

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Pengkajian Dasar

Identitas Pasien

Kamar / Ruang : Ruang Kebidanan (*Edelweis*)

Tanggal Pengkajian : 29 Maret 2023

Tanggal Masuk RS : 28 Maret 2023 pukul 10.32 WIB

Waktu Pengkajian : Pukul 12.50 WIB

Nama inisial Pasien : Ny.S

No.Rekam Medis : 271227

Umur : 22 Tahun

Alamat : Sumber Jaya, Lampung Barat

Jenis Kelamin : Perempuan

Status Pernikahan : Menikah

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Sumber Biaya : BPJS

Riwayat Kehamilan : G2P0A1

2. Pengkajian

a. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pada saat pengkajian pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka post operasi Sectio Caesarea Pasien hanya tidur selama 4 jam.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang ke RSUD Handayani pada tanggal 28 Maret 2023 pukul 10.32 WIB melalui ruang VK. Pasien diantar suami dan ibunya setelah mendapatkan rekomendasi dari bidan untuk segera ke rumah sakit.

Pasien datang dengan usia kehamilan sekitar kurang lebih 40 minggu cukup bulan untuk melahirkan, Pasien mengeluh nyeri pada pinggang

belakang dan menjalar ke perut bagian bawah, keluar cairan bening pada jalan lahir, serta rasa mulas yang hilang timbul dengan tekanan darah 168/100 mmHg, kemudian Pasien dilakukan tindakan operasi SC (Sectio Caesarea) pada pukul 14.15 WIB oleh dokter spesialis *obgyn* dengan indikasi Preeklampsia. Pada saat dilakukan pengkajian di ruang rawat inap pada tanggal 29 Maret 2023 pukul 12.50 didapatkan bahwa pasien mengeluh sangat mengantuk, sulit tidur, dan istirahat tidak cukup saat nyeri timbul (skala nyeri 6), nyeri terasa saat bergerak, pasien tampak meringis, cemas, dan gelisah, pasien tidak nyaman ketika bergerak, dan takut jika bergerak akan mengenai luka post operasinya, pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, semua dibantu oleh keluarga. Nadi 98x/menit, pernafasan 20 x/menit, suhu 36,6 C.

c. Riwayat Obstetri

1) Riwayat kehamilan saat ini

- a) Ini adalah kehamilan kedua, pasien mengalami abortus pada kehamilan sebelumnya (G2 P0 A1) dan sesudah partus (P1A1).
- b) Usia kandungan sampai dilakukannya tindakan Sectio Caesarea sekitar kurang lebih 40 minggu.
- c) Selama masa kehamilan, 4x periksa kehamilan
- d) Masalah kehamilan: pre eklampsia

2) Riwayat menstruasi

- a) HPHT: 01-06-2022
- b) Menarche: 16 tahun
- c) Siklus: 7 hari (Teratur)
- d) Banyaknya: 3x sehari ganti
- e) Lamanya: 7-8 hari
- f) Keluhan: tidak ada

3) Riwayat persalinan

- a) Jenis persalinan: Sectio Caesarea, 28 Maret 2023
- b) Jenis kelamin bayi: laki-laki , BB/PB: 3000gr / 49 cm
- c) Masalah Persalinan: tidak ada

4) Riwayat Ginekologi

- a) Masalah ginekologi: tidak ada
- b) Riwayat KB : belum pernah

3. Pengkajian Keperawatan

a. Penampilan Umum

Hasil pengkajian, Kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS E4V5M6, pasien tidak sianosis, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, pasien tampak lemah dan mengantuk, pasien beberapa kali menguap, kantong mata tampak kehitaman, serta tampak meringis dan gelisah, Pasien memiliki riwayat hipertensi saat kehamilan sebelumnya dan kehamilan sekarang, tidak ada riwayat diabetes melitus dan hipertiroid, pasien tidak memiliki riwayat merokok dan pembedahan, serta tidak mengalami kenaikan berat badan 59 kg dan tinggi badan 148 cm.

