

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Kamar / ruangan : 3 / Ruang Kebidanan
Tanggal Pengkajian : 18 april 2019
Waktu Pengkajian : 15.00 WIB
No. Rekam Medis : 23 79 14
Nama Inisial Klien : Ny.R
Umur : 36 tahun
Alamat : Ketapang, RT. 003/RW 001
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Pernikahan : Menikah
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang ke RS Ryacudu pada Tanggal 18 april 2019 pukul 10.00 wib, klien datang ke ruang ponok dengan keluhan rasa mulas yang sangat hebat, usia kehamilan klien 37 minggu, klien tampak lemah, kaki klien tampak odem, CRT 3 detik, akral teraba dingin, klien mengatakan sakit kepala skala nyeri 4 (1-10), hasil pemeriksaan tekanan darah klien 160/100mmHg, lalu klien di sarankan untuk melakukan tindakan operasi sesar pada pukul 11.00 wib.

3. Keluhan utama saat pengkajian

Saat di lakukan pengkajian pada tanggal 18 april 2019 pukul 15.00 WIB. Klien mengeluh nyeri pada epigastrium (skala nyeri 4), mengeluh mual tetapi tidak muntah, klien mengeluh penglihatannya sedikit buram, mengeluh sakit kepala (skala nyeri 4), klien tampak odem pada kaki, klien mengatakan nyeri pada bagian luka sc, terdapat luka operasi ± 10 cm, bayi lahir dengan selamat dengan berat badan 3200 gr, klien mengatakan nyeri pada luka (skala nyeri 6).

B. Pengkajian keperawatan

a. Penampilan umum

Tingkat kesadaran klien Composmentis dengan nilai GCS E4V5M6, tidak terdapat sianosis, akral teraba dingin, turgor kulit klien tidak elastis terdapat pitting edema >3 detik pada ekstermitas bawah, klien tampak tidak cemas, klien tampak gelisah, klien tidak memiliki riwayat diabetes militus, klien tidak memiliki riwayat hipertiroid, klien tidak obesitas, klien tidak memiliki riwayat merokok, klien tidak memiliki riwayat penyakit lain, klien sebelumnya tidak memiliki riwayat pembedahan.

Pengkajian Tanda Vital :

TD : 160/100 mmHg

Nadi : 80x/ menit

RR : 22 x/ menit

TEMP : 34,5^o C

b. Pengkajian Respirasi

Pernafasan klien 22x/menit, klien bernafas dengan baik, tidak terdapat suara nafas tambahan, klien tidak mampu batuk karena takut luka operasi robek, tidak terdapat sputum yang berlebih, klien tampak gelisah, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, klien tidak mengalami bradipnoe dan takipnoe.

c. Pengkajian sirkulasi

Nadi klien normal (80 x/menit), tidak mengeluh jantung berdebar, tidak ada pendarahan, tidak ada peningkatan vena jugularis, tidak ada penurunan jumlah urin, klien terpasang kateter urin sebanyak 400ml/jam. klien tidak merasa kelelahan, klien mengalami peningkatan berat badan 5kg (saat ini 65 kg), pengisian kapiler 3 detik, pasien mengatakan tidak merasa kesemutan pada kaki nya, penyembuhan luka tidak lambat.

d. Pengkajian nutrisi dan cairan

klien mengatakan tidak ada gangguan menelan, tidak ada penurunan BB >10%, klien mengatani tidak ada sariawan, klien tidak mengalami diare, bising usus 20x/menit, klien terpasang infuse RL 20tpm, pasien tidak mengeluh haus, pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan.

e. Pengkajian Eliminasi

Klien tidak mengalami gangguan eliminasi, kandung kemih klien teraba tidak penuh, klien tampak menggunakan kateter sejak di ponok, volume urine 350 ml, warna kekuningan, bau khas urine. Klien belum BAB (Buang Air Besar) sejak di rawat, klien mampu mengontrol BAK dan BAB.

f. Pengkajian aktifitas dan istirahat

Kekuatan otot klien menurun, klien tidak mengalami kaku sendi, klien mengeluh kaki pegal karna bengkak, rentang gerak klien menurun sehingga aktivitas klien terbatas, klien mengatakan cemas saat bergerak, klien mengatakan nyeri saat bergerak karena luka post oprasi sesar, klien mengatakan tidak nyaman saat istirahat dan tidur, klien mengeluh sulit tidur pada malam hari, klien mengatakan tidur kurang dari 5 jam, klien tampak lemas dan fisik nya lemah, klien hanya melakukan aktivitas nya di atas tempat tidur.

