

BAB 1V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di rumah klien yang beralamat di jalan Muhammad Said Perumahan Elektik Blok N RT.12 Puskemas Lok Bahu kecamatan sungai kunjang, kota samarinda, Kalimantan Timur, Indonesia. Rumah klien berwarna cream tipe rumah panggung pintu 2, daerah rumah klien bersih dan sejuk, terdapat tanaman dan pohon mangga di samping rumah. Rumah Tunggal.

2. Pengkajian

Seorang klien berusia 19 Tahun berjenis kelamin perempuan yang beralamat di Jalan Muhammad Said Perumahan Elektrik Blok N RT.12, pendidikan terakhir lulus SMK, suku Bima status perkawinan menikah, pekerjaan ibu rumah tangga. Struktur keluarga klien mempunyai saudara anak ke 2 dari 3 bersaudara. Ny. H sekarang tinggal bersama ibu klien, denah rumah Ny. H memiliki 2 pintu 3 kamar dan 1 ruang tamu, ventilasi mengarah cahaya matahari, mempunyai wc dan kamar mandi sendiri. Keluhan yang dirasakan saat pengkajian pada tanggal 27, Mei 2024. Klien mengatakan keluar flek darah pada vagina pada 2 hari yang lalu, klien mengatakan pada malam hari sulit tidur dan sering terbangun, klien mengeluh sesak nafas sejak 2 hari yang lalu tekanan darah 120/90mmHg, respirasi 35x/menit , nadi :

102x/menit, suhu 36,5°C , klien juga mengatakan sakit pinggang seperti keram dan kaku, klien juga mengatakan mempunyai penyakit kulit yaitu exem (kurap). klien masih mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti olahraga dan mengerjakan pekerjaan rumah. Klien mengatakan mempunyai Riwayat keluarga yaitu hipertensi pada ibu klien. klien dan keluarga klien sering memeriksa Kesehatan di puskesmas terdekat.

3. Biodata

- a. Nama Ibu/Suami : Ny.H / Tn.A
- b. Umur : 19 / 25 Th
- c. Agama : Islam
- B. Suku : Bima / Jawa
- C. Pekerjaan : IRT / Wiraswasta
- D. Pendidikan : Lulus SMK / lulus SMP
- E. Lama Menikah : 2-April-2024
- F. Alamat : Jalan Muhammad Said Perumahan Elektrik
Blok N RT.12
- G. Tanggal Masuk RS : 20-Mei-2024
- H. Tanggal Pengkajian : 27-Mei-2024
- I. Diagnosa Medis : G1 P0 A0 Hamil/22 minggu

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. RIWAYAT PENYAKIT

- a. Keluhan Utama :

Klien mengatakan keluar flek darah pada vagina pada 2 hari yang lalu klien mengatakan pada malam hari sulit tidur dan sering terbangun, klien juga mengatakan sakit pinggang seperti keram dan kaku. Klien mengeluh sesak.

b. Riwayat Penyakit Sekarang :

Klien mengatakan ada flek darah pada vagina namun tidak banyak di karenakan baru berhubungan sex.

c. Riwayat Penyakit Keluarga :

Klien mengatakan ibu klien mengalami penyakit Hipertensi, klien mengatakan tidak ada abotus dan tidak ada pendarahan sebelumnya.

d. Riwayat Penyakit Terdahulu yang mempengaruhi kehamilan/persalinan

Klien mengatakan ini adalah kehamilan pertama.

2. Riwayat Kebidanan

a. Riwayat Menstruasi

Menarche : 12 Tahun

Banyaknya : 2 x ganti 1 hari

HPHT : 22. 01. 2024

TP : 29. 10. 2024

Siklus Haid : Teratur

Lamanya Haid : 3 Hari

Masalah : Tidak ada masalah

- b. Kehamilan sekarang direncana : klien mengatakan kehamilan terjadi sebelum pernikahan
- c. Rencana KB : klien mengatakan ingin suntik KB dan jumlah anak yang di rencanakan 2 orang.

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Status obstetric : G1 P0 A0 hamil/22 minggu

2. Tanda Vital

Setelah di periksa terdapat hasil tekanan darah Ny. H 120/90 mmHg, nadi 102x/menit, tinggi badan klien 150 kg, lingkar perut klien 115 cm, respirasi 35x/menit, berat badan klien adalah 82 kg, suhu 36,5°C dan lila klien 35 cm.

3. Keadaan Umum : keadaan klien saat di kaji adalah Baik (Compos Mentis).

4. Kulit

Warna klien berwarna Kuning langsung, kulit klien bersih dan tidak kering tugor kulit klien < 2 detik.

5. Rambut

Warna rambut klien berwarna hitam, kulit kepala klien tampak bersih tidak ada ketombe, distribusi rambut bergelombang, rambut klien lebat.

6. Wajah / Muka

Pada saat dikaji tidak ada edema, ekspresi wajah klien meringis saat sakit pinggang itu muncul, bentuk wajah klien simetris, tidak ada jerawat pada wajah klien.

7. Mata

Pada saat di kaji Conjunctiva anemis, sklera tidak Ikterik, pupil mata klien isokor bentuk mata klien simetris, bulu mata klien lentik, kelopak mata cekung, lipatan epikantus normal.

8. Leher

Pada leher tidak ada edema dan pembesaran Kelenjar Tiroid, tidak ada edema.

9. Mammae

Pada saat di kaji bentuk payudara klien sudah lonjong, payudara kanan dan kiri simetris, konsistensi kenyal, putting susu klien sudah ada menonjol tidak ada nyeri tekan putting susu tidak bela, pengeluaran Asi belum ada.

