

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Kamar/ruang	:	Ruang kebidanan
Tanggal masuk RS	:	02 April 2019
Tanggal Pengkajian	:	03 April 2019
Waktu pengkajian	:	14.00 WIB
Nama inisial klien	:	Ny. S (Silvi Medika)
Umur	:	28 tahun
Alamat	:	Kotabumi
Status perkawinan	:	Menikah
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SMA
Pekerjaan	:	Wiraswasta

Pengkajian Post-Operasi *sectio caesarea*

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang pada tanggal 02 April 2019 jam 08:30 wib, diantar oleh keluarga ke RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Pasien masuk ke ruangan ponok dengan keluhan, rasa mules di perut hingga menjalar kepinggang sejak kemarin. Saat di lakukan pemeriksaan dalam vagina tidak ada pembukaan, kala I memanjang. Lalu pasien di sarankan untuk melakukan tindakan SC oleh dokter, pada pukul 15.00 wib pasien di lakukan operasi.

2. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pasien post-operasi *sectio caesarea* G₂P₁A₀ tanggal 03 April 2019. Pada saat pengkajian. Pasien mengatakan pusing, pasien tampak gelisah, mengatakan sulit berkonsentrasi, mengatakan sulit memulai tidur, pasien mengatakan sulit tidur setelah bangun di malam hari, Pasien mengatakan tidak mampu miring kanan miring kiri, kegiatannya dibantu keluarga, pasien mengatakan gatal pada luka operasi.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Penampilan umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. S diperoleh data tekanan darah: 130/90 mmHg, Nadi: 84 x/ m, pernafasan: 20 x/ m, suhu: 37,1⁰C. Pasien tampak sulit berkonsentrasi, pasien tampak cemas, tampak gelisah, wajah tegang, sulit memulai tidur, tidak bisa miring kanan miring kiri, aktivitasnya dibantu oleh keluarganya. Tingkat kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E₄V₅M₆. Tidak ada sianosis di bibir & akral. Akral hangat, turgor kulit elastis, tidak ada riwayat hipertensi, tidak ada riwayat diabetes mellitus, pasien tidak memiliki riwayat merokok, tidak memiliki riwayat penyakit, pasien sebelumnya memiliki riwayat pembedahan, tidak ada edema di kaki.

2. Pengkajian respirasi

Pasien tampak tidak sesak nafas, suara napas vasikuler, bentuk dada simetris, pasien tidak mampu batuk karena takut luka operasi robek dan tampak menahan batuk, pasien tampak gelisah, kesadaran composmentis,, tidak menggunakan otot bantu nafas, irama nafas regular.

3. Pengkajian sirkulasi

Nadi pasien normal, tidak ada jantung berdebar-debar, tidak ada perdarahan, tidak ada peningkatan vena jugularis, tidak ada penurunan

jumlah urine, pasien tampak kelelahan, tidak ada peningkatan berat badan, pengisian kapiler <3 detik.

4. Pengkajian nutrisi dan cairan

Berdasarkan hasil pengkajian nutrisi pasien mengatakan tidak merasa lapar, pasien mengatakan sudah makan bubur diet rumah sakit, pasien tidak ada gangguan menelan, tidak ada penurunan BB > 10% kg dari BB normal, tidak ada sariawan, pasien tidak diare, suara bising usus 14 x/menit (normal 12-35x/menit), pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan.

5. Pengkajian eliminasi

Kandung kemih teraba tidak penuh, pasien menggunakan catheter, mengatakan warna urine kuning jernih, bau khas urine, pasien mengatakan tidak mengalami gangguan saat buang air besar, pasien mengatakan terakhir BAB pada tanggal 11 maret 2019, pasien BAB dibantu oleh keluarga.

6. Pengkajian aktivitas dan istirahat

Pada saat dilakukan pengkajian pasien sudah bisa miring kanan miring kiri, pasien mengalami keletihan, sulit bergerak, tampak berkeringat, pasien tampak menguap, pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengatakan tidak merasa puas tidur.

7. Pengkajian neurosensori

Pasien tidak ada riwayat dan keluhan sakit kepala, cedera medulla spinalis, kesulitan menelan, muntah darah (hematemesis).