g. Pengkajian Neurosensori

Klien mengeluh sakit kepala, tetapi tidak mengganggu (skala nyeri 2), klien tidak mengalami cedera medulla spinalis, klien mampu menelan makanan dengan baik, klien mengatakan mual tetapi tidak muntah, klien tidak batuk sebelum dan setelah makan atau minum, tidak ada muntah darah (hematemesis), fungsi penglihatan sedikit buram tetapi masih jelas, fungsi pendengaran normal, dan fungsi penciuman mampu mencium dengan baik.

h. Pengkajian Reproduksi dan seksual

Berdasarkan hasil pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami keluhan dalam reproduksi dan seksual.

i. Pengkajian ibu hamil dan melahirkan

G3P2A0, terdapat luka sayatan pasca operasi sesar. lebar luka \pm 10 cm, dilakukan operasi pada tanggal 18 april 2019 pukul 11.00 wib. klien mengeluh nyeri pada luka post op sesar, klien mengeluh mual tetapi tidak ingin muntah, Dari data pengkajian usia klien saat hamil >35 tahun (36 tahun).

j. Pengkajian pasca partum

klien mengeluh tidak nyaman karena terdapat luka operasi, klien tampak meringis, klien mengatakan payudara nya sudah terisi asi, payudara klien tampak membengkak dan puting tampak menonjol.

k. Pengkajian nyeri dan keamanan

klien mengeluh nyeri pada ulu hati nya (skala nyeri 4), dan mengeluh tidak nyaman karena rasa mual tetapi tidak ingin muntah, klien mengeluh sakit kepala (skala nyeri 4), klien mengatakan nyeri pada luka oprsi sectio caesaria (skala neri 6), klien tampak gelisah, klien tampak meringis, klien tidak nyaman karna edema pada ekstermitas bawah, piting edema 3 detik.

l. Pengkajian psikologis

Klien tampak gelisah, terkadang klien tidak dapat berkonsentrasi saat rasa nyeri timbul, klien tidak mengalami sulit berkonsentrasi, kontak mata baik, klien tidak mengalami gangguan psikologis.

m. Pengkajian Kebersihan diri

Klien mengatakan mengalami kesulitan untuk mandi, klien mengatakan tidak bisa mengenakan pakaian sendiri, tidak mampu ke toilet sendiri perlu dibantu oleh keluarga.

n. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Klien mengalami kerusakan jaringan kulit akibat pasca operasi dengan sayatan sepanjang kurang lebih 10 cm keadaan luka tertutup, klien tidak kejang, kulit di area luka tampak kemerahan, klien tampak mengigil, kulit terasa dingin.

o. Pengobatan

Pengobatan yang di berikan :

Cefotaxime	: 2x1 gr/12 jam	(iv)
Ketorolac	: 3x10 mg/8 jam	(iv)
Infuse Ringer Laktat (RL)	: 20tts/menit	(iv)
Asam femenamat	: 3x1 mg/8 jam	(oral)
Nifedipine	: 2x300mg/12 jam	(oral)
Ferrous sulphate	: 1x1 mg/24 jam	(oral)
MgSO4	: pada pukul 22.00 wib	(IM)

p. Hasil laboratorium

Tabel 3.1

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. R di Ruang Kebidanan RSUD
Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 18 April 2019**

Tanggal pemeriksaan 18 April 2019

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Hemoglobin	12,00 gr/dl	12,00-16,00 gr/dl
2	Leukosit	6,200/ μ l	4.000-10.000 / μ l
3	SGOT	40 U/L	<34 UL

4	SGPT	51 U/L	<31 UL
5	Ureum	51 mg/dl	17-43 mg/dl
6	Kreatinin	1,20 mg/dl	0,60-0,90 mg/dl
7	Guladarah sewaktu	131 mg/dl	70-180 mg/dl
8	Proteinuria	+3	
9	Trombosit	98.000	100.00

