

## BAB III

### LAPORAN STUDI KASUS

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas Pasien

Kamar / Ruang	: Ruang Kebidanan
Tanggal masuk rumah sakit	: 28 Maret 2023
Tanggal pengkajian	: 29 Maret 2023
Nama inisial pasien	: Ny.A
No. Rekam Medis	: 204253
Usia	: 34 Tahun
Alamat	: Surakarta RT02/ RW01, Abung Timur
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Sumber biaya	: BPJS

##### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD Handayani diantar suami tanggal 28 Maret 2023 pada pukul 22.00 WIB dalam keadaan sadar dengan keluhan perut terasa kencang dan nyeri di perut bagian bawah menjalar ke pinggang, skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan tidak nyaman, pasien tampak gelisah, keluar flek darah dari kemaluan. Pasien dilakukan operasi *Sectio Caesarea* dan tubektomi atau Metode Operasi Wanita (MOW) pada tanggal 29 Maret 2023 pukul 08.00 WIB karena riwayat *Sectio Caesarea* < 2 tahun. Usia kehamilan pasien aterm cukup bulan, pasien mengatakan hamil anak ke enam (G6P5A0), tidak ada riwayat keguguran, dan pernah mengalami tindakan *Sectio Caesarea* saat melahirkan anak ke lima.

### 3. Riwayat Kesehatan Pada Saat Pengkajian

#### a. Keluhan Utama

Saat pengkajian pasien mengatakan setelah operasi belum mampu untuk menggerakkan ekstremitas bawah karena nyeri pada luka operasi, skala nyeri 7, pasien tidak mampu beraktivitas mandiri, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul dan nyeri akan bertambah jika bergerak, pasien tampak meringis, cemas, gelisah dan tidak nyaman saat bergerak karena takut luka post SC terbuka.

#### b. Keluhan Penyerta

Pasien tampak lemah, tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tingkat ketergantungan total, semua aktivitas dibantu keluarga, pasien mengeluh mengantuk tetapi sulit tidur kerana merasa nyeri pada luka sayatan post SC, pasien mengatakan belum tidur sejak dirinya dirawat di rumah sakit.

### 4. Pengkajian Keperawatan

#### a. Penampilan Umum

Hasil pengkajian didapatkan tingkat kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>, tidak ada sianosis pada pasien, akral tubuh hangat, pasien tampak lemah, pasien tirah baring, gelisah, dan cemas untuk bergerak. Pasien mengeluh tidak mampu beraktivitas mandiri, pasien tampak sulit bergerak karena nyeri dan memegang area luka post operasi. Pasien tampak menguap, tampak belum berganti pakaian, dan aktivitas makan dibantu. Tidak ada penurunan berat badan setelah dan saat sakit (55 kg). Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, dan riwayat hipertiroid, tidak terdapat edema dan pasien tidak merokok.

Pengkajian tanda-tanda vital:

TD : 129/75 mmHg

Nadi : 82x/menit

RR : 18x/menit

Suhu : 36,6°C

b. Pengkajian Respirasi

Hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan bahwa pasien tidak mengalami dispnea (Sesak nafas), bradipnea (Nafas < 12x/menit), ataupun takipnea (Nafas cepat > 22x/menit). Pernapasan pasien normal dengan frekuensi 18x/menit. Tidak ada suara nafas tambahan seperti *wheezing* (Suara menyerupai siulan, mengi) atau ronchi (Mendekur), pasien bernafas tidak menggunakan otot bantu pernafasan dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Tidak ada sputum berlebih yang dapat mengganggu jalan pernafasan pasien.

c. Pengkajian Sirkulasi

Hasil pengkajian diperoleh data bahwa denyut nadi pasien normal dengan frekuensi 82 kali/menit. Pasien tidak mengalami bradikardia (detak jantung lebih lambat) maupun takikardia (detak jantung lebih cepat), CRT < 3 detik, konjungtiva merah muda, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis (terlihatnya denyutan vena), dan pasien tampak lemah.

d. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Hasil pengkajian post  *Sectio Caesarea* diperoleh data pasien mengatakan belum nafsu makan. 8 jam pasca operasi pasien hanya menghabiskan 1/2 porsi yang disediakan rumah sakit, pasien juga mengatakan sudah minum 3 gelas ( $\pm$  750 ml), pasien diberikan cairan infus RL 20 tetes/menit. Pasien tidak mengalami gangguan menelan dan pasien tidak sariawan, pasien mengatakan tidak ada diare, suara bising usus 18 x/menit (normal 12-35x/menit.)

e. Pengkajian Eliminasi

Hasil pengkajian 8 jam post operasi didapatkan data pasien terpasang kateter urin dengan volume urin 500 ml. Pasien tidak mengalami gangguan eliminasi urin, tidak ada distensi kandung kemih, warna urin kuning jernih. pasien mengatakan BAB sekali saat sebelum tindakan operasi dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.

f. Pengkajian Istirahat dan Tidur

Hasil pengkajian post operasi dengan anastesi spinal didapatkan data pasien terbaring di tempat tidur dan tampak lemah. Anastesi spinal digunakan pada operasi *sectio caesarea* guna menghindari komplikasi respirasi. Setelah anastesi pasien dianjurkan untuk tirah baring dan belajar miring kanan kiri setelah 6 jam, lalu sesegera mungkin untuk melakukan mobilisasi dini, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dan cemas, takut menggerakkan badan, takut luka operasinya akan terbuka jika banyak bergerak, pasien mengeluh sulit tidur karena rasa nyeri dibagian abdomen dengan frekuensi tidur 5 jam/hari. Seluruh aktivitas seperti mengganti baju, mandi, dan makan dibantu oleh keluarga.

g. Pengkajian Neurosensori

Hasil pengkajian pasien setelah dilakukan anastesi spinal diperoleh data bahwa, mengeluh sedikit pusing, pada ekstremitas bawah terasa kebas dan perlu usaha untuk digerakan. Tidak ada cedera medulla spinalis pada pasien, tidak ada kesulitan menelan dan pasien tidak muntah darah (hematemesis).

h. Pengkajian Nyeri dan Keamanan

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh tidak nyaman karena nyeri di bagian luka operasi yang membuat dirinya takut untuk melakukan pergerakan, rentang gerak menurun, nyeri seperti tersayat, skala nyeri 7 (1-10), pasien mengatakan nyeri berkurang saat istirahat, pasien tampak gelisah, pasien tampak merintih menahan sakit, tidak ada keluhan gatal, dan tidak ada diaforesis.

i. Pengkajian Psikologis

Pada saat dilakukan pengkajian diperoleh data bahwa pasien tidak mengalami gangguan psikologis, kontak mata baik, pasien tidak bingung saat diberi pertanyaan, pasien dapat berkonsentrasi, pasien tampak gelisah, merasa lemah, dan pasien merasa senang karena telah melahirkan anaknya dalam keadaan sehat.

j. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Hasil pengkajian diperoleh data bahwa, pasien mengatakan ini kehamilan keenam, kehamilan pasien aterm cukup bulan, pasien mengatakan kehamilan ini diinginkan, pasien tidak pernah keguguran dan pernah mengalami pembedahan *Sectio Caesarea* pada anak ke lima. Pasien melahirkan bayi laki-laki dengan cara *Sectio Caesarea*, panjang bayi 48 cm dan berat 3000 gr.

k. Pengkajian Kebersihan Diri

Hasil pengkajian diperoleh data bahwa pasien mengatakan dirinya tidak mampu untuk ke toilet, mandi dan mengganti baju secara mandiri, pasien mengeluh badan terasa kotor dan bau keringat, pasien tampak lemah dan penampilan tampak lusuh.

l. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Hasil pengkajian diperoleh data bahwa pasien tidak kejang, turgor kulit elastis, terdapat luka sayatan post operasi *Sectio Caesarea* sepanjang  $\pm 10$  cm, tidak bernanah dan tidak berbau, kulit terasa hangat dan pasien tidak menggigil, suhu tubuh  $36,6^{\circ}\text{C}$ . Pada pasien dilakukan pemasangan tindakan invasif yaitu pemasangan infus intravena dan kateter urin.

m. Pengkajian Neurologi

Hasil pengkajian didapatkan tingkat kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>. Kekuatan otot:

5555	5555
4444	4444

Ekstremitas atas pasien masih kuat dalam melakukan aktivitas dan tidak dirasakan adanya keluhan. Pada ekstremitas bawah pasien mengeluh kaki terasa lemah dan belum mampu menggerakkan kakinya dengan normal.

