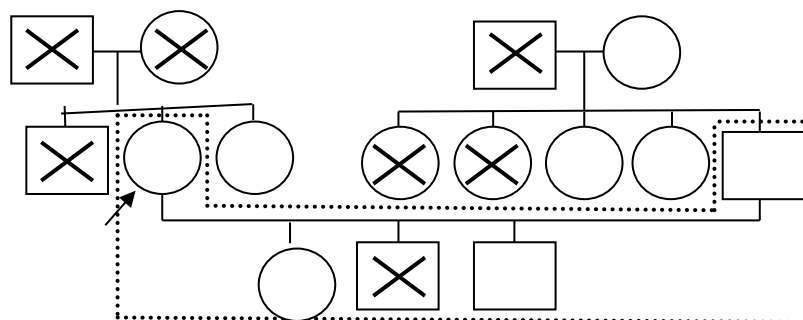
###### a. Riwayat Menstruasi

Pasien menarche pada usia 13 Tahun, dengan siklus teratur, lamanya haid kurang lebih 6-7 hari. Dengan jumlah  $\pm$  ganti 3 kali pembalut/hari. Pasien mengeluh dismenorhe tetapi tidak mengganggu aktivitas.

###### b. Genogram

Pasien merupakan anak ke dua dari tiga bersaudara. Memiliki 1 kakak laki-laki sudah meninggal dan satu adik perempuan. Orang tua (Ibu dan ayah) pasien sudah meninggal, Pasien menikah dengan Tn. T dan memiliki tiga orang anak, dua orang anak laki – laki meninggal satu dan satu anak perempuan.

Genogram



Keterangan :





c. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas :

Pasien mengatakan pernah melahirkan 3 kali. Pada saat hamil anak pertama 2011, anak lahir secara spontan, uk 37/38 mg berat lahir 3300gr, hamil ke dua 2013 pada uk 24 mg meninggal berat 1300gr. Pada saat hamil anak ke tiga 2018, lahir secara spontan uk 37/38 mgg dengan berat lahir 2980 gram. Sekarang pasien hamil anak ke 4 uk 30/31mg.

**Tabel 3.1 riwayat kehamilan, persalinan, nifas**

| Anak ke |       | Kehamilan               |           | Persalinan |          |                    | Komplikasi nifas |           |            | Anak      |         |        |
|---------|-------|-------------------------|-----------|------------|----------|--------------------|------------------|-----------|------------|-----------|---------|--------|
| N       | Tahun | Umur kehamilan          | Penyulit  | Jenis      | Penolong | Penyulit           | Laserasi         | Infeksi   | Perdarahan | Jenis     | BB      | PJ     |
| 1       | 2011  | 37/38 minggu            | Tidak ada | Spontan    | Dokter   | Tidak ada          | Tidak ada        | Tidak ada | Tidak ada  | Laki laki | 3300 gr | Dokter |
| 2       | 2013  | 24/25 minggu            | Tidak ada | Spontan    | Dokter   | kpd                | Tidak ada        | Tidak ada | Tidak ada  | Laki laki | 1300 gr | Dokter |
| 3       | 2018  | 37/38 minggu            | Tidak ada | Spontan    | Bidan    | Tidak ada          | Tidak ada        | Tidak ada | Tidak ada  | Perempuan | 2980 gr | Bidan  |
| 4       | 2021  | Belum lahir uk 30/31 mg | -         | -          | -        | Ketuban pecah dini | -                | -         | -          | Laki laki |         | Dokter |

**2. Riwayat Keluarga Berencana**

Ny. N melaksanakan KB setelah melahirkan anak pertama hingga Tahun 2012. Jenis kontrasepsi yang digunakan adalah jenis KB suntik.

**3. Riwayat Kesehatan**

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit anemia sejak kehamilan dan mendapat pengobatan yang dikonsumsi etabion dan pasien meminumnya 1x1 tab.

#### **4. Riwayat penyakit keluarga**

Pasien mengatakan anggota keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit Hipertensi, asma, dll

#### **5. Riwayat Lingkungan**

Lingkungan tempat tinggal pasien cukup bersih, pasien mengatakan setiap hari membersihkan rumah pagi dan sore. Ny. N mengatakan kesehariannya tidak berada di tempat yang berbahaya. Ny. N memahami tentang pentingnya menjaga kebersihan.

