

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian ini mulai dilakukan pada hari Selasa, tanggal 11 juni 2024 pada jam 08.30 WIB di ruang Dewi Sinta RS Permata Bunda Purwodadi secara alloanamnesa dan autoanamnesa.

1. ANAMNESIA (DATA SUBJEKTIF)

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. Y
Agama	: Islam
Umur	: 25 Tahun
Alamat	: Wedoro 08/01 penawangan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Tanggal Masuk	: 10 juni 2024
Dx. Masuk	: Sectio caesarea indikasi <i>ketuban pecah dini kala 1</i>
No. RM	: 435xxx

b. Identitas Penanggungjawab

Nama	: Tn. S
Agama	: Islam
Umur	:28 Tahun
Alamat	: Wedoro 08/01 penawangan

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Swasta

Hub, dengan klien : Suami

2. KELUHAN UTAMA

Ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah bekasoperasi

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan sebelum dibawa ke Rumah Sakit klien mengeluh nyeri perut dan perut terasa kencang-kencang. Klien dibawa oleh keluarganya ke rumah sakit PERMATA BUNDA Purwodadi klien tiba di IGD pada tanggal 10 juni 2024 pada pukul 13.00 WIB dengan diagnosa Ketuban pecah dini. Klien mengatakan perutnya nyeri, perut terasa kencang-kencang. Setelah itu pasien di bawa ke ruang VK jam 13.00 WIB, dengan perut merasa kencang-kencang dan nyeri. Tanda-tanda vital klien TD : 125/88 mmHg, Nadi : 103x/mnt, RR : 20x/mnt, Suhu : 36,0 C, SPO2 98%, DJJ : 160x/mnt. Dokter U akhirnya memutuskan untuk melakukan SC, pada tanggal 10 juni 2024 pukul 20.05 WIB – 21.00 WIB. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, BB : 3100 gr, PB : 47 cm, LK : 32 cm, LILA : 12 CM dengan APGAR score 8-9-10. Kemudian dilakukan pengkajian pada tanggal 11 juni 2024, pukul 08.30 WIB. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi. Nyeri yang dirasakan klien saat klien melakukan gerakan, nyeri

meningkat saat pasien melakukan alih baring, nyeri terlokasi pada luka post operasi dan tidak melebar.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan ini kehamilan ke-2. Pada kehamilan pertama klien melahirkan secara normal pada usia kehamilan 40 minggu 2 hari. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, dan tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes mellitus dan asma

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menurun apalagi penyakit menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, maupun penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, hepatitis

4. RIWAYAT PERNIKAHAN

Klien mengatakan menikah satu kali, pernikahan pada usia 20 tahun lama pernikahan 5 tahun, dengan status pernikahan yang sah secara agama dan Negara.

5. RIWAYAT KB

Klien mengatakan menggunakan KB suntik 3 bulan dan setelah melahirkan pasien akan melanjutkan KB suntik

6. RIWAYAT HAID

a. Menarche : 14 tahun

b. Lamanya haid : 7 hari

c. Jumlah darah yang keluar : 3x ganti pembalut dalam sehari

d. Konsisten : warna merah, bau khas

e. Siklus haid : 28 hari

7. RIWAYAT KEHAMILAN

a. Pasien mengatakan ini kehamilan kedua

b. Status G2P1A0

Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.

Tahun	Tempat bersalin	Usia	Jenis persalinan	Penolong	Jenis kelamin	BB	PB	Ket
2021	PUSKESMAS	40 Minggu	NORMAL	BIDAN	L	3325 gr	48 cm	Sehat
2024	RS. PB	37 Minggu	SC	Dokter	L	3100 gr	47 cm	Sehat

c. Pemeriksaan ANC

Pasien mengatakan selama kehamilan trimester 1 mengalami keluhan mual, muntah selama 2 bulan awal kehamilan dan tidak nafsu makan.

Pasien mengatakan memeriksakan kehamilannya pada bidan dan dokter sebanyak 8kali selama hamil, yaitu 2 kali pada trimester 1, 3 kali pada trimester ke II, dan 3 kali pada trimester ke III.

d. Keluhan selama kehamilan baik fisik maupun psikologi pasien

Pasien mengatakan ini adalah kehamilan yang kedua dan sedikit cemas karena lewat beberapa hari.

e. Upaya untuk mengatasi keluhan dan pengobatan

Pasien mengatakan rajin memeriksakan kehamilannya serta berkonsultasi mengenai proses persalinan yang baik nanti secara normal maupun secara operasi

8. RIWAYAT PERSALINAN

a. G2P1A0

Persalinan dilakukan pada hari Selasa, tanggal 10 juni 2024 pukul 20.05WIB sampai 21.00 WIB. Tipe persalinan yang dilakukan adalah sectio caesaria ini adalah spinal anastesi. Yang membantu persalinan adalah dr. U dari Rumah Sakit Permata Bunda Purwdadi.