## n. Pengobatan

Tabel 3.1

**Terapi Medis Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Terhadap Ny.A Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara 29 Maret 2023**

No	Nama obat	Sediaan	Dosis	Cara pemberian	Keterangan
1	Infus Ringer Laktat	500 ml	20 tetes/ menit	Intravena	Ringer laktat adalah cairan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang dan sebagai cairan pemelihara ketika sedang menjalani perawatan di rumah sakit
2	Cefotaxime	1 gr vial	2x1 gr/ 12 jam	Intravena/ melalui selang infus	Antibiotik untuk infeksi bakteri dengan menghentikan pertumbuhannya dan mengembalikan kekebalan tubuh
3	Ketorolac	30 mg ampul	3x30 mg /8 jam	Intravena/ melalui selang infus	Ketorolac adalah Analgesik untuk meredakan nyeri sedang hingga nyeri berat
4	Ondansetron	4 mg vial	3x4 mg/8 jam	Intravena/ melalui selang infus	Ondansetron adalah Antiemetik untuk mengurangi perasaan mual pada pasien
5	Asam Traneksamat	500 mg ampul	3x500 mg /8 jam	Intravena/ melalui selang infus	Asam traneksamat adalah obat untuk Anti perdarahan atau mencegah perdarahan

## o. Pemeriksaan Hasil Laboratorium

Berdasarkan pemeriksaan laboratorium didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 3.2

## Hasil Pemeriksaan Laboratorium

## Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Terhadap Ny.A

Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara Tanggal 29 Maret 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Heptitis B HbsAg	Negatif		Negatif
Golongan darah	O		
Rhesus	+		
GDS	82	mg/dl	70-144
Hemoglobin	12,7	gr/dl	12.0-14.0
Lekosit	8.600	UI	3.600-11.000
Eritrosit	4,22	Jt	4.0-5.0
Trombosit	256.000	UI	150.000-400.000

## B. Analisa Data

Tabel 3.3

## Analisa Data Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Terhadap Ny.A

Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara 29 Maret 2023

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengeluh nyeri saat bergerak (skala nyeri 7)</li> <li>Pasien hanya berbaring di tempat tidur</li> <li>Pasien mengatakan cemas saat bergerak</li> <li>Pasien mengetakan setelah operasi belum mampu untuk menggerakkan ekstremitas bawah</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien tirah baring</li> <li>Pergerakan tampak terbatas</li> <li>Rentang gerak menurun</li> <li>Kekuatan otot 4</li> <li>Belum mampu duduk dan miring kanan dan kiri</li> <li>Seluruh aktivitas pasien saat ini</li> </ol>	Gangguan Mobilitas Fisik	Nyeri post operasi

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
	dibantu oleh keluarga		
2	DS : 1. Pasien mengeluh tidak nyaman 2. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri di luka operasi, skala nyeri 7 3. Pasien mengatakan merasa tidak puas tidur dan sering terbangun di malam hari DO : 1. Pasien tampak menguap 2. Pasien tampak mengantuk 3. Frekuensi tidur pasien 4-5 jam/hari	Gangguan Pola Tidur	Kurangnya kontrol tidur
3	DS : 1. Pasien mengatakan saat ini belum mampu untuk beraktivitas mandi, mengganti pakaian, ke toilet secara mandiri DO : 1. Penampilan fisik pasien tampak lusuh 2. Tampak seluruh kegiatan pasien dibantu keluarganya	Defisit Perawatan Diri	Kelemahan
4.	DS: 1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi DO: 1. Tampak terdapat luka post operasi di bawah abdomen pasien 2. Tampak luka post operasi sepanjang $\pm$ 10 cm yang tertutup dengan balutan kasa 3. Pasien tampak terpasang infus dan kateter urin	Risiko Infeksi	Tindakan Invasif ( <i>Sectio Caesarea</i> )
5.	DS: 1. Pasien mengatakan setelah operasi belum mampu untuk menggerakkan ekstremitas bawah DO: 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tirah baring	Risiko jatuh	kondisi pasca operasi

