

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

I. Pengkajian

Tanggal : 07 April 2024 Jam 08.00

Ruang : Dahlia

A. Anamnesa

1. Identitas Pasien

- a. Nama : NY. N
- b. Umur : 24 tahun
- c. Alamat : Banyukuning RT 4 RW 1 Sendang Todanan
- d. Agama : Islam
- e. Status : Menikah
- f. Orang yang bertanggung jawab : Suami
- g. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- h. Pendidikan : SMA
- i. No. Register : 00588134
- j. Diagnosa masuk : PEB

B. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah pada area *sectio caesarea*.

C. Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 6 April 2024 pasien dibawa ke RSUD purwodadi dengan diagnosa PEB, pasien merupakan rujukan dari puskesmas dengan data TTV yaitu; tekanan darah 183/128 mmHg, nadi 89x permenit, RR 20x permenit, SPO2 100% dan suhu 36°C. keluarga pasien mengatakan karena sering

memeriksakan kandungannya di puskesmas, maka ketika hari perkiraan lahir, keluarga membawa pasien ke puskesmas dengan harapan dapat melakukan persalinan normal, namun karena tekanan darah yang selalu tinggi puskesmas memberikan rujuk untuk dilakukan persalinan secara sc. Ketika di puskesmas pasien mengeluhkan pusing, sedikit cemas dan mengatakan bahwa kakinya susah digerakkan, dari puskesmas pasien sudah terpasang infus dan belum mendapatkan obat-obatan. Kemudian pasien menjalani SC jam 03.00 WIB, lalu dipindahkan ke ruang dahlia RSUD Purwodadi dengan diagnosa post SC, setelah dilakukan pengkajian didapatkan; TD: 175/123 mmHg, N: 88x/menit, RR: 20x/menit, SPO2: 98% dan suhu 36°C dan pasien mengeluh nyeri setelah dilakukan pengkajian nyeri didapatkan; P : luka post SC, Q: seperti disayat, R: perut area SC, S: 7, T: ketika bergerak. Pasien nampak lemas, berusaha menghindari lokasi nyerinya dan nampak meringis ketika bergerak. Pasien juga menanyakan seberapa lama luka operasi akan sembuh kepada perawat jaga.

D. Riwayat kesehatan dahulu

G1P0A0 pasien merupakan rujukan dari puskesmas dengan dianosa PEB. Selama kehamilan pasien mengatakan tekanan darahnya sering tinggi. Pasien juga mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi, selama kehamilan pasien mengatakan tekanan darahnya cenderung selalu tinggi, tetapi pasien tidak pernah mengalami gangguan serius selama kehamilan. Pasien juga mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit dan tidak memiliki penyakit bawaan. Pasien mengatakan sebelum

kehamilannya memiliki riwayat hipertensi tetapi tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan tertentu.

E. Riwayat kehamilan

Pasien mengatakan kehamilan pertama, kehamilan diharapkan, pasien mengatakan periksa kehamilan sebanyak 4 kali, dan selama kehamilan cenderung merasakan pusing karena tekanan darah tinggi.

F. Riwayat persalinan

Pasien masuk vk jam 22.00 pada tanggal 6 April 2024 mengatakan pusing dan tekanan darah tinggi, dilakukan persalinan secara sectio caesarea, pasien mengatakan tidak ada riwayat ketuban pecah sebelumnya, pasien rujukan dari puskesmas dengan tekanan darah 183/128 mmHg, nadi 89x permenit, RR 20x permenit, SPO2 100% dan suhu 36°C kemudian dibawa ke RSUD Purwodadi dan dilakukan tindakan sectio caesarea pada tanggal 07 April 2024 jam 03.00.

G. Data infant

Jenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 2600 gram, PB: 50 cm dan dengan nilai APGAR 8,9,10

H. Pengkajian pola fungsional menurut gordon

1. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Sebelum di RS : Pasien mengatakan ketika sakit akan membeli obat dari apotek. Pasien mengatakan mengelola makan dan minumannya dengan baik.

Selama di RS : Pasien mengatakan menjaga kesehatannya dengan patuh minum obat yang diberikan, makan dan minum tepat waktu.

