

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Pengkajian Dasar

Identifikasi

Kamar/ruang : Edelweis/208 bed 3

Tanggal pengkajian : Kamis, 03 Maret 2022

Pukul : 08.15 WIB

Tanggal masuk rumah sakit : 02 Maret 2022

Hari post operasi : Rabu

Jam operasi : 20.30 WIB

No. Rekam medik : 20.98.45

Nama insial pasien : Ny. I

Umur : 30 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status Pernikahan : Menikah

Agama : Islam

Pendidikan : SLTA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kotabumi Udik RT/RW 001/005

Sumber Biaya : BPJS

Pemeriksaan Obstetri : G3P1A1

2. Pengkajian *Post-Operasi Sectio Caesarea*

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke Rumah Sakit Umum Handayani pada hari Rabu, 2 maret 2022 pukul 17.00 WIB. Klien datang dengan usia kehamilan 40 minggu lebih 2 hari sesuai dengan memasuki cukup bulan untuk melahirkan, klien mengeluh nyeri hebat pada bagian punggung dan perut terasa mulas. Oleh karena itu, dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* oleh dokter spesialis *obgyn* dengan indikasi letak lintang pada pukul 20:30 WIB.

b. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Klien mengatakan nyeri pada luka *post Sectio Caesarea*. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk. Nyeri terasa pada perut bagian bawah pada luka operasi. Saat pengukuran rasa nyeri menggunakan metode *numeric rating scale* didapatkan skala nyeri 6 (0-10) termasuk dalam kategori 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 ± 10 cm, luka tampak kemerahan.

3. Pengkajian Keperawatan *Post-Operasi Sectio Caesarea*

a. Penampilan Umum

Tingkat kesadaran Ny. I composmentis (E4V5M6), tidak sianosis, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, klien sulit bergerak karena adanya

nyeri, klien tampak cemas saat bergerak, tampak gelisah. Klien tidak memiliki riwayat hipertensi, tidak ada riwayat diabetes melitus, tidak ada riwayat hipertiroid, klien tidak obesitas, tidak ada riwayat alergi, tidak ada riwayat merokok, tidak memiliki riwayat pembedahan, tidak edema.

Pengkajian tanda-tanda vital :

TD : 123/85 mmHg

Nadi : 78x/menit

RR : 20x/menit

Suhu : 36.5°

SpO2 : 98%

b. Pengkajian Respirasi

Klien tidak mengalami dispnoe, takipnoe, bradipnoe, tidak terdengar suara nafas tambahan, tidak menggunakan otot bantu bantu pernafasan, tidak ada sputum atau dahak yang mengganggu sistem respirasi.

c. Pengkajian Sirkulasi

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

d. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Klien mengatakan ia tidak puasa sebelum operasi *sectio caesarea*. Saat pukul 14.00 klien diperbolehkan minum 5 sendok teh hangat dan mulai memakan bubur diet TKTP, 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 500 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, kateter terpasang sejak sebelum operasi, warna urine kuning jernih, bau khas urine, pasien sudah flatulans namun belum BAB selama *post-opsectio 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 sulit tidur dan sering terbangun karena terasa nyeri di abdomen bagian bawah, klien tampak lesu, 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-3 Ny. I (G3P2A1) merupakan kehamilan yang diinginkan oleh klien, klien melahirkan bayi perempuan dengan metode *sectio caesarea* dengan panjang bayi 50 cm dan berat bayi 2.700 gram. Klien memiliki riwayat abortus sebanyak 1x, saat kehamilan pertama di usia 24 tahun.

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, tidak terdapat luka episiotomy, payudara tampak membengkak, terasa nyeri, bayi tidak menangis saat disusui, puting tampak menonjol keluar, bayi menghisap ASI melalui payudara selama kurang lebih 2 menit pada tiap payudara, ASI menetes, klien mengatakan telah menyusui bayinya, tidak memiliki riwayat operasi payudara.

i. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Berdasarkan pengkajian, klien tampak meringis, klien mengatakan tidak nyaman karena nyeri pada luka *post-opsectio caesarea* diperut bagian bawah dengan skala nyeri 6 (0-10). Klien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri makin 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 atau pun sedih, klien berbahagia karena kelahiran anak keduanya yang 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 dapat mengganti pakaian dan makan

secara mandiri, klien hanya di lap saja 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.

