

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS**

NO REGISTER : 374xxx  
TANGGAL MASUK : 6 September 2023  
RUANG : Dewi Shinta

#### **I. PENGKAJIAN**

Pengkajian ini dilakukan secara anamnesa pada hari kamis, 7 september 2023 pada jam 14.30 WIB di RS Permata Bunda Purwodadi

##### **1. ANAMNESA (DATA SUBYEKTIF)**

###### **a. IDENTITAS/BIODATA**

- 1) Nama : Ny. S
- 2) Alamat : Kaliombo, 03/04  
Harjowinangun Godong
- 3) Umur : 24 tahun 2 bulan
- 4) Status : menikah
- 5) Orang yang bertanggung jawab : Tn. A
- 6) Pekerjaan : swasta
- 7) Pendidikan : SMA

##### **2. KELUHAN UTAMA**

Ny. S mengatakan nyeri diperut bekas operasi sectio caesarea

### **3. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG**

#### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

Ny. S mengatakan pada tanggal 6 September 2023 perutnya terasa kenceng kenceng, tengkuk berat, kram saat sebelum tidur, kakinya membengkak, mulas dan keluar lendir warna kecoklatan dari vagina dan di bawa ke puskesmas setelah itu dilakukan pengecekan tanda tanda vital TD 160/110 mmHg, N 96x/menit RR 20x/menit SPO2 98% klien mengalami tekanan darah tinggi lalu dirujuk ke RS Permata Bunda Purwodadi dengan kenceng kenceng, tengkuk berat, kram saat sebelum tidur, kakinya membengkak, mulas dan keluar lendir warna kecoklatan dari kemudian pasien dilakukan pemeriksaan leopold 1-IV, TVU, DJJ dan pengeluaran pervagina dengan hasil TFU teraba 25 cm janin tunggal presentase bokong DJJ 160X/menit pengeluaran per vagina lendir. Hasil pemeriksaan tersebut kemudian harus dilakukan sectio Caesarea pada jam 10.00 WIB, klien dipindahkan ke ruangan Shinta untuk dilakukan perawatan. Setelah efek anestesi habis pasien mengatakan merasa nyeri dibagian perutnya.

#### **b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Ny. S mengatakan tidak ada riwayat penyakit menular, dan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan

#### **c. Riwayat kesehatan Keluarga**

Ny. S dan keluarga mengatakan tidak mempunyai penyakit keturunan dan tidak ada yang mengalami hipertensi dan operasi sectio caesarea.

#### **4. RIWAYAT OBSTETRI**

a. Riwayat Menstruasi

Menarche umur : 14 Tahun

Siklus : Teratur

Lamanya : 7-8 hari

HPHT : 2 Desember 2022

#### **5. RIWAYAT KEHAMILAN**

1. Ny. S mengatakan kehamilan prmi atau pertama (G1P0A0)
2. Ny. S mengatakan problemnya tekanan darah tinggi
3. Ny. S mengatakan kehamilan yang direncanakan

#### **6. RIWAYAT PERSALINAN**

1. Lama persalinan SC selama 60 menit
2. Tipe persalinan Sectio Caesarea
3. Analgesik yang digunakan yaitu ketorolac
4. Tidak ada riwayat ketuban pecah dini
5. Penolong dokter obgyn

#### **7. DATA INFANT**

a. Jenis kelamin : Perempuan

Berat Badan : 2.600 Gram

Tinggi Badan : 46 cm

Kesulitan saat Lahir : Tidak ada

Dilakukan resusitasi atau tidak : tidak  
apgar score 8

- b. Keberadaan sucking, rooting, dan swallowing reflek baik serta kuat
- c. Tidak ada kelainan genital
- d. Rencana diberikan air susu ibu (ASI)

## 8. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

### 1. Pola persepsi dan managemen kesehatan

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan tidak ada gangguan konsep diri dan juga banyak beristirahat

Ny. S mengatakan setelah melahirkan memahami kondisi saat ini dan memiliki gangguan pada tekanan darahnya.