2. Kebutuhan nutrisi dan metabolismik

Sebelum di RS : Pasien mengatakan nafsu makan baik, tidak membatasi diet apapun, kebiasaan makan 3x sehari, minum air putih mampu >8 gelas dalam sehari, makan dan minum melalui mulut, tidak memiliki gangguan menelan.

Selama di RS : Pasien mengatakan nafsu makan baik, tidak memiliki gangguan menelan.

a. Antropometri

Tinggi badan : 165 cm

Berat badan : 65 kg

b. Biochemical

Hemoglobin : 12.0 g/dL

Trombosit : 283000 / uL

Lekosit : 12970 /uL

c. Clinical

Penyebaran rambut merata, gigi lengkap, mukosa lembab, mata simetris

d. Diet

Nasi, makanan tinggi protein, tinggi serat dan buah-buahan.

3. Pola eliminasi

a. BAK

Sebelum di RS : Pasien mengatakan BAK lancar dengan konsistensi jernih, cair dan berbau khas, pasien mengatakan dapat > 4 kali dalam BAK.

Selama di RS : pasien terpasang selang kateter 300 ml

b. BAB

Sebelum di RS : Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pola eliminasi BAB 2x sehari dengan konsistensi normal, berwarna kuning kecoklatan dan berbau khas feses.

Selama di RS : Pasien mengatakan belum BAB setelah SC hari pertama dan pasien mengatakan terakhir BAB yaitu sehari sebelumnya ketika di puskesmas.

4. Pola istirahat dan tidur

Sebelum di RS : Pasien mengatakan jam tidurnya 7-8 jam setiap harinya, dapat tidur siang kurang lebih 1 jam setiap harinya.

Selama di RS : Pasien mengeluh kurang tidur, tidak bisa tidur siang.

Selama dirawat pasien mengatakan sering terbangun ketika tidur karena nyeri post sc, tidur sekitar 5-6 jam perhari, setelah dilakukan pengkajian nyeri didapatkan P : luka bekas sc, Q : seperti disayat-sayat, R : area sc, : S : 7, T : ketika bergerak, dan semakin terasa nyeri ketika bergerak.

Pasien nampak sering menguap dan lelah.

5. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum di RS : pasien mengatakan tidak membatasi pergerakannya, mampu berjalan dan bermobilisasi secara mandiri.

Selama di RS : Pasien mengatakan gerakannya terbatas, pasien tampak lemas dan malas bergerak karena adanya luka bekas operasi. Pasien juga mengatakan takut melakukan pergerakan karena adanya luka post sc. pasien cenderung tidak melakukan mobilisasi karena berpikir bahwa diam berbaring merupakan pilihan tepat untuk mempercepat kesembuhannya. Pasien nampak lelah dan gelisah karena pergerakannya terbatas oleh nyeri, setelah dilakukan pengkajian nyeri didapatkan P : luka bekas sc, Q : seperti disayat-sayat, R : area sc, : S : 7, T : ketika bergerak.

6. Pola persepsi dan kognitif

Sebelum di RS : Pasien mampu membaca dan berbicara dengan baik, berkomunikasi dengan lancar dan pasien mampu mempresentasikan kebutuhannya secara mandiri seperti ketika merasa haus, lapar, bersedih ataupun sakit.

Selama di RS : Pasien mempresentasikan dirinya sebagai ibu dengan kehamilannya yang pertama, pasien mengatakan paham, sadar dan tahu mengenai kejadian dan alasan mengapa dirinya harus dirawat di rumah sakit.

7. Pola coping

Sebelum di RS : Pasien memanajemen tingkat stresnya dengan menyuarakannya kepada suami dan keluarganya, pasien mendapat dukungan penuh dari suami dan keluarganya.

Selama di RS : Pasien mengatakan memanajemen tingkat stresnya kepada suami dan ibunya yang menjaganya selama di RS.

8. Pola seksual reproduksi

Sebelum di RS : Pasien mengatakan menstruasi pertama pada usia 16 tahun dengan siklus haid 28 hari dan lamanya haid 7 hari, keluar darah normal dan tidak ada keluhan ketika datang bulan.

Selama di RS : Saat ini pasien terpasang selang kateter.

9. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum di RS : Pasien beragama islam, pasien mengatakan melakukan ibadah sesuai ajarannya, pasien juga mengatakan bahwa dirinya melakukan norma dan tradisi yang berlaku di lingkungannya, menjalankan syariat sesuai yang diajarkan, tidak ada penyelewengan tradisi yang melenceng tentang kesehatan, ketika sakit pasien akan membeli obat dan ketika tidak kunjung sembuh pasien akan berobat ke puskesmas terdekat.

Selama di RS : Pasien mengatakan bahwa saat ini dirinya tidak menjalankan solat 5 waktu karena pasien sedang sakit dan hanya berbaring di tempat tidur. Pasien mengatakan meminum obat yang dianjurkan.

I. Pemeriksaan fisik

1. Kesadaran : Composmentis dengan nilai GCS 15

Tanda-tanda vital pasien :

Tekanan darah : 175/123 mmHg

Nadi : 88 x/menit

Respiratory rate : 20 x/menit

Suhu : 36 °C

Spo2 : 98 %

2. Kepala

a. Rambut :

Inspeksi : berwarna hitam, lurus, rambut rapi dan penyebarannya menyeluruh.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

b. Alis :

Inspeksi : rata, tidak ada luka, tidak rontok

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

c. Kulit kepala :

Inspeksi : kulit kepala bersih, tidak ada luka dan benjolan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

d. Mata :

Inspeksi : simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, reflek cahaya baik, pupil isokor, tidak ada gangguan penglihatan, sklera tidak ikterik.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

e. Hidung :

Inspeksi : bersih, tidak ada lesi, tidak ada gangguan pernapasan, simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

f. Mulut :

Inspeksi : mukosa bibir lembab, warna bibir normal, tidak ada luka, keadaan mulut bersih, tidak ada masalah pada gigi dan tidak ada pembengkakan pada gusi.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

g. Telinga :

Inspeksi : simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan serumen , tidak ada luka, tidak ada gangguan pendengaran.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

3. Leher :

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

4. Dada

a. Paru-paru

Inspeksi : simetris antara kanan dan kiri, perkembangan dada bersamaan, tidak ada luka

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkus : sonor

Auskultasi : bunyi napas normal (vesikuler), tidak ada suara tambahan

b. Jantung

Inspeksi : tidak ada lesi

Palpasi : ictus cordis teraba pada iga ke 4 dan 5, tidak ada pembesaran jantung

Perkusi : bunyi pekak

Auskultasi : tidak ada bunyi tambahan

5. Axilla :

Inspeksi : tidak ada pembesaran limfe

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6. Mamae :

Inspeksi : simetris, keadaan bersih, tidak terdapat pembengkakan, hiperpigmentasi pada area areola

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

7. Putting :

Inspeksi : puting susu menonjol keluar, ASI sudah keluar kolostrum.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

8. Abdomen :

Inspeksi : terdapat striae gravidarum, warna kulit di sekitar pusar coklat, bentuk abdomen simetris, terdapat luka sc memanjang sekitar 10 cm, terdapat linea nigra.

Auskultasi : bising usus 13x/menit

Palpasi : tidak tampak adanya peningkatan aliran pengeluaran lochea, involusi uteri baik, TFU 2 jari di bawah pusat.

Perkusi : tymphani

9. Ekstremitas :

a. Superior

Inspeksi : simetris antara kanan dan kiri, tidak ada luka pada kedua ekstremitas atas, terpasang infus RL 500 cc dan Drip MGS 04 40% 25 ml di ekstremitas superior dekstra, tidak ada pembengkakan.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

b. Inferior :

Inspeksi : simetris antara kanan dan kiri, tidak ada luka, terdapat edema di bagian punggung kaki kedua kaki pasien.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

10. Genitalia :

Inspeksi : utuh, bersih, keadaan baik, tidak ada jahitan ataupun robekan, tampak lochea rubra, jumlah 50 cc