#### **6. Aspek Psikososial**

Ny. N mengatakan bahwa pasrah kepada Allah SWT, dan percaya oleh dokter bahwa akan melakukan yang terbaik untuk dia dan bayinya, namun pasien khawatir dengan kesehatan bayi. Ny. N mengatakan yang biasanya bisa beraktivitas sehari – hari, kini tidak dapat beraktivitas karena berbaring di rumah sakit. Ny. N mengatakan bahwa dia berharap dia dan bayinya sehat, dan dapat melakukan persalinan meskipun dengan caesar atau normal.

#### **7. Kebutuhan Dasar Khusus (di Rumah dan Rumah Sakit)**

##### **a. Pola Nutrisi**

Sebelum MRS pasien makan 3x sehari, jenis makanan nasi, lauk pauk, dan buah, pasien tidak terlalu suka sayur, frekuensi minum  $\pm 1000$  cc/hari jenis air putih dan teh, sejak MRS pasien

makan habis hanya ½ porsi habis tidak mau makan sayur, pasien makan pada pukul 07.00 WIB, jenis makanan : nasi, lauk, buah dan sayur, frekuensi minum : ± 900 cc.

b. Pola eliminasi

Sebelum MRS pasien mengatakan BAK 5-8 x/hari, warna : kuning jernih, bau khas urine, konsisten cair, jumlah urine ± 160 cc/jam, keluhan saat BAK : pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada sistem perkemihan atau riwayat ISK, dll. Saat MRS pasien tampak menggunakan foley kateter, jumlah urine ± 800 cc/ 5 jam (terpasang tanggal 24 pukul 06.00 WIB ), warna : kuning jernih, tidak ada endapan, keluhan saat BAK : tidak ada. Pasien BAB SMRS frekuensi 1-2 x/hari, warna : kuning kecoklatan, bau : khas, konsistensi : lembek, keluhan : tidak ada. BAB MRS Ny.S mengatakan masih belum BAB sejak MRS, warna bau dan konsisten : tidak terkaji.

c. Pola personal hygiene

Sebelum MRS pasien mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari setiap mandi pagi dan sore. Cuci rambut 2 hari sekali. Selama MRS pasien bedrest sehingga saat mandi pasien hanya cuci muka dan diseka dibantu oleh perawat dan keluarga sebanyak 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan malam, belum cuci rambut selama MRS.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum MRS pasien tidur 8-9 jam perhari. Kebiasaan sebelum tidur menonton TV, tidak ada masalah gangguan pola tidur. Selama MRS pasien mengatakan tidur 7 jam perhari tetapi tidak nyenyak. Pasien mengatakan karena lingkungan kurang nyaman dan tidak nyaman saat dirumah ungkap Ny.N, aktivitas sebelum tidur berbincang – bincang dengan keluarganya.

e. Pola aktifitas dan latihan

Keseharian Ny.S adalah sebagai karyawan swasta, Ny.S mengatakan olahraga senam hamil setiap hari minggu, kegiatan waktu luang : berkumpul dengan keluarganya. Keluhan dalam beraktifitas : Sebelum MRS pasien mengatakan mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari meliputi membersihkan rumah, mandi, makan, BAB/BAK, dan berpakaian pasien melakukannya secara mandiri dan tidak menggunakan alat bantu saat dirumah. Namun, setelah MRS pasien hanya bedrest, karena merasa lemas, pasien ingin segera pulang agar bisa kembali beraktifitas, kegiatan waktu luang : Menonton TV

f. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien maupun anggota keluarganya tidak ada yang konsumsi rokok, minuman keras dan tidak ketergantungan obat

### **3.1.5 Pemeriksaan Fisik**

Keadaan umum pasien tampak lemas, kesadaran composmentis, pemeriksaan Tanda – tanda vital : Tekanan darah 100/80 mmHg, Nadi 70 x/menit, Respiratory rate 23 x/menit, Suhu 36,0 ° c, Spo2 100 % terpasang

02 nasal 4 lpm, berat badan : 58 kg, tinggi badan : 153 cm, CRT >2 Berikut ini adalah pemeriksaan head to toe pada pasien:

1. Kepala

Pemeriksaan kepala tampak bentuk kepala simetris, tidak ada lesi ataupun massa. Tidak ada keluhan sakit kepala.