10. Abdomen

Pada saat di kaji inspeksi terdapat bekas luka luka tinea corporis, bising usus 8x/menit, 4 kuadran abdomen, tidak terdapat nyeri tekan. Palpasi adalah Puki DJJ 157 , tinggi fundus uteri 15 cm, tidak ada kontraksi, tidak ada edema, perkusi timpani.

11. Genetalia

Genetalia klien kurang bersih, tidak ada pembengkakan pada genetalia. lipatan paha klien terdapat bekas luka tinea corporis dan sudah sedikit kering.

12. Ekstremitas atas dan bawah

saat dikaji terdapat pada lipatan paha klien bekas luka tinea corporis dan terasa gatal , terdapat stretch mark pada bagian paha, tidak ada varises.

D. AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan beberapa hari ini klien sulit tidur dan sering terbangun. Biasanya klien tidur pada malam hari pukul jam 21:00-09:00 pagi. dan tidur siang sekitar 1 jam. klien bangun jam 09.00 pagi.

2. Eliminasi (BAB dan BAK)

Klien mengatakan frekuensi BAB 2x sehari, warna feses klien kuning, dan konsistensi lembab, frekuensi BAK 2-5x sehari, warna bening, tidak ada keluhan nyeri saat BAB dan BAK.

3. Nutrisi

Klien mengatakan makan 3x sehari, klien makan jenis sayuran makanan gizi seimbang, karbohidrat, lemak. Klien rutin mengkonsumsi tablet besi dan asam folat.

4. Personal Higiene

Klien mengatakan mandi 3x sehari terkadang 2x sehari, kulit klien tampak bersih, klien juga rutin menggosok gigi setiap hari, kuku klien bersih dan sudah di potong.

5. Aktifitas Sehari-hari

Klien mengatakan aktivitas sehari-hari adalah memasak dan berolahraga dan sudah dilakukan edukasi olahraga yang benar untuk ibu hamil.

E. DATA PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikososial

Komunikasi : Klien sangat kooperatif saat diajak berbicara

Respon terhadap bayi: sangat baik.

Respon terhadap pasangan : Hubungan terhadap suami sangat baik suami mendampingi pada saat wawancara. klien mengatakan suaminya memenuhi kebutuhannya.

Sibling : klien mengatakan ada saudara kandungnya dan klien tinggal bersama dengan ibunya, tidak ada konflik.

2. Spiritual

Keyakinan : beragama islam, klien yakin bahwa anak adalah anugerah dari Allah

Pantangan : Tidak ada

Budaya yang mempengaruhi ibu post partum: Tidak ada pengaruh budaya pada klien

Peran pasangan : Selalu memberikan motivasi dan memenuhi kebutuhan klien, mengantar ke puskesmas.

Peran orang tua/mertua: Mengarahkan dan memberikan saran yang baik.

F. DATA PENUNJANG

1. Laboratorium

No	Hari/tgl	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	19/04/24	Hemoglobin	11.1 9/01	L : 14-18 g/dl P : 12-16 g / dl
		Glukosa Darah	82 mg/01	< 200 mg/dl
		Sewaktu		Non Reaktif
		HbsAg	Non Reaktif	Non Reaktif
		VDRL	Non Reaktif	Non Reaktif
		Anti HIV	Non Reaktif	

2. Pengobatan

No	Hari/tgl	Jenis obat dan cara pemberian
1.	19 april/24	Asam Folat 1x1 sehari Tabel fe 1 x 1 sehari

G. DATA FOKUS

1. DATA SUBJEKTIF

Klien mengatakan sulit tidur, sering terbangun.dan mengalami perubahan jam tidur, klien mengatakan belum mengerti manfaat istirahat yang cukup bagi ibu hamil, Klien mengatakan merasa khawatir karena 2 hari yang lalu keluar flek pada vagina, Klien mengatakan belum begitu mengerti penyebab dan cara penanganan rasa cemas ibu hamil.

2 DATA OBJEKTIF

-Klien tampak lemah, daerah mata klien sedikit menghitam.

- Mata klien cekung

- CRT : < 2 detik

H. ANALISA DATA

Tabel 4.1 Analisa Data dan Diagnosa keperawatan

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Ds : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan keluar flek darah pada vagina pada 2 hari yang lalu. klien mengatakan belum mengerti penyebab dan cara penanganannya. Do : <ul style="list-style-type: none"> klien tampak gelisah 	Kurang terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan. (D.0012)	Resiko pendarahan (D.0012)
2.	Ds : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan merasa sakit pinggang seperti kram dan kaku klien mengatakan bagian pinggang klien tidak ada pembengkakan. Do : <ul style="list-style-type: none"> klien tampak memegang area yang sakit. 	Gangguan adaptasi kehamilan (D.0074)	Gangguan rasa nyaman (D.0074)
3.	Ds : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan pada malam hari sulit tidur dan sering terbangun, Klien mengatakan belum mengerti manfaat istirahat yang cukup bagi ibu hamil. Do : <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lemah, daerah mata klien sedikit menghitam. Mata klien cekung CRT : < 2 detik 	Kurang Kontrol Tidur (D.0055)	Gangguan Pola Tidur (D.0055)
4.	Ds : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu. Do :	Obesitas (D.0005)	Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)

	<ul style="list-style-type: none"> • klien tampak sesak • tidak ada bantuan otot pernafasan. • TD :120/90 mmHg • RR : 35x/menit • Nadi : 102x/menit • Suhu : 36,5°C 		
5.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien mengatakan ada luka tinea corporis dan merasa gatal. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • luka tampak kemerahan • luka sedikit mengering. 	kelembaban	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
6.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan belum paham mengenai kehamilannya. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien tampak kurang paham 	Kurang terpapar informasi (D. 0111)	Defisit pengetahuan (D. 0111)
7.	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan dirumah klien mandi kadang 2x sehari. • klien mengatakan kadang malas merawat diri seperti mandi dan berhias. 	Penurunan motivasi/minat (D.0109)	Defisit keperawatan diri (D.0109)

DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

1. Resiko pendarahan b.d Kurang terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan (D.0012).
2. Gangguan rasa nyaman b.d Gangguan adaptasi kehamilan (D.0074)
3. Gangguan pola Tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)
4. Pola nafas tidak efektif b.d obesitas (D.0005)
5. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembaban (D.0129)
6. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)
7. Defisi perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat (D.0109)

RENACANA KEPERAWATAN

Inisial Klien : Ny. H

Diagnosa Medis : G1 P0 A0 /22 Minggu

TABEL 2.1

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Resiko pendarahan b.d Kurang terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan (D.0012).	<p>Tingkat pendarahan (L.02017)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pendarahan berkurang atau menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendarahan vagina 2. Hemoglobin <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Penegahan pendarahan (I.02067)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda dan gejala pendarahan 1.2 Monitor nilai hematokrit/hemoglobin kehilangan darah 1.3 Monitor tanda-tanda vital ortostatik. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Pertahankan bed rest selama pendarahan 1.6 Batasi Tindakan invasif, jika perlu. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.9 Jelaskan tanda dan gejala pendarahan. 1.10 Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin k
2	Gangguan Rasa Nyaman berhubungan	<p>Status kenyamanan (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x</p>	<p>Edukasi Teknik Nafas (I.12452)</p> <p><i>Observasi :</i></p>

	dengan Gangguan adaptasi kehamilan. (D.0074)	<p>pertemuan diharapkan status kenyamanan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan tidak nyaman dari skala 1 ke skala 5 - Gelisah dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <p>1= Meningkat 2= Cukup meningkat 3= Sedang 4= Cukup menurun 5= Menurun</p>	<p>2.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>2.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</p> <p>2.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>2.4 berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>2.5 Jelaskan tujuan dan teknik nafas</p> <p>2.6 Jelaskan prosedur teknik nafas</p> <p>2.7 Anjurkan memposisikan senyaman mungkin (mis.duduk,baring).</p>
3	Gangguan pola Tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)	<p>Pola Tidur L.050445</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur dari skala 1 ke skala 5 - Keluhan sering terjaga dari skala 1 ke skala 5 	<p>Dukungan Tidur (I.05174)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>3.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>3.2 Identifikasi faktor pengganggu tidur yang dikonsumsi.</p> <p>3.3 Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu</p>

		<p>- Keluhan tidak puas tidur dari skala 1 ke skala 5</p> <p>- Keluhan pola tidur berubah dari skala 1 ke skala 5</p> <p>- Keluhan istirahat tidak cukup dari skala 1 ke skala 5</p> <p>Keterangan :</p> <p>Keterangan :</p> <p>1= Memburuk</p> <p>2= Cukup memburuk</p> <p>3= Sedang</p> <p>4= Cukup membaik</p> <p>5= Membaik</p>	<p>tidur, minum air banyak sebelum tidur).</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>3.4 batasi waktu tidur siang</p> <p>3.5 Tetapkan jadwal tidur rutin.</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>3.6 Anjurkan menepati kebiasaan tidur</p> <p>3.7 Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.</p> <p>3.8 Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.</p>
4	Pola nafas tidak efektif b.d obesitas (D.0005)	<p>Pola nafas (L. 01004)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan pola nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>- Frekuensi nafas dari skala 1 ke skala 5</p>	<p>Manajemen jalan nafas (L.01011)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>4.1 Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)</p> <p>4.2 Monitor bunyi nafas tambahan (mis.gurgling, mengi, weezing, rhonki kering)</p>

		<p>- Kedalaman nafas dari skala 1 ke skala 5</p> <p>Keterangan :</p> <p>1= Memburuk</p> <p>2= Cukup memburuk</p> <p>3= Sedang</p> <p>4= Cukup membaik</p> <p>5= Membaik</p>	<p><i>Terapeutik :</i></p> <p>4.3 Posisikan semi fowler</p> <p>4.4 Berikan minum hangat</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>4.5 Ajarkan teknik batuk efektif</p>
5	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan b.d kelembaban (D.0129)</p>	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan Integritas kulit dan jaringan menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1. pendarahan dari skala 1 ke skala 5</p> <p>2. kemerahan dari skala 1 ke skala 5</p> <p>Keterangan :</p> <p>1. Meningkat</p> <p>2. Cukup meningkat</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup menurun</p>	<p>Edukasi perawatan kulit (I.12426)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>5.1 identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>5.2 jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>5.3 anjurkan mandi dan gunakan sabun secukupnya.</p> <p>5.4 anjurkan menggunakan pelembab.</p>

		5. Menurun	
6	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)	<p>Tingkat pengetahuan (L.12111)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Verbalisasi minat dalam belajar 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik. <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>6.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>6.2 Sediakan materi dan media Kesehatan.</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>6.3 Jelaskan kesehatan resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.</p> <p>6.4 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>6.5 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</p>
7	Defisi perawatan diri b.d penurunan motivasi/minat (D.0109)	<p>Perawatan diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan</p>	<p>Dukungan perawatan diri mandi (I.11352).</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>7.1 monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku).</p>