Pengkajian Tanda Vital

Tekanan Darah : 165/102 mmHg

Nadi : 98x/menit

Pernafasan : 20/menit

Suhu : 36,6 C

SpO₂ : 98%

b. Pengkajian Respirasi

Pasien tidak mengalami dispnoe, takipnoe, bradipnoe, tidak terdengar bunyi nafas tambahan, tidak juga menggunakan otot bantu pernafasan, tampak gelisah, tidak ada sputum atau dahak yang menghalangi bernafas, dan tidak mengganggu sistem respirasi.

c. Pengkajian Sirkulasi

Pasien tidak mengalami brakikardi, takikardia, tidak mengalami distensi vena jugularis, konjungtiva tidak anemis, Nada teraba lemah dan cepat 98x/menit, CRT < 3 detik, pasien tampak lemah dan lelah, tidak ada penurunan jumlah urine.

d. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Hasil pengkajian Post Sectio Caesarea Pasien mengatakan sudah bisa makan walau nafsu makan belum tinggi pasien menghabiskan ¼ porsi

yang disajikan Rumah Sakit, dan sudah bisa minum walau sedikit sekitar kurang lebih 600 ml setelah masuk ruang rawat inap. Pasien mengatakan merasa mual saat setelah operasi selesai. Pasien merasa lemah, Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan menelan, membran mukosa kering, tidak mengalami diare dan tidak terdapat sariawan, bising usus 12x/menit, Pasien terpasang infus RL dengan 20 tpm.

e. Pengkajian Eliminasi

Pasien tampak terpasang selang kateter urine dengan volume cairan 2000 ml dan sudah terisi sejak dipasang di ruang operasi sekitar 500 ml tidak terdapat disuria, warna urine kuning jernih, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk Rumah Sakit hingga sekarang.

f. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Hasil Pengkajian Pasien mengalami masalah dalam pergerakan yaitu keterbatasan bergerak dan berpindah tempat, pasien merasa nyeri saat bergerak dan takut jika bergerak akan mengenai luka operasinya. Pasien mengeluh pegal pada kaki kanan karena edema, Pasien mengalami imobilitas karena terpasang kateter urine dan infus, Pasien mengatakan sulit tidur, terdapat kantung mata yang kehitaman, pasien tampak menguap beberapa kali, tidur yang tidak nyenyak, sering terbangun dan terjaga pada malam hari serta sulit merubah posisi. Pasien mengatakan hanya tidur sekitar 4 jam saja. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

g. Pengkajian Neurosensori

Hasil pengkajian Pasien mengatakan sering mengalami sakit kepala pada bagian depan dengan skala 4, mengeluh mual saat setelah operasi selesai, tidak mengalami cedera medula spinalis, tidak ada gangguan sulit menelan, dan tidak sedang batuk. Fungsi penglihatan baik pendengaran baik, dan fungsi penciuman baik.

h. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Hasil pengkajian Pasien mengatakan pada kelahiran ke dua ini sangat dinanti-nanti, pada kehamilan pertama Pasien mengalami abortus, (P1 A1) terdapat luka post operasi Sectio Caesarea, Pasien mengatakan nyeri pada luka post op dengan skala 6 (0-10), terdapat edema pada kaki

kanan pasien. Payudara pasien terisi ASI, dan ASI menetes, puting tidak lecet, tidak mengalami edema, tetapi pasien belum pernah menyusui bayi sebelumnya, pasien mengatakan belum bertemu anaknya, Pasien merasa cemas serta gelisah terhadap anaknya.

i. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Hasil pengkajian Pasien mengatakan tidak nyaman karena sering merasa pusing, dan nyeri pada luka operasi , dengan skala 6, cemas saat bergerak karena kaki kananya masih bengkak dan nyeri pada luka operasinya, dan tidak nyaman kalau tidak mandi.

j. Pengkajian Psikologis

Hasil pengkajian Pasien tampak gelisah saat ingin bergerak, pasien dapat berkonsentrasi dengan baik, pasien tidak menangis, marah ataupun sedih, dan pasien juga tidak tampak panik.

k. Pengkajian Kebersihan Diri

Hasil pengkajian Pasien mengatakan belum mampu untuk melakukan aktivitas secara mandiri setelah operasi Sectio Caesarea, belum mandi maupun di lap, pasien mengatakan takut jika badan dibsahi akan mengenai luka op nya. Dan juga pasien belum bisa berpakaian, berhias, ke toilet, makan dan minum yang masih dibantu oleh keluarga. Pasien tampak lemah, rambut tampak berantakan, serta tidak mengenakan baju hanya mengenakan sarung.

