

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Tanggal pengkajian	: 28 Februari 2022
Waktu pengkajian	: 15.30 WIB
Nama inisial pasien	: Ny. T
No. Rekam Medis	: 209683
Umur	: 25 Tahun
Alamat	: Kota Alam
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Pernikahan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Riwayat kehamilan	: P2A0

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke RSUD Handayani pada tanggal 28 Februari 2022 pukul 02.45 WIB dengan keluhan keluar cairan dari jalan lahir sejak pukul 02.00 WIB serta mual yang hilang timbul, klien telah dilakukan operasi *sectio caesarea* pukul 08.30 WIB. Pada saat pengkajian pasien mengeluh sangat mengantuk dan sulit tidur karena nyeri pada luka post operasi setelah 6 jam operasi.

3. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pada saat pengkajian klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka post operasi.

4. Riwayat keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah luka bekas operasi dengan skala nyeri 5, klien mengatakan nyeri hilang timbul, klien mengatakan sulit tidur saat nyeri timbul, klien mengatakan sering terjaga, klien mengatakan nyeri timbul ketika bergerak dan hilang ketika istirahat, klien mengatakan istirahat tidak cukup, klien tidur hanya 4 jam, klien merasa lemah, klien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri, Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan 22x/menit, Suhu 36,5 C.

5. Penampilan Umum

Hasil pengkajian tingkat kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E4V5M6, tidak ada tampak sianosis, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, klien tampak lemah, klien mengalami hipertensi saat kehamilan, klien tidak memiliki riwayat diabetes mellitus, klien tidak memiliki riwayat hipertyroid, klien tidak memiliki riwayat merokok.

6. Pengkajian Respirasi

Hasil pemeriksaan diketahui pernapasan klien 22x/menit. Klien tidak terpasang oksigen, tidak batuk, tidak ada sputum atau dahak, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing atau ronchi, klien tidak mengalami takikardi, bradipnoe, chyne-stokes.

7. Pengkajian Sirkulasi

Dari hasil pemeriksaan denyut nadi klien 80x /menit, CRT < 3 detik, tidak mengalami takikardi, tidak mengalami palpitasi, tidak mengalami perdarahan, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, penyembuhan luka tidak lambat.

8. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Dari hasil pemeriksaan setelah 6 jam pasca operasi klien mengatakan tidak ada gangguan menelan, tidak ada sariawan, klien tidak diare, bising usus normal, klien terpasang cairan infus RL 20 tpm, klien tidak mengeluh haus.

9. Pengkajian Eliminasi

Klien tampak terpasang kateter dengan volume cairan 700 ml, tidak terdapat disuria, warna urine kuning jernih. Klien mengatakan belum BAB selama 6 jam post operasi.

10. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Pada saat pengkajian klien tampak lemah, kekuatan otot menurun, klien mengeluh sangat mengantuk, nyeri saat bergerak dan merasa cemas terhadap luka operasinya, klien tampak ada kantung mata, klien tampak menguap, klien mengatakan tidur hanya 4 jam, kesulitan tidur karena terasa nyeri di bagian abdomen, klien mengatakan sulit tidur setelah bangun di malam hari, klien mengatakan tidak puas akan tidurnya, aktifitas klien dibantu keluarga.

11. Pengkajian Neurosensori

Klien tidak mengalami cedera medula spinalis, klien tidak mengeluh gangguan sulit menelan dan tidak batuk saat menelan ataupun setelah makan dan minum, klien tidak mengalami hematemesis, tidak mengiler dan tidak menelan berulang.

12. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Klien mengatakan ini merupakan kelahiran anak keduanya, selama kehamilan klien memiliki tekanan darah tinggi, klien mengatakan kehamilannya memang direncanakan, klien melahirkan dengan cara

pembedahan SC, klien mengatakan nyeri pada luka post operasi skala nyeri 5 (1-10).

13. Pengkajian Pasca Partum

Hasil pengkajian klien 6 jam post operasi klien mengeluh sangat mengantuk dan sulit tidur, klien tampak terus menguap, klien mengatakan tidur hanya 4 jam, klien mengeluh tidak nyaman pada perineum karena masih mengeluarkan darah dan terpasang kateter, klien tampak meringis, klien mengatakan payudara terisi ASI.

14. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Saat pengkajian klien mengeluh nyeri pada luka post op *sectio caesarea* dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri terasa saat klien melakukan pergerakan dan hilang saat klien beristirahat atau tidak melakukan pergerakan, luas luka ± 10 cm.

15. Pengkajian Psikologi

Klien tampak gelisah, klien dapat berkonsentrasi dengan baik, suara klien tidak bergetar, kontak mata baik, klien tidak menangis, tidak marah ataupun sedih, klien juga tampak tidak panik.

16. Pengkajian Kebersihan Diri

Hasil pengkajian klien belum mampu untuk melakukan kebersihan diri sendiri dengan mandiri, aktifitas klien dibantu oleh keluarganya, klien juga tidak menolak saat dilakukan tindakan perawatan diri.

17. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Terdapat luka post op *sectio* ± 10 cm, tidak bernanah, tidak berbau, klien tidak kejang, tidak menggigil, kulit teraba hangat suhu tubuh 36,5 C.

18. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. T Post Sectio Caesarea
dengan Gangguan Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Jumlah Normal Perempuan
Hemoglobin	12.0 gr/dl	12-16 gr/dl
HbsAg	Negatif	
Golongan Darah dan Rhesus	AB+	
Antigen Sars Cov-2	Negatif	

19. Pengobatan yang di berikan pada Ny. T tanggal 28 Februari – 2 Maret 2022

- a. Infus RL : 20 tpm
- b. Ceftriaxone : 1 mg/12 jam
- c. Ketorolac : 30 mg/8 jam
- d. Asam traneksamat : 50 mg//8 jam

B. Analisa data

Tabel 3.2
Analisa Data Keperawatan Gangguan Kebutuhan Istirahat dan Tidur
Post Sectio Caesarea Terhadap Ny. T di Ruang Kebidanan
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 28 Februari – 02 Maret 2022

NO	Data (DS / DO)	Masalah Keperawatan
1	2	3
1	DS : 1. Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka 6 jam post operasi 2. Klien mengeluh sering terjaga 3. Klien mengeluh tidak puas tidur 4. Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO : 1. Klien tampak sering menguap 2. Klien tampak lelah 3. Klien tidur 4 jam sehari	Gangguan Pola tidur
2	DS : 1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Klien merasa cemas saat bergerak DO : 1. Klien tampak berbaring ditempat tidur 2. Klien tampak lemah	Gangguan Mobilitas Fisik
3	DS : 1. Klien mengatakan belum mampu untuk mandi dan mengganti pakaian secara mandiri DO : 1. Tampak seluruh kegiatan klien dibantu oleh keluarga	Defisit Perawatan Diri

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.3
Diagnosa Keperawatan Gangguan Kebutuhan Istirahat dan Tidur
Post Sectio Caesarea Terhadap Ny. T di Ruang Kebidanan
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 28 Februari – 02 Maret 2022

Tanggal	No	Diagnosa keperawatan
1	2	3
28 Februari 2022	1	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : • Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka 6 jam post operasi • Klien mengeluh sering terjaga • Klien mengeluh tidak puas tidur • Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO : • Klien tampak sering menguap
	2	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan DS : • Klien mengatakan nyeri saat bergerak • Klien merasa cemas saat bergerak DO : • Klien tampak berbaring ditempat tidur • Klien tampak lemah
	3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : • Klien mengatakan belum mampu untuk mandi dan mengganti pakaian secara mandiri DO : • Tampak seluruh kegiatan klien dibantu oleh keluarga

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan Gangguan Kebutuhan Istirahat dan Tidur Post *Seccio Caesarea* Terhadap Ny. T
di Ruang Kebidanan RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 28 Februari – 02 Maret 2022

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : - Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka 6 jam post operasi - Klien mengeluh sering terjaga - Klien mengeluh tidak puas tidur - Klien mengeluh istirahat tidak cukup DO : - Klien tampak sering menguap	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan tidur Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik - Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pengaturan posisi) Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menghindari makanan/min yang mengganggu tidur

1	2	3	4
2	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan DS : • Klien mengatakan nyeri saat bergerak • Klien merasa cemas saat bergerak DO : • Klien tampak berbaring ditempat tidur • Klien tampak lemah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil • Keluhan nyeri menurun • Keluhan cemas menurun • Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor tanda-tanda vital - Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan mobilisasi dini (latihan miring kanan miring kiri) dan ROM - Ajarkan mobilisasi sederhana mis. Duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, dan berjalan.