	<p>perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri dari skala 1 ke skala 5 2. minat melakukan perawatan diri dari skala 1 ke skala 5 3. mempertahankan kebersihan diri dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>7.2 monitor integritas kulit.</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>7.3 sediakan lingkungan aman dan nyaman</p> <p>7.4 mempertahankan kebersihan diri</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>7.5 jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan.</p>
--	--	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Pasien : Ny. H

Diagnosa Medis : G1 P0 A0/22 minggu

Tabel 2.2

No	Hari/tgl/ jam	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
1.	Senin, 27/05/2024 13.00 Wita	1.1 Memonitor tanda dan gejala pendarahan	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan keluar flek darah pada vagina pada 2 hari yang lalu. • klien mengatakan belum mengerti penyebab dan cara penanganannya. <p>DO :</p> <p>klien tampak gelisah</p>	Dortiana
	13.10 Wita	2.9 Menjelaskan tanda dan gejala pendarahan.	DS:	Dortiana

			<ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan belum paham apa penyebab pendarahan terjadi pada vagina. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> klien tampak kebingungan. 	
15.15 Wita	2.1 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	DS :	<ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mau menerima informasi tentang kehamilannya. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien sangat berantusias. 	Dortiana
15.20 Wita	2.2 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan.	DS :	<ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sepakat untuk melakukan edukasi kesehatan. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Peneliti mempersiapkan materi dan leaflet 	Dortiana
15.25 Wita	2.5 menjelaskan tujuan dan teknik nafas	DS :	<ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan paham dengan apa yang telah dijelaskan. klien mengatakan mengerti dengan prosedur nafas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak mengerti 	Dortiana
15.45 Wita	3.9 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	DS :	<ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mata klien cekung 	Dortiana
15.50 Wita	4.3 Memposisikan semi fowler	DS :	Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	dortiana
15.59 Wita	5.3 Mengajarkan mandi dan gunakan sabun secukupnya.	DS :	Klien mengatakan selalu menggunakan sabun setiap mandi.	Dortiana
16.00 Wita	6.6 Jelaskan kesehatan resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.	DS :	Klien mengatakan belum paham tentang resiko yang mempengaruhi kesehatan ibu hamil.	Dortiana
		DO :		

			Klien tampak kebingungan	
	16:10 Wita	7.1 Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku).	DS : Klien mengatakan mandi kadang 2x sehari saja. DO : Klien tampak kusam.	dortiana
2.	Selasa, 28/05/2024 13.00 Wita	1.5 Mempertahankan bed rest selama pendarahan	DS : Klien mengatakan sudah melakukan DO : menganjurkan kepada klien untuk selalu bed rest saat masih pendarahan	Dortiana
	13.20 Wita	2.7 menganjurkan memposisikan senyaman mungkin (mis.duduk,baring).	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi duduk • klien mengatakan sudah konsentrasi untuk melakukan teknik nafas DO : Klien mampu melakukan atau mengganti posisi secara mandiri	Dortiana
	13.30 Wita	3.8 Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak mengkonsumsi makanan yang dapat mengganggu tidur DO : Klien tampak lemas.	Dortiana
	13.35 Wita	4.4 Memberikan minum hangat	DS : Klien mengatakan sudah minum air hangat. DO : Klien sudah minum air hangat yang dianjurkan.	dortiana
	13.40 Wita	5.3 Menganjurkan menggunakan pelembab.	DS : Klien mengatakan jarang menggunakan pelembab DO : Klien hanya kadang-kadang saja menggunakan pelembab.	Dortiana
	13.45 Wita	6.7 Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.	DO : Klien mengatakan belum terlalu hidup bersih dan sehat. DO :-	Dortiana
	13.50 Wita	7.3 Mensediakan lingkungan aman dan nyaman	DS : Klien mengatakan merasa nyaman dengan lingkungan yang diberikan. DO : Klien tampak nyaman	Dortiana

3.	Selasa, 04/06/2024 10.00 Wita	1.10 Menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin k	DS : Klien mengatakan sudah melakukan asupan makan dan minum vitamin DO : -	Dortiana
	10.10 Wita	2.3 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.	DS : Klien mengatakan sepakat untuk dilakkan edukasi. DO : Klien tampak tenang	Dortiana
	10.20 wita	3.10Membatasi waktu tidur siang	DS : Klien mengatakan belum membatasi tidur siang DO : Klien belum mengataur pola tidur siangnya	Dortiana
	10.25 Wita	4.2MemMonitor bunyi nafas tambahan (mis.gurgling, mengi, weezing, rhonki kering)	DS :- DO : ada suara tambahan mengi	Dortiana
	10.30 Wita	7.2 Memonitor integritas kulit.	DS : Klien mengatakan ada bekas luka. DO : Luka kemerahan sedikit	dortiana

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :Ny. H

Diagnosa Medis : G1 P0 A0/22Minggu

Tabel 2.1

Hari/tanggal/ jam	No Dx	Evaluasi proses	Paraf												
Senin, 27/05/2024 15.00 witan	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan keluar flek darah pada vagina pada 2 hari yang lalu. klien mengatakan belum mengerti penyebab dan cara penanganannya. <p>O :</p> <p>klien tampak gelisah melakukan edukasi posisi seksualitas.</p> <p>A : masalah keperawatan resiko pendarahan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pendarahan vagina</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobin</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 1.1,1.5.1.10</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Pendarahan vagina	2	3	5	Hemoglobin	2	3	5	Dortiana
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target												
Pendarahan vagina	2	3	5												
Hemoglobin	2	3	5												
15.20 Wita	2	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sepakat untuk melakukan edukasi kesehatan.</p> <p>O :</p>	Dortiana												