l. Pengkajian Keamanan dan Proteksi Diri

Hasil pengkajian terdapat kerusakan jaringan yaitu luka post operasi Sectio Caesarea secara melintang dengan panjang kurang lebih 12 cm,luka dibalut verban, Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi, tidak berbau dan tidak bernanah, pasien tidak mengalami kejang, tidak mengigil, kulit teraba hangat, suhu tubuh 36,6 C, Pasien mengatakan mobilisasinya terganggu, Pasien dilakukan tindakan invasif yaitu pemasangan infus dan kateter urine, dan kondisi pasien setelah operasi sakit kepala dan nyeri.

4. Pengobatan

Pengobatan farmakologi yang telah diberikan kepada Ny.S selama berada di Ruang rawat inap setelah operasi Sectio Caesarea dengan gangguan pada kasus Post Sectio Caesarea dengan indikasi preeklampsia di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Lampung Utara:

a. Infus RL 500ml + Oxytocin 1 mg x 2 Ampul 20 tpm

b. Obat Injeksi:

Cefotaxime 2 X 1 gr / 12 Jam IV

Ketorolac 3 X 30 mg / 8 Jam IV

Asam Tranexamat 3 X 500 mg / 8 Jam IV

c. Obat Oral:

Dopamet 3 X 500 mg / 8 Jam

d. Manfaat Obat yang diberikan pada pasien:

Oxytocin :Membantu memulai atau memperkuat kontraksi rahim selama persalinan atau untuk mengurangi perdarahan setelah melahirkan, dan juga merangsang produksi ASI setelah melahirkan

Cefotaxime : Mencegah infeksi pada luka operasi

Ketorolax : Meredakan rasa nyeri

Asam tranexamat : Untuk menghentikan perdarahan

Dopamet : Untuk menurunkan tekanan darah

5. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.S
Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 29 Maret 2023

No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal (Wanita)
1	SARS COV-19	Negatif (-)	Negatif (-)
2	Hemoglobin	12.3 gr/dl	12.0-16.0 gr/dl
3	Gula darah sewaktu	83 mg/dl	70-144 mg/dl
4	Golongan darah dan Resus	O / +	Tidak Ada
5	HbsAg	Negatif (-)	Negatif (-)
6	Protein urine	Positif 2 (+)	Negatif (-)
7	Leukosit	16.000 ul	3.600-11.000
8	Hematokrit	41%	37-45%
9	Trombosit	204.000 ul	150.000-400.000
10	Eritrosit	4.6 jt	4.0-5.0 jt

B. Analisa Data

Tabel 3.2

Analisa Data Keperawatan Pasien Gangguan Kebutuhan Istirahat dan Tidur Pada Kasus Post Sectio Caesarea Terhadap Ny.S di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 29 – 31 Maret 2023

No.	Data (Subjektif / Objektif)	Masalah Keperawatan
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
1.	DS: 1. Pasien mengeluh nyeri pada area luka op DO: 1. Pasien tampak meringis jika nyeri timbul 2. Pasien tampak gelisah 3. Frekuensi nadi 98x/menit 4. Tekanan darah 165/102 mmHg 5. Skala nyeri 6 (0-10)	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu prosedur operasi
2.	DS: 1. Pasien mengeluh sulit tidur, sering terbangun dan tidak nyaman 2. Pasien mengeluh tidak nyaman tidur di rumah sakit 3. Pasien mengeluh sering terjaga 4. Pasien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun 5. Pasien mengeluh tidak puas tidur DO: 1. Pasien tampak lelah 2. Pasien tampak sering menguap 3. Pasien tidur 4 jam sehari	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
3.	DS: 1. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya 3. Pasien merasa cemas saat bergerak karena takut lukanya terbuka DO: 1. Fisik Pasien lemah dan lesu 2. Pasien tampak berbaring ditempat tidur 3. Gerakan klien tampak terbatas 4. Skala nyeri 6	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri dan kecemasan
4.	DS: 1. Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit 2. Pasien mengatakan belum mampu untuk mandi dan berpakaian secara mandiri	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan fisik