C. Analisa data

Tabel 3.2

Analisa Data Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Keamanan Pasien Preeklamsi Berat Post Sectio Caesaria Terhadap Ny. R di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data masalah	Masalah
1	DS: a. Klien mengeluh pengelihatan kabur b. Klien mengeluh mual tetapi tidak ingin muntah c. Klien mengeluh lemas DO: a. Hasil pemeriksaan tekanan darah 160/100mmHg. b. Tampak oedem pada kaki klien. c. Hasil lab menunjukkan proteinuria 3gr/liter	Potensial Komplikasi Hipertensi berkenaan dengan kehamilan
2	DS: a. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi sectio caesaria (skala nyeri 6) DO: a. Klien tampak meringis b. Klien tampak gelisah c. Klien tampak sulit beristirahat dan tidur	Nyeri akut
3	Efek prosedur infasif : a. Klien telah di lakukan operasi sectio caesaria pada tanggal 18 april 2019 pukul 11:00 wib, dengan luka sayatan ±10 cm	Resiko infeksi
4	DS: a. klien mengeluh kedinginan DO: a. kulit teraba dingin b. klien tampak menggigil c. suhu tubuh klien di bawah nilai normal (34,5°) d. pengisian kapiler 3 detik	Hipotermia

D. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada Ny. R pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.3
Diagnosa Keperawatan yang Ditegakkan Pada Asuhan Keperawatan
Gangguan Kebutuhan Keamanan Pasien Preeklamsi Berat Post Sectio
Caesaria Terhadap Ny. R di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa
1	Potensial Komplikasi Hipertensi berkenaan dengan kehamilan b.d hipertensi d.d tekanan darah 160/110mmHg, tampak edema pada kaki, proteinuria >3 gr.
2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur oprasi sectio caesaria)
3	Resiko infeksi d.d prosedur infasif (oprasi sectio caesaria)
4.	Hipotermia b.d efek agen farmakologis (anastesi) d.d klien mengeluh kedinginan, kulit teraba dingin, klien tampak menggigil, suhu tubuh dibawah nilai normal 34,5°, pengisian kapiler >3 detik

Tabel 3.4
Diagnosa Yang Diprioritaskan Pada Asuhan Keperawatan Gangguan
Kebutuhan Keamanan Pasien Preeklamsi Berat Post Sectio Caesaria
Terhadap Ny. R di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi
Lampung Utara

No	Diagnosa
1	Potensial Komplikasi Hipertensi berkenaan dengan kehamilan b.d hipertensi d.d tekanan darah 160/110mmHg, tampak edema pada kaki, proteinuria >3 gr.
2	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur oprasi sectio caesaria)
3	Resiko infeksi d.d prosedur infasif (oprasi sectio caesaria)

E. Rencana keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Keamanan Pasien Preeklamsi Berat Post Sectio Caesaria Terhadap Ny. R di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

tanggal	Diagnosa keperawatan	Standar luaran keperawatan (SLKI)	Standar inrerfensi keperawatan (SIKI)
18/04/2019 1	PK: hipertensi berkenaan riwayat kehamilan	keparahan hipertensi: preeklamsi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keparahan hipertensi berkurang bahkan hilang. Dengan kriteria hasil : a. Tidak mengalami sakit kepala (5) b. Pengelihatan tidak kabur (5) c. Tidak merasa mual (5) d. Tekanan darah kembali normal (5) e. Tidak terdapat odem (5) f. Sakit epigastrium menurun (5)	Perawatan preeklamsi a. Kaji edema, gangguan penglihatan, sakit kepala, nyeri epigastrium, dan mual/muntah. b. Patau tekanan darah. c. Pantau nyeri kepala dan nyeri epigastrium. d. Hasil laboratorium pada proteinuria Lakukan tirah baring. e. Ajarkan klien untuk membatasi kegiatan dan istirahat di tempat tidur.
2	Nyeri akut	Tingkat nyeri a. Tidak mengeluh nyeri (5) b. Tidak meringis (5) c. Tidak gelsah (5) d. Tidak sulit tidur (5) e. Tekanan darah normal (5)	Manajemen nyeri a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat/dingin pada area luka