### 2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Ny. S mengatakan Sebelum melahirkan nafsu makan baik, pola makan 3x sehari habis satu porsi, tidak ada gangguan makan tidak ada pantangan dan tidak ada masalah khusus

Ny. s mengatakan setelah melahirkan nafsu makan baik pola makan 3x sehari tetapi tidak habis 1 porsi, tidak ada gangguan makan dan tidak ada masalah khusus

### 3. Pola Eliminasi

Ny. s mengatakan sebelum melahirkan BAK lancar sehari ±7 kali warna kuning bau khas urin dan tidak ada masalah khusus BAB lancar sehari 2x

Ny. S mengatakan setelah melahirkan BAK melalui kateter, warna kuning pekat, bau khas urine dan tidak ada masalah khusus volume urine 400 cc/ 3 jam

**Klien belum ada BAB****4. Pola istirahat dan tidur**

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan tidur selama 5-7 jam/hari tidak ada masalah gangguan tidur

Ny. S mengatakan setelah melahirkan tidur selama 5-6 jam perhari dengan merasakan kaki terasa kram dan kebas, dan tidur siang ±1 jam, ketika bangun tidur sering merasakan kaku pada leher

**5. Pola aktivitas dan latihan**

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan aktivitasnya dalam sehari hari dilakukan sendiri dan tidak minta bantuan keluarganya kecuali kegiatan yang berat

Ny. S mengatakan setelah melahirkan aktivitasnya perlu dibantu oleh suami dan keluarganya dan Ny. S mengatakan mudah lelah hanya bisa beraktivitas ringan seperti berbaring di tempat tidur menyusui dengan posisi bayi disamping klien

**6. Pola persepsi dan kognitif**

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan tidak ada masalah pada penglihatan pendengaran, dan perasa dan pembau semua berfungsi dengan baik

Ny. S mengatakan setelah melahirkan tidak ada masalah pada penglihatan pendengaran, dan perasa dan pembau semua berfungsi dengan baik

7. Pola konsep diri

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan bahwa bentuk tubuh yang sekarang beda dengan masalalunya, klien bersyukur dan senang dengan kondisi yang sekarang

Ny. S mengatakan setelah melahirkan memiliki persepsi dan merasa bahwa bentuk tubuh dan penampilan sekarang berbeda dengan keadaan sebelumnya namun klien tidak menganggap hal tersebut masalah besar

Ny. S mengatakan beryukur dikaruniai seorang anak atau keturunan

Ny. S mengatakan senang dengan dirinya yang sekarang, klien merasakan sedikit cemas akan dirinya akan selalu memerlukan bantuan orang lain karena takut bergerak

8. Pola koping

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan berinteraksi dengan baik dan dapat menjawab semua pertanyaan yang diberikan

9. Pola seksual reproduksi

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan melakukan hubungan seksual

Ny. S mengatakan setelah melahirkan ada perubahan pola seksual akibat adanya proses persalinan dan nyeri bekas jaitan luka sc.

10. Pola peran dan hubungan

Ny. S mengatakan setelah melahirkan hubungan dengan keluarganya tidak ada masalah

Ny. S mengatakan setelah melahirkan hubungan dengan bayi asangat baik dan gembira

Hubungan dengan keluarga tidak ada masalah , Ny. S mengatakan ingin cepat pulang

#### 11. Pola nilai dan kepercayaan

Ny. S mengatakan sebelum melahirkan melakukan ibadah setiap hari

Ny. S mengatakan setelah melahirkan ibadah di tempat tidur dibantu oleh suami dan keluarga yang menjadi pendorong dan memotivasi bagi kesembuhan klien

### 9. PEMERIKSAAN FISIK

#### a. Kepala

##### 1) Rambut

Kulit kepala bersih tidak ada ketombe dan tidak ada benjolan penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut tidak mudah patah, tidak bercabang dan tidak ada kelainan

##### 2) Mata

Keadaan mata bersih kiri dan kanan Mata simetris kin dan kanan tidak menggunakan alat bantu pengelihatan, konjungtiva tidak anemis iklera tidak ikterik, tidak adanya oedema pada palpebra