Data Infant

Operasi dilakukan pada hari Selasa, tanggal 10 juni 2024 pukul 20.05 WIB sampai 21.00 WIB. Bayi laki-laki dengan BB :3100 gr, PB 47 cm, tidak terdapat kelainan konginetal. Rencana oleh Ny. Y bayi akan diberikan ASI selama 6 bulan.

b. Riwayat persalinan yang lalu

Klien mengatakan ini adalah persalinan dan nifas yang ke-2 yang pertama lahir secara normal dengan umur 40 minggu.. Pasien mengatakan pada hari pertama dan hari ketiga ASI keluar hanya sedikitdan setelah itu ASI keluar lancar

c. Riwayat persalinan saat ini

Klien mengatakan ini adalah persalinann dan nifas yang kedua.Riwayat persalinan saat ini

1) Timbulnya HIS

Klien mengatakan perut terasa kencang-kencang pada 10 juni 2024. Kemudian saat di VK dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital klien TD : 125/88 mmHg, Nadi : 103x/mnt, RR : 20x/mnt, Suhu :36,0 C, SPO2 98%, DJJ : 160x/mnt.

2) Keadaan ketuban

Pada tanggal 10 juni 2024 pukul 13.00 ketuban sudah rembes.

3) Lama persalinan

Pada persalinan sectio caesaria berlangsung sekitar 50 menit dari pukul 20.05 WIB sampai 21.00 WIB.

4) Tidak dilakukan episiotomy

5) Kondisi perinium dan sekitar vagina utuh

6) Pengeluaran plasenta kurang lebih 5 menit.

7) Dilakukan anastesi, karena persalinan secara sectio caesaria dengan menggunakan anastesi spinal.

8) Jumlah perdarahan sekitar 200cc.

d. Riwayat psikososial kultural

1) Pola koping

Klien mengatakan hubungannya dengan suami dan keluarga besarnya baik, klien mengatakan selalu membicarakan masalahnya secara musyawarah dengan keluarga dan memberi solusi yang terbaik bersama-sama keluarga, klien juga selalu mendapatkan dukungan dari keluarganya.

2) Kultur yang dianut

Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada pantangan apapun setelah melahirkan, seperti tidak boleh makan telur dan sebagainya.

9. DATA INFANT

- a. Jenis kelamin : laki-laki
- b. BB : 3100 gr
- c. PB : 47 cm
- d. Bayi lahir dengan sectio caesaria, APGAR score 8-9-10

Tabel 3.2 Kriteria Penilaian APGAR score

Apgar	1 menit	5 menit	10 menit	Harga normal
Denyut jantung	2	2	2	2
Pernafasan	2	2	2	2
Tonus otot	1	1	2	2
Peka	2	2	2	2
rangsangan				
Warna	1	2	2	2
Jumlah	8	9	10	10

- 1) Saat lahir bayi menangis
- 2) Ada reflek sucking, rooting, dan swallowing
- 3) Tidak ada kelainan konginetal
- 4) Rencana diberikan ASI

10. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Selama hamil : Klien mengatakan selama hamil selalu memeriksakan kandunganya ke bidan, puskesmas dan juga ke dokter kandungan. Karena klien berpikir kalau dengan memeriksakan kandungannya klien bisa mengetahui perkembangan janin yang di kandunganya.

Saat dikaji :Klien mengatakan senang karena bayinya lahir dengan sempurna tidak cacat.

b. Pola nutrisi dan metabolic

Selama hamil : Klien mengatakan makan 3x sehari sehari dengan Komposisi nasi, lauk, sayur, dan kadang-kadang buah, minum $\pm$ 7-8 gelas yang berukuran 220cc/hari.

Saat dikaji : Klien mengatakan makan 5 sendok makan dan minum setengah gelas air putih.

Antropometri : TB : 158 cm

BB :85 kg

$IMT = BB/TB^2$

$= 85 \text{ kg} / 1,58 \text{ m}^2 = 34,1 \text{ kg} / \text{m}^2$

Biomedikal : Hemoglobin : 12.1 g/dl

Leukosit : 13,900 /ul

Hematokrit : 35 %

Trombosit : 234,000 /ul

Clinis/ klinikal sign :

Rambut : Bersih, tidak rontok dan ketombe

Alis : Tidak mudah untuk dicabut

Mata : Pengelihan baik konjungtiva tidak anemis, sklera tidak iterik, pupil isokor.