2. Mata

Pada pemeriksaan kelopak mata tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, gerakan mata kanan kiri normal, bentuk mata simetris, akomodasi normal, dapat melihat ke segala arah, konjungtiva ditemukan anemis, sklera Ikterik, pupil bulat dan isokor.

3. Hidung

Pada pemeriksaan hidung tampak simetris bentuk kanan dan kiri, Ny. N mengatakan tidak memiliki alergi debu, sinus tidak memiliki riwayat sinusitis akut maupun kronis

4. Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan gigi geligi tampak utuh, tidak ada carries, tidak ada sariawan, Ny. N mengatakan tidak mengalami gangguan menelan , mukosa bibir pasien kering.

5. Dada dan Axilla

Pada pemeriksaan mammae membesar, Areolla mammae kehitaman, Papila mammae menonjol dan membesar , Colostrum tidak terkaji.

6. Pernafasan

Pada pemeriksaan pernafasan didapatkan bentuk dada normochest, jalan nafas bebas dan paten (bernafas spontan), suara nafas vesikuler, tidak



menggunakan otot bantu nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pernafasan pursed lips, pernafasan irreguler, pasien tampak dyspneu, frekuensi pernafasan 23x/menit, Spo2 100 % dengan dibantu O2 nasal 4lpm.

#### 7. Sirkulasi jantung

Pada pemeriksaan sirkulasi di dapatkan hasil tekanan nadi 70 x/menit kekuatan lemah, reguler, tekanan darah 100/80 MmHg, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri dada, CRT >2 detik, akral teraba dingin, wana kulit pucat.

#### 8. Abdomen

Tinggi fundus uterus: 32cm, Djj 142x/dop Leopold I : 32cm, bagian fundus teraba bulat lunak, tidak melenting, kesan bokong. Leopold II : Bagian kanan ibu kesan punggung kanan. Leopold III : Bagian terendah teraba bulat melenting kesan kepala belum memasuki PAP. Leopold IV : Janin belum memasuki PAP. Tidak ada nyeri pada perut, terdapat linea nigra.

#### 9. Genitourinary

Tidak terdapat ruptur pada perineum, pada pemeriksaan vesika urinaria tidak terjadi distensi kandung kemih, pasien tampak menggunakan foley kateter, jumlah urine  $\pm$  800 cc/ 5 jam (terpasang tanggal 24 pukul 06.00 WIB), warna kuning jernih, tidak ada endapan, pada pemeriksaan vagina pasien tampak keluar lendir berwarna bening

#### 10. Ekstrimitas (integumen/muskuloskeletal)

Pada pemeriksaan ekstermitas didapatkan hasil, warna kulit sawo matang, tidak terdapat kontraktur pada persendian ekstrimitas, tidak terdapat edema ekstermitas, tidak ada kesulitan dalam pergerakan.

Kekuatan otot :

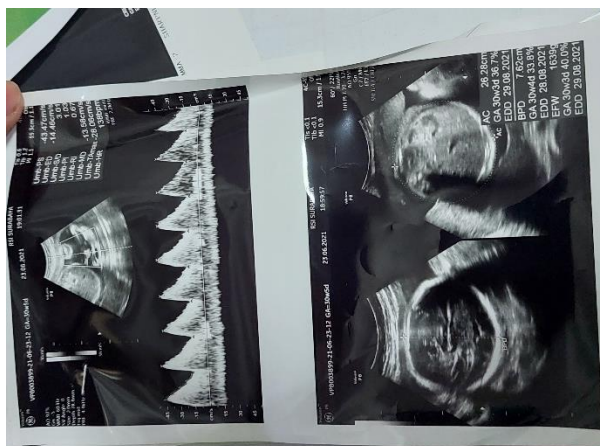
|      |      |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

### 3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1) Laboratorium : Tanggal 24-06-2021

| Parameter | Hasil | Nilai Normal |
|-----------|-------|--------------|
| Leukosit  | 13,79 | 4,00-10.00   |
| HB        | 6,70  | 12-15        |
| Eritrosit | 2,69  | 3,50-5,00    |
| Trombosit | 310   | 150-450      |

2) USG : EFW 1639 gr (tanggal 23 06 2021)