1	2	3	4
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan DS : - Klien mengatakan belum mampu untuk mandi dan mengganti pakaian secara mandiri DO : - Tampak seluruh kegiatan klien dibantu oleh keluarga	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	Dukungan perawatan diri Observasi - Identifikasi perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian Terapeutik - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5
Implementasi dan Evaluasi Gangguan Kebutuhan Istirahat dan Tidur Post *Seccio Caesarea* Terhadap Ny. T
di Ruang Kebidanan RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 28 Februari – 02 Maret 2022

Catatan perkembangan hari ke – 1

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal : 28 februari 2022 Pukul : 14.30 WIB • Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur • Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur • Memberi pencahayaan di ruangan, suhu untuk meningkatkan tidur • Memberikan posisi nyaman pada klien • Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Memberikan obat analgesik (Ketorolac 30mg/8 jam IV)	Pukul : 15.00 WIB S : • Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dialaminya (skala nyeri 5) • Klien mengatakan tidak puas akan tidurnya O : • Klien tampak menguap • Klien tampak lemah A : gangguan pola tidur belum teratasi P : lanjutkan intervensi • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Berikan posisi nyaman pada klien • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Dengarkan terapi musik untuk membuat klien nyaman

1	2	3
		saat memulai tidur TTD Perawat  Meri Tijayanti
2	Tanggal : 28 Februari 2022 Pukul : 14.15 WIB • Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan • Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi • Memonitor tanda-tanda vital • Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi • Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan • Mengajarkan mobilisasi dini pada 8 jam pertama post operasi miring kanan miring kiri • Memberikan gerak ROM menggerakkan kedua tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki	Pukul : 14.45 WIB S : • Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak • Klien mengatakan kakinya sudah bisa digerakkan pelan-pelan O : • Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya • Klien sulit bergerak • Klien tampak belum mampu untuk memulai pergerakan dengan mandiri • Klien tampak lemah • Tekanan darah : 140/100 mmHg • Nadi : 80x/menit • Pernapasan : 22x/menit • Suhu : 36,5 C A : masalah belum teratasi

1	2	3
		P : lanjutkan intervensi • Monitor tanda-tanda vital • Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi miring kanan niring kiri • Ajarkan mobilisasi sederhana duduk ditempat tidur TTD Perawat  Meri Tijayanti
3	Tanggal : 28 Februari 2022 Pukul : 15.30 WIB • Mengidentifikasi perawatan diri sesuai usia • Memonitor tingkat kemandirian • Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri • Memfasilitasi kemandirian	Pukul : 16.00 WIB S : • Klien mengatakan tidak mampu mandi secara mandiri • Klien mengatakan tidak mampu berpakaian secara mandiri • Klien mengatakan aktivitasnya di bantu keluarga O : • Keluarga klien tampak membantu klien untuk mengganti pakaian A : masalah belum teratasi

1	2	3
		P : lanjutkan intervensi • Monitor kebersihan tubuh klien (rambut, kuku, mulut, kulit) • Pertahankan kebiasaan kebersihan klien • Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian TTD Perawat  Meri Tijayanti

Catatan perkembangan hari ke-2

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal : 1 maret 2022 Pukul : 08.00 WIB • Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien • Memberikan posisi nyaman pada klien • Mengganti balutan luka agar pasien nyaman • Mengganti laken klien • Mendengarkan terapi musik untuk membuat klien dalam keadaan nyaman saat memulai tidur • Memberikan obat analgesik (ketorolac 30mg/8 jam IV)	Pukul : 10.30 WIB S : • Klien mengatakan sudah bisa tidur menggunakan terapi musik saat memulai tidur • Klien mengatakan masih merasa nyeri Skala nyeri (4) • Klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler • Klien mengatakan waktu tidur 6 jam O : • Klien tidak tampak menguap A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi • Monitor pola tidur • Berikan terapi musik untuk membuat pasien nyaman saat memulai tidur • Jelaskan pentingnya tidur selama sakit TTD Perawat  Meri Tijayanti