1	2	3
	DO: 1. Pasien tidak mampu mandi, berpakaian, berhias, makan dan minum secara mandiri 2. Rambut pasien tampak acak-acakan 3. Pasien tidak mengenakan baju, hanya sarung saja 4. Tampak seluruh kegiatan pasien dibantu oleh keluarga	
5.	DS: 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasinya DO: 1. Terdapat luka operasi melintang dibalut verban dengan panjang sekitar 12cm 2. Terdapat pemasangan infus 3. Terdapat pemasangan kateter urine	Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

C. Diagnosa Keperawatan

Dari data diatas ditegakkan 5 diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu prosedur operasi
2. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
3. Gangguan Moblitas Fisik berhubungan dengan nyeri dan kecemasan
4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan fisik
5. Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas terhadap Ny.S adalah:

1. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
2. Gangguan Moblitas Fisik berhubungan dengan nyeri dan kecemasan
3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan fisik

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3

**Rencana Keperawatan Pasien Dengan Gangguan
Kebutuhan Istirahat Dan Tidur Pada Kasus Post Sectio Caesarea
Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 29-31 Maret 2023**

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sulit tidur, sering terbangun dan tidak nyaman 2. Pasien mengeluh tidak nyaman tidur di rumah sakit 3. Pasien mengeluh sering terjaga 4. Pasien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun 5. Pasien mengeluh tidak puas tidur <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lelah 2. Kantong mata tampak kehitaman 3. Pasien tampak mengantuk 4. Pasien tampak sering menguap 5. Pasien tidur 4 jam sehari 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan pola tidur membaik. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak nyaman dan sering terbangun menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (misalnya kebisingan, pencahayaan, dan suhu) 2. Memberikan terapi musik agar nyaman dan nyenyak saat tidur 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pengaturan posisi) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan kecemasan ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Pasien mengeluh sulit menggerakkan kakinya 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat. Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor tanda-tanda vital


<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	<p>3. Pasien merasa cemas saat bergerak karena takut lukanya terbuka</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik Pasien lemah dan lesu 2. Pasien tampak berbaring ditempat tidur 3. Gerakan pasien tampak terbatas 4. Skala nyeri 6 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Keluhan nyeri menurun 3. Keluhan cemas menurun 	<p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi secara dini (Misalnya dengan miring kanan kiri) 3. Ajarkan mobilisasi sederhana (misalnya duduk di tempat tidur) <p>Managemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi frekuensi dan kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi napas dalam dan terapi musik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu dengan teknik relaksasi napas dalam, serta mendengarkan musik yang disukai


1	2	3	4
3.	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit Pasien mengatakan belum mampu untuk mandi dan berpakaian secara mandiri <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tidak mampu mandi,berpakaian,berhias, makan dan minum secara mandiri Rambut pasien tampak acak-acakan Pasien tidak mengenakan baju, hanya sarung saja Tampak seluruh kegiatan pasien dibantu oleh keluarga 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan perawatan diri meningkat.</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan mandi meningkat Kemampuan berpakaian,makan minum,ke toilet meningkat Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Monitor tingkat kemandirian Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, makan minum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan yang terapeutik (misalnya suasana yang hangat dan rileks) Anjurkan menyiapkan keperluan pribadi yang diperlukan Dampingi dalam melakukan perawatan diri Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan melakukan perawatan diri dengan konsisten <p>Pemantauan Tanda Vital</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tekanan darah Monitor nadi Monitor pernafasan Monitor suhu tubuh <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Informasikan hasil pemantauan


E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.4
Implementasi dan Catatan Perkembangan Pasien Dengan
Gangguan Istirahat dan Tidur Pada Kasus Post Sectio Caesarea
Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 29 Maret 2023