4) Terapi yang didapat:

| Obat                | Dosis                                   | Cara Pemberian | Indikasi  |
|---------------------|---|----------------|---|
| RL                  | 1000cc/24 jam                           | IV             | Untuk menggantikan cairan tubuh   |
| Dexa                | 6mg                                     | IM             | Pematangan paru janin   |
| Cinam               | 2x1,5gr                                 | IV             | Digunakan untuk membantu terapi dan <i>pengobatan</i> beberapa jenis infeksi dalam tubuh yang disebabkan oleh bakteri |
| Nifedipin tokolitik | 2x30 mg                                 | Tab            | Untuk menghilangkan kontraksi uterus sehingga persalinan prematur dapat dihambat                                      |
| Etabion             | 1x sehari 1                             | Tab            | Mengatasi anemia pada ibu hamil   |
| Transfusi PRC       | 4 bag (1 bag 300 cc), sudah masuk 1 bag | IV             | Untuk pasien yang kekurangan darah (penurunan kadar hemoglobin) atau menderita penyakit tertentu                      |

### 3.2 Analisa Data

| No | Data   | Etiologi                        | Masalah   |
|----|--|---------------------------------|---|
| 1  | <p><b>DS :</b> Pasien mengatakan tampak lemas</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRT &gt;2 detik</li> <li>- RR 23x/menit</li> <li>- S 36 °C</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- <b>HB: 6,70 g/dl</b></li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Frekuensi nadi 70x/mnt teraba lemah</li> </ul>   | <p>Penurunan konsentrasi HB</p> | <p>Perfusi perifer tidak efektif<br/>(D.0009)</p> |
| 2  | <p>Dibuktikan dengan :</p> <p>KPSW ketuban pecah sebelum waktunya</p> <p><b>DS :</b> Pasien mengatakan ketuban sudah pecah</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya cairan vagina seperti lendir, dan berwarna putih bening</li> <li>- Tes Lakmus (+) biru</li> <li>- Leukosit 13,79 10<sup>3</sup>/Ul</li> <li>- Tanda-tanda Vital</li> </ul> <p>TD : 100/80</p> <p>S : 36,0°C</p> <p>N : 70x/mnt</p> <p>RR : 23x/menit</p> |                                 | <p>Risiko infeksi<br/>(D.0142)</p>                |
| 3  | <p>Dibuktikan dengan :</p>   |                                 | <p>Risiko Cedera pada Janin<br/>(D.0138)</p>      |

|   |   |                                     |                   |
|---|---|-------------------------------------|-------------------|
|   | <p>KPSW ketuban pecah sebelum waktunya</p> <p><b>DS :</b> Pasien mengatakan ketuban sudah pecah</p> <p><b>DO :</b> Tes Lakmus (+) biru , cairan putih seperti lendir</p> <p>TD : 100/80</p> <p>S : 36,0°C</p> <p>N : 70x/mnt</p> <p>RR : 23</p> <p>DJJ: 142x /dop</p> <p>His: 1x10menit</p>   |                                     |                   |
| 4 | <p><b>DS:</b> Px merasa bingung dan khawatir akan janin yang dikandungnya dan mengatakan takut dengan kondisinya</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak tegang dan cemas dengan kondisi yang dihadapi</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Tanda-tanda Vital</li> </ul> <p>TD : 100/80</p> <p>S : 36,0°C</p> <p>N : 70x/mnt</p> <p>RR : 23x/menit</p> | Krisis Situasional (terjadinya KPD) | Ansietas (D.0080) |

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian pasien didapatkan diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan HB ditandai dengan Pasien mengeluh lemas, pasien tampak pucat , Konjungtiva anemis, RR 23x/menit, S 36 °C, frekuensi nadi 70x/mnt, CRT>2 detik, HB: **6,70 g/dL** , Eritrosit: **2.67** 10<sup>3</sup>/Ul.
2. Resiko infeksi ditandai dengan pasien mengatakan ketuban sudah pecah, adanya cairan vagina seperti lendir berwarna putih bening, Tes lakmus (+) biru, Leukosit **13,79 10<sup>3</sup>/Ul**, TD 100/80, N 70 x/menit, S 36° C, RR 23 x/menit.
3. Risiko Cedera pada Janin ditandai dengan pasien mengatakan ketuban sudah pecah, Tes Lakmus (+) biru, cairan putih seperti lendir, TD : 100/80, S : 36,0°C, N : 70x/mnt, RR : 23, DJJ: 142x /dop, His: 1x10menit
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (kejadian KPD) ditandai dengan pasien merasa bingung dan khawatir akan janin yang dikandungnya dan mengatakan takut dengan kondisinya, pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang dan cemas dengan kondisi yang dihadapi, pasien tampak pucat, TD 100/80, N 70 x/menit, S 36° C, RR 23 x/menit.