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

J. Data penunjang

1. Laboratorium

NAMA PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	RUJUKAN
Hematologi			
Hemoglobin	12.0	g/dL	11.7-15.5
Leukosit	12970	/uL	3600-11000
Trombosit	283000	/uL	150000-400000
Eritrosit	4.35	10 ⁶ /uL	3.9-5.2
Golongan darah	A/RH+		
Hemostatis			
Masa pembekuan (CT)	4'11"	Menit	2-6
Masa pendarahan (BT)	1'05"	Menit	0-6
Kimia klinik			
AST (SGOT)	12.1	/uL	13-35
ALT (SGPT)	7.8	/uL	0-35
Ureum	11.4	mg/dL	10-50
Kreatinin	0.4	mg/dL	0.5-1.1
Kalium (K)	3.35	mg/dL	3.6-5.5
Natrium (Na)	141.9	mmol/L	131-145
Klorida (Cl)	104.3	mmol/L	92-108
Glukosa darah sewaktu	86	mg/dL	70-140
Urine			
Protein urin	Negatif		Negatif

2. Terapi

a. Oral

- 1) Nifedipin 10 mg / 12 jam
- 2) Lesinopril 10 mg / 24 jam

b. Intravena

- 1) Ketoralac 30 mg / 8 jam
- 2) Ranitidine 2 ml /12 jam
- 3) Mgso4 25 mg (drip infus)
- 4) Ringer laktat

II. Analisa Data

No	Hari/tgl	Data fokus	Problem	Paraf
Dx 1	Minggu 07 april 2024	Ds : pasien mengatakan sulit tidur, mengeluh nyeri, dengan pengkajian nyeri P: luka post sc, Q: seperti disayat, R: perut area sc, S: 7, T: ketika bergerak Do: pasien nampak meringis, bersikap protektif terhadap nyerinya, nampak lelah dan gelisah	Nyeri akut b.d luka bekas operasi SC d.d pasien mengeluh nyeri, setelah dikaji nyeri didapatkan P: luka post sc, Q: seperti disayat, R:perut area sc, S: 7, T : ketika bergerak, pasien bersikap protektif terhadap nyeri, pasien nampak meringis, sulit tidur, nampak lelah dan gelisah	Nurul
Dx 2	Minggu 07 April 2024	Ds : pasien berpikir bahwa diam berbaring merupakan pilihan tepat untuk mempercepat kesembuhannya Do : pasien malas melakukan pergerakan, pasien menunjukkan perilaku yang keliru, pasien menanyakan masalah yang dihadapinya.	Defisit pengetahuan tentang mobilisasi dini b.d kurang terpapar informasi d.d pasien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah yang dihadapinya, pasien berperilaku tidak sesuai anjuran, pasien menanyakan masalah yang dihadapinya.	Nurul
Dx 3	Minggu 07 April 2024	Ds : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah, mengatakan nyeri ketika bergerak dan merasa takut ketika melakukan pergerakan Do : rentang gerak pasien menurun, gerakan pasien terbatas dan fisik lemas	Gangguan mobilitas fisik b.d adanya luka post sc d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawahnya, mengatakan nyeri ketika bergerak, rentang gerak yang menurun dan gerakan yang terbatas.	Nurul

Dx	Minggu	Ds : pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh pola tidurnya berubah dan mengatakan sering terjaga karena nyerinya Do : pasien nampak lelah dan sering menguap	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh pola tidurnya berubah dan mengatakan sering terjaga karena nyerinya, pasien nampak lelah dan sering menguap	Nurul
4	07 April 2024			

III. Diagnosis Keperawatan

No.	Hari/tgl	Diagnosis keperawatan	Paraf
Dx			
1	Minggu 07 April 2024	Nyeri akut b.d luka bekas operasi SC d.d pasien mengeluh nyeri, setelah dikaji nyeri didapatkan P: luka post sc, Q: seperti disayat, R:perut area sc, S: 7, T : ketika bergerak, pasien bersikap protektif terhadap nyeri, pasien nampak meringis, sulit tidur, nampak lelah dan gelisah	Nurul
2	Minggu 07 April 2024	Defisit pengetahuan tentang mobilisasi dini b.d kurang terpapar informasi d.d pasien menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah yang dihadapinya, pasien berperilaku tidak sesuai anjuran, pasien menanyakan masalah yang dihadapinya.	Nurul
3	Minggu 07 April 2024	Gangguan mobilitas fisik b.d adanya luka post sc d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawahnya, mengatakan nyeri ketika bergerak, rentang gerak yang menurun dan gerakan yang terbatas.	Nurul
4	Minggu 07 April 2024	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh pola tidurnya berubah dan mengatakan sering terjaga karena nyerinya, pasien nampak lelah dan sering menguap	Nurul