1. Pengkajian Keamanan dan Proteksi Diri

Berdasarkan hasil observasi terdapat kerusakan jaringan kulit yaitu luka *post-op sectio caesarea* melintang dengan panjang \pm 10 cm, luka dibalut verban, klien mengeluh nyeri diarea sekitar luka, tampak kemerahan pada kulit diarea sekitar luka operasi, luka tidak bernanah dan tidak berbau, klien tidak kejang, tidak menggigil, klien dilakukan tindakan invasif pemasangan infuse dan kateter.

4. Pengobatan

a. Infus RL : 500 ml 20 tpm

b. Obat Injeksi

Cefotaxime : 2 x 1gr / 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. I
Tanggal 03 Maret2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal Wanita
Hbsag	Negatif	-
Protein	Negatif	Negatif
Hemoglobin	11,9 g/dl	11-16 g/dl
Trombosit	241 uL	150-450 uL
Leukosit	7.5 uL	4.00-10.00 U1
Eritrosit	3.5 uL	3.5-5.5 uL
Hematokrit	40%	37-47%
Glukosa darah sewaktu	95 mg/dl	70-130 mg/dl
Golongan darah	A+	
SARS COV-19	Non Reaktif	Non Reaktif

1. Data Fokus

Tabel 3.2
Data Fokus Ny. I dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman
pada Kasus *Post Sectio Caesarea*

Data subjektif	Data objektif
<i>1</i>	<i>2</i>
1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi	1. Pasien tampak meringis
2. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk	2. Pasien tampak lesu/lemah
3. Pasien mengatakan nyeri terasa pada perut bagian bawah pada luka operasi	3. Skala nyeri 6 (0-10)
4. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul	4. Bersikap protektif
5. Pasien mengatakan nyeri semakin terasa saat banyak melakukan pergerakan	5. Pasien tampak cemas melakukan pergerakan
6. Pasien mengatakan nyeri terasa berkurang saat istirahat dan setelah minum obat	6. Pasien belum BAB sejak post sectio caesarea
7. Pasien mengatakan belum BAB sejak post sectio caesarea	7. Pasien kesulitan melakukan pergerakan terlentang ke duduk dan sebaliknya
8. Pasien mengatakan dirinya enggan melakukan pergerakan terlentang ke duduk dan sebaliknya	8. Terpasang DC
9. Pasien mengatakan cemas saat bergerak	9. Terdapat luka sayatan melintang \pm 10 cm
10. Pasien mengatakan sulit tidur	10. Kemerahan pada kulit area operasi
11. Pasien mengatakan sering terjaga	11. Luka operasi dibalut verban
12. Pasien mengatakan aktivitas perawatan diri dibantu oleh keluarga	12. Pasien tampak dibantu dalam melakukan aktivitas
13. Pasien mengatakan dirinya tidak mampu mandi	13. Pasien tidak mampu mandi secara mandiri
14. Pasien mengatakan ia tidak mampu ke toilet secara mandiri	14. Pasien tidak mampu pergi ke toilet secara mandiri
	15. TTV: TD : 123/85 mmHg N : 78x/menit RR : 20x/menit S : 36.5°C

2. Analisis Data

Tabel 3.3
Analisa Data pada Ny. I dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman
pada Kasus *Post Sectio Caesarea*

No	Data	Masalah
1	2	3
1	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (0-10) 3. Bersikap protektif 	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum buang air besar sejak post sectio caesarea <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien belum buang air besar sejak <i>post sectio caesarea</i> 	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan pada abdomen motilitas cerna mengalami penurunan
3	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi 2. Pasien mengatakan dirinya enggan melakukan pergerakan terlentang ke duduk dan sebaliknya <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lesu/lemah 2. Pasien tampak cemas melakukan pergerakan 3. Pasien tampak kesulitan melakukan pergerakan terlentang ke duduk dan sebaliknya 	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
4	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit tidur 2. Pasien mengatakan sering terjaga <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lesu 	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya control tidur

1	2	3
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 ke toilet 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 2. Kemerahan pada kulit area operasi 3. Luka operasi dibalut verban	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (<i>Sectio Caesarea</i>)

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (*Sectio Caesarea*).