## C. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.4

**Diagnosa Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik  
Terhadap Ny.A Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang KebidananRSU  
Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara**

**Tanggal 29- 31 Maret 2023**

Tanggal	No. Diagnosa	Diagnosa
1	2	3
29-03-2023 16:00 WIB	1	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh nyeri saat bergerak (skala nyeri 7)</li> <li>2. Pasien hanya berbaring di tempat tidur</li> <li>3. Pasien mengatakan cemas saat bergerak</li> <li>4. Pasien mengetakan setelah operasi belum mampu untuk menggerakkan ekstremitas bawah</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Pasien tirah baring</li> <li>3. Rentang gerak menurun</li> <li>4. Nilai kekuatan otot ekstremitas bawah 4</li> <li>5. Pergerakan tampak terbatas</li> <li>6. Belum mampu duduk dan miring kanan dan kiri</li> <li>7. Seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu keluarga</li> </ol>
29-03-2023 16:00 WIB	2	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh tidak nyaman</li> <li>2. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri di luka operasi, skala nyeri 7</li> <li>3. Pasien mengatakan merasa tidak puas tidur dan sering terbangun di malam hari</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak menguap</li> <li>2. Pasien tampak mengantuk</li> <li>3. Frekuensi tidur pasien 5 jam/hari</li> </ol>
29-03-2023 16:00 WIB	3	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan saat ini belum mampu untuk beraktivitas mandi, mengganti pakaian, ke toilet secara mandiri</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penampilan fisik pasien tampak lusuh</li> <li>2. Tampak seluruh kegiatan pasien dibantu</li> </ol>

Tanggal	No. Diagnosa	Diagnosa
1	2	3
		keluarganya
29-03-2023 16:00 WIB	4	Risiko infeksi dibuktikan dengan Tindakan Invasif ( <i>Sectio Caesarea</i> ) DS: 1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi DO: 1. Tampak terdapat luka post operasi di bagian bawah abdomen pasien 2. Tampak luka post operasi sepanjang $\pm$ 10 cm yang tertutup dengan balutan kasa 3. Pasien tampak terpasang infus dan kateter urin
29-03-2023 16:00 WIB	5	Risiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pasca operasi DS: 1. Pasien mengetakan setelah operasi belum mampu untuk menggerakkan ekstremitas bawah DO: 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tirah baring

Dari diagnosa keperawatan yang ditegakkan, penulis memprioritaskan 3 diagnosa sebagai berikut:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

## D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

**Rencana Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik  
Terhadap Ny.A Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang KebidananRSU  
Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara**

**Tanggal 29- 31 Maret 2023**

Tangg al	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
29 Maret 2023	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh nyeri saat bergerak (skala nyeri 7)</li> <li>2. Pasien hanya berbaring di tempat tidur</li> <li>3. Pasien mengatakan cemas saat bergerak</li> <li>4. Pasien mengetakan setelah operasi belum mampu untuk menggerakkan ekstremitas bawah</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Pasien tirah baring</li> <li>3. Pergerakan tampak terbatas</li> <li>4. Rentang gerak menurun</li> <li>5. Kekuatan otot ekstremitas bawah 4</li> <li>6. Belum mampu duduk dan miring kanan dan kiri</li> <li>7. Seluruh aktivitas pasien saat ini dibantu oleh keluarga</li> </ol>	<p><b>Mobilitas Fisik</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kecemasan menurun</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan mobilisasi dini (latihan gerak miring kiri dan miring kanan di tempat tidur) dan ROM</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan)</li> </ol> <p><b>Manajemen nyeri</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> </ol>