IV. Rencana Keperawatan

No.	Hari/tgl	Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi (SIKI)	Paraf
Dx					
1	Minggu 07 April 2024	Nyeri akut b.d luka insisi d.d pasien mengeluh nyeri, setelah dikaji nyeri didapatkan P: luka post sc, Q: seperti disayat, R:perut area sc, S: 7, T : ketika bergerak, pasien waspada terhadap nyeri, pasien nampak meringis dan sulit tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif terhadap nyeri menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah dilakukan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis	

Dx	Minggu 2 07 April 2024	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d pasien yang malas melakukan pergerakan dan cenderung tidak melakukan mobilisasi karena berpikir bahwa diam berbaring	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan mengingat kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Perilaku sesuai dengan	Edukasi kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media penkes 2. Jadwalkan penkes 3. Berikan kesempatan untuk bertanya		

<p>merupakan pilihan tepat untuk mempercepat kesembuhannya</p> <p>3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p>				<p>pengetahuan meningkat</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan mobilisasi dini
Dx	Minggu	Gangguan	Setelah dilakukan	Dukungan ambulasi
3	07 April 2024	<p>mobilitas fisik b.d adanya luka post sc d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawahnya, mengatakan nyeri ketika bergerak, rentang gerak yang menurun dan gerakan yang terbatas.</p>	<p>tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Rentang gerak meningkat 3. Nyeri menurun 4. Gerakan terbatas menurun 5. Fisik lemas menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi

sederhana yang harus dilakukan					
Dx	Minggu	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d pasien mengeluh sulit tidur, mengeluh pola tidurnya berubah dan mengatakan sering terjaga karena nyerinya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria berubah dan hasil:	Dukungan tidur Observasi	<p>1. Identifikasi pola Nurul aktifitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Modifikasi lingkungan</p> <p>2. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>2. Ajarkan relaksasi otot autogenik dan cara nonfarmakologi lainnya</p>

II. Implementasi Keperawatan

No. Dx	Hari/tgl	Implementasi	Respon hasil	Paraf
Dx 1	Minggu, 07 April 2024	mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Ds : pasien mengeluh nyeri dan sulit tidur Pengkajian nyeri : P: luka post SC Q: seperti disayat-sayat R: perut area SC S: 7 T: kadang-kadang dan saat digunakan untuk bergerak Do : pasien nampak meringis, pasien protektif terhadap nyeri	Nurul
Dx 1	08.30	Memonitor ttv dan keluhan	Ds: pasien mengeluh nyeri yang mengganggu aktifitas Do: TD: 170/110 mmHg N: 93x/menit RR:20x/menit S:36°C SPO2:99%	Nurul
Dx 1	08.30	mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	Ds: - Do: pasien nampak meringis dan protektif terhadap lokasi nyeri yang dimilikinya	Nurul
Dx 1	08.30	Memberikan injeksi ketoralak	Ds: pasien mengatakan mau diinjeksi Do: obat telah diinjeksikan	Nurul
Dx 1	08.35	mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	Ds: pasien mengatakan nyeri yang dimilikinya dapat mereda jika dibiarkan untuk beristirahat Do: pasien nampak istirahat penuh dan jarang melakukan pergerakan	Nurul
Dx 1	08.35	mengidentifikasi pengaruh budaya	Ds: pasien mengatakan tidak ada perbedaan budaya dalam masalah kesehatan	Nurul