**INTERVENSI KEPERAWATAN**







| <b>No.</b> | <b>Diagnosa Keperawatan (SDKI)</b>  | <b>Tujuan (SLKI)</b>  | <b>Intervensi (SIKI)</b>  |
|------------|---|---|---|
| 1.         | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi HB | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, diharapkan masalah perfusi perifer meningkat, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kadar hemoglobin dalam (11,5 – 15,0 g/dl)</li> <li>2. Membran mukosa membaik</li> <li>3. Warna kulit pucat menurun</li> <li>4. Pengisian kapiler membaik</li> <li>5. Akral membaik</li> <li>6. Tanda – tanda vital cukup membaik<br/>           TD : 110 – 120/ 70-80 mmHg<br/>           Suhu : 36 – 37,5 ° C<br/>           Nadi : 80 – 100 x/menit<br/>           RR : 16 – 22 x/menit<br/>           SpO2 : 95 – 100 %</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan tekanan nadi, frekuensi nafas dan tekanan darah</li> <li>2. Monitor status saturasi oksigen</li> <li>3. Monitor turgor kulit dan CRT, tingkat kesadaran, pantau jumlah perdarahan yang keluar</li> <li>4. Anjurkan pasien untuk bedrest</li> <li>5. Edukasi kepada pasien untuk meningkatkan asupan per oral (minum air putih sesering mungkin, meningkatkan nafsu makan sumber hewani dan sayur)</li> <li>6. Kolaborasi pemasangan IV line dengan selang set tranfusi, pemberian transfusi darah jika perlu.</li> </ol> |
| 2          | Resiko Infeksi  | Setelah diberikan intervensi selama 2x24 jam setiap pertemuan diharapkan ekspektasi   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak</li> </ol>   |



|    |                                    |  |  |
|----|------------------------------------|--|--|
|    |                                    | <p>menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Demam menurun</li> <li>3. Kemerahan menurun</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Bengkak menurun</li> </ol>   | <p>dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pertahankan tehnik aseptif pada pasie berisiko tinggi</li> <li>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol>  |
| 3  | Risiko cedera pada janin           | <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 30 menit diharapkan risiko cedera pada janin tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kejadian cedera menurun (DJJ membaik 120-160x/menit)</li> <li>- Frekuensi gerak janin membaik</li> <li>- Berat badan membaik</li> <li>- Tanda – tanda vital dalam rentang normal</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko kehamilan</li> <li>2. Identifikasi riwayat obstetric</li> <li>3. Monitor Djj dan adanya kontraksi</li> <li>4. Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil</li> <li>5. Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran</li> <li>6. Jelaskan risiko janin mengalami kelahiran premature</li> <li>7. Anjurkan ibu untuk beraktivitas dan beristirahat yang cukup</li> <li>8. Ajarkan mengenali tanda bahaya kehamilan</li> <li>9. Kolaborasi pemberian dexamethason untuk pematangan paru</li> </ol> |
| 4. | Ansietas berhubungan dengan krisis | Setelah dilakukan intervensi keperawatan sebanyak 2x24 jam maka tingkat ansietas   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> </ol>  |