		<p>Peneliti mempersiapkan materi dan leaflet</p> <p>A : masalah gangguan rasa nyaman belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan tidak nyaman</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.2, 2.7</p>	Indikator	sebelum	sesudah	Target	Keluhan tidak nyaman	2	3	5	Gelisah	2	3	5													
Indikator	sebelum	sesudah	Target																								
Keluhan tidak nyaman	2	3	5																								
Gelisah	2	3	5																								
15.30 Wita	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun. <p>O :</p> <p>Mata klien cekung</p> <p>A : masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan sering terjaga</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 3.9</p>	indikator	sebelum	sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	2	3	5	Keluhan sering terjaga	2	3	5	Keluhan tidak puas tidur	2	3	5	Keluhan pola tidur berubah	2	3	5	Keluhan istirahat	2	3	5	Dortiana
indikator	sebelum	sesudah	Target																								
Keluhan sulit tidur	2	3	5																								
Keluhan sering terjaga	2	3	5																								
Keluhan tidak puas tidur	2	3	5																								
Keluhan pola tidur berubah	2	3	5																								
Keluhan istirahat	2	3	5																								
15.40 Wita	4	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan merasa sesak nafas sejak 2 hari yang lalu</p> <p>O :</p> <p>RR :35x/menit</p> <p>Klien tampak berbaring</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.3</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi nafas	2	3	5	Kedalaman nafas	2	3	5	Dortiana												
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																								
Frekuensi nafas	2	3	5																								
Kedalaman nafas	2	3	5																								
15.45 Wita	5	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan kulit klien ada bekas luka gatal-gatal dan kemerahan.</p> <p>O : tampak merah pada area luka.</p> <p>A : Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pendarahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.3</p>	Indikator	sebelum	sesudah	target	pendarahan	2	3	5	kemerahan	2	3	5	Dortiana												
Indikator	sebelum	sesudah	target																								
pendarahan	2	3	5																								
kemerahan	2	3	5																								
15.50 Wita	6.	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan belum paham mengenai kehamilannya.</p> <p>O : Klien tampak kurang paham</p>	Dortiana																								

		<p>A : Masalah defisit pengetahuan belum teratasi.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi minat dalam belajar.</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 6.6,6.7</p>	indikator	Sebelum	Sesudah	target	Verbalisasi minat dalam belajar.	2	3	5	Perilaku sesuai anjuran	2	3	5	Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.	2	3	5	
indikator	Sebelum	Sesudah	target																
Verbalisasi minat dalam belajar.	2	3	5																
Perilaku sesuai anjuran	2	3	5																
Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.	2	3	5																
15.58 Wita	7	<p>S : Klien mengatakan dirumah klien mandi kadang 2x sehari. klien mengatakan kadang malas merawat diri seperti mandi dan berhias. O : Klien sedikit kusam</p> <p>A : Masalah defisit keperawatan diri belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>minat melakukan perawatan diri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>mempertahankan kebersihan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 7.1,7.3</p>	Indikator	sebelum	sesudah	Target	verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	2	3	5	minat melakukan perawatan diri	2	3	5	mempertahankan kebersihan	2	3	5	Dortiana
Indikator	sebelum	sesudah	Target																
verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	2	3	5																
minat melakukan perawatan diri	2	3	5																
mempertahankan kebersihan	2	3	5																
Selasa, 28/05/2024 13.00 Wita	1	<p>S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan keluar flek darah pada vagina sudah berkurang dan tidak banyak. O : klien tampak tenang. A : masalah keperawatan resiko pendarahan teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pendarahan vagina</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobin</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 1.1,1.5.1.10</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Pendarahan vagina	3	4	5	Hemoglobin	3	4	5					
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																
Pendarahan vagina	3	4	5																
Hemoglobin	3	4	5																
13.10 Wita	2	<p>S : Klien mengatakan sepakat untuk melakukan edukasi kesehatan. O : Peneliti mempersiapkan materi dan leaflet A : masalah gangguan rasa nyaman teratasi sebagian.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	sebelum	sesudah	Target					Dortiana								
Indikator	sebelum	sesudah	Target																

		<table border="1"> <tr> <td>Keluhan tidak nyaman</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.5, 2.7</p>	Keluhan tidak nyaman	3	4	5	Gelisah	3	4	5																	
Keluhan tidak nyaman	3	4	5																								
Gelisah	3	4	5																								
13.15	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun. <p>O :</p> <p>Mata klien cekung</p> <p>A : masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan sering terjaga</td> <td>3</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 3.8</p>	indikator	sebelum	sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	3	3	5	Keluhan sering terjaga	3		5	Keluhan tidak puas tidur	3	4	5	Keluhan pola tidur berubah	3	4	5	Keluhan istirahat	3	4	5	Dortiana
indikator	sebelum	sesudah	Target																								
Keluhan sulit tidur	3	3	5																								
Keluhan sering terjaga	3		5																								
Keluhan tidak puas tidur	3	4	5																								
Keluhan pola tidur berubah	3	4	5																								
Keluhan istirahat	3	4	5																								
13: 20 wita	4.	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan merasa merasa sesak</p> <p>O :</p> <p>RR :33x/menit</p> <p>Klien tampak berbaring</p> <p>Melakukan edukasi relaksasi</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.3,4.4</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi nafas	3	4	5	Kedalaman nafas	3	4	5	Dortiana												
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																								
Frekuensi nafas	3	4	5																								
Kedalaman nafas	3	4	5																								
13 :25 Wita	5	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan kulit klien masih ada luka</p> <p>O : tampak merah pada area luka.</p> <p>A : Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pendarahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>kemerahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.3</p>	Indikator	sebelum	sesudah	target	pendarahan	3	4	5	kemerahan	3	4	5	Dortiana												
Indikator	sebelum	sesudah	target																								
pendarahan	3	4	5																								
kemerahan	3	4	5																								
	6	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sudah mulai mengerti tentang pengetahuan kehamilan.</p> <p>O : Klien tampak mengerti</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi sebagian</p>	Dortiana																								