8. Pengkajian reproduksi dan seksual

Pasien Post section caesarea, melahirkan anak ke dua, pengeluaran lokea sedikit berwarna kuning terdapat lendir, tidak terjadi perdarahan, saat ini belum menyusui bayinya karna bayi berbeda ruangan dengan ibunya.

9. Pengkajian nyeri dan keamanan

Pasien mengeluh nyeri berkurang, skala nyeri 4(1-10), tampak berkeringat, tampak gelisah, tampak keringat berlebihan.

10. Pengkajian psikologis

Pasien tidak mengalami gangguan dalam psikologis, pasien tampak gelisah, pasien tampak bingung, pasien mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi, kontak mata buruk.

11. Pengkajian kebersihan diri

Pasien mengatakan tidak mampu mandi secara mandiri dan di bantu oleh keluarga, pasien mengatakan hanya dilap basah saja.

12. Pengkajian keamanan dan proteksi

Berdasarkan hasil pengkajian pasien dalam kondisi pasca operasi dengan luka terbuka, sayatan sepanjang kurang lebih 10 cm, kulit teraba hangat, kemerahan pada kulit di area luka operasi.

13. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan pada pasien :

Infus RL	20 tpm
Injeksi cefotaxime	2x1 gram / 12 jam
Injeksi ketorolac	3x 2 mg / 8 jam

14. Hasil laboratorium

Berdasarkan data yang diperoleh hasil pemeriksaan laboratorium terdapat pada tabel berikut :

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. S di Ruang Kebidanan
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 02 April 2019

NO	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal Perempuan
1	2	3	4
1	Hemoglobin	11.8 gr/Dl	12-16 gr/Dl
2	Lekosit	10.0L	5.00-11.0 L

Tabel 3.2

Dari hasil pengkajian telah terdapat beberapa data senjang sebagai berikut:

Pada Ny. S Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu

Kotabumi Lampung Utara Tanggal 03-05 April 2019

Data Subyektif	Data Obyektif
1	2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sulit tidur 2. Pasien mengatakan pusing 3. Pasien mengatakan sulit bergerak 4. Pasien mengatakan takut menggerakkan badannya 5. Pasien mengatakan tidak nyaman dengan ruangan 6. Pasien mengatakan gatal-gatal 7. Pasien mengatakan tidak mampu untuk mandi sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak menguap 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak kepanasan 4. Pasien tampak tegang 5. Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/ menit 6. Pasien tampak kesulitan memiringkan badannya 7. Pasien tampak kesulitan bergerak antara posisi telentang dan duduk 8. Pasien tampak harus dibantu keluarganya untuk berjalan ke kamar mandi kanan kiri 9. Pasien tampak kelemahan 10. Pasien tampak mandi dibantu keluarganya 11. Rambut pasien tampak berantakan

Tabel 3.3
 Analisa Data Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Integritas Ego
 (Ansietas) Pada Kasus *Post Sectio Caesarea* Terhadap Ny. S
 Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu
 Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 03-05 April 2019

No Dx	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	Ds: 1. Pasien mengatakan pusing 2. Pasien mengatakan sulit tidur Do: 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak tegang 3. Pasien tampak menguap 4. Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/ menit	Ansietas	Luka operasi
2	Ds: 1. Pasien mengatakan sulit bergerak 2. Pasien mengatakan takut menggerakkan badannya Do : 1. Pasien tampak kesulitan untuk miring kanan miring kiri	Hambatan Mobilitas fisik	Jaitan post operasi

1	2	3	4
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien tampak kesulitan bergerak antara posisi telentang dan duduk 3. Pasien tampak harus dibantu keluarganya untuk berjalan ke kamar mandi kanan kiri 		
3	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak nyaman dengan ruangan 2. Pasien mengatakan gatal-gatal <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak merintih 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak kepanasan 	Gangguan rasa nyaman	kurang pengendalian lingkungan
4	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak mampu untuk mandi sendiri <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kelemahan 2. Pasien tampak mandi dibantu keluarganya 3. Rambut pasien tampak berantakan 	Defisit Perawatan Diri	Kelemahan

B. Daftar Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.4
Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Integritas Ego (Ansietas)
Pada Kasus Post *Sectio Caesarea* Terhadap Ny. S Di Ruang Kebidanan
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 03-05 April 2019