|  |                                       |  |   |
|--|---------------------------------------|--|---|
|  | <p>situasional<br/>(kejadian KPD)</p> | <p>menurun dengan<br/>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi<br/>khawatir akibat<br/>kondisi yang<br/>dihadapi menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah<br/>menurun</li> <li>3. Muka pucat<br/>menurun</li> <li>4. Cemas menurun</li> <li>5. Ketegangan<br/>menurun</li> <li>6. Klien mampu<br/>mengungkapkan<br/>dan menunjukkan<br/>teknik untuk<br/>mengontrol cemas</li> <li>7. Tanda – tanda vital<br/>cukup membaik<br/>TD : 110 – 120/ 70-<br/>80 mmHg<br/>Suhu : 36 – 37,5 ° C<br/>Nadi : 80 – 100<br/>x/menit<br/>RR : 16 – 22 x/menit<br/>SpO2 : 95 – 100 %</li> </ol> | <p>(kondisi, waktu,<br/>stressor)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Temani pasien<br/>untuk<br/>mengurangi<br/>kecemasan</li> <li>3. Pahami situasi<br/>yang membuat<br/>ansietas<br/>dengarkan<br/>dengan penuh<br/>perhatian</li> <li>4. Anjurkan<br/>keluarga untuk<br/>tetap bersama<br/>pasien (suami)</li> <li>5. Latih teknik<br/>relaksasi</li> <li>10. Ciptakan<br/>lingkungan yang<br/>tenang dan tanpa<br/>gangguan dan<br/>pencahayaan dan<br/>suhu ruang nyaman<br/>, jika<br/>memungkinkan</li> </ol> |
|--|---------------------------------------|--|---|



**TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN**



| No. Dx  | Tanggal dan Jam    | Tindakan dan Evaluasi  | Paraf   | Tanggal dan jam    | No. Dx | Catatan Perkembangan   | Paraf   |
|---------|--------------------|--|---|--------------------|--------|--|---|
| 1,2,3,4 | 24/6/2021<br>11.00 | Timbang terima dengan perawat jaga pagi  |    | 24/6/2021<br>11.30 | 1      | <b><u>Perfusi perifer tidak efektif</u></b><br>S : Pasien mengatakan lemas, lemah<br>O: Pasien tampak lemas, CRT>2 detik, akral teraba dingin, pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, Frekuensi nadi 70x/mnt teraba lemah<br><b>HB: 6,70 g/dl</b><br>Eritrosit: <b>2.67 10<sup>3</sup>/UI</b> |    |
| 3       | 12.15              | Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien<br><br>Hasil: Tangan bersih untuk mencegah proliferasi bakteri dan menurunkan resiko infeksi |  |                    |        | A : Masalah belum teratasi<br>P : Intervensi 1,3,5,6 dilanjutkan   |  |
| 3       | 12.20              | Monitor detak jantung janin, dan adanya kontraksi<br><br>Hasil: Djj: 142x/menit, His 1x10 menit  |   |                    | 2      | <b><u>Risiko infeksi</u></b><br>S : Pasien mengatakan ketuban merembes<br>O : Adanya cairan vagina seperti lendir, dan berwarna putih bening, Tes Lakmus (+) biru, Leukosit 13,79 10 <sup>3</sup> /UI, TD : 100/80, S : 36,0°C, N : 70x/mnt, RR : 23x/menit, leukosit : <b>13,79 10<sup>3</sup>/UI</b>               |  |
| 1,2,3,4 | 12.25              | Monitor tanda tanda vital:<br><br>TD : 100/80 mmHg, Nadi : 70x/menit , RR: 23x/menit , SPO2: 100% dengan bantuan O2 4lpm<br><br>Suhu : 36,0 °C       |  |                    |        |  |   |
| 3       |                    |  |   |                    |        |  |   |