		terhadap nyeri	respon	Do: pasien melakukan kegiatan sesuai dengan standar kesehatan
Dx 1	08.40	Mengajari relaksasi dalam	pasien napas	Ds: pasien mengatakan mau diajari teknik relaksasi napas dalam Do: pasien mempraktekkan untuk mengontrol nyeri
Dx 2	08.50	mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi		Ds: pasien mengatakan Nurul mampu dan siap menerima informasi ketika diberi penkes Do: penkes akan dijadwalkan
Dx 3	09.00	mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya		Ds: pasien mengatakan nyeri pada area SC Do: pasien nampak lemas
Dx 3	09.00	Mobilisasi dini 6 jam pertama setelah SC	6	Ds: pasien mengatakan mau melakukan peregangan tangan dan kaki Do: pasien dapat melakukan pergerakan tangan dan kaki seperti menggerakkan jemari dan menekuk sendi tangan dan menggerakkan jemari kaki
Dx 2	09.30	Menjadwalkan penkes mobilisasi dini		Ds: pasien mengatakan Nurul bersedia dan mau diberi penkes Do: penkes terjadwal jam 10.30
Dx 2	09.50	Menyiapkan media penkes		Ds: Do: media penkes tersedia
Dx 2	10.30	Penkes mobilisasi dini		Ds: pasien mengatakan siap diberi pendidikan kesehatan, pasien mengatakan mengerti dan akan menerapkan mobilisasi dini

			Do: penkes dilakukan dan diikuti pasien beserta keluarganya, pasien berperilaku sesuai anjuran
Dx 3 11.20	Latihan mobilisasi dini	Ds: pasien mengatakan mau melakukan mobilisasi dini sesuai tahapan Do: pasien dapat menekuk lutut, menggerakkan tangan, sendi kaki maupun tangan dan sudah dapat melakukan gerakan abduksi adduksi secara mandiri	Nurul
Dx 4 13.10	mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur	Ds: pasien mengatakan pola tidurnya berubah dari yang biasanya 7-8 jam menjadi 5-6 jam dalam sehari, pasien juga mengeluh sering terjaga akibat rasa nyeri Do: pasien nampak lelah dan sering menguap	Nurul
Dx 4 13.10	Mengidentifikasi pengganggu kualitas tidur	Ds: pasien mengatakan nyeri yang mengganggu dan terasa ketika digunakan untuk bergerak menjadi faktor dirinya sulit tidur Do: pasien nampak bergerak dengan hati-hati	Nurul
Dx 4 13.20	Memodifikasi lingkungan	Ds: pasien mengatakan bersedia diberi arahan supaya mendapat kualitas tidur yang cukup Do: pasien mengenakan aromaterapi (freshcare) untuk meningkatkan kualitas tidurnya.	Nurul
Dx 1 14.00	Memberikan obat oral nifedipin	Ds: pasien mau diberi obat Do: obat telah diminum	Nurul

Dx 1 14.15	Memfasilitasi istirahat pasien	tidur	Ds: pasien mengatakan akan bersiap tidur Do: pasien dapat tidur	Nurul
Dx 1 14.30	Monitor ttv dan keluhan		Ds: pasien mengatakan nyeri masih menganggu Do: TD: 165/115 mmHg N: 93x/menit S: 36°C RR: 22x/menit	Nurul
Dx 1 14.30	Mengidentifikasi skala nyeri		Ds: pasien mengatakan nyerinya masih menganggu, setelah dikaji nyeri didapatkan P: luka post SC Q: seperti disayat-sayat R: perut area SC S: 6 T: kadang-kadang dan ketika digunakan untuk bergerak Do: pasien nampak meringis dan mengontrol pergerakan untuk mengurangi rasa nyeri	Nurul
Dx 3 15.00	Mobilisasi dini jam berikutnya	6	Ds: pasien mengatakan mau dilatih tahap mobilisasi berikutnya Do: pasien bergerak perlahan sesuai arahan untuk miring kanan, pasien bisa miring kanan, tetapi belum sepenuhnya	Nurul
Dx 1 17.00	Memberikan injeksi ranitidin		Ds: pasien mengatakan mau diinjeksi Do: injeksi telah diberikan	Perawat
Dx 1 17.30	Memberikan obat oral ketoralak		Ds: pasien mau dan paham ketika diberi obat Do: obat diminum pasien	Perawat
Dx 2 17.40	Menganjurkan pasien untuk melatih mobilisasi secara mandiri		Ds: pasien mengatakan rentang geraknya mulai meningkat	Perawat