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotik (inj. cefotaxim 2x1 gr/ 12 jam)</li> <li>• Analgeti (inj. ketorolac: 3x30 mg /8 jam )</li> <li>• Asam Traneksamat: inj. 3x50 mg /8 jam</li> <li>• Antiemetik (Ondansetron: 3x4 mg/8 jam)</li> </ul> </li> </ol>
29 Maret 2023	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh tidak nyaman</li> <li>2. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri di luka operasi, skala nyeri 7</li> <li>3. Pasien mengatakan merasa tidak puas tidur dan sering terbangun di malam hari</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak menguap</li> <li>2. Pasien tampak mengantuk</li> <li>3. Frekuensi tidur pasien 4-5 jam/hari</li> </ol>	<p><b>Pola Tidur</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>3. Keluhan sering terbangun menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola dan aktivitas tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (misalnya fisik atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (misalnya makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur, teh, kopi)</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (misalnya kebisingan dan tempat tidur)</li> <li>2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pengaturan posisi)</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati jadwal waktu tidur</li> </ol>

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
			3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang berkontribusi terhadap gangguan tidur
29 Maret 2023	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan saat ini belum mampu untuk beraktivitas mandi, mengganti pakaian, ke toilet secara mandiri</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penampilan fisik pasien tampak lusuh</li> <li>2. Tampak seluruh kegiatan pasien dibantu keluarganya</li> </ol>	<p><b>Perawatan Diri</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</li> <li>3. Minat melakukan perawatan diri meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, rileks, privasi)</li> <li>2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>

## E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

**Implementasi dan Evaluasi Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik  
Terhadap Ny.A Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang KebidananRSU  
Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara**

**Tanggal 29 Maret 2023**

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal : 29 Maret 2023 Pukul: 17.00 WIB</p> <p><b>Dukungan Mobilisasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda Vital</li> <li>2. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>3. Memeriksa adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>4. Menanyakan kepada pasien toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>5. Memonitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi</li> <li>6. Memasang pagar tempat tidur pasien</li> <li>7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan Pergerakan</li> <li>8. Mengajarkan latihan gerak miring kiri dan miring kanan di tempat Tidur</li> <li>9. Mengajarkan pasien untuk melakukan ROM yaitu menggerakkan kedua tangan dan kaki</li> </ol> <p><b>Manajemen nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi nyeri</li> <li>2. Mengukur skala nyeri</li> <li>3. Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol>	<p>Tanggal : 29 Maret 2023 Pukul : 20.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien memahami dan menerima informasi yang diberikan tentang prosedur mobilisasi dini pasca operasi</li> <li>2. Pasien mengatakan masih merasa nyeri saat bergerak</li> <li>3. Pasien mengatakan cemas saat bergerak karena takut</li> <li>4. Pasien mengatakan kakinya sudah bisa digerakan tetapi belum mampu mengangkat</li> <li>5. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti disayat pada perut bagian bawah, nyeri dirasakan terus menerus dan hilang jika diberi obat antinyeri oleh perawat</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg N : 88x/menit RR : 18x/menit S : 36,5 C</li> <li>2. Pasien tampak lemah</li> <li>3. Kekuatan otot ekstremitas bawah 4</li> <li>4. Skala nyeri 7</li> <li>5. Tampak pagar tempat tidur telah terpasang</li> <li>6. Pasien tampak enggan melakukan pergerakan</li> <li>7. Pasien tampak memahami penjelasan mengenai teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>8. Pasien tampak belum mampu bergerak dengan mandiri</li> <li>9. Keluarga tampak membantu pasien melakukan mobilisasi sederhana</li> <li>10. Pasien tampak mampu bergerak miring kanan dan miring kiri perlahan</li> </ol>

