

## BAB III

### LAPORAN STUDI KASUS

#### A. Pengkajian

##### 1. Pengkajian Dasar

###### Identifikasi

Kamar/ruang	: Edelweiss/206 bed 2
Tanggal pengkajian	: Senin, 27 maret 2023
Pukul	: 14:00 Wib
Tanggal masuk rumah sakit	: Minggu, 26 maret 2023
Hari post operasi	: Senin
Jam Operasi	: 07:40 wib
No.rekam medik	: 27.11.16
Nama inisial pasien	: Ny.M
Umur	: 30 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status pernikahan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Dusun sidorejo, kembang gading
Sumber biaya	: BPJS
Pemeriksaan obstetri	: G2P1A0

##### 2. Riwayat Kesehatan sekarang

Klien datang ke RSUD Handayani pada pukul 06:38 wib. minggu 26 maret 2023 klien datang dengan usia kehamilan 40 minggu sudah memasuki cukup bulan untuk melahirkan. tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4V5M6). Klien mengatakan hamil anak ke-2 klien tampak meringis dan mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak 1 minggu lalu.

Oleh karena itu, dilakukan tindakan operasi sectio caesarea oleh dokter spesialis obgyn dengan indikasi malposisi (lintang) dan membawa pengantar usg dr. Mareti.

### 3. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

Klien mengatakan nyeri pada luka post sectio caesarea. nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa pada perut bagian bawah pada luka operasi. saat pengukuran rasa nyeri menggunakan metode numeric rating scale didapatkan skala nyeri 5 (0-10) termasuk dalam katagori nyeri sedang. nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri semakin terasa saat klien banyak melakukan pergerakan, klien mengatakan nyeri terasa berkurang saat istirahat dan setelah minum obat. klien tampak meringis, klien bergerak secara hati-hati tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. terdapat luka sayatan melintang  $\pm 10$  cm, luka tampak kemerahan.

### 4. Pengkajian keperawatan

#### a. Penampilan umum

Tingkat kesadaran Ny.M composmentis (E4V5M6), tidak sianosis, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, klien mengatakan sulit bergerak karena nyeri, klien tidak memiliki riwayat hipertensi, klien tidak ada riwayat diabetes militus, tidak ada riwayat hipertiroid, klien tidak obesitas, tidak ada riwayat alergi, tidak ada riwayat merokok. klien mengatakan tidak ada riwayat sc, klien mengatakan kehamilan anak pertama lahir secara normal.

Pengkajian tanda-tanda vital :

TD : 129/80 mmhg

Nadi : 98x/menit

RR : 18x/menit

Suhu : 36,7°C

SpO2 : 98%

#### b. Pengkajian Respirasi

Hasil pengkajian pada tanggal 27 maret 2023 diperoleh data bahwa klien tidak mengalami Dispnea, tidak ada Takipnea, tidak ada Bradipnea, tidak terdengar suara nafas tambahan tidak menggunakan otot bantu pernafasan, tidak ada sputum atau tidak ada dahak yg mengganggu sistem respirasi RR : 18x/menit.

c. Pengkajian Sirkulasi

Klien tidak mengalami bradikardi, tidak ada takikardi dan tidak mengalami distensi vena jugularis. nadi teraba lemah, klien tampak lemah, akral teraba hangat, tidak ada penurunan jumlah urine, tidak ada peningkatan berat badan.

d. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Klien mengatakan tidak puasa sebelum operasi caesarea. saat pukul 14:00 klien diperbolehkan minum 5 sendok teh hangat dan mulai memakan bubur diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein), klien mengatakan tidak mengalami penurunan nafsu makan, makanan dimakan dan dihabiskan dan klien mengatakan tidak mampu makan secara mandiri klien mengatakan sudah minum sedikit-sedikit dengan jumlah 1.500 ml/hari, terpasang infus RL 500cc 20 tetes/menit, klien tidak mengalami gangguan/kesulitan menelan, tidak terdapat sariawan, tidak mengalami penurunan berat badan.

e. Pengkajian Eliminasi

Berdasarkan hasil pengkajian klien tampak terpasang kateter urine dengan volume cairan 500 ml/hari, kateter terpasang sejak sebelum operasi, warna urine kuning jernih, bau khas urine. pasien sudah flatulans namun belum BAB selama post-op sectio caesarea.

f. Pengkajian aktivitas dan istirahat

Klien mengatakan sulit bergerak karena nyeri pada luka pasca operasi, klien mengatakan nyeri makin terasa saat melakukan pergerakan, klien merasa enggan dan cemas bergerak, klien mengatakan hanya tidur 4-5 jam saja, klien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun karena terasa nyeri di abdomen bagian bawah, klien tampak lemah, aktivitas masih dibantu oleh keluarga, klien sudah dianjurkan dan mulai miring kanan dan kiri.

g. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa ini adalah kehamilan ke-2 Ny.M (G2P1A0) merupakan kehamilan yg diinginkan oleh klien, klien melahirkan bayi perempuan dengan metode sectio caesarea dengan panjang bayi 48 cm dan berat bayi 2.800 gram.