|   |       |   |  |  |    |  |   |
|---|-------|---|--|--|----|--|---|
| 4 | 12.30 | Mengajarkan mengenali tanda bahaya kehamilan<br>Hasil: pasien terlihat paham apa yang sudah dijelaskan  |  |  |    | A : Masalah belum teratasi<br>P : Intervensi 3,5,6 dilanjutkan   |   |
| 3 | 12.35 | Mengidentifikasi tingkat ansietas<br>Hasil: ibu merasa cemas dengan janin dan kondisinya saat ini   |  |  | 3  | <b><u>Risiko cedera pada janin</u></b><br>S : Pasien mengatakan ketuban sudah pecah, dan ada kontraksi<br>O : Tes Lakmus (+) biru, cairan putih seperti lendir, TD : 100/80, S : 36,0°C, N : 70x/mnt, RR : 23, DJJ: 142x /dop, His: 1x10menit  |    |
| 4 | 13.00 | Mengidentifikasi faktor resiko kehamilan<br>Hasil: pasien sudah mengetahui akan resiko saat hamil   |  |  |    | A : Masalah belum teratasi<br>P : Intervensi 3,9 dilanjutkan   |   |
| 3 | 13.10 | Menganjurkan keluarga mendampingi ibu saat merasa cemas<br>Hasil: memberikan support mental kepada ibu agar tetap semangat dengan kondisinya saat ini   |  |  | 4. | <b><u>Ansietas</u></b><br>S : Pasien merasa bingung dan khawatir akan janin yang dikandungnya dan mengatakan takut dengan kondisinya<br>O : Pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang dan cemas dengan kondisi yang dihadapi, pasien tampak pucat, TD 100/80, N 70 x/menit, S 36° C, RR 24 x/menit |  |
| 1 | 13.50 | Menjelaskan resiko janin kelahiran prematur<br>Hasil: ibu sudah faham dan berserah diri kepada Tuhan YME<br>Mengganti infus PRC<br>Hasil: Pasien diberikan PRC 1 bag 300cc/IV. Prc masuk 2 bag. |  |  |    | A : Masalah belum teratasi   |   |

|       |       |   |  |  |  |                                  |  |
|-------|-------|---|--|--|--|----------------------------------|--|
|       | 13.55 | <p>Memonitor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba dingin</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- CRT &gt;2 detik</li> <li>- Kesadara baik</li> </ul> <p>composmetis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- konjungtiva anemis</li> </ul> |  |  |  | P: Intervensi 5,6<br>dilanjutkan |  |
| 2     | 14.00 | <p>Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil: leukosit : <b>13,79</b><br/><b>10<sup>3</sup>/UI</b></p> <p>S: 36,0<sup>o</sup>C</p>  |  |  |  |                                  |  |
| 4     | 14.10 | <p>Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>Hasil: Pasien tampak sedikit tenang dan mau cerita hal yang membuatnya cemas</p>   |  |  |  |                                  |  |
| 1,2,3 | 14.20 | <p>Memberikan injeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cinam 2x1,5 mg/IV</li> <li>- dexametason 2x6mg/IV</li> <li>- nifedipin tokolitik 2x30mg / PO</li> <li>- etabion 1x1/PO</li> </ul> <p>Hasil: pasien tidak ada alergi obat</p>                       |  |  |  |                                  |  |
| 3     | 14.30 | <p>Mengidentifikasi riwayat obstetric</p> <p>Hasil: pasien pernah mengalami abortus, pasien kehamilan anak ke 4</p>   |  |  |  |                                  |  |

|         |                           |   |  |                                       |   |  |   |
|---------|---------------------------|---|--|---------------------------------------|---|--|---|
| 1,3     | 14.35                     | Menganjurkan pasien untuk bedrest<br>Hasil: pasien sudah mengerti apa yang akan dilakukan   |  |                                       |   |  |   |
| 1,2,3   | 14.40                     | Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan<br>Hasil: pasien makan makanan dari rumah sakit seperti snak, sayur, buah, lauk pauk, nasi habis setengah porsi |  |                                       |   |  |   |
| 3       | 14.50                     | Diskusi tentang ketidaknyamanan selama hamil<br>Hasil: pasien mengetahui apa yang dirasakan saat hamil  |  |                                       |   |  |   |
| 3       | 15.00                     | Mendiskusikan persiapan persalinan dan kelahiran<br>Hasil: pasien sudah faham apa saja yang di siapkan  |  |                                       |   |  |   |
| 1,2,3,4 | <b>25/6/2021</b><br>07.00 | Timbang terima dengan perawat jaga malam  |  | <b>25/6/2021</b><br><b>1</b><br>07.00 | 1 | <b><u>Perfusi perifer tidak efektif</u></b><br>S : Pasien mengatakan sudah sedikit bertenaga tidak seperti kemarin, minum ± 1000 cc , makan 1 porsi dengan daging dan sayur<br>O: Pasien tampak lebih bertenaga, CRT<2 |  |
| 1,2,3,4 | 08.00                     | Monitor tanda tanda vital<br>Hasil:<br>TD : 110/80  |  |                                       |   |  |   |