			<ul style="list-style-type: none"> d. Fasilitasi istirahat dan tidur e. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri f. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri g. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam)
3	Resiko infeksi	<p>Tingkat infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kemerahan pada luka berkurang (5) a. Nyeri menurun (5) b. Tidak bengkak (5) 	<p>Pencegahan infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. berikan perawatan kulit pada area luka b. monitor area luka apabila terjadi infeksi (kemerahan, gatal) c. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. jelaskan tanda dan gejala infeksi. <p>anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi</p>


F. Implementasi dan Evaluasi


Tabel 3.6


Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Keamanan Pasien Preeklamsi Berat Post Sectio Caesaria Terhadap Ny. R di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Utara

Hari pertama, 18 April 2019

No. Dx	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi
1	18 april 2019 Pukul : 15:00	<p>Perawatan preeklamsi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji edema, gangguan penglihatan, sakit kepala, nyeri epigastrium, dan mual/muntah. Memantau tekanan darah. Memantau nyeri kepala dan nyeri epigastrium. Melihat hasil laboratorium pada proteinurin. Melakukan tirah baring. Mengajarkan klien untuk membatasi kegiatan dan istirahat di tempat tidur. 	<p>Pukul : 17:00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengeluh nyeri epigastrium (skala nyeri 4) Mengeluh mual tetapi tidak ingin muntah Klien mengtakan pandangan nya sedikit kabur Klien mengeluh lemas Klien mengeluh sakit kepala (skla nyeri 4) <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak odem pada kaki klien Piting edema pada kaki >3 detik Klien tampak lemas dan berbaring di tempat tidur Teakanan darah : pukul 15.00 wib = 160/100 mmHg 19.00 wib = 150/100 mmHg 22.00 wib = 150/90 mmHg Nadi : 90x/menit Pernafasan : 22x/menit Suhu : 34,5°C Hasil laboratorium proteinuria +3 gr.


			<p>A: Masalah PK hipertensi berkenaan dengan kehamilan belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji edema, gangguan pengelihatn, sakit kepala, mual muntah, nyeri epigastrium. Pantau nyeri pada kepala dan epigastrium. Lakukan tirah baring. Membatasi klien untuk kegiatan dan isatirahat di tempat tidur. Monitor tanda-tanda vital <div style="text-align: right;">  Alitta widi.p </div>
2		Manajemen nyeri <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat pada area luka) Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri pada bagian luka oprsi sectio caesaria, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri sangat terasa jika klien menggerakkan tubuhnya. Klien mengatakan skala nyeri 6 Klien mengatakan sering terbangun saat tidur karena nyeri yang terasa <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak meringis kesakitan Klien tambak tidak tenang akibat nyeri yang di rasakan Klien tampak memahami apa yang telah di jelaskan tentang nyeri nya



			<p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri Kaji skala nyeri Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat pada area luka) Fasilitasi istirahat dan tidur Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam) <p style="text-align: right;"> Alitta widi.p</p>
3		<p>Pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Memonitor area luka apabila terjadi infeksi (kemerahan, gatal) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi 	<p>S: a. -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak terdapat luka operasi sectio caesaria lebar luka ±10 cm Klien tampak memahami dari penjelasan tanda dan gejala infeksi <p>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan perawatan kulit pada area luka Monitor area luka apabila terjadi infeksi (kemerahan, gatal)

			<p>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>d. Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi</p>
			 Alitta widi.p


Hari kedua , 19 April 2019



No. Dx	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	19 april 2019	Pukul : 16.00	Pukul : 17:00
1	Pukul : 15:00	Perawatan preeklamsi a. Mengkaji edema, gangguan pengelihatan, sakit kepala, mual muntah, nyeri epigastrium. b. Memantau nyeri pada kepala dan epigastrium. c. Melakukan tirah baring. d. Membatasi klien untuk kegiatan dan istirahat di tempat tidur. e. Memonitor tanda-tanda vital	S: a. Klien mengeluh nyeri epigastrium (skala nyeri 2) b. Klien mengatakan rasa mual sudah berkurang c. Klien mengatakan pandangan sudah mulai jelas d. Klien mengeluh lemas e. Klien mengeluh sakit kepala (skala nyeri 3) O: a. Tampak odem pada kaki klien b. Pitting edema pada kaki >3 detik c. Klien sudah dapat duduk di tempat tidur d. Tekanan darah : pukul 15.00 wib = 150/90 mmHg 19.00 wib = 140/90 mmHg 22.00 wib = 130/90 mmHg Nadi : 80x/menit Pernafasan : 22x/menit