##### 3) Hidung

Simetris, tidak ada secret, rongga hidung tampak bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan penciuman normal

4) Telinga

Daun telinga simetris kiri dan kanan, serumen ada dalam batas normal, tidak ada pendarahan ditelinga, tidak teraba adanya pembengkakan tidak adanya nyeri tekan, pendengaran normal

5) Mulut

Simetris, mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda, lidah bersih tidak ada sariawan, tidak ada pendarahan pada gusi, palatum utuh dan gigi bersih, tidak ada caries

6) Leher

Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis, posisi trakea letak ditengah dan tidak ada kelainan

7) Payudara

Tidak ada benjolan, simetris kiri dan kanan, areola hitam kecoklatan, Puting menonjol kondisi bersih, payudara teraba keras dan kolustrum keluar sedikit berwarna kuning keemasan, kental, dan lengket

b. Paru paru

Inspeksi Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pemafasan 20x/menit, payudara simetris, puting susu menonjol ada pengeluaran ASI sedikit, konsistensi keras, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan putting susu

Palpasi Vocal premitus getaran sama kanan dan kin, ekspansi paru pengembangan dada sama kanan dan kiri, tidak ada kelainan

Perkusi Sonor

Auskultasi Suara nafas vesikuler dan tidak menggunakan alat bantu nafas

c. Jantung

Inspeksi Klien tidak ada keluhan nyeri dada, pada pemeriksaan inspeksi CRT 2 detik tidak ada sianosis

Palpasi Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat

Perkusi Perkusi batas jantung basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea, pinggang jantung di ICS III dan linea pada sinstra kiri, apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavicular sinistra

Auskutasi Tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan

d. Abdomen

Inspeksi Bentuk abdomen bulat tidak ada bayangan vena dan tidak ada benjolan, tampak luka post op sc sepanjang 12 cm, sekitar luka tampak kemerahan, lokasi diperut terdapat linia nigra, TFU 2 cm dibawah pusat, konsistensi keras, kontraksi uterus baik

Auskultasi peristaltik usus 23x/menit

Palapsi perut tegang ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak teraba pembesaran hepar

Perkusi, tidak ada nyeri ketuk atau redup

## e. Ekstermitas

- a. Superior : tangan kiri terpasang infus tidak bisa bergerak bebas, tangan kanan dapat bergerak bebas crt 2 detik
- b. Interior : kaki kanan dan kaki kiri belum bisa menggerakkan sendiri karena masih terasa nyeri abdomen post sc

Kekuatan otot :

5	5
3	3

## f. Genitalia

Terpasang kateter, lochea rubra, warna merah, klien ganti pembalut 2 kali sehari, konsisten encer dan berbau amis.

## 10. LAPORAN OPERASI

Nama : Ny. S

Nomer RM : 374xxx

Umur : 24 th

Alamat : Godong

Agama : islam

Dx Medis : SC PEB hari ke-1

1. Pasien tidur terlentang
2. Lakukan tindakan antiseptik
3. Daerah operasi diper sempit dengan duk steril
4. Lakukan insersi pada linea madline 3 cm distas simpisis pubis

5. insisi memanjang 10 cm dan luka tertutup hepatis Insresi diperdalam dibagian perinium. Perinium dibuka tampak cavum abdomen
6. Tampak uterus gravit sesuai masa kehamilan
7. Plica vesio uterina dibuka tampak SBR
8. keluar ketuban jernih jumlah cukup
9. Bayi dilahirkan dengan kepala, lahir bayi laki-laki, APGAR sce 8-9-10, BB: 2600 gram, PB: 51 cm
10. Beri oksitosin 10 ui/drip kontraksi baik
11. Plasenta dilahirkan lengkap
12. Kedua ujung SBR dilakukan dengan ringan
13. Cavum uteri dibersihkan dengan kasa stenl
14. SBR dijahit secara sejajur dengan chrom
15. Sisa pendarahan di vakum abdomen dibersihkan
16. Dilakukan didinding perut dijahit lapis demi lapis
17. Explorasi gastrul 2 tab re rectal
18. Operasi selesai