			Do: pasien mencoba dan menerapkan mobilisasi dini untuk memperbanyak rentang gerak dan untuk meningkatkan kemandirian
Dx 3	20.00	Mobilisasi dini dibantu keluarga	Ds: pasien mengatakan mau Perawat melakukan mobilisasi dini Do: pasien dapat melakukan miring kanan dan kiri secara sempurna dengan melibatkan suami untuk membantunya
Dx 4	20.30	Mengajari relaksasi otot autogenik	Ds: pasien mengatakan mau Perawat diajari Do: pasien dapat mempraktekkan relaksasi otot autogenik
Dx 1	22.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: pasien mengatakan akan Perawat menjaga pola tidurnya Do: pasien dapat tertidur
Dx 1	Senin, 08 April 2024 01.00	Memberikan injeksi ketoralak	Ds: pasien mengatakan mau Perawat diinjeksi Do: injeksi telah diberikan
Dx 1	05.00	Memberikan injeksi ranitidin	Ds: pasien mengatakan mau Perawat diinjeksi Do: injeksi telah diberikan
Dx 1	06.00	Monitor ttv	Ds: pasien mengatakan Perawat perasaanya lebih baik, nyerinya mulai berkurang Do: TD: 150/110mmHg N: 95x/menit RR: 20x/menit S: 36°C
Dx 1	08.00	Menganjurkan pasien memonitor nyeri secara mandiri	Ds: pasien mengatakan mau Perawat mengontrol nyerinya secara mandiri Do: pasien mempraktekkan relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri

Dx 1 08.00	Memberikan obat oral lesinopril	Ds: pasien mengatakan mau diberi obat Do: obat telah diminum	Perawat
Dx 1 09.00	Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: pasien mengatakan Nurul nyerinya berkurang, bisa bergerak tetapi masih dengan perlahan, pengkajian nyeri; P: luka post SC Q: seperti disayat-sayat R: perut area SC S: 4 T: kadang-kadang Do : meringis menurun, pasien mengatakan dapat melokalisir nyerinya.	Nurul
Dx 3 09.30	Mengevaluasi mobilisasi dini sesuai tahapan	Ds: pasien mengatakan dapat miring kanan dan kiri tanpa dibantu suaminya Do: pasien dapat miring kanan dan kiri dengan sempurna	Nurul
Dx 1 19.30	Memberikan injeksi ketoralak	Ds: pasien mengatakan mau diinjeksi Do: injeksi telah dimasukkan	Nurul
Dx 1 11.00	Mengidentifikasi terapi komplementer yang diberikan	Ds: pasien mengatakan keluhannya berkurang dan mengatakan keadaanya mulai membaik Do: pasien tampak lebih dapat mengontrol nyeri, dapat mengontrol pola tidurnya dan mempraktekkan cara nonfarmakologis lainnya untuk mengatasi masalahnya	Nurul
Dx 4 13.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: pasien mengatakan Nurul mengantuk dan akan tidur siang Do: pasien nampak nyaman dengan lingkungannya	Nurul

Dx 3	15.00	Mobilisasi dini tahap selanjutnya (setelah 24 jam)	Ds: pasien mengatakan mau diberi tahapan mobilisasi selanjutnya Do: pasien dapat duduk dengan dibantu suaminya	Nurul
Dx 1	16.00	Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: pasien mengatakan nyerinya berkurang dan dapat mengontrolnya secara mandiri P: luka post SC Q: seperti disayat-sayat R: perut area SC S: 4 T: kadang-kadang Do: pasien nampak dapat beraktifitas tanpa terganggu dengan nyeri, meringis menurun	Nurul
Dx 1	16.30	Memonitor ttv	Ds: pasien mengatakan keadanya membaik Do: TD : 130/100 mmHg N: 98x/menit RR: 22x/menit S: 36°C	Perawat
Dx1	17.00	Memberikan injeksi ranitidin	Ds: pasien mengatakan mau diinjeksi Do: injeksi telah diberikan	Perawat
Dx 1	17.30	Memberikan injeksi ketoralak	Ds: pasien mengatakan mau diinjeksi Do: injeksi telah diberikan	Perawat
Dx 1	20.00	Mengajarkan terapi musik untuk meredakan nyeri	Ds : pasien mengatakan paham saat diberi anjuran Do: pasien mempraktekkan untuk mengurangi nyeri dan menciptakan suasana nyaman	Perawat
Dx 1	22.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: pasien mengatakan mengantuk dan akan tidur siang	Perawat

