

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Dasar

1. Identitas klien

Kamar/ruang	:	Kamar 4/ruang kebidanan
Tanggal masuk RS	:	9 Maret 2020
Tanggal pengkajian	:	10 Maret 2020
Waktu pengkajian	:	14: 00 WIB
No. rekam medis	:	85.00.68
Nama inisial klien	:	Ny. A
Umur	:	25 tahun
Alamat	:	Banjar Agung
Status perkawinan	:	Menikah
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	Ibu rumah tangga

2. Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang ke RS pada tanggal 9 Maret 2020 pada pukul 22:00 diantar oleh keluarga, pasien datang ke rumah sakit dengan keluhan keluar flek darah klien mengeluh nyeri pada bagian perut. Klien dilakukan operasi pada tanggal 10 Maret 2020 pukul 05:30 WIB karena plasenta previa.

3. Keluhan utama saat pengkajian

Klien post operasi *sectio caesarea* tanggal 10 Maret 2020. Pengkajian dilakukan 8 jam post operasi. Klien mengatakan belum mampu menggerakkan bagian ekstremitas bawah karena nyeri.

B. Pengkajian Keperawatan

1. Penampilan Umum

Dari hasil pengkajian tingkat kesadaran klien composmentis dengan nilai GCS E₄V₅M₆, tidak ada sianosis pada tubuh klien, akral tubuh hangat, turgor kulit elastis, klien tampak lemah, gelisah, cemas dan memegang area luka post operasi. Klien mengatakan ini adalah kehamilan yang pertama kalinya. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, dan riwayat hipertiroid. Klien tidak merokok dan tidak edema.

TD : 130/70 mmHg

N : 80x/menit

RR : 18x/menit

T : 36,7°C

2. Pengkajian respirasi

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa klien tidak mengalami dispnoe, bradipnoe, maupun takipnoe. Tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi, pasien bernafas tidak menggunakan otot

bantu pernafasan dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Tidak ada sputum berlebih yang dapat mengganggu sistem respirasi klien.

3. Pengkajian sirkulasi

Dari hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa klien tidak mengalami bradikardi maupun takikardi. Nadi klien 80x/menit, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, klien tampak lelah, CRT < 3 detik.

4. Pengkajian nutrisi dan cairan

Dari hasil pengkajian post operasi klien mengatakan sudah makan setengah porsi yang disediakan, klien juga mengatakan sudah minum 3 gelas pasca operasi dan klien diberikan cairan infus RL intravena. Tidak mengalami gangguan menelan, dan tidak sariawan.

5. Pengkajian eliminasi

Dari hasil pengkajian 8 jam post operasi didapatkan hasil bahwa klien terpasang kateter dengan volume urine 450 ml. Klien tidak mengalami gangguan eliminasi urine seperti disuria. Klien mengatakan dirinya sudah BAB sebelum operasi.

6. Pengkajian aktifitas dan istirahat

Klien 8 jam post *partum* dengan anestesi spinal. Saat ini terbaring di tempat tidur. Dianjurkan untuk *bedrest* selama 24 jam namun sesegera mungkin untuk melakukan mobilisasi dini. Klien belum dapat

menggerakkan kedua ekstremitas bawahnya. Klien merasakan nyeri pada luka *sectio* dan tidak berani menggerakkan badannya karena nyeri. Seluruh aktivitas seperti makan, minum, mengganti baju, mandi dibantu oleh keluarga.

7. Pengkajian neurosensori

Klien dilakukan anestesi spinal. Sensasi pada ekstremitas bawah tidak merasakan apa-apa dan sulit untuk digerakkan.

8. Pengkajian reproduksi dan seksual

Klien post *sectio caesarea*, melahirkan anak pertama, lochea rubra sedikit \pm 450 ml berwarna merah segar berbau khas. Tidak terjadi perdarahan

9. Pengkajian nyeri dan keamanan

Saat dikaji klien 8 jam post operasi, mengalami nyeri pada skala 5 klien tampak meringis, nyeri seperti teriris-iris, klien mengatakan nyeri terasa saat pasien bergerak, dokter meresepkan obat anti nyeri ketorolac 30mg dan sudah diberikan pada pukul 12:00 WIB.