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan pada Ny. Idengan Gangguan Rasa Aman Nyaman
pada Kasus Post Sectio Caesarea Tanggal 03-05 Maret 2022

No	Diagnosa Keperawatan	(SLKI)	(SIKI)
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri nonverbal d. Identifikasi faktor yang dapat memperberat dan memeperingan nyeri e. Fasilitasi istirahat tidur f. Ajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri g. Jelaskan strategi meredakan nyeri h. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat i. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

1	2	3	4
		<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Nyeri menurun c. Kecemasan menurun d. Gerakan terbatas menurun 	<ul style="list-style-type: none"> d. Fasilitasi melakukan pergerakan e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan f. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi g. Anjurkan melakukan mobilisasi dini h. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, dan berjalan secara bertahap)
3	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (<i>Sectio Caesarea</i>)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat infeksi (L.14137)</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nyeri menurun b. Kemerahan menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi d. Batasi jumlah pengunjung e. Ajarkan cara memeriksa luka f. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi g. Anjurkan meningkatkan asupan cairan h. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5
Catatan Perkembangan pada Ny. Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman
Pada Kasus Post Sectio Caesarea Tanggal 3-5 Maret 2022

Catatan perkembangan hari ke 1

No. dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	03/03/2022	<p>Pukul : 08.30 WIB</p> <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Mengidentifikasi faktor yang dapat memperberat dan memeperingan nyeri 5. Menjelaskan beberapa strategi meredakan nyeri 6. Menganjurkan penggunaan analgetik (oral) secara tepat: asam mefenamat 3x sehari atau /8 jam 7. Mengkolaborasikan pemberian analgetik Ketorolac 	<p>Pukul : 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 6 (0-10) 3. Pasien mengatakan akan minum obat sesuai anjuran dengan pembagian waktu minum obat yang tepat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (0-10) <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) Kolaborasikan pemberian analgetik Ketorolac 3x sehari atau / 8 jam</p> <p style="text-align: right;">(Fitri Aulia Shavira)</p>
2	03/03/2022	<p>Pukul : 10.00 WIB Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Pukul : 11.00 WIB S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 5. Pasien mengatakan sudah mulai melakukan mobilisasi dini dengan mengangkat kaki dan tangan, menekuk lutut dan menggeser badan. 6. Pasien tampak masih kesulitan miring kiri dan kanan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sesekali meringis saat melakukan pergerakan 2. Pasien tampak antusias melakukan mobilisasi 3. Keluarga tampak mendukung pasien

1	2	3	4
		<p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</p>	<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (monitor pasien berlatih miring kiri dan kanan, latihan duduk) b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan <p style="text-align: right;">(Fitri Aulia Shavira)</p>
3	03/04/2022	<p>Pukul : 11.15 WIB Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Mengedukasi 6 langkah cuci tangan yang benar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Menganjurkan pasien untuk membatasi jumlah pengunjung 5. Mengkolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime dan ciprofloxacin 2x/hari 	<p>Pukul : 12.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sc 2. Pasien mengatakan perban luka post operasi diganti oleh perawat 3. Pasien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Luka bekas post op SC kemerahan 3. Terdapat luka sayatan melintang ± 10 cm 4. Perban bekas luka diganti oleh perawat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Berikan perawatan kulit pada area berisiko menimbulkan infeksi

1	2	3	4
			<p>b) Anjurkan mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang benar sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>c) Kolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x/hari</p> <p>(Fitri Aulia Shavira)</p>

Catatan perkembangan hari ke 2

No. Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	04/03/2022	<p>Pukul :15.00 WIB</p> <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dan menganjurkan melakukan relaksasi secara mandiri 5. Memfasilitasi istirahat / tidur 6. Menganjurkan penggunaan analgetik (oral) secara tepat : asam mefenamat 3x sehari atau/8 jam 7. Mengkolaborasikan pemberian analgetik Ketorolac 	<p>Pukul : 16.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri luka operasi masih terasa 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 2. Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan relaksi nafas dalam 3. Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) 4. Pasien mengatakan akan minum obat sesuai anjuran dengan pembagian waktu minum obat yang tepat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis berkurang 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 115/84 mmHg N : 87x/menit RR : 18x/menit S : 36.3⁰C SpO2 : 98 <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>