Kulit : warna kulit sawo matang, bersih, terdapat luka bekas operasi dibagian perut

Diet : Bubur

c. Pola eliminasi

Selama hamil :Klien mengatakan mengatakan sebelum sakit/melahirkan biasanya BAB 1 kali sehari, konsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 6-7x sehari.

Saat dikaji : klien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit BAB 1x sebelum operasi, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning, klien sudah tidak terpasang kateter, dan sudah BAK 1 kali dengan konsistensi cair, berwarna kuning keruh bercampur darah.

d. Pola istirahat tidur

Selama hamil : klien mengatakan selama masa kehamilan tidur malam pukul 21.00 WIB, sampai dengan pukul

05.00 WIB, klien tidur 7-8 jam.

Saat dikaji : klien mengatakan tidur $\pm$ 4-5 jam bangun saat merasa nyeri dan bayinya menangis

e. Pola aktivitas dan latihan

Selama hamil : klien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain seperti saat makan, minum, toileting, berpakaian dan berhias

Tabel 3.3 Pengkajian Aktivitas dan Latihan

No	Aktivitas	0	1	2	3	4
1.	Bernafas	√				
2.	Makan dan minum	√				
3.	Berjalan	√				
4.	Mandi	√				
5.	Berpakaian	√				
6.	Toileting	√				

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Di bantu orang lain

2 : Di bantu alat

3 : Di bantu orang lain dan alat

4 ; Tergantung total

Saat dikaji : klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, semua aktivitas di bantu oleh suami dan perawat. Klien mengatakan di sbin 2x sehari,

belum sempat keramas selama di rumah sakit tu
orang lain dan alat

Table 3.4 Pengkajian Aktivitas dan Latihan

No	Aktivitas	0	1	2	3	4
1.	Bernafas	√				
2.	Makan dan minum		√			
3.	Berjalan					√
4.	Mandi		√			
5.	Berpakaian		√			
6.	Toileting			√		

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Di bantu orang lain

2 : Di bantu alat

3 : Di bantu orang lain dan alat

4 ; Tergantung total

Kesimpulan : klien mampu bernafas secara mandiri, sedangkan

mandi, berpakaian, dan makan minum dibantu

keluarga/suami sedangkan toiletingdibantu

orang lain dan alat, serta untuk berjalan

ketergantungan total karena klien harus bedrest.

f. Pola persepsi dan kognitif

Selama hamil : klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan lancar tanpa adanya gangguan, dan menggunakan bahasa jawa

Saat di kaji : klien mengatakan merasa nyeri pada perut yaitu luka pembedahan post SC, nyeri saat bergerak. Klien mengatakan rencananya anaknya akan di berikan ASI. Fungsi penginderaan seperti penciuman, penglihatan, pendengaran, tidak ada gangguan.

g. Pola konsep diri

Selama hamil : klien mengatakan perannya sebagai seorang istri dan ibu dari 1 anaknya, klien merasa bersyukur atas kelengkapan anggota tubuh yang diberikan tuhan kepadanya. Klien merasa badannya sehat, walaupun terkadang flu, batuk dan pusing.

Saat dikaji : klien mengatakan merasa senang bisa melahirkan bayinya dengan selamat walaupun harus di lakukan SC.

1) Identitas diri

Klien dapat menyebutkan identitasnya yaitu Ny. Y umur 25 tahun

2) Gambaran diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang ibu dan mempunyai 1 anak laki-laki dan akan merawat anaknya dengan baik serta kasih sayang.

3) Harga diri

Klien mengatakan senang dengan kelahiran anak keduanya yang berjenis kelamin laki-laki

4) Aktualisasi diri

Klien mengatakan akan mengikuti saran dari dokter dan perawat agar cepat sembuh, dan akan menjalankan perannya sebagai ibu dengan baik

Tahap perubahan psikologis pada ibu yaitu :

a) Taking in

Klien mengatakan senang atas kelahiran anaknya yang kedua melalui SC dan klien mengeluh nyeri di bagian perut bekas operasi saat alih baring.

h. Pola koping

Selama hamil : klien mengatakan dalam keadaan apapun keluarga Selalu mendukungnya dan jika ada masalah selalu dibicarakan secara musyawarah.

