

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Pukul | : 13.30 WIB |
| Tanggal pengkajian | : 03 Maret 2022 |
| Nama inisial pasien | : Ny. S |
| Umur | : 51 Tahun |
| Alamat | : Bandar Sakti, Abung Surakarta |
| Jenis kelamin | : Perempuan |
| Status pernikahan | : Menikah |
| Agama | : Islam |
| Pendidikan | : SMA |
| Pekerjaan | : Ibu Rumah Tangga |
| Diagnosa medis | : Mioma Uteri |

2. Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang ke Ruang Kebidanan RSUD Handayani pada tanggal 1 Maret 2022 pukul 22.00 WIB tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS : 15 (E4V5M6). Klien mengeluh nyeri perut hilang timbul, klien mengatakan sejak tahun 2015 terdapat benjolan diperut, sudah pernah diperiksa namun belum mau tindakan. Klien dilakukan operasi histerektomi pada tanggal 2 Maret 2022 pukul 13.30 WIB. Tanda-tanda vital post operasi : tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi : 83 x/menit, pernapasan : 20 x/menit
Suhu : 36,5°C

3. Keluhan utama pada saat pengkajian

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi bagian perut bawah, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 (0-10), nyeri terasa saat bergerak dan hilang timbul, klien tampak meringis, tampak gelisah.

4. Riwayat penyakit terdahulu

Klien tidak memiliki riwayat hipertensi, tidak ada riwayat diabetes melitus, klien sebelumnya tidak memiliki riwayat pembedahan.

5. Penampilan Umum

Berdasarkan hasil pengkajian tingkat kesadaran composmentis dengan Glasgow Coma Scale (GCS) E4V5M6. Terdapat luka post operasi bagian abdomen bawah, tidak ada sianosis pada tubuh klien, akral klien teraba dingin, turgor kulit kurang elastis, klien tampak lemah, pucat, gelisah, cemas, dan klien sulit bergerak karena merasa nyeri pada luka post operasi

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 130/80 mmHg

Nadi : 83 x/menit

Pernapasan : 20 x/menit

Suhu : 36,5°C

6. Pengkajian Respirasi

Pernapasan klien 20x/menit, tidak ada suara nafas tambahan : wheezing maupun ronchi, suara nafas klien vesikuler, tidak ada sputum berlebih, klien tampak tidak sesak, tidak ada batuk, tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

7. Pengkajian Sirkulasi

Nadi 97x/menit, tidak ada tanda-tanda perdarahan, konjungtiva tidak anemis tidak ada tanda bradikardi dan takikardi, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, tidak ada parestesia, pengisian kapiler < 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat.

8. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Klien mengatakan frekuensi makan biasanya 3x/hari, saat sakit porsi makanan yang disediakan rumah sakit hanya dimakan 2-3 sendok makan, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengeluh mual dan muntah, klien mengatakan muntah setiap ada makanan yang dimakan, klien tidak ada gangguan menelan, tidak ada penurunan BB >10% dengan BB : 40 kg, klien tidak mengalami diare. Klien terpasang infus RL 20 tpm.

9. Pengkajian Eliminasi

Klien mengatakan biasanya BAB dan BAK teratur dengan frekuensi BAB 1x/hari dan frekuensi BAK 5x/hari, klien tampak terpasang kateter dengan volume urine 1000 ml dan warna kuning kecoklatan, klien mengatakan belum Buang Air Besar (BAB) selama *post* operasi.

10. Pengkajian Aktifitas dan Istirahat

Klien tampak lemah, klien mengatakan badannya terasa lemas, klien tampak berbaring ditempat tidur, klien mengeluh susah merubah posisi ditempat tidur karena merasa nyeri di abdomen, klien mengatakan sulit beraktifitas semua kebutuhan klien dibantu oleh keluarganya, klien tampak kesulitan untuk miring kanan dan kiri, klien mengatakan sulit tidur, klien mengeluh sering terjaga karena nyeri dibagian luka operasi, klien tampak lesu, klien tampak mengantuk, klien mengatakan tidur sebentar-bentar 10-15 menit.

11. Pengkajian Neurosensori

Klien mengatakan tidak ada riwayat dan keluhan sakit kepala, fungsi pendengaran dan penglihatan baik, tidak ada kesulitan menelan, klien mengeluh mual dan muntah.

12. Pengkajian Reproduksi dan Seksual

Klien mengatakan sudah tidak menstruasi sejak 2 bulan yang lalu, dan P6A2.

13. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah (luka *post* operasi), mengeluh nyeri di area sekitar luka post operasi, klien mengatakan nyeri saat bergerak dengan skala nyeri 5 (0-10), tampak meringis, mengeluh tidak nyaman, dan tampak gelisah.