No.	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Gangguan Pola Tidur	Tanggal 29 maret 2023 Pukul 14.40 WIB 1. Menanyakan pola aktivitas dan jam tidur 2. Menanyakan faktor yang mengganggu tidur 3. Memberikan posisi yang nyaman pada pasien yaitu semi fowler 4. Memberitahu pencahayaan yang nyaman dengan mematikan lampu saat tidur malam 5. Menganjurkan menggunakan kipas angin jika merasa panas saat ingin tidur 6. Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup saat sakit 7. Memberikan obat oral: Dopamet 500mg/ 8jam	Pukul 15.40 WIB S: 1. Pasien mengatakan semalam hanya tidur sekitar 4,5 jam 2. Pasien mengatakan semalam sulit tidur karena nyeri luka operasi 3. Pasien mengatakan semalam merasa panas/gerah 4. Pasien mengatakan semalam keadaan berisik 5. Pasien mengatakan tidak puas dan tidak nyenyak dengan tidurnya 6. Pasien mengatakan nyamann dengan posisi semi fowler O: 1. Pasien tampak menguap beberapa kali 2. Pasien tampak mengantuk dan lesu 3. Pasien tampak lemah A: Gangguan Pola Tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi pola aktivitas dan jam tidur 2. Memberikan suasana yang nyaman saat mau tidur 3. Memberikan terapi musik untuk membuat tidur lebih nyaman 4. Menjelaskan pentingya tidur serta memberika posisi yang nyaman untuk pasien


1	2	3	4
			TTD Perawat  Agustia Praba Wati
2.	Gangguan mobilitas Fisik	Tanggal 29 Maret 2023 Pukul 16.10 WIB 1. Menanyakan frekuensi dan kualitas nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Memantau keadaan umum saat melakukan mobilisasi 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini 4. Mengajaran teknik relaksasi nafas dalam dan mendengarkan musik yang disukai oleh pasien untuk meredakan nyeri 5. Mengajarkan cara mobilisasi dini secara bertahap dengan menggerakkan tubuh dengan perlahan dengan bergerak miring kanan miring kiri 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 7. Memberikan teknik relaksasi napas dalam dengan cara menarik nafas dengan hidung, tahan dan hembuskan dengan mulut, lakukan secara berulang dan terapi musik seperti musik klasik maupun murotal bila nyeri timbul 8. Memberikan obat injeksi IV: Ketorolac 30mg / 8jam Asam Tranexamat 500 mg / 8 Jam Cefotaxime 1 gr / 12 Jam	Pukul 17.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post SC 2. Pasien mengatakan memahami penjelasan yang sudah diberikan 3. Pasien ingin mendengarkan murotal alquran 4. Keluarga mengatakan akan mendukung dan membantu pasien dalam melakukan mobilisasi 5. Pasien mengatakan belum bisa menggerakkan dan menggeserkan kaki kanan nya karena kaki nya masih edema O: 1. Skala nyeri 6 (0-10) 2. Pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam dengan baik 3. Pasien tampak masih kesulitan untuk melakukan gerakan miring kanan miring kiri 4. Pasien tampak lemah, dan sesekali meringis saat mulai bergerak 5. Aktivitas pasien dibantu keluarga, dan juga Keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan pergerakan A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi, dan identifikasi nyeri saat melakukan mobilisasi 2. Ajarkan mobilisasi dini dengan miring kanan miring kiri dan duduk di tempat tidur



1	2	3	4
			<p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mobilisasi</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Agustia Praba Wati</p>
3.	Defisit Perawatan Diri	<p>Tanggal 29 Maret 2023 Pukul 17.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tekanan darah, memeriksa nadi, suhu, dan juga pernafasan 2. Membantu menyiapkan perawatan diri sesuai usia seperti baju, dalaman, dan alat mandi 3. Mengecek kebutuhan pribadi yang diperlukan oleh pasien 4. Menjelaskan manfaat perawatan diri ketika sakit 5. Menyediakan lingkungan yang nyaman seperti menutup tirai dan memasang pagar tempat tidur 6. Membantu dalam melakukan perawatan diri, seperti membantu mengelap badan pasien serta membantu memakaikan baju 7. Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu dan memenuhi kebutuhan perawatan yang diperlukan pasien 	<p>Pukul 18.30 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum bisa membersihkan diri secara mandiri 2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya 3. Pasien mengatakan tadi pagi sudah di lap tapi hanya wajah saja 4. Pasien mengatakan ingin melakukan perawatan diri seperti menyisir rambut dan memakai baju 5. Keluarga mengatakan sudah membantu mengelap pasien <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak belum mampu membersihkan diri secara mandiri 2. Keluarga tampak membantu pasien untuk memakaikan baju 3. Pasien tampak lemah 4. Tanda vital : TD 160/107 mmHg N 79x/menit RR 21x/menit T 36,4 C <p>A: Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan untuk membersihkan diri 2. Monitor kebersihan tubuh pasien, dan berikan bantuan dalam perawatan diri 3. Sediakan lingkungan yang nyaman 4. Anjurkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam perawatan diri, serta anjurkan untuk melakukan perawatan diri secara konsisten