|         |       |   |  |  |   |   |   |
|---------|-------|---|--|--|---|---|---|
|         |       | <p>S: 36,6°C<br/>N: 79x/menit<br/>RR : 21x/menit<br/>SPO2: 100% dengan bantuan O2 4lpm</p> <p>Mengedukasi pasien untuk meningkatkan asupan oral untuk minum air putih sesering mungkin, dan meningkatkan nafsu makan daging dan sayur tinggi zat besi<br/>Hasil : pasien mengatakan minum ± 1000 cc , makan 1 porsi dengan daging dan sayur</p> |  |  |   | <p>detik, akral teraba hangat , konjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab Frekuensi nadi 80x/mnt teraba kuat, SPO2 : 100% dengan O2 4lpm, HB: <b>9,60 g/dl</b>, Eritrosit : <b>3.60 10<sup>3</sup>/UI</b></p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>  |   |
| 1,2     | 09.00 |   |  |  | 2 | <p><b><u>Risiko infeksi</u></b></p> <p>S : Pasien mengatakan ketuban merembes berkurang</p> <p>O : Adanya cairan vagina seperti lendir, dan berwarna putih bening, Tes Lakmus (+) biru, TD : 110/80, S : 36,6°C, N : 79x/mnt, RR : 21x/menit, leukosit : <b>11,95 10<sup>3</sup>/UI</b></p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi hentikan</p> |   |
| 2,3,4   | 09.10 | <p>Membantu melakukan VT dan tes Lakmus</p> <p>Hasil: saat di vt pembukaan 2, tes lakmus (+) biru</p>   |  |  |   |   |   |
| 1       | 09.20 | <p>Menganjurkan pasien untuk bedrest</p> <p>Hasil: pasien sudah mengerti apa yang akan dilakukan</p>  |  |  |   | <p><b><u>Risiko cedera pada janin</u></b></p>   |  |
| 1,2,3,4 | 10.30 | <p>Membuang urin bag dengan gelas ukur</p> <p>Hasil : 800 cc urin</p>   |  |  | 3 | <p>S : Pasien mengatakan ada kontraksi</p> <p>O : Tes Lakmus (+) biru, cairan putih seperti lendir, TD : 110/80, S : 36,6°C, N : 79x/mnt, RR :</p>  |   |
|         | 11.00 |   |  |  |   | <p>S : 36,6°C, N : 79x/mnt, RR :</p>  |   |

|                      |                    |  |  |    |   |   |
|----------------------|--------------------|--|--|----|---|---|
| 2<br><br><br>1,2,3,4 | 11.30              | <p>Membersihkan genetalia pasien dan memonitor tanda infeksi</p> <p>Hasil: lendir berwarna bening</p> <p>Memonitor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral pasien hangat, kering</li> <li>- Mukosa bibir lembab</li> <li>- CRT &lt;2 detik</li> <li>- Kesadara baik composmetis</li> <li>- konjungtiva merah muda</li> </ul>  |  |    | <p>21x/menit, DJJ: 145x /dop, His: 1x10menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p><b><u>Ansietas</u></b></p> <p>S : Pasien mengatakan sedikit tenang dan berserah diri kepada tuhan, dan percaya dengan dokter yang menanganinya</p> |  |
| 4                    | 11.40              | <p>Mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam</p> <p>Hasil: pasien tampak lebih rilex</p>  |  | 4. | <p>O : Pasien tampak lebih tenang , pasien tampak berserah diri ,pasien tidak begitu cemas TD 110/80, N 79 x/menit, S 36°6 C, RR 21 x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>  |  |
| 1,2,3                | 11.45<br><br>11.50 | <p>Menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dan pencahayaan dan suhu ruang nyaman</p> <p>Hasil: pasien tampak lebih nyaman</p> <p>Memberikan injeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cinam 2x1,5 mg/IV</li> <li>- dexta 2x6mg/IV</li> <li>- nifedpin tokolitik 2x30mg / PO</li> <li>- etabion 1x1/PO</li> </ul> <p>Hasil: pasien tidak ada alergi obat</p> |  |    | <p>P: dihentikan</p>  |   |

|   |       |  |  |  |  |  |  |
|---|-------|--|--|--|--|--|--|
| 3 | 12.00 | Monitor Djj, dan adanya kontraksi<br>Hasil: Djj: 142x/menit,<br>His 1x10 menit |  |  |  |  |  |
|---|-------|--|--|--|--|--|--|