1	2	3
2	Tanggal : 1 maret 2022 Pukul : 08.15 WIB • Memonitor tanda-tanda vital • Mengevaluasi kemampuan klien melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri • Mengajarkan mobilisasi sederhana duduk ditempat tidur • Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi • Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Pukul : 08.45 WIB S : • Klien mengatakan sudah bisa untuk melakukan pergerakan miring kanan miring kiri • Klien mengatakan sudah bisa duduk diatas tempat tidur ± 10 menit • Klien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan pergerakan O : • Klien tampak sudah bisa miring kanan miring kiri dengan mandiri • Klien tampak sudah bisa duduk diatas tempat tidur dengan posisi semi fowler • Tampak keluarga berperan dalam membantu klien • Tekanan darah : 130/90 mmHg • Nadi : 80x/menit • Pernapasan : 22x/menit • Suhu : 36,3C A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi • Anjurkan klien unruk turun dari tempat tidur dan berjalan disekitar tempat tidur • Monitor anda-tanda vital

1	2	3
		• Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan TTD Perawat  Meri Tijayanti
3	Tanggal : 1 maret 2022 Pukul : 08.30 WIB • Memonitor kebersihan diri (rambut, kuku, mulut, kulit) • Mengajarkan klien mandi secara mandiri • Mengajarkan klien gosok gigi secara mandiri • Mengajarkan klien BAK ke toilet secara mandiri • Mengajarkan klien memakai pakaian secara mandiri	Pukul : 09.00 WIB S : • Klien mengatakan telah mampu gosok gigi secara mandiri • Klien mengatakan telah mampu berpakaian secara mandiri O : Klien tampak rapih dan bersih A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi • Monitor kebersihan klien • Pertahankan kebersihan diri klien • Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian TTD Perawat  Meri Tijayanti

Catatan perkembangan hari ke-3

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal : 02 maret 2022 Pukul : 18.00 WIB • Memonitor pola tidur • Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit • Memberikan terapi musik untuk membuat klien nyaman saat memulai tidur • Memberikan obat analgesik (ketorolac 30mg/8jam IV)	Pukul : 18.30 WIB S : • Klien mengatakan sudah bisa mengatasi tidurnya • Klien mengatakan tidak lagi nyeri • Klien mengatakan waktu tidur 7-8 jam O : • Klien tidak tampak menguap A : masalah teratasi P : hentikan intervensi TTD Perawat  Meri Tijayanti

1	2	3
2	Tanggal : 02 maret 2022 Pukul : 18.15 WIB • Mengevaluasi klien untuk turun dari tempat tidur dan berjalan disekitar tempat tidur • Memonitor tanda-tanda vital • Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan	Pukul : 18.45 WIB S : • Klien mengatakan sudah tidak lemah • Klien mengatakan sudah mampu untuk berjalan secara mandiri • Klien mengatakan dirinya sudah mampu ketoilet untuk BAK O : • Klien tampak segar • Aktivitas klien sudah mandiri • Klien tidur 7-8 jam perhari • Tekanan darah : 120/80mmHg • Nadi : 80x/menit • Pernapasan : 20x/menit • Suhu : 36,3C A : masalah teratasi P : hentikan intervensi TTD Perawat  Meri Tijayanti

1	2	3
3	Tanggal : 02 maret 2022 Pukul : 18.30 WIB • Memonitor kebersihan mandiri klien • Memonitor tingkat kemandirian	Pukul : 19.00 WIB S : • Klien mengatakan sudah mandi • Klien mengatakan telah mampu merawat kebersihan dirinya O : • Klien tampak mampu ke kamar mandi secara mandiri • Klien tampak bersih dan rapi A : masalah teratasi P : hentikan intervensi TTD Perawat  Meri Tijayanti