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			TTD Perawat  Agustia Praba Wati


Tabel 3.5
Implementasi dan Catatan Perkembangan Pasien Dengan
Gangguan Istirahat dan Tidur Pada Kasus Post Sectio Caesarea
Di Ruang Kebidanan RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 30 Maret 2023



No.	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Gangguan Pola Tidur	Tanggal 30 maret 2023 Pukul 09.00 WIB 1. Menanyakan jam berapa pasien tidur tadi malam 2. Menanyakan faktor yang mengganggu tidur 3. Memberikan posisi yang nyaman yaitu semi fowler 4. Menganjurkan menggunakan pakaian longgar saat tidur agar lebih nyaman 5. Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup saat sakit 6. Menganjurkan pasien untuk mendengarkan murotal atau lagu yang disukai pasien saat ngin tidur agar merasa nyaman 7. Memberikan obat oral Dopamet 500mg/ 8jam	Pukul 09.50 WIB S: 1. Pasien mengatakan semalam tidur selama 6 jam 2. Pasien mengatakan masih merasa nyeri hilang timbul semalam 3. Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan kipas angin walau masih sering terbangun 4. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler saat tidur 5. Pasien mengatakan ingin mencoba mendengarkan musik sebelum tidur O: 1. Pasien tampak tak mengantuk 2. Pasien tampak menguap beberapa kali A: Gangguan pola tidur teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi pola dan jam tidur pasien 2. Berikan posisi yang nyaman

1	2	3	4
			<p>3. Anjurkan untuk mendengarkan musik klasik atau murotal alquran sebelum tidur</p> <p>4. Berikan suasana yang nyaman dengan melibatkan bantuan keluarga</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Agustia Praba Wati</p>
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Tanggal 30 maret 2023 Pukul 11.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pasien apakah sudah bisa melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri 2. Mengajarkan mobilisasi dengan duduk di tempat tidur 3. Melatih teknik relaksasi nafas dalam dengan cara menarik nafas dengan hidung, tahan dan hembuskan dengan mulut, lakukan secara berulang dan menganurkan mendengarkan musik klasik maupun murotal bila nyeri timbul 4. Melibatkan keluarga dengan memberitahu untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi 5. Memasang pagar pengaman tempat tidur agar pasien tidak takut dan cemas saat bergerak 6. Memberikan obat injeksi IV: Ketorolac 30mg / 8jam Asam Tranexamat 500 mg / 8 Jam Cefotaxime 1 gr / 12 Jam 	<p>Pukul 11.50 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan gerakan miring kanan miring kiri 2. Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat bergerak 3. Pasien mengatakan sudah bisa duduk di tempat tidur meski dibantu oleh keluarga <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam dengan baik 2. Pasien menyukai musik klasik yang diberikan 3. Pasien sudah tidak tampak lemah 4. Pasien sudah bisa menggerakkan dan menggeserkan kaki nya 5. Edema pada kaki pasien sudah berkurang 6. Skala nyeri 5 (0-10) <p>A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 3. Anjurkan pasien untuk mobilisasi dengan berjalan ke toilet