14. Pengkajian Psikologis

Hasil pengkajian klien tampak gelisah, merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi, merasa lemah klien tampak tidak bingung saat diberi pertanyaan, klien dapat berkonsentrasi, kontak mata baik.

15. Pengkajian Kebersihan Diri

Pada saat pengkajian klien tampak berbaring ditempat tidur, klien tampak lemah sehingga tidak mampu mandi dan membersihkan diri secara mandiri. Semua kegiatan perawatan diri dibantu oleh keluarga ataupun perawat.

16. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Terdapat luka post operasi pada abdomen bagian bawah, tertutup perban, klien mengeluh nyeri di area sekitar luka post operasi, klien tidak menggigil, tidak ada riwayat jatuh, pada klien juga dilakukan pemasangan tindakan invasif yaitu pemasangan infus intravena dan pemasangan kateter.

17. Hasil laboratorium

Tabel 3.1
Hasil pemeriksaan Laboratorium
Pada Ny. S dengan Kasus *Post* Operasi Mioma Uteri
di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 01 Maret 2022

| Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan | Nilai Rujukan |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Gula darah sewaktu | 79 mg/Dl | 70-144 mg/Dl |
| Hemoglobin | 13,7 gr/dl | 12.0-16.0 gr/dl |

| | | |
|----------------|---------------|-----------------------|
| Leukosit | 8.400 uI | 3.600-11.000 uI |
| Eritrosit | 5.18 jt | 4,0-5,0 jt |
| Trombosit | 356.000 μ | 150.000-400.000 μ |
| Golongan darah | A/+ | |

18. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan pada pasien :

Infus RL : 20 tpm

Nifedipine : 10 mg/8 jam per oral (dihentikan pada tanggal 2 Maret 2022)

Cefotaxime : 1 gr/12 jam IV

Asamtraneksamat : 50 mg/8 jam IV

Ketorolac : 30 mg/8 jam IV

19. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman
Pada Kasus Post Operasi Mioma Uteri Terhadap Ny. S
Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi
Lampung Utara Tanggal 3Maret 2022

| Data (DS/DO) | Masalah Keperawatan | Etiologi |
|---|---------------------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| DS : 1. Klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah (luka <i>post</i> operasi) 2. Klien mengeluh nyeri di area luka post operasi DO : 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Skala nyeri 5 (0-10) | Nyeri akut | Agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi mioma uteri) |
| DS : 1. Klien mengeluh mual muntah 2. Klien mengatakan muntah setiap ada makanan yang dimakan | Nausea | Efek agen farmakologis (anastesi) |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| 3. Klien mengatakan tidak nafsu makan DO : 1. Klien tampak lemah | | |
| DS : 1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak | Gangguan mobilitas fisik | Nyeri luka <i>post</i> operasi |
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |
| 2. Klien mengeluh susah merubah posisi ditempat tidur DO : 1. Klien tampak berbaring ditempat tidur Klien tampak lemah | | |
| DS : 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengeluh sering terjaga karena nyeri dibagian luka operasi 3. klien mengatakan tidur sebentar-bentar 10-15 menit DO : 1. Klien tampak lesu 2. Klien tampak mengantuk | Gangguan pola tidur | Kurangnya kontrol tidur |
| DS : - DO : 1. Terdapat luka post operasi pada abdomen bagian | Risiko infeksi | Efek prosedur invasif |

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka post operasi mioma uteri) dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah (luka post operasi), klien mengeluh nyeri di area luka post operasi, nyeri terasa saat bergerak, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, skala nyeri 5 (0-10).
2. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi) dibuktikan dengan klien mengeluh mual muntah, klien mengatakan muntah setiap ada makan yang dimakan, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien tampak lemah.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengeluh susah merubah posisi di tempat tidur, klien tampak berbaring ditempat tidur, klien tampak lemah.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan Klien mengatakan sulit tidur, klien mengeluh sering terjaga karena nyeri dibagian luka operasi, klien mengatakan tidur sebentar-bentar 10-15 menit, klien tampak lesu, klien tampak mengantuk.
5. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

Diagnosa keperawatan yang diprioritaskan adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka post operasi mioma uteri) dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah (luka post operasi), klien mengeluh nyeri di area luka post operasi, nyeri terasa saat bergerak, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, skala nyeri 5 (0-10).
2. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis dibuktikan dengan klien mengeluh mual muntah, klien mengatakan muntah setiap ada makanan yang dimakan, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien tampak lemah.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak, klien mengeluh susah merubah posisi di tempat tidur, klien tampak berbaring ditempat tidur, klien tampak lemah.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3