## 11. DATA PENUNJANG

### a. Hasil laboratoriu

Nama : Ny. S

No. RM : 374xxx

Tanggal : 6 september 2023

**Tabel 3.1**

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
Waktu pembekuan/CT	1.50 L	2-6 menit
Waktu pendarahan/BT	0.55 L	1-3 menit
Hemoglobin	14.2	12.6 g/dl
Leukosit	11620 H	3600-11000 /ul
Hematokrit	42	37-43 %
Trombosit	316000	150000-450000
Protein Urin	Positif	Negatif

### b. Terapi obat

**Tabel 3.2**

Terapi	Dosis
RL	20 tpm
Ketorolac	3 x 30 mg
Ceftriaxone	2 x 1 gr
MgsO4	1 x 6 gr

## II. ANALISA DATA

**Tabel 3.3**

<b>Hari / Tanggal</b>	<b>Data Fokus</b>	<b>Problem</b>	<b>Etiologi</b>	<b>TTD</b>
7 september 2023	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : klien mengatakan sakit saat bergerak nyerinya semakin bertambah</li> <li>- Q : klien mengatakan nyerinya seperti tersayat-sayat</li> <li>- R : klien mengatakan pada perut/luka post sc</li> <li>- S : klien mengatakan skala nyerinya 5</li> <li>- T : klien mengatakan nyerinya terus menerus</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka insisi pada perut sekitar 12 cm</li> <li>- Klien tampak meringis nyeri</li> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien tampak tidak nyaman</li> <li>- Klien menghindari lokasi nyeri</li> <li>- Klien tampak sulit tidur</li> <li>- TD : 140/84 mmhg</li> <li>Nadi : 80x/menit</li> <li>Suhu : 36,2 C</li> <li>RR :20x/menit</li> </ul>	<p>Nyeri akut</p>	<p>Agen pecedera fisiologis</p>	<p>Khanitati</p>
	<p>DS</p>	<p>Mobilitas Fisik</p>	<p>Luka post SC</p>	<p>Khanitati</p>

- 
- Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan badannya karena nyeri
  - Klien mengatakan takut jahitannya lepas
  - Klien mengatakan merasa lemah

**DO**

- Klien terlihat tidak bisa merubah posisi tidur
- Klien terlihat lemah
- Rentang gerak kaki menurun
- Keadaan umum lemah
- Kekuatan otot pasien tampak menurun

**Kekuatan Otot:**

5	5
3	3

---

DS : -	Resiko Infeksi	Paparan patogen	Khanitati
DO			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka insisi post operasi sc di abdomen</li> <li>- Panjang luka sekitar 12 cm</li> <li>- Pasien tampak menghindari luka insisi</li> </ul>			

---

### III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Hari/ Tgl	Diagnosa Keperawatan	TTD
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik Khanita (D.0077)	
Kamis, 7 september 2023	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Khanitati kurang terpapar informasi tentang rentang gerak (D.0054)	
	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur Khanitati infasif (D.0142)	

#### IV. INTERVENSI KEPERAWATAN

**Tabel 3.4**

Hari/ Tgl	No. Dx	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	TTD
7 Sept 2023	I	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>2. Meringis menurun (5)</li> <li>3. Gelisah menurun (5)</li> <li>4. Ketegangan otot menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respon nyeri</li> <li>4) Non verbal</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Atur posisi senyaman mungkin</li> <li>2) Berikan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>3) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>4) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2) Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>3) Kolaborasikan pemberian analgentik</li> </ol>	Khanitati
	II	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat (5)</li> <li>2. Nyeri menurun (5)</li> <li>3. Kecemasan menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>4) Monitor kondisi umum selama</li> </ol>	khanitati