Saat dikaji : Klien mengatakan sempat panik dengan kehamilannya yang melebihi batas dan bayinya belum segera lahir, klien mencoba tidak panik karena dukungan dari suami dan keluarga. Klien mengatakan setiap ada masalah dibicarakan dengan suaminya.

i. Pola seksual dan reproduksi

Selama hamil : klien mengatakan biasa melakukan hubungan intim tanpa ada Keluhan dan klien menggunakan KB suntik 3 bulan.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak bisa melakukan hubungan intim karena masa nifas dan dalam proses pemulihan.

j. Pola peran dan hubungan

Selama hamil : klien mengatakan di masyarakat ia berperan sebagai anggota masyarakat dan dalam keluarga berperan sebagai istri dan ibu.

Saat dikaji : klien mengatakan merasa senang dengan kelahiran anaknya yang kedua.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Selama hamil : klien mengatakan beragama islam, setiap hari menjalankan sholat 5 waktu

Saat dikaji : klien mengatakan selama post partum klien tidak bisa sholat tetapi tetap berdoa diatas tempat tidur

dan berdzikir.

11. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum

- 1) Penampilan : Lemah
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) GCS : 15
E=4, V=5, M=6

b. Tanda-tanda vital

- 1) TD : 120/80 mmHg
- 2) N : 84 x/menit
- 3) RR : 20 x/menit
- 4) Suhu : 36,6 °C
- 5) SpO₂ : 98%

c. TB : 158 cm BB : 85 kg

d. Kepala

- 1) Bentuk : mesocephal
- 2) Rambut : hitam, bersih, tidak ada ketombe dan lesi
- 3) Muka : tidak ada oedema, tidak ada closma gravidrum
- 4) Alis : simetris, tebal, hitam, tidak mudah dicabut
- 5) Mata : simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, pupil isokor.
- 6) Hidung : simetris, penciuman baik, tidak ada skret, tidak ada

pembesaran polip, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, tidak tampak cuping hidung.

7) Mulut : simetris, mulut bersih, mukosa bibir lembab, dan tidak ada stomatitis, lidah bersih.

8) Gigi : bersih, tidak ada karies pada gigi, tidak ada ginggivitis.

9) Telinga : simetris, bersih tidak ada penumpukkan serumen, pendengaran baik, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

10) Leher : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening serta peningkatan vena jugularis.

11) Dada dan axial: tidak ada pembesaran kelenjar limfe, dada simetris.

a) Paru-paru

Inspeksi : simetris, tidak tampak retraksi intercosta.

Palpasi : vocal premitus kanan dan kiri simetris.

Perkusi : bunyi sonor.

Auskultasi : vesikuler dan tidak ada suara tambahan.

b) Jantung

Inspeksi : ictus kordis tidak tampak pada ics ke 4 dan ke 5 mid clavikula.

Palpasi : ictus kordis teraba pada ics ke 4 dan ke 5 mid clavikula

Perkusi : pekak

Auskultasi : bunyi jantung S1 dan S2 reguler

12) Mamae

Masih teraba lunak, kolostrum keluar sedikit, tidak bengkak dan ASI keluar sedikit. Putting menonjol areola hiperpigmentasi, kelenjar montgomery hitam kecil di sekitar puting.

13) Abdomen

Inspeksi : datar, terdapat luka post *sectio caesarea* dengan panjang luka ± 10 cm, tampak linea nigra, balutan tidak rembes dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post SC

Auskultasi : peristaltik usus 10x/menit.

Perkusi : timpani.

Palpasi : adanya nyeri tekan pada luka post *sectio caesarea*, linea nigra nampak, striae gravidarum tampak warna kehitaman, teraba TFU 2 jari dibawah pusar, kontraksi uterus keras.

14) Ekstermitas

a) Superior : simetris, tidak ada oedema, terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri.

- b) Inferior : simetris, gerakan terbatas, tidak ada oedema, dan varises, skala nyeri 2

5	5
5	5

- c) Genetalia : Utuh tidak ada jahitan, terpasang pembalut keluar darah warna merah (lochea rubra) 40cc dan bau khas.

15) Kulit dan kuku

Warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak ada lesi, kuku bersih, CRT 2 detik.