1	2	3	4
			TTD Perawat  Agustia Praba Wati
3.	Defisit Perawatan Diri	Tanggal 30 maret 2023 Pukul 13.00 WIB 1. Melihat kebersihan rambut, kuku, dan kulit pasien 2. Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan, dan juga suhu 3. Menganjurkan pasien untuk membersihkan badan dengan lap air hangat 4. Menyediakan lingkungan yang nyaman saat pasien membersihkan diri dengan menutup tirai 5. Melibatkan keluarga dengan memberitahu untuk membantu pasien dalam membersihkan diri 6. Menganjurkan pasien untuk mengganti pakaian 7. Memberikan posisi yang nyaman saat pasien makan dan minum 8. Melepaskan kateter urine pasien	Pukul 14.05 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah di lap badan dan wajahnya tadi pagi dibantu keluarga 2. Pasien mengatakan rambut sudah disisir oleh keluarga 3. Pasien mengatakan sudah mengganti pakaian dibantu keluarga O: 1. Tek.darah 158/100 mmHg, RR 20x/mnt , N 84x/mnt, T 36,5 C 2. Pasien tampak segar dan bersih 3. Pasien makan dan minum secara mandiri 4. Kelurga tampak membantu keperluan pasien 5. Pasien tampak masih lemah 6. Kateter urine sudah di lepas A: Defisit perawatan diri teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor kebersihan pasien 2. Anjurkan pasien BAK dit toilet 3. Anjurkan membersihkan badan setiap pagi dan sore 4. Anjurkan mengganti pakaian setiap pagi dan sore 5. Berikan bantuan sesuai kebutuhan pasien TTD Perawat  Agustia Praba Wati

Tabel 3.6
Implementasi dan Catatan Perkembangan Pasien Dengan
Gangguan Istirahat dan Tidur Pada Kasus Post Sectio Caesarea
Di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 31 Maret 2023

No.	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Gangguan Pola Tidur	Tanggal 31 Maret 2023 Pukul 08.30 WIB 1. Menanyakan pola dan jam tidur pasien tadi malam 2. Menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit 3. Mengajarkan mendengarkan terapi musik sebelum mau tidur 4. Mengajarkan memakai kipas dan pakaian yang longgar saat tidur agar nyaman 5. Memberikan obat oral Dopamet 500mg/ 8jam	Pukul 09.25 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak walau masih terasa nyeri 2. Pasien mengatakan semalam tidur sekitar 8 jam 3. Pasien mengatakan suka mendengarkan murotal sebelum tidur O: 1. Pasien tampak tak mengantuk 2. Pasien tidak menguap lagi A: Gangguan pola tidur sudah teratasi P: Hentikan intervensi TTD Perawat  Agustia Praba Wati
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	Tanggal 31 Maret 2023 Pukul 10.30 WIB 1. Mengevaluasi dengan menanyakan pasien apakah sudah bisa melakukan mobilisasi miring kanan kiri, duduk di tempat tidur maupun berjalan 2. Mengajarkan kembali untuk mobilisasi duduk di tempat tidur kemudian berpindah ke kursi maupun ke kamar mandi 3. Melibatkan keluarga dengan memberitahu	Pukul 11.25 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah bisa berpindah ke kursi dan berjalan ke kamar mandi walau dibantu keluarga 2. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan relaksasi nafas dalam jika nyeri timbul O: 1. Pasien sudah tidak tampak lemah 2. Pasien sudah tidak tampak gelisah 3. Pasien sudah bisa duduk dengan mandiri

1	2	3	4
		<p>untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</p> <p>4. Melatih teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <p>5. Memberikan obat injeksi IV: Ketorolac 30mg / 8jam Asam Tranexamat 500 mg / 8 Jam Cefotaxime 1 gr / 12 Jam</p>	<p>4. Skala nyeri 3 (0-10)</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat  Agustia Praba Wati</p>
3.	Defisit Perawatan Diri	<p>Tanggal 31 Maret 2023 Pukul 12.30</p> <p>1. Mengukur tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan</p> <p>2. Menanyakan kepada apakah sudah bisa melakukan perawatan dengan baik</p> <p>3. Menganjurkan pasien mempertahankan kebersihan diri</p> <p>4. Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien melakukan perawatan sampai mandiri</p>	<p>Pukul 13.35 WIB</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan dengan konsisten</p> <p>2. Pasien mengganti baju setiap pagi dan sore</p> <p>3. Pasien mengatakan sudah bisa BAK di toilet walau dibantu keluarga</p> <p>O:</p> <p>1. Tek.darah 157/97 mmHg, RR 21x/mnt, N 91x/mnt, T 36,3 C</p> <p>2. Pasien tampak segar, rapi dan wangi</p> <p>3. Pasien dapat menyisir rambut secara mandiri</p> <p>4. Rambut dan kulit dalam keadaan baik</p> <p>A: Defisit perawatan diri sudah teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">TTD Perawat  Agustia Praba Wati</p>