10. Pengkajian psikologis

Berdasarkan hasil pengkajian klien tampak gelisah, klien tampak tidak bingung saat diberi pertanyaan, klien dapat berkonsentrasi, kontak mata baik, klien tidak mengalami gangguan psikologis.

11. Pengkajian kebersihan diri

Pada saat pengkajian post operasi klien mengatakan dirinya tidak mampu mandi dan mengganti baju secara mandiri dibantu oleh keluarga. Klien tampak lemah dan berkeringat. Semua kegiatan perawatan diri dibantu oleh keluarga.

12. Pengkajian pasca partum

Dari hasil pengkajian 8 jam post operasi klien mengatakan belum menyusui bayinya, ASI belum keluar, payudara sudah tampak bengkak puting menonjol.

13. Pengkajian keamanan dan proteksi

Dari hasil pengkajian di peroleh hasil bahwa klien tidak kejang, turgor kulit elastis, pasien dalam kondisi pasca operasi ada luka sayatan sepanjang \pm 10 cm, luka hari ke-0, kulit terasa hangat, pasien tidak menggigil, pada klien juga dilakukan pemasangan tindakan invasif yaitu pemasangan infus intravena dan pemasangan kateter

14. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan pada pasien :

Tanggal 10 Maret 2020

Cefotaxime : 2x1 gr / 12 jam (iv)

Ketorolac : 3x30 gr/ 8 jam (iv)

Asam traneksamat : 3x50 mg/ 8 jam (iv)

Metrodinazole : 2x500 mg/12 jam (iv)

Infus RL : 20 TPM (iv)

15. Hasil laboratorium

Berdasarkan data yang diperoleh hasil pemeriksaan laboratorium terdapat pada tabel berikut :

Tabel 3.1

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai normal
9 Maret 2020	GDS	144 mg/dL	100-200 mg/dL
	Gol. Darah	A	
	Rhesus	+	
	SGOT	20	5-40 U/L
	SGPT	10	5-41 U/L
	Ureum	15	15-39 mg/dL
	Kreatinin	0,6	0,6-11
	Leukosit	$9,35 \times 10^3/Ul$	4,00-10,00
	Eritrosit	$4,53 \times 10^6/Ul$	3,50-5,50
	Hemoglobin	12,3	11,0-16,0
	Trombosit	271×10^3	150-450
10 Maret 2020	SGOT	28	5-40 U/L
	SGPT	22	5-41 U/L
	Ureum	14	15-39 mg/dL
	Kreatinin	0,6	0,6-11
	Leukosit	$9,55 \times 10^3/Ul$	4,00-10,00
	Eritrosit	$38,2 \times 10^6/Ul$	3,50-5,50
	Hemoglobin	10,9	11,0-16,0
	Trombosit	240×10^3	150-450

C. Analisis Data dan Penegakan Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.2

Analisa Data Asuhan Keperawatan pada Ny. A Post Sectio Caesarea Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 10-12 Maret 2020

Tanggal	Data (DS/DO)	Masalah Keperawatan
1	2	3
10 Maret 2020	DS: 1. Klien mengatakan belum mampu menggerakkan bagian ekstremitas bawah 2. Klien mengatakan tidak berani menggerakkan badannya karena nyeri DO: 1. Klien tampak berbaring di tempat tidur 2. Klien tampak lemah	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri
10 Maret 2020	DS: 1. Klien mengatakan dirinya tidak mampu mandi dan mengganti baju secara mandiri DO: 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak berkeringat 3. Tampak seluruh kegiatan perawatan diri dibantu oleh keluarga	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan

10 Maret 2020	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka operasi di bagian bawah abdomen klien 2. Tampak luka sepanjang ±10 cm tertutup dengan balutan 3. Luka hari ke-0 	Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (<i>sectio caesarea</i>)
10 Maret 2020	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi 2. Klien mengatakan nyeri seperti teriris-iris 3. Klien mengatakan nyeri terasa saat pasien bergerak <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 5 	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik
10 Maret 2020	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan belum menyusui bayinya <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI belum keluar 2. Payudara sudah tampak bengkak 3. Putting Menonjol 	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
3. Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (*sectio caesarea*)

D. Rencana Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan maka rencana keperawatan yang disusun adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3

Rencana Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Post *Sectio Caesarea* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 10-12 Maret 2020

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
10 Maret 2020	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan belum mampu menggerakkan bagian ekstremitas bawah 2. Klien mengatakan tidak berani menggerakkan badannya karena nyeri <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbaring di tempat tidur 2. Klien tampak lemah 	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peregerakkan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Gerakan terbatas menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. Monitor tanda tanda vital 5. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7. Anjurkan mobilisasi dini (latihan miring kanan miring kiri) dan ROM. 8. Ajarkan mobilisasi sederhana mis. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, dan berjalan.