#### h. Pengkajian post partum

Berdasarkan hasil pengkajian, klien mengatakan tidak nyaman terutama pada bagian perineum karena masih mengeluarkan darah nifas, darah berwarna merah segar. klien tampak meringis, payudara tidak bengkak, puting tampak menonjol keluar.

#### i. Pengkajian nyeri dan kenyamanan

Berdasarkan pengkajian klien tampak meringis, klien mengatakan tidak nyaman karena nyeri pada luka post sectio caesarea diperut bagian bawah dengan skala nyeri 5 (0-10). klien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri nakin terasa saat klien melakukan banyak pergerakan, nyeri berkurang pada saat istirahat dan setelah minum obat.

#### j. Pengkajian psikologi

Klien tampak tenang kontak mata baik, dapat berkonsentrasi, merasa lemah, tidak marah ataupun sedih, klien berbahagia karena kelahiran anak keduanya yg telah dinantikan oleh keluarga, klien mendapat support/dukungan penuh dari suami maupun keluarga.

#### k. Pengkajian kebersihan diri

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan belum dapat mandi setelah operasi sectio caesarea, klien hanya di lap 2 x 1/hari yaitu pagi dan sore karena risih, klien tampak bersih, klien belum mampu mandi secara mandiri, klien belum dapat mengganti pakaian dan makan secara mandiri, aktivitas perawatan diri dibantu oleh keluarga.

#### l. Pengkajian Keamanan dan Proteksi Diri

Berdasarkan hasil observasi terdapat kerusakan jaringan kulit yaitu luka post sectio caesarea melintang dengan panjang  $\pm$  10 cm, luka dibalut verban, klien mengeluh nyeri di area luka, tampak kemerahan pada kulit di area sekitar luka operasi, klien tidak kejang, tidak menggigil, klien terpasang sign resiko jatuh, klien dilakukan tindakan invasif pemasangan infus dan kateter.

## 4..Pengobatan

a. Infus RL : 500 ml 20 tpm

b. Obat injeksi

Cefotaxime : 2 x 1 gr/ 12 jam

Asam tranex : 3 x 50 mg/ 8 jam

Ketorolac : 3 x 30 mg/ 8 jam

c. Obat oral

Ciprofloxacin : 2 x 500 mg/ 12 jam

Asam Mefenamat : 3 x 500 mg/ 8 jam

## 5.Pemeriksaan laboratorium

**Tabel 3.1**

**Hasil pemeriksaan laboratorium Ny.M dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman pada Kasus *Post Sectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara pada Tanggal 27-29 Maret 2023**

jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai normal wanita
Hbsag	Negative	-
Protein	Negative	Negative
Hemoglobin	9,7 g/dl	11-16 g/dl
Trombosit	178 U1	150-400 U1
Leukosit	7.8 U1	3.60-11.00 U1
Eritrosit	3.3 U1	4.0-5.0 uL
Hematocrit	31%	37-45%
Glukosa darah sewaktu	95 mg/dl	70-130 mg/dl
Golongan darah	O+	
SARS COV-19	Non reaktif	Non reaktif

## 1. Data Fokus

**Tabel 3.2**  
**Data fokus Ny.M dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman pada Kasus *Post Sectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara pada Tanggal 27-29 Maret 2023**