			Do: pasien nampak nyaman dengan lingkungannya
Dx 1	Selasa, 09 April 2024 01.00	Memberikan injeksi ketoralak	Ds: pasien mengatakan mau Perawat diinjeksi Do: injeksi telah diberikan
Dx 1	05.00	Memberikan injeksi ranitidin	Ds: pasien mengatakan mau Perawat diinjeksi Do: injeksi telah diberikan
Dx 1	06.00	Monitor ttv	Ds: pasien mengatakan mau Perawat keadanya membaik dan mampu beraktifitas secara mandiri Do: TD : 120/100 mmHg N: 98x/menit RR: 22x/menit S: 36°C
Dx 1	08.00	Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: pasien mengatakan Perawat nyerinya berkurang dan dapat mengontrolnya secara mandiri P: luka post SC Q: seperti disayat-sayat R: perut area SC S: 3 T: kadang-kadang Do: pasien nampak dapat beraktifitas tanpa terganggu dengan nyeri
Dx 3	09.00	Latihan mobilisasi dini secara mandiri	Ds: pasien mengatakan Perawat mampu bermobilisasi dengan mandiri dan lepas dari ketergantungan pada orang lain Do: pasien mampu beraktifitas secara mandiri, mampu duduk secara mandiri dan berjalan sendiri,

masih dengan pantuan dari keluarganya			
Dx 1 14.00	Monitor ttv dan keluhan	Ds: pasien mengatakan Nurul keadannya membaik, nyeri berkurang, nampak lebih segar dan dapat beraktifitas tanpa bergantung pada orang lain Do: TD : 115/100 mmHg N: 98x/menit RR: 22x/menit	
Dx 1 14.00	Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: pasien mengatakan Nurul nyerinya berkurang dan dapat mengontrolnya secara mandiri, pasien mengatakan dapat tidur dengan nyaman P: luka post SC Q: seperti disayat-sayat R: perut area SC S: 2 T: kadang-kadang Do: pasien nampak dapat beraktifitas tanpa terganggu dengan nyeri, meringis menurun	

III. Evaluasi Keperawatan

No. Dx	Hari/tgl	Evaluasi	Paraf dan nama
Dx 2	Minggu, 07 April 2024	<p>S: pasien mengatakan mengerti dan akan menerapkan mobilisasi dini</p> <p>O: pasien berperilaku sesuai anjuran, pasien tidak takut untuk melakukan mobilisasi</p> <p>A: masalah teratas</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>	Nurul
Dx 4	Senin, 08 April 2024	<p>S: pasien mengatakan dapat tertidur dengan nyenyak, mengatakan nyaman dengan lingkungannya</p> <p>O: pasien dapat tidur dan keluhan sering terjaga menurun</p> <p>A: masalah teratas</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>	Nurul
Dx 3	Selasa, 09 April 2024	<p>S: pasien mengatakan mampu bermobilisasi dengan mandiri dan lepas dari ketergantungan pada orang lain</p> <p>O: pasien mampu beraktifitas secara mandiri, mampu duduk secara mandiri dan berjalan sendiri, masih dengan pantuan dari keluarganya, rentang gerak pasien meningkat, keluhan badan lemas menurun</p> <p>A: masalah teratas</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>	Nurul
Dx 1	Selasa, 09 April 2024	<p>S: pasien mengatakan nyerinya berkurang dan dapat mengontrolnya secara mandiri, pasien mengatakan dapat tidur dengan nyaman</p> <p>P: luka post sc</p> <p>Q: seperti disayat-sayat</p> <p>R: perut area sc</p> <p>S: 2</p> <p>T: kadang-kadang</p>	Nurul

O: pasien nampak dapat beraktifitas tanpa terganggu dengan nyeri, meringis menurun

A: masalah teratas

P: intervensi dihentikan