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>4. Mengajarkan teknik teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>5. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>6. Kolaborasi pemberian obat: Obat telah diberikan pada pukul 17.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgetik inj. ketorolac: 3x30 mg</li> <li>• Asam Traneksamat: inj. 3x50 mg</li> <li>• Antiemetik: Ondansetron: 3x4 mg</li> </ul>	<p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>2. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>4. Pantau kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi</li> <li>5. Pantau kembali kemampuan pasien melakukan mobilisasi sederhana miring kanan miring kiri di tempat tidur</li> <li>6. Ajarkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)</li> <li>7. Evaluasi kemampuan pasien melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>8. identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi nyeri</li> <li>9. identifikasi skala nyeri</li> <li>10. Kolaborasi pemberian obat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotik (inj. cefotaxim 2x1 gr/ 12 jam)</li> <li>• Analgeti (inj. ketorolac: 3x30 mg /8 jam )</li> <li>• Asam Traneksamat: inj. 3x50 mg /8 jam</li> <li>• Antiemetik (Ondansetron: 3x4 mg/8 jam)</li> </ul> </li> </ol> <p style="text-align: right;">Perawat Cornelia A Saputri</p>
2	<p>Tanggal : 29 Maret 2023 Pukul : 18.00 WIB</p> <p><b>Dukungan Tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Mengidentifikasi pola dan aktivitas tidur</li> <li>3. Menanyakan kepada pasien faktor pengganggu tidur (misalnya fisik atau psikologis)</li> <li>4. Menanyakan kepada pasien makanan dan minuman yang</li> </ol>	<p>Tanggal : 29 Maret 2023 Pukul : 19.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien memahami dan menerima informasi yang diberikan tentang pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka post operasi</li> <li>3. Pasien mengatakan waktu tidur hanya 4-5 jam</li> <li>4. Pasien mengatakan sering makan permen rasa kopi mendekati waktu tidur</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah</li> <li>2. Pasien tampak menguap dan mengantuk</li> </ol>

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>mengganggu tidur (misalnya makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur, teh, kopi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pengaturan posisi semi fowler)</li> <li>6. Mengajarkan menepati jadwal waktu tidur</li> <li>7. Mengajarkan menghindari makanan atau minuman yang berkontribusi terhadap gangguan tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tampak kantung mata pasien gelap</li> <li>4. Pasien tampak lebih nyaman pada posisi <i>semi fowler</i></li> </ol> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola dan aktivitas tidur</li> <li>2. Lakukan kembali prosedur meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi <i>semi fowler</i>)</li> <li>3. Anjurkan kepada pasien untuk menghindari makan permen rasa kopi atau makanan mengandung kafein saat mendekati waktu tidur</li> <li>4. Modifikasi lingkungan (misalnya kebisingan dan tempat tidur)</li> </ol> <p style="text-align: right;">Perawat Cornelia A Saputri</p>
3	<p>Tanggal : 29 Maret 2023 Pukul : 15.00 WIB</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan kepada pasien alat bantu kebersihan diri yang dibutuhkan</li> <li>2. Mengobservasi tingkat kemandirian</li> <li>3. Menyediakan lingkungan yang rileks dan privasi</li> <li>4. Menyiapkan keperluan pribadi (misalnya parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> <li>5. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>6. Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ol>	<p>Tanggal : 29 Maret 2023 Pukul : 16.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan membutuhkan sikat gigi dan lap wajah</li> <li>2. Pasien mengeluh tidak mampu berjalan mandiri ke toilet</li> <li>3. Pasien mengatakan mau untuk dibantu dalam melakukan perawatan diri mandi, berpakaian, dan berhias</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak tidak mampu membersihkan diri secara mandiri</li> <li>2. Pasien terlihat lusuh</li> <li>3. Pasien tampak menunjukkan minat untuk melakukan perawatan diri</li> <li>4. Hordeng dan pintu kamar pasien sudah ditutup untuk menjaga privasi pasien</li> <li>5. Pasien tampak sudah sedikit lebih bersih setelah dibantu melakukan perawatan diri</li> </ol> <p>A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tingkat kemandirian pasien</li> <li>2. Sediakan lingkungan yang aman nyaman serta menjaga privasi</li> <li>3. Pantau kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)</li> <li>4. Siapkan keperluan pribadi pasien (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</li> </ol>

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
		5. Dampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri  Perawat Cornelia A Saputri

Tabel 3.7

**Implementasi dan Evaluasi Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik  
Terhadap Ny.A Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang KebidananRSU  
Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara**