Data subjektif	Data objektif								
1	2								
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri terasa pada perut bagian bawah pada luka operasi</li> <li>4. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul</li> <li>5. Pasien mengatakan nyeri semakin terasa saat banyak melakukan pergerakan</li> <li>6. Pasien mengatakan nyeri terasa berkurang saat Istirahat dan setelah minum obat</li> <li>7. Pasien mengatakan belum BAB sejak post sectio Caesarea</li> <li>8. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu</li> <li>9. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas bawah</li> <li>10. Pasien mengatakan cemas saat bergerak</li> <li>11. Pasien mengatakan sulit tidur</li> <li>12. Pasien mengatakan tidak puas tidur dan sering terbangun di malam hari</li> <li>13. Pasien mengatakan aktivitas perawatan diri dibantu oleh keluarga</li> <li>14. Pasien mengatakan dirinya tidak mampu mandi secara mandiri</li> <li>15. Pasien mengatakan ia tidak mampu ke toilet secara Mandiri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis</li> <li>2. Pasien tampak lesu/lemah</li> <li>3. Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>4. Pasien tampak cemas melakukan pergerakan</li> <li>5. Pasien belum BAB sejak post sectio caesarea</li> <li>6. Feses keras</li> <li>7. Peristaltik usus menurun</li> <li>8. Pasien tampak lemah, terbatas miring kanan &amp; kiri di tempat tidur</li> <li>9. Terpasang DC</li> <li>10. Terdapat luka sayatan melintang <math>\pm</math> 10 cm</li> <li>11. Tampak kemerahan pada kulit area operasi</li> <li>12. Luka operasi dibalut verban</li> <li>13. Pasien tampak dibantu dalam melakukan Aktivitas</li> <li>14. Wajah klien tampak lelah dan mengantuk</li> <li>15. Pasien tidak mampu mandi secara mandiri</li> <li>16. Pasien tidak mampu mandi ke toilet secara mandiri</li> <li>17. TTV :               <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>TD : 129/80 mmhg</td> <td>SpO2: 98%</td> </tr> <tr> <td>N : 98x/menit</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RR: 18x/menit</td> <td></td> </tr> <tr> <td>S : 36,7°C</td> <td></td> </tr> </table> </li> </ol>	TD : 129/80 mmhg	SpO2: 98%	N : 98x/menit		RR: 18x/menit		S : 36,7°C	
TD : 129/80 mmhg	SpO2: 98%								
N : 98x/menit									
RR: 18x/menit									
S : 36,7°C									

## 2. Analisa data

**Tabel 3.3**  
**Analisa data pada Ny.M dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman pada Kasus**  
***Post Sectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi**  
**Lampung Utara pada Tanggal 27-29 Maret 2023**

No	Data	Masalah
1	2	3
1	DS : 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi pada perut bagian bawah pada luka operasi terasa seperti ditusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul, semakin terasa saat banyak melakukan pergerakan nyeri terasa berkurang saat istirahat dan setelah minum obat DO : 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Sulit tidur	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2	DS : 1. Pasien mengatakan belum buang air besar sejak post sectio caesarea 2. Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 3. Pengeluaran feses lama dan sulit DO : 1. Pasien belum buang air besar sejak post sectio caesarea 2. Feses keras 3. Peristaltik usus menurun	Konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal
3	DS : 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi saat bergerak 2. Pasien mengatakan dirinya enggan melakukan pergerakan 3. Pasien mengatakan cemas saat Bergerak 4. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas bawah DO : 1. Pasien tampak lemah, terbatas dalam bergerak dan belum mampu miring kanan dan kiri ditempat tidur 2. Tampak seluruh aktivitas klien saat ini di bantu oleh keluarga	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

4.	DS : 1. Pasien mengatakan sulit tidur untuk tidur 2. Pasien mengatakan tidak puas tidur dan sering terbangun dimalam hari DO : 1. Wajah klien tampak lelah dan mengantuk	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur
5	DS : 1. Pasien mengatakan bahwa dalam melakukan aktivitas perawatan diri dibantu oleh keluarga 2. Pasien mengatakan tidak mampu Mandi 3. Pasien mengatakan tidak mampu ketoilet secara mandiri DO : 1. Pasien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas 2. Pasien tidak mampu mandi secara Mandiri 3. Pasien tidak mampu pergi ke toilet secara mandiri	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
6	DS : 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi DO : 1. Terdapat luka sayatan melintang $\pm$ 10 cm dibagian kulit abdomen bagian bawah klien 2. Luka operasi dibalut verban	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (Sectio Caesarea)

## B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data pasien Ny. M di atas maka diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi pada perut bagian bawah, pada luka operasi terasa seperti ditusuk-tusuk, dirasakan hilang timbul, semakin terasa saat banyak melakukan pergerakan. Nyeri terasa berkurang saat istirahat dan setelah minum obat. Pasien tampak meringis, skala nyeri 5 (0-10), tampak sulit tidur.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi saat bergerak. Pasien mengatakan dirinya enggan melakukan pergerakan. Pasien mengatakan cemas saat bergerak. Pasien tampak lemah, terbatas dalam bergerak dan belum mampu miring kanan dan kiri ditempat tidur. Tampak seluruh aktivitas klin saat ini di bantu oleh keluarga.