Tanggal/ Jam	No. Diagnosa	Diagnosa
1	2	3
14.00 WIB 03-04-2019	1	Ansietas berhubungan dengan Luka operasi Ditandai dengan : Ds: 1. Pasien mengatakan pusing 2. Pasien mengatakan sulit tidur Do: 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak tegang 3. Pasien tampak menguap 4. Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/ menit
14.10 WIB 03-04-2019	2	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan cemas Ditandai dengan : Ds: a. Pasien mengatakan sulit bergerak b. Pasien mengatakan takut menggerakkan badannya c. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak d. Pasien mengatakan pusing Do : a. Pasien tampak kesulitan untuk miring kanan kiri b. Pasien tampak kesulitan bergerak antara posisi telentang dan duduk c. Pasien tampak harus dibantu keluarganya untuk berjalan ke kamar mandi

1	2	3
14.20 WIB 03-04-2019	3	<p>Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan kurang pengendalian lingkungan</p> <p>Ditandai dengan :</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengatakan tidak nyaman dengan ruangan2. Pasien mengatakan gatal-gatal <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak gelisah2. Pasien tampak kepanasan3. Pasien tampak merintih

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Integritas Ego (Ansietas) Pada Kasus Post *Sectio Caesarea* Terhadap Ny. S
Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 03-05 April 2019


Tanggal	No. Diagnosa	NOC (<i>Nursing Outcome Clasifikation</i>)	NIC (<i>Nursing Intervention Clasifikation</i>)
1	2	3	4
03-04-2019	1	<p>Dalam 3x24 jam klien dapat mengatasi tingkat kecemasan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak gelisah b. Mudah berkonsentrasi c. Wajah tegang teratasi d. Tanda-tanda vital normal e. Dapat istirahat f. Tidur merasa puas 	<p>Pengurangan Kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan b. Kaji verbal dan non verbal kecemasan c. Dorang keluarga untuk mendampingi pasien d. Instruksikan klien menggunakan tehnik relaksasi <p>Terapi Relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dapatkan perilaku yang menunjukkan terjadinya relaksasi, misalnya bernafas dalam, menguap, pernapasan perut, atau bayangan yang menenangkan b. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi c. Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada pasien


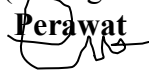
03-04-2019	2	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat melakukan pergerakan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Berpindah dari sisi miring kanan ke miring kiri sambil berbaring dengan mandiri Pergerakan otot dari posisi terlentang ke posisi miring Bergerak dari posisi duduk ke posisi berbaring dengan bantuan minimal 	<p>Edukasi mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi Ajarkan mengidentifikasi kemampuan mobilitas (rentang gerak) Latih rentang gerak dilakukan dengan perlahan dari ekstremitas bawah sampai kepala Ajarkan latihan di tempat tidur, dengan tehnik yang tepat (miring kanan miring kiri) Anjurkan keluarga untuk melatih mobilitas pasien secara tepat
03-04-2019	3	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien dapat mengetahui status kenyamanan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak gatal pada luka Tidak gelisah Perawatan sesuai dengan kebutuhan 	<p>Manajemen Lingkungan : Kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pasien dan keluarga dalam mengelola lingkungan dan kenyamanan yang optimal Berikan pasien waktu untuk istirahat Pertimbangkan sumber-sumber ketidaknyamanan seperti balutan yang lembab, balutan yang tertekan Perbaiki laken pasien yang kusut Monitor kulit terutama daerah operasi Fasilitasi tindakan kebersihan untuk menjaga kenyamanan individu (membersihkan badan , rambut)


D. Catatan Perkembangan (Implementasi dan Evaluasi)


Tabel 3.6
 Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Integritas Ego
 (Ansietas) Pada Kasus Post *Sectio Caesarea* Terhadap Ny. S
 Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu
 Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 03-05 April 2019


No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	03-4-2019/ 14.00 wib Pengurangan Kecemasan 1. Mengidentifikasi gerakan meremas- remas tangan , kontak mata pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan 2. Mengkaji verbal (pembicaraan dengan menanyakan hari apa anda melahirkan anak ke2 anda) dan non verbal (meremas-ramas tangan) kecemasan 3. Monitor tanda-tanda vital Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 84 x/menit, pernafasan 20 x/ menit 4. Mendorang 1 orang keluarga untuk mendampingi pasien 5. Menginstruksikan klien menggunakan tehnik relaksasi dengan cara menghirup udara lewat	03-4-2019/ 19.00 wib S : 1. Pasien mengatakan pusing 2. Pasien mengatakan sulit tidur O: 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak tegang 3. Pasien tampak menguap A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi


	<p>hidung tahan selama 5 detik dan hembuskan melalui mulut lakukan hingga pasien rilex.</p> <p>Terapi Relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan perilaku yang menunjukkan terjadinya relaksasi, misalnya pernapasan perut, atau bayangan yang menenangkan 2. Meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi 3. Menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada pasien dengan cara menghirup udara lewat hidung tahan selama 5 detik dan hembuskan melalui mulut lakukan hingga pasien rilex. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gerakan kontak mata kurang pada pasien apakah terjadi perubahan tingkat kecemasan 2. Monitor tanda-tanda vital seperti mengecek tekanan darah, nadi, pernafasana, dan suhu 3. Ajarkan tehnik non farmakologi (tehnik relaksasi nafas dalam) <p style="text-align: center;">Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Erwinda C</p>
2	<p>03-4-2019/ 14.05 wib</p> <p>Edukasi mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemampuan mobilitas (rentang gerak pasien, miring kanan, miring kiri dan berjalan) 2. Mendorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi miring kanan miring kiri 3. Melatih rentang gerak dilakukan dengan perlahan dari ekstremitas bawah sampai kepala gerakan secara perlahan-lahan 4. Mengajarkan latihan di tempat tidur, dengan tehnik yang tepat (miring kanan miring kiri) 5. Menganjurkan keluarga yg menemani pasien untuk melatih mobilitas pasien secara tepat 	<p>03-4-2019/ 19.10 wib</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan sulit bergerak 2. pasien mengatakan takut menggerakkan saat badannya 3. pasien mengatakan nyeri saat bergerak 4. pasien mengatakan pusing <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kesulitan untuk miring kanan dan kiri 2. Pasien tampak kesulitan bergerak antara posisi telentang dan duduk 3. Pasien tampak harus dibantu keluarganya untuk berjalan ke kamar mandi <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>



		<p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan latihan di tempat tidur dengan perlahan (miring kiri dan miring kanan) 2. Menganjurkan keluarga untuk melatih mobilitas dengan tepat <p style="text-align: center;"> Perawat Erwinda C</p>
3	<p>03-4-2019/ 14.20 wib</p> <p>Manajemen Lingkungan : Kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dan keluarga dalam mengelola lingkungan dan kenyamanan seperti pencahayaan, suhu ruangan 2. Memberikan pasien waktu untuk istirahat 3. Mempertimbangkan sumber-sumber ketidaknyamanan seperti balutan yang lembab, balutan yang tertekan 4. Memonitor kulit terutama daerah operasi (lembab atau tidak) 5. Memfasilitasi tindakan- tindakan kebersihan untuk menjaga kenyamanan individu (membersihkan badan , rambut) 	<p>03-4-2019/ 14.15 wib</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak nyaman dengan ruangan 2. Pasien mengatakan gatal pada luka <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak merintih <p>A: Gangguan rasa nyaman belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan pasien waktu untuk istirahat/ tidur min 6jam 2. Pertimbangkan sumber-sumber ketidaknyamanan seperti balutan yang lembab, balutan yang tertekan 3. Monitor luka pasien(kering atau lembab) <p style="text-align: center;"> Perawat Erwinda C</p>

Hari ke 2		
No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>04-4-2019/ 08.00 wib</p> <p>Pengurangan Kecemasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji verbal (pembicaraan dengan menanyakan hari apa anda melahirkan anak ke2 anda) dan non verbal (meremas-ramas tangan) kecemasan 2. Monitor tanda-tanda vital seperti Tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu pasien 3. Mendorang 1 orang keluarga untuk mendampingi pasien <p>Terapi Relaksasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan perilaku yang menunjukkan terjadinya relaksasi, misalnyapernapasan perut, atau bayangan yang menenangkan 2. Meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi 3. Menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada pasien dengan cara menghirup udara lewat hidung tahan selama 5 detik dan hembuskan melalui mulut lakukan hingga pasien rilex. 	<p>04-4-2019/13.30 wib</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih takut dengan jaitan luka operasinya lepas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien tampak masih gelisah 3. Tekanan darah 120/90, Nadi 82x/menit, Pernafasan 20x/menit <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dorang keluarga untuk mendampingi pasien 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Ajarkan tehnik relaksasi napas dalam <p style="text-align: center;">Perawat</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Erwinda C</p>