Rencana Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus *Post Operasi Mioma Uteri Terhadap Ny. S di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara* Tanggal 3-5 Maret 2022

| No. Dx | Diagnosa Keperawatan | SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) | SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) |
|--------|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka post operasi) dibuktikan dengan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada abdomen 2. Klien mengeluh nyeri pada luka <i>post</i> operasi 3. Klien mengeluh tidak nyaman <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Skala nyeri 5 (0-10) | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L. 08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun | <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetik |
| 2 | <p>Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis dibuktikan dengan</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> | <p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, dan tidur) 2. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur) |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | 3. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi) |
|--|--|--|--|

| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
|----------|--|--|--|
| | <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengeluh mual muntah Klien mengatakan muntah setiap ada makanan yang dimakan Klien mengatakan tidak nafsu makan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak lemah | <p>Tingkat Nausea (L.08065)</p> <ol style="list-style-type: none"> Perasaan ingin muntah menurun Nafsu makan membaik | <ol style="list-style-type: none"> Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup Kolaborasi pemberian obat <p>Manajemen Muntah (I.03118)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor penyebab muntah Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah |
| 3 | <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengeluh susah menggerakkan tubuhnya Klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak berbaring ditempat tidur | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstremitas meningkat Nyeri menurun Kekuatan otot meningkat Kecemasan menurun Gerakan terbatas menurun | <p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Monitor tanda-tanda vital Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Libatkan keluarga untuk membantu pasien |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)</p> |
|--|--|--|--|

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4
Implementasi dan Evaluasi Hari Pertama Terhadap Ny. S Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman
Pada Kasus Post Operasi Mioma Uteri Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi
Lampung Utara Tanggal 3 Maret 2022

| No Dx | Implementasi | Evaluasi |
|----------|--------------|----------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |

| | | |
|---|--|--|
| 1 | <p>Pukul : 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Memfasilitasi istirahat dan tidur (mengatur posisi klien nyaman mungkin, lingkungan yang tenang, pengaturan ruangan tidak terlalu terang) 4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam) 5. Kolaborasi pemberian obat injeksi intravena asamtraneksamat 50mg/8jam, ketorolac 30 mg/8jam, cefotaxime 1gr/12 jam | <p>Pukul : 16.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> operasi 2. Klien mengatakan nyeri hilang timbul dan terasa saat menggerakkan badan 3. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 4. Klien mengeluh sulit tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 5 (0-10) 2. Klien tampak meringis 3. Klien tampak sulit tidur <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor skala nyeri 2. Anjurkan klien untuk sering mengulang teknik nafas dalam 3. Kolaborasi pemberian obat injeksi intravena asamtraneksamat 50mg/8jam, ketorolac 30 mg/8jam, cefotaxime 1gr/12 jam |
| | |  Muthmainnah |
| 2 | <p>Pukul : 15.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi dampak mual 2. Mengidentifikasi faktor penyebab mual dan muntah (tindakan prosedur operasi) 3. Memonitor frekuensi mual dan muntah | <p>Pukul : 16.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh mual dan muntah 2. Klien mengatakan setiap makanan yang masuk dimuntahkan kembali |

| | | |
|----------|--|--|
| | <p>4. Mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual dan muntah (menghindari bau yang tidak menyenangkan)</p> <p>5. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>6. Memberikan air minum minimal 30 menit setelah muntah</p> | <p>O :</p> <p>1. Klien tampak lemas</p> <p>A : Masalah nausea belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor frekuensi muntah</p> <p>2. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual dan muntah</p> <p>3. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>4. Berikan air minum minimal 30 menit setelah muntah</p> <p style="text-align: right;"><i>Mpl</i></p> <p style="text-align: right;">Muthmainnah</p> |
| 3 | <p>Pukul : 16.30 WIB</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> | <p>Pukul : 17.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>2. Klien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya</p> <p>O :</p> <p>1. Klien tampak sulit bergerak</p> |
| 1 | 2 | 3 |
| | <p>4. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>5. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>6. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan pagar tempat tidur</p> <p>7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>8. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini miring kanan, miring kiri</p> | <p>2. Klien tampak kesulitan untuk miring kanan, miring kiri</p> <p>3. Klien tampak lemah</p> <p>4. Tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 134/80 mmHg</p> <p>Nadi : 83x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,5°C</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya2. Monitor tanda-tanda vital3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan5. Ajarkan mobilisasi sederhana <p style="text-align: right;"> Muthmainnah</p> |
|--|--|---|