3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (Sectio Caesarea) dibuktikan dengan Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi terdapat luka sayatan melintang  $\pm$  10 cm dibagian kulit abdomen bagian bawah klien luka operasi dibalut verban
4. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan pada otot abdomen dibuktikan dengan pasien mengatakan belum buang air besar sejak post sc defekasi kurang dari 2 kali seminggu pasien mengatakan pengeluaran feses lama dan sulit pasien belum buang air besar sejak post sectio caesarea feses keras,peristaltik usus menurun.
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan Pasien mengatakan sulit tidur untuk tidur pasien mengatakan tidak puas tidur dan sering terbangun dimalam hari wajah klien tampak lelah dan mengantuk.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeleta dibuktikan dengan pasien mengatakan bahwa dalam melakukan aktivitas perawatan diri dibantu oleh keluarga pasien mengatakan tidak mampu mandi pasien mengatakan tidak mampu ke toilet secara mandiri pasien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas pasien tidak mampu mandi secara mandiri pasien tidak mampu pergi ke toilet secara mandiri

### C. Rencana keperawatan

Renacana Keperawatan sesuai dengan prioritas utama diagnosa (3 diagnosa) dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

**Tabel 3.4**

**Rencana keperawatan pada Ny.M dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman pada Kasus *Post Sectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara pada Tanggal 27-29 Maret 2023**

No	Diagnosa keperawatan	(SLKI)	(SIKI)
1	2	3	4
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi pada perut bagian bawah pada luka operasi terasa seperti ditusuk-tusuk dirasakan hilang timbul semakin terasa saat banyak melakukan pergerakan nyeri terasa berkurang saat istirahat dan setelah minum obat</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis</li> <li>2. Skala nyeri 5 (0-10)</li> </ol>	<p><b>Tingkat Nyeri ( L.06086)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri</li> <li>a. Identifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respons nyeri nonverbal</li> <li>d. Identifikasi faktor yang dapat memperberat dan memeperingan nyeri</li> <li>e. Fasilitasi istirahat tidur</li> </ol> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>b. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>c. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Kolaborasi pemberian analgetik (Keterolac)</li> </ol>

1	2	3	4
	3.Sulit tidur		
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post op saat bergerak</li> <li>2. Pasien mengatakan dirinya enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Pasien mengatakan cemas Saat bergerak</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak lemah,terbatas dalam bergerak dan belum mampu miring kanan dan kiri ditempat tidur</li> <li>2. Tampak seluruh aktivitas klien saat ini di bantu oleh keluarga</li> </ol>	<p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pergerakan ekstremitas Meningkat</li> <li>b. Nyeri menurun</li> <li>c. Kecemasan menurun</li> <li>d. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b> <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>b. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini( mis.latihan gerak miring kiri dan miring kanan ditempat tidur)</li> <li>c. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, dan berjalan secara bertahap)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a.kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>

1	2	3	4
3	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi (Sectio Caesarea)</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka sayatan melintang ± 10 cm dibagian kulit abdomen bagian bawah klien</li> <li>2. Luka operasi dibalut verban</li> </ol>	<p><b>Tingkat infeksi (L.14137)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi menurun</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri menurun</li> <li>b. Kemerahan menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observai:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ol> <p><b>Teraupetik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian antibiotik (Cefotaxim)</li> </ol>

#### D. Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 3.5**

**Catatan perkembangan pada Ny.M dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman pada Kasus *Post Sectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara pada Tanggal 27-29 Maret 2023**

<b>No.dx</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<b>1</b>	<b>27/03/2023</b>	Pukul : 16:00 WIB Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Mengidentifikasi faktor yang Dapat memperberat dan memeperingan nyeri 5. Menjelaskan beberapa strategi meredakan nyeri 6. Mengajukan penggunaan analgetik (oral) secara tepat: asam mefenamat 3x sehari atau /8 jam 7. Mengkolaborasi pemberian analgetik Ketorolac	Pukul : 17:10 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri luka operasi pada abdomen bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul selama ± 30 menit, nyeri makin terasa saat melakukan pergerakan dan berkurang setelah minum obat serta istirahat 2. Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) 3. Pasien mengatakan akan minum obat sesuai anjuran dengan pembagian waktu minum obat yang tepat O : 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 5 (0-10) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a) Ukur tanda-tanda vital b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri

1	2	3	4
			<p>c) Identifikasi skala nyeri  d) Ajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri  e) Fasilitasi istirahat / tidur  f) Anjurkan penggunaan analgetik (oral) secara tepat : Tordex 2x sehari atau /12 jam, dikonsumsi sesudah makan  g) Kolaborasi pemberian analgetik Ketorolac 3x30 mg intravena(iv) (jam 21:00).</p> <p>(Eva santika)</p>
2	27/03/2023	<p>Pukul : 18:00 WIB  Dukungan Mobilisasi (I.05173)  1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini  3. Mengajarkan mobilisasi dini secara bertahap.  (6-10 jam post op,Evaluasi pergerakan tubuh, lalu ajarkan miring kanan dan kiri)  Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi  4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</p>	<p>Pukul : 18:50 WIB  S :  1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post SC  2. Pasien memahami tahapan mobilisasi dan tujuan mobilisasi dini  3. Keluarga mengatakan akan mendukung/memfasilitasi pasien dalam melakukan mobilisasi dini  4. Pasien mengatakan sudah mampu menggerakkan kedua tangan,menggerakkan kaki dan pergelangan kaki nya,namun gerakan pelan  5. Pasien mengatakan masih kesulitan miring kiri dan kanan  O :  1. Pasien tampak sesekali meringis saat melakukan pergerakan  2. Pasien tampak antusias melakukan mobilisasi  3. Keluarga tampak mendukung pasien  A :  Masalah belum teratasi</p>

1	2	3	4
			<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>a) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (monitor pasien berlatih miring kiri dan kanan, latihan duduk)</p> <p>b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</p> <p>(Eva santika)</p>
3	27/03/2023	<p>Pukul : 19:30 WIB</p> <p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Mengedukasi 6 langkah cuci tangan yang benar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Menganjurkan pasien untuk membatasi jumlah pengunjung</li> <li>5. Mengkolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime dan ciprofloxacin 2x/hari</li> </ol>	<p>Pukul : 20:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sc</li> <li>2. Pasien mengatakan mengerti tanda dan gejala infeksi.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Luka bekas post op SC tampak kemerahan</li> <li>3. Terdapat luka sayatan melintang ± 10 cm</li> <li>4. Perban bekas luka diganti oleh perawat</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Berikan perawatan kulit pada area beresiko menimbulkan infeksi</li> <li>b) Anjurkan mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang benar</li> </ol> <p>(Eva santika)</p>

1	2	3	4
1	28/03/2023	<p>Pukul :15.00 WIB</p> <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, Karakteristik nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam</li> <li>5. Memfasilitasi istirahat / tidur</li> <li>6. Menganjurkan penggunaan analgetik (oral) secara tepat : asam mefenamat 3x sehari atau/8 jam</li> <li>7. Mengkolaborasikan pemberian analgetik Ketorolac</li> </ol>	<p>Pukul : 16.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri luka operasi masih terasaa pada abdomen bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul selama ± 20 menit, nyeri makin terasa saat melakukan pergerakan dan berkurang setelah minum obat serta istirahat</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan relaksi nafas dalam</li> <li>3. Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>4. Pasien mengatakan akan minum obat sesuai anjuran dengan pembagian waktu minum obat yang tepat</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meringis berkurang</li> <li>2. Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>3. TTV</li> </ol> <p>TD : 115/84 mmHg  N : 87x/menit  RR : 18x/menit  S : 36.30C  SpO2 : 98</p> <p>A :  Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :  Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ukur TTV</li> <li>b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri</li> </ol>
1		3	



	2		4
			c) Identifikasi skala nyeri d) Anjurkan menerapkan relaksasi nafas dalam secara mandiri e) Fasilitasi istirahat / tidur f) Anjurkan penggunaan analgetik (oral) secara tepat : Tordex 2x sehari atau /12 jam, dikonsumsi sesudah makan g) Kolaborasikan pemberian analgetik Ketorolac 3x 30 mg (iv) jam 23:00  (Eva santika)
2	28/03/2023	Pukul : 16:30 WIB Dukungan Mobilisasi (I.05173) 1. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Mengajarkan mobilisasi dini yang harus dilakukan (>24 jam miring kanan dan kiri, monitor kemampuan pasien untuk duduk post op monitor pergerakan) 3. Memfasilitasi klien melakukan pergerakan (berdiri dan berjalan dengan bantuan) 4..Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan	Pukul : 17:00 WIB S : 1. Pasien mengatakan sudah mulai miring kanan dan kiri tiap 2 jam 2. Pasien mengatakan sudah mulai belajar duduk dan berjalan secara bertahap 3. Keluarga mengatakan akan mendukung/memfasilitasi pasien dalam melakukan mobilisasi dini O : 1. Respon non verbal pasien saat miring kiri dan kanan tampak lebih baik / meringis berkurang 2. Pasien sesekali meringis saat latihan duduk dan berdiri 3. Pasien tampak antusias melakukan mobilisasi A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miring kiri dan kanan tanpa bantuan,dapat duduk selama 5 menit dan latihan berjalan