		<table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi minat dalam belajar.</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 6.6,6.7</p>	indikator	Sebelum	Sesudah	target	Verbalisasi minat dalam belajar.	2	3	5	Perilaku sesuai anjuran	2	3	5	Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.	2	3	5	
indikator	Sebelum	Sesudah	target																
Verbalisasi minat dalam belajar.	2	3	5																
Perilaku sesuai anjuran	2	3	5																
Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.	2	3	5																
	7	<p>S : Klien mengatakan dirumah klien mandi kadang 2x sehari. klien mengatakan kadang malas merawat diri seperti mandi dan berhias. O : Klien sedikit kusam</p> <p>A : Masalah defisit keperawatan diri belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>minat melakukan perawatan diri</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>mempertahankan kebersihan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 7.1,7.2, 7.3</p>	Indikator	sebelum	sesudah	Target	verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	2	3	5	minat melakukan perawatan diri	2	3	5	mempertahankan kebersihan	2	3	5	Dortiana
Indikator	sebelum	sesudah	Target																
verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	2	3	5																
minat melakukan perawatan diri	2	3	5																
mempertahankan kebersihan	2	3	5																
Selasa, 04/06/2024 10.00 Wita	1	<p>S : Klien mengatakan sudah tidak ada keluar flek darah pada vagina O : klien tampak tenang. A : masalah keperawatan resiko pendarahan teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pendarahan vagina</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hemoglobin</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Pendarahan vagina	4	5	5	Hemoglobin	4	5	5	Dortiana				
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																
Pendarahan vagina	4	5	5																
Hemoglobin	4	5	5																
10.10 Wita	2	<p>S : Klien mengatakan sudah tidak keram pinggang lagi O : Klien tampak ceria A : masalah gangguan rasa nyaman teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan tidak nyaman</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	sebelum	sesudah	Target	Keluhan tidak nyaman	4	5	5	Gelisah	4	5	5	Dortiana				
Indikator	sebelum	sesudah	Target																
Keluhan tidak nyaman	4	5	5																
Gelisah	4	5	5																

10.15 Wita	3	<p>P : Hentikan intervensi</p> <p>S : <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah bisa tidur pada malam hari </p> <p>O : Klien mampu melakukan apa yang telah dianjurkan</p> <p>A : masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <table border="1" data-bbox="512 488 1209 927"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan sering terjaga</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan tidak puas tidur</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan istirahat</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	indikator	sebelum	sesudah	Target	Keluhan sulit tidur	4	5	5	Keluhan sering terjaga	4	5	5	Keluhan tidak puas tidur	4	5	5	Keluhan pola tidur berubah	4	5	5	Keluhan istirahat	4	5	5	Dortiana
indikator	sebelum	sesudah	Target																								
Keluhan sulit tidur	4	5	5																								
Keluhan sering terjaga	4	5	5																								
Keluhan tidak puas tidur	4	5	5																								
Keluhan pola tidur berubah	4	5	5																								
Keluhan istirahat	4	5	5																								
10.20 Wita	4	<p>P : Hentikan intervensi</p> <p>S : Klien mengatakan merasa sesak</p> <p>O : RR :34x/menit Klien tampak berbaring Melakukan edukasi relaksasi</p> <p>A : Masalah pola nafas tidak efektif teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="512 1205 1197 1368"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nafas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kedalaman nafas</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.3,4.4</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Target	Frekuensi nafas	3	4	5	Kedalaman nafas	3	4	5	Dortiana												
Indikator	Sebelum	Sesudah	Target																								
Frekuensi nafas	3	4	5																								
Kedalaman nafas	3	4	5																								
10.25 Wita	5	<p>S : Klien mengatakan mulai mengering</p> <p>O : tampak mengering</p> <p>A : Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian.</p> <table border="1" data-bbox="512 1585 1209 1682"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pendarahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>kemerahan</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.3</p>	Indikator	sebelum	sesudah	target	pendarahan	3	4	5	kemerahan	3	4	5													
Indikator	sebelum	sesudah	target																								
pendarahan	3	4	5																								
kemerahan	3	4	5																								
10.45 Wita	6	<p>S : Klien mengatakan sudah mengerti tentang pengetahuan kehamilan.</p> <p>O : Klien tampak mengerti</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi</p> <table border="1" data-bbox="512 1895 1209 1928"> <thead> <tr> <th>indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	indikator	Sebelum	Sesudah	target																					
indikator	Sebelum	Sesudah	target																								

		<table border="1"> <tr> <td>Verbalisasi minat dalam belajar.</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table>	Verbalisasi minat dalam belajar.	4	5	5	Perilaku sesuai anjuran	4	5	5	Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.	4	5	5						
Verbalisasi minat dalam belajar.	4	5	5																	
Perilaku sesuai anjuran	4	5	5																	
Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik.	4	5	5																	
		P : Hentikan intervensi																		
10.50 Wita	7	<p>S : Klien mengatakan dirumah klien mandi sudah 3x O : Kulit klien bersih</p> <p>A : Masalah defisit keperawatan diri teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>minat melakukan perawatan diri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>mempertahankan kebersihan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Indikator	sebelum	sesudah	Target	verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	4	5	5	minat melakukan perawatan diri	4	5	5	mempertahankan kebersihan	4	5	5	Dortiana
Indikator	sebelum	sesudah	Target																	
verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	4	5	5																	
minat melakukan perawatan diri	4	5	5																	
mempertahankan kebersihan	4	5	5																	
		P : Hentikan intervensi																		

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk menilai dan menentukan status kesehatan klien (Linton et al. 2020).