	4. Gerakan terbatas menurun (5)		<p>melakukan ambulasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)</li> <li>2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2) Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>
III	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>10) Kebersihan tangan meningkat</p> <p>11) Kebersihan tangan meningkat</p> <p>12) Nafsu makan meningkat</p> <p>13) Kemerahan menurun</p> <p>14) Nyeri menurun</p>	<p><b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2) Berikan perawatan kulit pada daerah edema.</li> <li>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara memeriksa luka</li> <li>2) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol>	Khanitati

---

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu
-

## V. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

**Tabel 3.5**

Hari/Tgl	No. Dx	Tindakan	Respon Hasil	TTD
Kamis, 7 Septem ber 2023	I	Mengobservasi keadaan umum klien	Ds : Ny. S mengatakan Nyeri di bagian perut bekas luka Operasi Sc Do: Ny.s Tampak meringis kesakitan TD : 140/84 mmhg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,2 C RR :20x/menit	Khanitati
	I	Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	Ds : Ny. S mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi post sc dan nyeri bertambah saat bergerak P : nyeri saat bergerak Q: seperti tersayat sayat R: abdomen S : 7 T: Hilang Timbul Do Ny. S tampak meringis menahan nyeri	Khanitati
	I	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri	Ds : Ny. S takut bergerak karena jika bergerak nyerinya bertambah Do : Ny. S tampak meringis menahan nyeri	Khanitati
	I	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Ds : Ny. S mengatakan takut bergerak Do : Ny. S tampak meringis menahan nyeri dan memjamkan matanya	Khanitati
	I	Mengidentifikasi pengaruh nyeri	Ds : Ny. S mengatakan sering terbangun	Khanitati

		<p>pada kualitas dari tidurnya apabila nyerinya muncul dan saat mendengar bayinya menangis</p> <p>Do :</p> <p>Ny. S tampak terbaring lemah ditempat tidur</p>	
I	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	<p>Ds:</p> <p>Ny. S mengatakan sudah mengerti dan mau mencoba</p> <p>Do :</p> <p>Ny. S tampak antusias</p>	Khanitati
I	Memberikan teknik relaksasi nafas dalam	<p>Ds :</p> <p>Ny. S mengatakan nyerinya masih terasa</p> <p>P : saat bergerak</p> <p>Q : seperti tersayat sayat</p> <p>R : abdomen</p> <p>S : 7</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>Do:</p> <p>Ny. S tampak kooperatif</p>	khanitati
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	<p>Ds :</p> <p>Ny. s mengatakan tidur kurang lebih 5-8 jam/hari</p> <p>Do :</p> <p>Ny. S tampak lemas dan terbaring di tempat tidur</p>	Khanitati
I	Kolaborasi pemberian injeksi keterolac	<p>Ds :</p> <p>Pasien mau dilakukan tindakan</p> <p>Do :</p> <p>Pasien kooperatif</p>	Khanitati
Kamis, 8 Septem ber 2023	II Mengobservasi keadaan umum dan tanda tanda vital	<p>Ds :</p> <p>Ny. S mengatakan Nyeri di bagian perut bekas luka Operasi Sc</p> <p>Do:</p> <p>Ny.s Tampak gelisah</p> <p>TD : 144/84 mmhg</p> <p>Nadi : 83x/menit</p> <p>Suhu : 36,2 C</p> <p>RR :20x/menit</p>	Khanitati

II	Menanyakan kemampuan mobilisasi klien	Ds : Ny. S mengatakan belum banyak bergerak Do : Ny. S tampak meringis menahan nyeri	Khanitati
II	Menjelaskan tujuan mobilisasi	Ds : Ny. S mengatakan sudah paham Do : Ny. S tampak antusias	Khanitati
II	Menjelaskan pentingnya melalukakan mobilisasi dini	Ds : Ny. S mengatakan dapat mengerti dan memahami pentingnya mobilisasi dini Do : Ny. S tampak antusias	Khanitati
II	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	Ds : Ny. S mengatakan akan mencoba melakukan mobilisasi dini Do : Ny. S tampak bersemangat	Khanitati
II	Memfasilitasi melakukan pergerakan miring ke kiri dan ke kanan	Ds : Ny. S mengatakan bersedia melakukan pergerakan miring kana dan kiri Do : Ny. S tampak melakukan gerakan miring kanan dan kiri secara pelan pelan	Khanitati
II	Melakukan gerakan ROM	Ds : Ny. S mengatakan bersedia dilakukan tindakan Do : Ny. S tampak melakukan gerakan sesuai intruksi	Khanitati
II	Memonitor keadaan umum selama melakukan	Ds : Ny. S mengatakan nyeri saat bergerak Do :	Khanitati