1	2	3	4
			<p>b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</p> <p>(Eva santika)</p>
3	28/03/2023	<p>Pukul : 18:30 WIB</p> <p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Memberikan perawatan kulit</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mengkolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x/hari</li> </ol>	<p>Pukul : 19:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sc</li> <li>2. Pasien mengatakan perban luka post op bersih dan diganti oleh perawat</li> <li>3. Pasien dan keluarga mengatakan telah menerapkan 6 langkah cuci tangan yang benar</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Kemerahan pada luka bekas post op SC berkurang</li> <li>3. Terdapat luka sayatan melintang ± 10 cm</li> <li>4. Perban bekas luka diganti oleh perawat pada pagi hari</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Berikan perawatan kulit pada area beresiko menimbulkan infeksi</li> <li>b) Anjurkan mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang benar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>c) Kolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x1 gr/12 (iv) jam 07:30</li> </ol> <p>(Eva santika)</p>

1	2	3	4
1	29/03/2023	Pukul :09:00 WIB Manajemen Nyeri (I.08238) 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Mengevaluasi relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara mandiri 5. Memonitor penggunaan analgetik (oral) secara tepat : Tordex 2x sehari atau /12 jam 6. Mengkolaborasikan pemberian analgetik Ketorolac	Pukul : 10:00 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri luka operasi mulai berkurang,nyeri pada abdomen bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk,nyeri hilang timbul selama ± 20 menit, nyeri masih terasa saat melakukan pergerakan dan berkurang setelah minum obat serta istirahat 2. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan relaksi nafas dalam 3. Pasien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) 4. Pasien mengatakan akan minum obat sesuai anjuran dengan pembagian waktu minum obat yang tepat O : 1. Meringis berkurang 2. Skala nyeri 3(0-10) 3. Pasien menerapkan relaksasi nafas dalam secara mandiri 4. TTV (TD: 115/84 mmHg N: 87x/menit, RR: 18x/menit, S:36.30C, SpO2: 98%) A : Masalah teratasi sebagian P : Hentikan intervensi  (Eva santika)
2	29/03/2023	Pukul: 11:00 WIB Dukungan Mobilisasi(I.05173)1. Memonitor kondisi umum	Pukul : 11:50 WIB S : 1. Pasien mengatakan sudah mulai miring kanan dan kiri tanpa bantuan 2. Pasien mengatakan akan mulai latihan duduk selama 5 menit dan

1	2	3	4
		<p>selama melakukan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menganjurkan mobilisasi dini (&gt;2 hari post op, berjalan tanpa alat bantu/bantuan orang lain)</li> <li>3. Memfasilitasi klien melakukan pergerakan (berjalan)</li> <li>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</li> </ol>	<p>latihan berjalan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Keluarga mengatakan akan mendukung/memfasilitasi pasien dalam melakukan mobilisasi dini</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon non verbal pasien saat miring latihan duduk dan berdiri tampak lebih baik / meringis berkurang Pasien sesekali meringis saat latihan berjalan</li> <li>2. Pasien tampak antusias melakukan mobilisasi</li> <li>3. Keluarga tampak mendukung pasien</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">(Eva santika)</p>
3	29/03/2023	<p>Pukul : 13:00 WIB</p> <p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Memberikan perawatan kulit</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ol>	<p>Pukul : 14:00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sc</li> <li>2. Pasien mengatakan verban luka post op bersih dan diganti oleh perawat</li> <li>3. Pasien dan keluarga mengatakan telah menerapkan 6 langkah cuci tangan yang benar</li> </ol>

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
		4. Mengkolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x/hari	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Kemerahan pada luka bekas post op SC berkurang</li> <li>3. Terdapat luka sayatan melintang <math>\pm</math> 10 cm</li> <li>4. Verban bekas luka diganti pagi hari oleh perawat</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">(Eva santika)</p>