1	2	3	4
10 Maret 2020	<p>Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan kelemahan</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan dirinya tidak mampu mandi dan mengganti baju secara mandiri <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berkeringat 2. Tampak seluruh kegiatan perawatan diri dibantu oleh keluarga 	<p>Perawatan diri (L.11103)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Minat melakukan perawatan diri meningkat 3. Melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan mandi (I.11352)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit 5. Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) 6. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 7. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 8. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 9. Pertahankan kebersihan diri 10. Berikan bantuan sesuai kebutuhan diri 11. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian 12. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan. 13. Mengevaluasi kemampuan mandi pasien
10 Maret 2020	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (<i>sectio caesarea</i>)</p>	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Nyeri menurun 3. Demam tidak ada 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

1	2	3	4
			<p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Anjurkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</p> <p>Perawatan luka (L.14564)</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.</p> <p>8. Kolaborasi pemberian Antibiotik</p>


E. Catatan Perkembangan (Implementasi dan Evaluasi)


Tabel 3.4


Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Post *Sectio Caesarea* Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 10– 12 Maret 2020

Catatan Perkembangan Hari Ke-1

No. DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1	<p>Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 14:30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. memonitor tanda tanda vital 5. Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7. Mengajarkan mobilisasi dini pada 8 jam pertama post operasi miring kanan miring kiri 8. Memberikan gerak ROM menggerakkan kedua tangan , jari-jari tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki. 	<p>Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 14:45 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak - Klien mengatakan kaki nya sudah bisa digerakkan pelan-pelan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sulit bergerak - Klien tampak belum mampu untuk memulai pergerakan dengan mandiri - Klien tampak lemah - Pemeriksaan tanda-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> - TD : 130/80 mmHg - Nadi : 82x/menit - RR : 20 x/menit - Suhu : 36,7°C


1	2	3
		<p>A: - Masalah gangguan mobilitas fisik klien belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi - Monitor tanda tanda vital - Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Evaluasi kemampuan klien melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri - Ajarkan mobilisasi sederhana duduk di tempat tidur</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat  Dwi Cahya</p>
2	<p>Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 14:50</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 	<p>Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 15:15 WIB</p> <p>S: - Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi dan melakukan perawatan diri secara mandiri</p>


1	2	3
	<p>3. Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</p> <p>4. Memberikan bantuan sesuai kebutuhan pasien (mengelap badan pasien di atas tempat tidur)</p> <p>5. Menyediakan lingkungan senyaman mungkin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mau untuk dibantu dalam melakukan perawatan diri mandi dengan dilap <p>O :-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak mampu membersihkan dirinya secara mandiri - Klien tampak sedikit lebih bersih setelah badannya didibersihkan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Monitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) - Monitor integritas kulit - Sediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) - Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan - Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan - Berikan bantuan sesuai kemandirian pasien <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Dwi Cahya</p>


1	2	3
3	<p>Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 15:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Memberikan injeksi cefotaxime 1 gr 	<p>Tanggal : 10 Maret 2020 Pukul : 15:35</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mengerti tanda dan gejala infeksi - Klien mengatakan nyeri dibagian luka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak balutan luka bersih - Tidak ada kemerahan disekitar luka - Klien tampak bisa dan mengerti cara mencuci tangan dengan benar <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Ajarkan etika batuk - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Dwi Cahya</p>