		mobilisasi dini	Ny. s meringis menahan nyeri	
II	Melibatkan keluarga untuk me,bantu klien dalam meningkatkan pergerakannya	Ds:  Ny. S mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suami dan keluarganya dan klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak  Do :  Ny. S dan kelurarga kooperatif		Khanitati
II	Memberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Ds :  Ny. S mengatakan nyerinya masih tapi sudah berkurang P : nyeri saat bergerak Q ; tesayat sayat R : abdomen S : 5 T : hilang timbul  Do :  Ny. S tampak kooperatif		khanitati
II	Menganjurkan klien berdoa sebelum tidur dan tidur lebih awal	Ds :  Ny. S mengatakan sebelum tidur selalu membaca doa dan beristirahat setelah bayinya tidur  Do :  Ny.s tampak rileks		Khanitati
Jumat, 9 septem ber 2023	III Mengkaji keadaan luka post operasi	Ds :  Ny. S mengatakan siap dilakukan tindakan  Do :  Ny. S terlihat kooperatif		Khanitati
	III Mengganti balutan luka bekas operasi	Ds :  Ny. S mengatakan siap dilakukan tindakan  Do :  Pasien kooperatif		Khanitati
	III Membatasi jumlah pengunjung	Ds :  Ny. S dan keluarga mengatakan akan membatasi jumlah pengunjung  Do :  Keluarga pasien terlihat kooperatif		Khanitati

			mengurangi pengunjung
III	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	Ds : Ny. S mengatakan akan meningkatkan asupan nutrisi Do : Ny. S terlihat menghabiskan porsi yang diberikan	Khanitati
III	Mengajarkan pasien dan keluarga pasien mencuci tangan yang benar	Ds : Ny. S dan keluarga mengatakan mau di ajarkan cara cuci tangan yang benar Do : Ny. S dan keluarga mampu mengikuti dengan baik	Khanitti
III	Pemberian injeksi ceftriaxone	Ds : Pasien mau dilakukan tindakan Do : Pasien kooperatif	Khanitati

## VI. EVALUASI KEPERAWATAN

**Tabel 3.6**

No. DP	Hari/ tanggal	Evaluasi	TTD
D.0077	Sabtu, 9 September 23	<p>S : klien mengatakan nyeri bekas operasi khanitati masih terasa namun sudah berkurang dari sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: saat bergerak</li> <li>- Q : tersayat- sayat</li> <li>- R : abdomen</li> <li>- S : 3</li> <li>- T : hilang timbul</li> </ul> <p>O : klien tampak meringis, tampak lukapost op sc sepanjang 12 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 125/90 mmhg</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- RR : 20x/ menit</li> <li>- T : 36</li> </ul> <p>A : masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, Krakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik</li> </ul>	Khanitati
D.0054	Sabtu, 9 september 2023	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sudah dapat beraktivitas secara mandiri sesuai kemampuannya</li> <li>- Klien mengatakan nyeri masih terasa saat beraktivitas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak dapat duduk ditepi tempat tidur</li> <li>- Klien sudah bisa berdiri dan jalan pelan pelan</li> <li>- Klien terlihat nyaman</li> </ul> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik</p>	Khanitati

---

		teratasi
		P : intervensi dihentikan
D.0142	Sabtu, 9	S: -
	September	O : terdapat luka bekas operasi
	23	A : luka tampak kemerahan
		P : lanjutkan intervensi
		- Ganti balut luka

---