Pada pengkajian Ny. H yang mengalami gangguan rasa nyaman pada ibu hamil, dilakukan pengkajian secara spesifik. Pasien ny. H usia 19 tahun jenis kelamin

perempuan pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SLTA serta diagnosa G1P0A0/22 minggu. Pada saat dikaji tanggal 27, juni 2024 klien mengatakan keluar flek darah pada vagina 2 hari yang lalu. berdasarkan pemeriksaan fisik tanda-tanda vital juga di kaji yaitu : TD :120/90 mmHg , nadi :102x/menit, suhu 36,05°C, RR : 35x/menit, lingkaran lengan : 35 cm, bb : 82 kg , TB :150 kg, Lingkaran perut : 115.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis dari respon pasien terhadap peristiwa yang diderita baik bersifat aktual hingga potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung.

a. Diagnosa yang muncul

Berdasarkan manifestasi klinis dan data pengkajian yang muncul didapatkan pada klien Ny.H yaitu diagnosa keperawatan yang pertama adalah resiko pendarahan berhubungan dengan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena klien mengatakan keluar flek darah pada vagina sejak 2 hari yang lalu sehingga masalah ini agar dapat menghentikan terjadinya resiko keguguran.

Diagnosa kedua adalah gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan. Penulis mengangkat ini karena Klien

mengatakan sakit pinggang seperti kram dan kaku sehingga masalah ini dapat teratasi agar gangguan rasa nyaman pada klien Ny. H membaik.

Diagnosa ketiga adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. peneliti mengangkat diagnosa ini karena klien mengatakan sulit tidur dan perubahan pola tidur karena ibu mengatakan dia sering menggunakan hp untuk menonton sehingga masalah dapat teratasi dan agar pola tidur pasien membaik.

Diagnosa keempat adalah pola nafas tidak efektif berhubungan dengan obesitas. Peneliti mengangkat diagnosa ini karena klien mengatakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu.

Diagnosa kelima adalah gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelembaban. peneliti mengangkat diagnosa ini dikarenakan klien mengeluh terdapat luka pada dan kemerahan.

Diagnosa keenam adalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Peneliti mengangkat diagnosa ini karena klien mengatakan kurang paham dengan kehamilan yang dialaminya. Agar masalah defisit pengetahuan dapat teratasi.

Diagnosa ketujuh yaitu defisit keperawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat. Peneliti mengangkat diagnosa ini karena klien mengeluh mandi kadang 2 kali sehari

b. Diagnosa yang tidak muncul

Pada Asuhan Keperawatan ini peneliti tidak dapat menegakan semua

diagnosa sesuai dengan tinjauan teori disebabkan data yang didapatkan tidak menunjukkan adanya tanda dan gejala yang mendukung diagnosa untuk ditegakan, diagnosa yang tidak muncul pada pengkajian ini antara lain yaitu Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan obesitas.

Diagnosa kedua yang tidak diangkat yaitu gangguan integritas kulit /jaringan berhubungan dengan kelelahan. Diagnosa ini tidak diangkat karena tidak adanya tanda gejala.

Diagnosa ketiga adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat. Pada diagnosa ini tidak muncul dalam tinjauan teori yang telah disusun.

Berdasarkan hasil diatas ada empat diagnosa yang terdapat pada teori terdapat 3 diagnosa baru yang ditemukan di luar teori. hal ini terjadi karna respon fisiologis individu berbeda satu sama lain dalam merespon suatu penyakit dan juga tidak ditemukan adanya data yang sesuai dan spesifik sehingga yang dihasilkan di dalam teori tidak semuanya bisa diangkat sebagai diagnosa yang di dapat saat pengkajian.

3. Perencanaan

Pada tahap perencanaan atau intervensi, penelitian memberikan intervensi perawatan pada klien Ny. H dengan masalah perawatan yang sesuai diagnosa perawatan yang telah dikemukakan. Rencana Asuhan Keperawatan dilaksanakan berdasarkan teori yang telah ditetapkan didalam buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Pada kasus Ny. H peneliti melakukan perencanaan tindakan keperawatan selama 3 kali dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu resiko pendarahan dengan skala 2 dan kriteria yang diharapkan yaitu tingkat perdarahan menurun dengan skala 5.

Berdasarkan rencana tindakan yang telah dilakukan tidak terjadi kesenjangan antara rencana tindakan yang ada di teori dan rencana tindakan yang dilakukan pada kasus. Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa yaitu terdiri dari monitor tanda dan gejala pendarahan, pertahankan bed rest selama pendarahan, jelaskan tanda dan gejala pendarahan, dan anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin.

Pada intervensi untuk diagnosa kedua gangguan rasa nyaman adalah Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan tujuan dan teknik nafas, Jelaskan prosedur teknik nafas, anjurkan memposisikan senyaman mungkin (mis. duduk, baring).

Pada intervensi untuk diagnosa ketiga rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa gangguan pola tidur adalah identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur yang dikonsumsi, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu tidur, minum air banyak sebelum tidur), batasi waktu tidur siang.

Pada Intervensi untuk diagnosa keempat rencana Tindakan yang dilakukan pada pola nafas tidak efektif monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas), monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, weezing, rhonki kering), posisikan semi fowler, berikan minum hangat, ajarkan teknik batuk efektif.

Pada Intervensi untuk diagnosa kelima rencana Tindakan yang dilakukan pada gangguan integritas kulit/jaringan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, anjurkan mandi dan gunakan sabun secukupnya, anjurkan menggunakan pelembab.