Catatan Perkembangan Hari Ke-2

No Dx	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1	<p>Tanggal : 11 Maret 2020 Pukul : 08:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda tanda vital 2. Mengevaluasi kemampuan klien melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana duduk di tempat tidur 4. Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>Tanggal : 11 Maret 2020 Pukul : 08:30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa untuk melakukan pergerakan miring kanan miring kiri - Klien mengatakan sudah bisa duduk di atas tempat tidur ±10 menit - Klien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan pergerakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah bisa miring kanan miring kiri dengan mandiri - Klien tampak sudah bisa duduk di atas tempat tidur dengan posisi <i>semi fowler</i> - Tampak keluarga berperan dalam membantu klien mobilisasi - Tanda-tanda vital <ul style="list-style-type: none"> - TD : 130/80 mmHg - Nadi : 80x/menit - RR : 19x/menit - Suhu : 36,0°C



1	2	3
		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien untuk turun dari tempat tidur dan berjalan di sekitar tempat tidur - Monitor tanda tanda vital - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Dwi Cahya</p>
2	<p>Tanggal : 11 Maret 2020 Pukul : 08:45</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kebersihan tubuh (mis: rambut, mulut, kulit, kuku) 2. Memonitor integritas kulit 3. Menyediakan peralatan mandi (mis: sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) 4. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 5. Memfasilitasi mandi sesuai kebutuhan 	<p>Tanggal : 11 Maret 2020 Pukul : 09:00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dirinya sudah mampu mengelap badannya dan menggosok gigi sendiri di atas tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengelap badannya sendiri walaupun masih di atas tempat tidur

1	2	3
	6. Memberikan bantuan sesuai kemandirian pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak tidak terjadi kerusakan integritas kulit - Rambut klien tampak rapi, mulut tampak bersih, kuku dan kulit tampak bersih - Klien masih dibantu dalam mengenakan pakaian - Klien tampak bersih, rambut terikat dengan rapi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Evaluasi kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri - Berikan bantuan sesuai tingkat kebutuhan klien <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: right;">Dwi Cahya</p>
3	<p>Tanggal : 11 Maret 2020 Pukul : 09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi jumlah pengunjung 2. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi 3. Mengajukan meningkatkan asupan cairan 4. Memberikan injeksi antibiotik cefotaxime 1 gr 	<p>Tanggal : 11 Maret 2020 Pukul : 09:15 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dirinya makan makanan yang mengandung nutrisi

1	2	3
		<p>- Klien mengatakan dirinya sudah banyak minum air putih</p> <p>O :</p> <p>- Tampak hanya 2 orang saja yang ada di kamar pasien</p> <p>A :</p> <p>- Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>- Lakukan perawatan luka</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Dwi Cahya</p>

Catatan Perkembangan Hari ke-3

No DX	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3
1	<p>Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 08:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan klien untuk turun dari tempat tidur dan berjalan di sekitar tempat tidur 2. Memonitor tanda tanda vital 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 	<p>Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 08: 30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mampu untuk berjalan dengan bantuan dari keluarga - Klien mengatakan dirinya sudah mampu ke toilet untuk BAK <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah mampu berjalan ke toilet dibantu dengan keluarga - Tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg Nadi : 85x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,0°C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hentikan intervensi

1	2	3
		TTD Perawat  Dwi Cahya
2	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 08:35 WIB 1. Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri 2. Memberikan bantuan sesuai tingkat kebutuhan klien	Tanggal : 12 Maret 2020 Pukul : 08:50 WIB S: - Klien mengatakan sudah mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Klien mengatakan sudah mampu mandi di kamar mandi O : - Klien tampak mampu ke kamar mandi sendiri - Klien tampak rapi dan bersih A : - Masalah teratasi P : - Hentikan intervensi TTD Perawat  Dwi Cahya

1	2	3
3	<p>Tanggal : 12 maret 2020 Pukul : 09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan luka 2. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Memonitor karakteristik luka (drainase, warna , ukuran, bau) 5. Memonitor tanda-tanda infeksi 6. Membersihkan dengan caira NaCl 7. Bersihkan jaringan nekrotik 8. Pasang balutan sesuai jenis luka 	<p>Tanggal : 12 maret 2020 Pukul : 09:15 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diganti balutan lukanya - Klien mengatakan nyeri berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka berukuran ±10 cm, tidak ada kemerahan, tidak berbau, dan luka mulai mengering. - Tidak ada tanda-tanda infeksi. <p>A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi</p>