**Tanggal 30 Maret 2023**

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul: 08.00 WIB</p> <p><b>Dukungan Mobilisasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Memeriksa adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>3. Menanyakan dan mengukur skala nyeri</li> <li>4. Menanyakan kepada pasien toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>5. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>7. Meminta kembali pasien untuk melakukan latihan gerak miring kiri dan miring kanan di tempat tidur</li> <li>8. Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana yaitu duduk di tempat tidur</li> </ol> <p><b>Manajemen nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi nyeri</li> </ol>	<p>Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul : 11.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> <li>2. Pasien mengatakan kakinya sudah mampu mengangkat tetapi belum mampu berjalan</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri terasa di luka bekas operasi, nyeri hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 125/82 mmHg N : 86x/menit RR : 18x/menit S : 36,5 C</li> <li>2. Skala nyeri 4</li> <li>3. Nilai kekuatan otot ekstremitas bawah pasien 4</li> <li>4. Pasien tampak lemah</li> <li>5. Pasien tampak mampu melakukan teknik nafas dalam sesuai dengan yang diajarkan</li> <li>6. Tampak pagar tempat tidur telah terpasang</li> <li>7. Keluarga tampak turut membantu pasien melakukan mobilisasi sederhana</li> <li>8. Pasien tampak mampu melakukan gerak miring kanan dan miring kiri di tempat tidur</li> <li>9. Pasien tampak antusias dan mampu untuk melakukan mobilisasi duduk di tempat tidur ±10 menit</li> </ol> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p>

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	2. Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 3. Mengukur skala nyeri 4. Kolaborasi pemberian obat: Obat diberikan pukul 08.10 WIB <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgetik inj. ketorolac: 3x30 mg</li> <li>• Asam Traneksamat: inj. 3x50 mg</li> <li>• Antiemetik: Ondansetron: 3x4 mg</li> <li>• Antibiotik: inj. cefotaxim 2x1 gr</li> </ul>	P : Lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>2. Monitor kondisi umum pasien saat melakukan mobilisasi</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>4. Anjurkan pasien turun dari tempat tidur dan berjalan secara perlahan disekitar tempat tidur</li> <li>5. Evaluasi kembali kemampuan pasien melakukan teknik relaksasi yang diajarkan</li> <li>6. Pantau kembali kemampuan pasien melakukan mobilisasi sederhana miring kanan miring kiri dan duduk di tempat tidur</li> <li>7. Kolaborasi pemberian obat               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotik (inj. cefotaxim 2x1 gr/ 12 jam)</li> <li>• Analgeti (inj. ketorolac: 3x30 mg /8 jam )</li> <li>• Asam Traneksamat: inj. 3x50 mg /8 jam</li> <li>• Antiemetik (Ondansetron: 3x4 mg/8 jam)</li> </ul> </li> </ol> <p style="text-align: center;">Perawat Cornelia A Saputri</p>
2	Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul : 12.00 WIB  <b>Dukungan Tidur</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola dan frekuensi tidur</li> <li>2. Menanyakan kepada pasien apakah posisi <i>semi fowler</i> meningkatkan kenyamanan</li> <li>3. Menganjurkan kepada pasien untuk menghindari makan permen rasa kopi atau makanan mengandung kafein saat mendekati waktu tidur</li> <li>4. Memodifikasi lingkungan untuk menghindari kebisingan</li> </ol>	Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul : 13.00 WIB  S: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur</li> <li>2. Pasien mengatakan waktu tidur hari ini 5 jam</li> <li>3. Pasien mengatakan posisi <i>semi fowler</i> membantu dirinya lebih merasa rileks</li> <li>4. Pasien mengatakan sudah tidak makan permen rasa kopi sebelum tidur</li> </ol> O: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak menguap</li> <li>2. Tampak kantung mata pasien gelap</li> <li>3. Pasien tampak nyaman pada posisi <i>semi fowler</i></li> <li>4. Pasien mampu melakukan posisi <i>semi fowler</i> mandiri</li> <li>5. Hordeng dan pintu kamar pasien telah ditutup untuk mengurangi kebisingan</li> </ol> A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
		P : Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi kembali frekuensi tidur pasien 2. pengaturan posisi <i>semi fowler</i> 3. Observasi keadaan umum pasien  Perawat Cornelia A Saputri
3	Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul : 09.00 WIB <b>Dukungan Perawatan Diri</b> 1. Memantau tingkat kemandirian pasien 2. Menyediakan lingkungan yang aman nyaman serta menjaga privasi pasien 3. Memantau kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Menyiapkan keperluan pribadi pasien (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5. Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul : 10.00 WIB S : 1. Pasien mengatakan telah mampu mengelap badan, menyisir rambut, dan menggosok gigi di atas tempat tidur O : 1. Hordeng dan pintu kamar pasien telah ditutup untuk menjaga privasi pasien 2. Pasien terlihat lebih bersih 3. Rambut , gigi, dan kulit pasien tampak bersih 4. Kulit pasien tampak kering 5. Pasien tampak masih dibantu untuk memakai pakaian A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau tingkat kemandirian pasien 2. Siapkan lotion untuk mengatasi kulit kering pasien 3. Anjurkan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan  Perawat Cornelia A Saputri