2	<p>04-4-2019/ 08.05 wib</p> <p>Edukasi mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi miring kanan miring kiri 2. Melatih rentang gerak dilakukan dengan perlahan dari ekstremitas bawah sampai kepala gerakan secara perlahan-lahan 3. Mengajarkan latihan di tempat tidur, dengan tehnik yang tepat (miring kanan miring kiri) 	<p>04-4-2019/13.35 wib</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan masih sulit bergerak 2. pasien mengatakan sudah bisa miring kanan ke miring kiri sambil berbaring <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak belum mampu bergerak dari posisi berbaring ke posisi duduk 2. Pasien mampu bergerak dari posisi duduk ke posisi berbaring dengan bantuan <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu pasien mobilisasi mengubah posisi bergerak dari posisi berbaring duduk ke posisi 2. Bantu pasien untuk miring kanan miring kiri <p style="text-align: center;">Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Erwinda C</p>
---	--	---

3	<p>04-4-2019/ 08.15 wib</p> <p>Manajemen Lingkungan : Kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dan keluarga dalam mengelola lingkungan dan kenyamanan seperti pencahayaan, suhu ruangan 2. Memberikan pasien waktu untuk istirahat minimal 6 jam 3. Mempertimbangkan sumber-sumber ketidaknyamanan seperti balutan yang lembab, balutan yang tertekan 4. Memonitor kulit terutama daerah operasi (lembab atau tidak) 5. Memfasilitasi tindakan- tindakan kebersihan untuk menjaga kenyamanan individu (membersihkan badan , rambut) 	<p>04-4-2019/ 13.50 wib</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih tidak nyaman dengan luka operasi 2. Pasien mengatakangatal berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak masih gelisah <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki laken pasien yang kusut 2. Monitor kulit terutama daerah operasi Monitor tanda-tanda vital <p>Perawat</p>  <p>Erwinda C</p>
---	--	---

HARI KE 3		
No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1.	05-4-2019/ 05.30 wib Pengurangan Kecemasan <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji non verbal (meremas-ramas tangan) kecemasan 2. Monitor tanda-tanda vital seperti Tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu pasien 3. Mendorong 1 orang keluarga untuk mendampingi pasien Terapi Relaksasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi 2. Mengevaluasi teknik relaksasi pada pasien dengan cara menghirup udara lewat hidung tahan selama 5 detik dan hembuskan melalui mulut lakukan hingga pasien rilex.pasien 	05-4-2019/13.10 wib S : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah dapat memulai tidur 2. Pasien mengatakan puas tidur O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah 120/70, nadi 74x/menit, pernafasan 22x/menit 2. pasien tidak tampak gelisah A: Masalah teratasi P : Hentikan intervensi <div style="text-align: right;"> Perawat  Erwinda C </div>
2	05-4-2019/05.40 wib Edukasi mobilisasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi miring kanan miring kiri 2. Melatih rentang gerak dilakukan dengan perlahan dari ekstremitas bawah sampai kepala gerakan secara perlahan-lahan 	05-4-2019/13.20 wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah mampu bergerak dari posisi berbaring ke posisi duduk 2. Pasien mengatakan mampu bergerak dari posisi duduk ke posisi berbaring dengan bantuan

	<p>3. Mengajarkan latihan di tempat tidur, dengan tehnik yang tepat (miring kanan miring kiri)</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tidak takut untuk berpindah posisi dari berbaring ke duduk <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Erwinda C</p>
3	<p>05-4-2019/ 05.30 wib Manajemen Lingkungan : Kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertimbangkan sumber-sumber ketidaknyamanan seperti balutan yang lembab, balutan yang tertekan 2. Memperbaiki laken pasien yang kusut 3. Memonitor tanda-tanda vital tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu 4. Memfasilitasi tindakan- tindakan kebersihan untuk kenyamanan individu (membersihkan badan , rambut) 	<p>05-4-2019/ 13.30 wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah tidak gatal pada luka <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien tampak tidak gelisah 3. Pasien tampak tidak merintih <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Erwinda</p>