Pada Intervensi untuk diagnosa keenam rencana Tindakan yang dilakukan pada defisit pengetahuan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media Kesehatan, jelaskan kesehatan resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Pada Intervensi untuk diagnosa ketujuh rencana Tindakan yang dilakukan pada defisit keperawatan diri, monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku), monitor integritas kulit, sediakan lingkungan aman dan nyaman, mempertahankan kebersihan diri, jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap Kesehatan.

Perencanaan yang dibuat pada kasus Ny.H dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelum dan sesudah dengan buku standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), perencanaan keperawatan ditulis dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah apa yang melaksanakan perawat terhadap pasien untuk mendukung pasien dalam menangani masalah kesehatannya dan membantu pasien memperoleh standar yang tepat untuk hasil yang diinginkan (Yustuana,2016).

Berdasarkan perencanaan yang disusun oleh penelitian melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi Resiko pendarahan dengan tindakan yang dilakukan adalah edukasi tirah baring. Menurut penelitian (Ardiyanti, 2020) Tirah baring adalah bentuk perawatan yang menganjurkan pasien untuk beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari. Perawatan ini sering dianjurkan untuk pasien yang tidak mampu melakukan mobilisasi atau berada dalam kondisi yang tidak baik secara medis.

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dirumah klien. Tindakan keperawatan dengan mengajurkan aktivitas dan istirahat sebagai intervensi dalam mengontrol istirahat yang baik pada ibu hamil. Tindakan aktivitas dan tirah baring, latihan relaksasi yang ada di tinjauan selama 3 hari mulai dari tanggal 27 mei 2024 sampai dengan 04 juni 2024.

pada hari pertama pada hari senin, 27 mei 2024 pukul jam 13:00 Wita dilakukan intervensi sehingga didapatkan hasil pemeriksaan TD : 120/90 mmHg, RR : 35x/menit, Nadi :102x/menit. Didapatkan data subjektif

klien mengatakan keluar flek darah pada vagina sejak 2 hari yang lalu, Setelah dilakukan pengkajian peneliti memberikan tindakan kesepakatan kepada klien Ny. H untuk dilakukan tindakan edukasi mengajurkan untuk tidak berhubungan sex dan posisi sex pada kehamilan. Terakhir adalah mencatat hasil, lalu membuat kontrak waktu lagi dengan klien. Masalah yang dilakukan belum teratasi pada pertemuan pertama.

Pada hari kedua pukul jam 15:00 wita pada tanggal 28, mei 2024 dilakukan pengukuran sebelum melakukan tindakan inovasi sehingga mendapatkan TD : 110/80 mmHg, nadi : 80x/menit, RR : 22x/menit dan suhu 36.0°C . Setelah itu peneliti memberikan tindakan inovasi yaitu latihan aktivitas fisik senam ibu hamil di rumah klien selama 15 menit seperti biasa. Kali ini klien melakukan secara mandiri hingga selesai. Hasil setelah melakukan tindakan keperawatan klien merasa lebih rileks. Peneliti mencatat hasil dan membua kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. Masalah keperawatan pada hari kedua cukup membaik.

Pada hari ketiga pukul jam 13:00 wita pada tanggal 04 Juni 2024 dilakukan pengukuran sebelum melakukan tindakan inovasi sehingga mendapatkan hasil TD :120/90 mmHg, Nadi :80x/menit , RR:22x/menit dan suhu :36.7°C. Setelah itu peneliti memberikan tindakan inovasi yaitu teknik relaksasi selama 20

menit seperti biasa. kali ini Ny.H dapat melakukan secara mandiri setelah melakukan edukasi teknik relaksasi ini klien tampak tenang. Peneliti mencatat hasil dan melakukan reinforcement kepada Ny. H.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.

Setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3 kali kunjungan dirumah klien Ny.H didapatkan catatan perkembangan pada evaluasi hari terakhir sebagai berikut :

Evaluasi pada diagnosa resiko pendarahan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan teratasi sebagaimana pada hari kedua tanggal 28, mei 2024 dengan data klien mengatakan keluar flek darah pada vagina dan tindakan edukasi yang dilakukan adalah menganjurkan untuk berhenti berhubungan dan posisi berhubungan yang benar pada ibu hamil. Dan setelah dilakukan pengukuran didapatkan hasil cukup membaik. Pada hari ketiga tanggal 04 juni 2024 setelah dilakukan tinakan inovasi teknik relaksasi didapatkan TD : 120/90 mmHg, keluhan sulit tidur sudah menurun, keluhan sulit terjaga menurun, keluhan defisit perawatan diri membaik, gangguan rasa nyaman teratasi, resiko pendarahan membaik.

Berdasarkan data diatas, peneliti menyimpulkan bahwa hasil evaluasi pada klien Ny. H dari 7 diagnosa yang diangkat masalah yang teratasi 5

masalah adalah resiko pendarahan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan pendarahan teratasi dengan melakukan tirah baring dan dianjurkan istirahat yang cukup dan intervensi dihentikan. Diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan dengan dibuktikan klien mampu melakukan kegiatan sebelumnya telah dikurangi, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dengan dibuktikan klien sudah mampu tidur teratur, defisit pengetahuan berhubungan kurang terpapar informasi dapat dibuktikan klien dapat melakukan yang telah dianjurkan dan klien sangat paham, defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat dibuktikan klien mampu melakukan personal hygiene dengan teratur dan membaik.

Namun ada dua diagnosa yang tidak teratasi selama 3 hari yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan obesitas dan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kelembaban teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi dan anjurkan kepada klien