**Tabel 3.8**  
**Implementasi dan Evaluasi Pasien Dengan Gangguan Mobilitas Fisik**  
**Terhadap Ny.A Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Di Ruang KebidananRSU**  
**Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara**

**Tanggal 31 Maret 2023**

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal : 31 Maret 2023 Pukul: 08.00 WIB</p> <p><b>Dukungan Mobilisasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Memantau kondisi umum pasien saat melakukan mobilisasi</li> <li>3. Menanyakan dan mengukur skala nyeri</li> <li>4. Mengevaluasi kembali kemampuan pasien melakukan mobilisasi sederhana miring kanan miring kiri dan duduk di tempat tidur</li> <li>5. Menganjurkan pasien turun dari tempat tidur dan berjalan secara perlahan disekitar tempat tidur</li> <li>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Manajemen nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi nyeri</li> <li>2. Mengevaluasi kembali kemampuan pasien melakukan relaksasi nafas dalam dan</li> <li>3. Mengukur skala nyeri</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat Obat diberikan pukul 08.15 WIB</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgetik inj. ketorolac:</li> </ul>	<p>Tanggal : 31 Maret 2023 Pukul : 11.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> <li>2. Pasien mengatakan mampu berjalan mandiri ke toilet</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 122/78 mmHg N : 8x/menit RR : 18x/menit S : 36,6° C</li> <li>2. skala nyeri 2</li> <li>3. pasien melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> <li>4. nilai kekuatan otot ekstremitas bawah 5</li> <li>5. Pasien tampak mampu melakukan gerak miring kanan dan miring kiri dan duduk di tempat tidur</li> <li>6. Keluarga tampak turut membantu pasien melakukan mobilisasi sederhana</li> </ol> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P : Hentikan intervensi</p>

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	3x30 mg • Asam Traneksamat: inj. 3x50 mg • Antiemetik: Ondansetron: 3x4 mg • Antibiotik inj. cefotaxim 2x1 gr	Perawat Cornelia A Saputri
2	Tanggal : 31 Maret 2023 Pukul : 13.00 WIB  <b>Dukungan Tidur</b> 1. Menanyakan frekuensi tidur hari ini 2. pengaturan posisi <i>semi fowler</i> 3. Mengobservasi keadaan umum pasien	Tanggal : 31 Maret 2023 Pukul : 14.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan waktu tidur hari ini 7-8 jam 2. Pasien mengatakan melakukan posisi <i>semi fowler</i> sebelum tidur O: 1. Pasien tampak tidak mengantuk 2. Tampak tidak ada kantung mata  A: Masalah gangguan pola tidur teratasi P : Hentikan intervensi  Perawat Cornelia A Saputri
3	Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul : 09.30 WIB  <b>Dukungan Perawatan Diri</b> 1. Memantau tingkat kemandirian pasien 2. Menyiapkan lotion untuk mengatasi kulit kering pasien 3. Menganjurkan pasien melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Tanggal : 30 Maret 2023 Pukul : 10.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan telah mampu merawat diri secara mandiri 2. Pasien mengatakan sudah bisa mandi di kamar mandi 3. Pasien mengatakan mampu memakai baju mandiri O : 1. Pasien terlihat bersih 2. Rambut , gigi, dan kulit pasien tampak bersih 3. Kulit pasien tampak tidak kering A : Masalah defisit perawatan diri teratasi  P : Hentikan intervensi  Perawat Cornelia A Saputri