Tabel 3.5
Implementasi dan Evaluasi Hari Kedua Terhadap Ny. S Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman
Pada Kasus Post Operasi Mioma Uteri Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi
Lampung Utara Tanggal 4 Maret 2022

| No Dx | Implementasi | Evaluasi |
|----------|---|---|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |
| 1 | <p>Pukul : 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor skala nyeri 2. Menganjurkan klien untuk sering mengulang teknik nafas dalam 3. Kolaborasi pemberian obat injeksi intravena asamtraneksamat 50mg/8jam, ketorolac 30 mg/8jam, cefotaxime 1gr/12 jam | <p>Pukul : 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang saat bergerak 2. Klien mengatakan nyeri masih terasa hilang timbul <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skala nyeri 3 (0-10) 2. Klien tampak dapat melakukan teknik nafas dalam secara mandiri <p>A : Masalah nyeri akut tertatasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor skala nyeri 2. Evaluasi klien dalam melakukan teknik nafas dalam 3. Kolaborasi pemberian obat injeksi intravena asamtraneksamat 50mg/8jam, ketorolac 30 mg/8jam, cefotaxime 1gr/12 jam <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Muthmainnah </div> |

| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |
|----------|---|--|
| 2 | <p>Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor frekuensi muntah 2. Mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual dan muntah 3. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup 4. Memberikan air minum minimal 30 menit setelah muntah | <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah tidak mual dan muntah <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak menghabiskan setengah porsi makan 2. Klien sudah tidak tampak lemas <p>A : Masalah nausea tertatasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup <p style="text-align: right;"><i>Muthmainnah</i></p> <p style="text-align: right;">Muthmainnah</p> |
| 3 | <p>Tanggal : 04 Maret 2022 Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana duduk ditempat tidur | <p>Tanggal : 04 Maret 2022 Pukul : 11.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak sedikit berkurang 2. Klien mengatakan sudah bisa miring kanan, miring kiri 3. Klien mengatakan sudah bisa duduk dengan bantuan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah tidak tampak lemah 2. Klien tampak sudah bisa miring kanan, miring kiri sambil berbaring dengan mandiri 3. Klien sudah bisa bergerak dari posisi duduk ke posisi berbaring dengan bantuan |

| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |
|----------|----------|---|
| | | <p>4. Tanda-tanda vital TD : 112/80 mmHg Nadi : 80x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,5°C</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri saat bergerak 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor kondisi umum 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana turun dari tempat tidur dan mulai berjalan disekitar tempat tidur <p style="text-align: right;"><i>Mp</i> Muthmainnah</p> |

Tabel 3.6
Implementasi dan Evaluasi Hari Ketiga Terhadap Ny. S Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman
Pada Kasus Post Operasi Mioma Uteri Di Ruang Kebidanan RSU Handayani Kotabumi
Lampung Utara Tanggal 5 Maret 2022

| No Dx | Implementasi | Evaluasi |
|----------|--|---|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |
| 1 | <p>Pukul : 21.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor skala nyeri 2. Menganjurkan sering mengulang teknik nafas dalam 3. Kolaborasi pemberian obat injeksi intravena asamtraneksamat 50mg/8 jam, ketorolac 30 mg/8 jam, cefotaxim 1gr/12 jam | <p>Pukul : 22.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak merasa nyeri 2. Klien mengatakan sudah dapat istirahat dan tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tenang 2. Skala nyeri 1 (0-10) <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;"><i>Muthmainnah</i> Muthmainnah</p> |
| 2 | <p>Pukul : 21.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup (istirahat 1-2 jam saat siang hari, dan tidur malam selama 7-8 jam) | <p>Pukul : 21.45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan keadaannya sudah lebih baik 2. Klien mengatakan dapat istirahat dan tidur <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak tidak lemas <p>A : Masalah nausea teratasi sebagian</p> <p>P : hentikan intervensi</p> |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| | |  Muthmainnah |
| 3 | Tanggal : 05 Maret 2022 Pukul : 21.30 WIB 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Memonitor kondisi umum 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana turun dari tempat tidur dan mulai berjalan di sekitar tempat tidur | Tanggal : 05 Maret 2022 Pukul : 21.50 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan sudah bisa turun dari tempat tidur dan berjalan perlahan-lahan O : 1. Klien tampak sudah bisa duduk tanpa bantuan 2. Klien tampak bergerak dengan perlahan-lahan 3. Tanda-tanda vital : TD : 130/85 mmHg Nadi : 84x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,5°C A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P : Hentikan Intervensi  Muthmainnah |