1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> a) Ukur TTV b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri c) Identifikasi skala nyeri d) Anjurkan menerapkan relaksasi nafas dalam secara mandiri e) Fasilitasi istirahat / tidur f) Anjurkan penggunaan analgetik (oral) secara tepat : Torrex 2x sehari atau /12 jam, dikonsumsi sesudah makan g) Kolaborasikan pemberian analgetik Ketorolac 3x sehari atau / 8 jam <p style="text-align: right;">(Fitri Aulia Shavira)</p>
2	04/03/2022	<p>Pukul : 15.00 WIB</p> <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Mengajarkan mobilisasi dini yang harus dilakukan (>24 jam post op monitor pergerakan miring kanan dan kiri, monitor kemampuan pasien untuk duduk) 3. Memfasilitasi klien melakukan pergerakan (berdiri dan 	<p>Pukul : 16.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

1	2	3	4
		berjalan dengan bantuan) 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan	4. Keluarga tampak mendukung pasien 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 b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan (Fitri Aulia Shavira)
3	04/03/2020	Pukul : 15.00 WIB Pencegahan Infeksi (I.14539) 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Memberikan perawatan kulit 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mengkolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x/hari	Pukul : 16.00 S : 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sc 2. Pasien mengatakan perban luka post op bersih dan diganti oleh perawat 3. Pasien dan keluarga mengatakan telah menerapkan 6 langkah cuci tangan yang benar O : 1. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Kemerahan pada luka bekas post op SC berkurang

1	2	3	4
			<p>3. Terdapat luka sayatan melintang ± 10 cm 4. Perban bekas luka diganti oleh perawat pada pagi hari</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berikan perawatan kulit pada area beresiko menimbulkan infeksi b) Anjurkan mencuci tangan dengan 6 langkah cuci tangan yang benasebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien c) Kolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x/hari <p style="text-align: right;">(Fitri Aulia Shavira)</p>

Catatan perkembangan hari ke 3

No. Dx	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	05/03/2022	<p>Pukul :21.00 WIB Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Pukul : 22.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 4 (0-10) 4. Pasien mengatakan akan minum obat sesuai anjuran dengan pembagian waktu minum obat yang tepat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis berkurang 2. Skala nyeri 5 (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%) <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">(Fitri Aulia Shavira)</p>

1	2	3	4
2	05/03/2022	Pukul : 21.00 WIB Dukungan Mobilisasi (I.05173) <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Menganjurkan mobilisasi dini (>2 hari post op, berjalan tanpa alat bantu/bantuan orang lain) 3. Memfasilitasi klien melakukan pergerakan (berjalan) 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 	Pukul : 22.00 WIB S : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah mulai miring kanan dan kiri tanpa bantuan 2. Pasien mengatakan akan mulai latihan duduk selama 5 menit dan latihan berjalan 3. Keluarga mengatakan akan mendukung/memfasilitasi pasien dalam melakukan mobilisasi dini O : <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon non verbal pasien saat miring latihan duduk dan berdiri tampak lebih baik / meringis berkurang Pasien sesekali meringis saat latihan berjalan 2. Pasien tampak antusias melakukan mobilisasi 3. Keluarga tampak mendukung pasien A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi (Fitri Aulia Shavira)
3	05/03/2020	Pukul : 15.00 WIB Pencegahan Infeksi (I.14539) <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Memberikan perawatan kulit 3. Mencuci tangan sebelum dan 	Pukul : 22.00 WIB S : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sc 2. Pasien mengatakan perban luka post op bersih dan diganti oleh perawat 3. Pasien dan keluarga mengatakan telah menerapkan 6 langkah cuci

1	2	3	4
		<p>sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Mengkolaborasi pemberian antibiotik Cefotaxime 2x/hari</p>	<p>tangan yang benar</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Kemerahan pada luka bekas post op SC berkurang 3. Terdapat luka sayatan melintang \pm 10 cm 4. Perban bekas luka diganti diganti pagi hari oleh perawat <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">(Fitri Aulia Shavira)</p>