			<p>Suhu : 36,0°C</p> <p>A: Masalah PK hipertensi berkenaan dengan kehamilan teratasi sebagian</p> <p>P: <ul style="list-style-type: none"> a. Kaji edema, gangguan pengelihatn, sakit kepala, mual muntah, nyeri epigastrium. b. Pantau nyeri pada kepala dan epigastrium. c. Lakukan tirah baring. d. Membatasi klien untuk kegiatan dan isatirahat di tempat tidur. e. Monitor tanda-tanda vital </p> <p style="text-align: right;"> Alitta widi.p</p>
2		<p>Manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri b. Mengkaji skala nyeri c. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat pada area luka) d. Memfasilitasi istirahat dan tidur e. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri f. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam) 	<p>S: <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri sudah terasa hilang timbul b. Klien mengatakan skala nyeri 4 c. Klien mengatakan tidur nya sudah tidak terbangun </p> <p>O: <ul style="list-style-type: none"> a. Klien masih tampak meringis merasakan sakit b. Klien tampak sedikit tenang </p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: <ul style="list-style-type: none"> a. Kaji lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri b. Kaji skala nyeri </p>

			<ul style="list-style-type: none"> c. Berikan teknn non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat pada area luka d. Fasilitasi istirahat dan tidur e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam)  <p style="text-align: right;">Alitta widi.p</p>
3		<p>Pencegahan infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan perawatan kulit pada area luka b. Memonitor area luka apabila terjadi infeksi (kemerahan, gatal) c. Mencuci tngan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka oprasi b. Klien mengatakan gatal pada area luka oprasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Tampak terdapat luka oprasi section caesaria leber luka ±10 cm d. Tampak kemerahan pada area luka <p>A:</p> <p>Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan perawatan kulit pada area luka b. Monitor area luka apabila terjadi infeksi (kemerahan, gatal) c. Cuci tngan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi  <p style="text-align: right;">Alitta widi.p</p>

Hari ketiga, 20 April 2020

No. Dx	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	20 april 2019	Pukul : 16.00	Pukul : 17:00
1	Pukul : 15:00	<p>Perawatan preeklamsi</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji edema, gangguan pengelihatan, sakit kepala, mual muntah, nyeri epigastrium. Memantau nyeri pada kepala dan epigastrium. Melakukan tirah baring. Membatasi klien untuk kegiatan dan isatirahat di tempat tidur. Memonitor tanda-tanda vital 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah tidak nyeri pada ulu hati Klien mengatakan sudah tidak mual Klien mengtakan pandangan sudah jelas Klien mengatakan sakit kepala masih terasa tetapi hilang timbul (skala nyeri 2) <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Masih tampak odem pada kaki klien Piting edema pada kaki 2 detik Klien sudah dapat duduk di tempat tidur Tekanan darah : pukul 140/80 mmHg 15.00 wib = 130/90 mmHg 19.00 wib = 130/90 mmHg 22.00 wib = 130/80 mmHg Nadi : 80x/menit Pernafasan : 22x/menit Suhu : 36,0°C <p>A:</p> <p>Masalah PK hipertensi berkenaan dengan kehamilan teratasi</p> <p>P:</p> <p>Hentikan intervensi</p> <div style="text-align: right;">  Alitta widi.p </div>

2		<p>Manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, dan kualitas nyeri b. Mengkaji skala nyeri c. Memberikan teknn non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat pada area luka d. Memfasilitasi istirahat dan tidur e. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam) 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri, nyeri hilang timbul e. Klien mengatakan skala nyeri 3 <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Klien tidak tampak meringis kesakitan d. Klien sudah tampak tenang <p>A:</p> <p>Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P:</p> <p>Hentikan intervensi</p> <div style="text-align: right;">  Alitta widi.p </div>
3		<p>Pencegahan infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memeriksa perawatan kulit pada area luka b. Memonitor area luka apabila terjadi infeksi (kemerahan, gatal) c. Mencuci tngan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi 	<p>S</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan masih terasa nyeri terasa hilang timbul pada luka oprasi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kemerahan pada area luka berkurang <p>A:</p> <p>Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan perawatan kulit pada area luka b. Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi <div style="text-align: right;">  Alitta widi. p </div>