12) PENGUKURAN SKALA NYERI

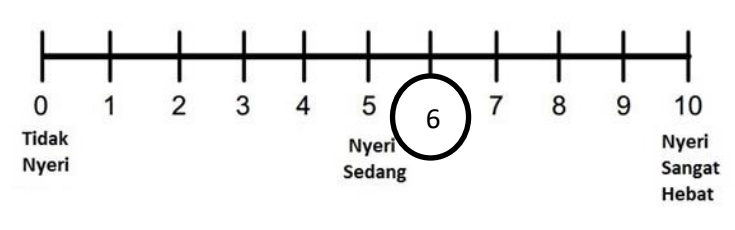
Pengkajian nyeri dilakukan pada tanggal 09 agustus 2022, menurut Tanra (2020), kepada :

Nama : Ny. Y

Umur : 25 tahun

Dx. Medis : Post *sectio caesarea* dengan indikasi *ketuban pecah dini kala 1*

Gambar 3.1 pengkajian skala nyeri

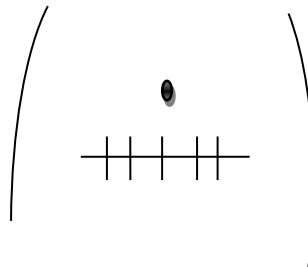


- P (Provoking) : Penyebab nyeri adanya luka operasi pada daerah abdomen bagian bawah diatas simpisis panjang jahitan $\pm$ 10cm.
- Q (Quality) : Klien merasakan nyeri seperti disayat-sayat.
- R (Region) : Daerah nyeri pada operasi yaitu abdomen bagian bawah kuadran 3-4.
- S (Skala) : Skala nyeri yang dirasakan pasien 6.
- T (Time) : Klien mengatakan nyeri hilang timbul dan bertambah jika klien bergerak.

12) PENGKAJIAN LUKA

Pengkajian luka dilakukan pada tanggal 11 juni 2024

Gambar 3.2 lokasi luka



- a) Ukuran luka : (PxL x kedalaman) = $10 \times 2 \times 0 = 20$
- b) Permukaan luka : masih basah
- c) Nyeri : skala 6
- d) Kulit sekitar luka : kemerahan

13) LAPORAN OPERASI

- Nama : Ny. Y
- No. RM : 435xxx
- Umur : 25 tahun

Nama ahli anestesi : dr. U

Jenis anestesi : Spinal

Jenis operasi : Besar

Diagnosa prabedah : *KETUBAN PECAH DINI*

Diagnosa pasca bedah. : *Sectio Caesarea* supra vaginal atas
indikasi ketuban pecah dini

Nama operasi : *Sectio caesarea*

Jaringan yang diinsisi : Uterus

Tangggl operasi : 10 JUNI 2024

Jam mulai operasi : 20.05 wib

Waktu selesai operasi : 21.00 wib

Klien tidur terlentang dalam spinal anestesi. Di lakukan tindakan antiseptik pada daerah abdomen dan sekitarnya, dibuat insisi diatas simpisis pubis dengan arah melintang sepanjang ± 10 cm.

Kesan : *Serotinus*

Rencana : *sectio caesarea*

Setelah di yakini tidak terjadi perdarahan lagi maka dinding abdomen dijahit lapis demi lapis.

14) DATA PENUNJANG DAN THERAPY

a) Hasil laboratorium

Nama : Ny. Y No. RM : 435xxx

Tanggal : 11 JUNI 2024

Tabel 3.5 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hematologi			
Darah rutin			
Hemoglobin	12.1	12-16	g/dl
Leukosit	13,900	3600-11000	/ul
Hematokrit	35	37-43	%
Trombosit	234,000	150000-450000	/ul

b) Therapy obat

Nama : Ny. Y

No. RM : 435xxx

Tanggal : 11 JUNI 2024

Table 3.6 Terapi Obat

No	Nama obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	Infus RL	20 tpm	IV	Terapi digunakan untuk penambahan cairan tubuh.
2.	Metronidazol	2x500 mg	Oral	Untuk menangani infeksi parasit tertentu.
3.	Ketorolac	3x30 mg	IV	Untuk meringankan nyeri sedang sampai berat dengan jangka waktu terapi pendek.
4.	Antalgin	2x500 mg	Oral	Untuk mengatasi nyeri
5.	Ceftriaxone	1x1 gr	IV	Untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri, obat ini

				bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh.
6.	Etabion	1x500 mg	Oral	Suplemen mineral dan vitamin untuk mencegah anemia

B. ANALISA DATA

Nama : Ny. Y

Umur : 25 Tahun

No. RM : 435xxx

Tabel 3.7 Analisa Data

NO	HARI/TGL	DATA FOKUS	PROBLEM	TTD
1.	Selasa, 11 juni 2024	DS : Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. DO : Klien tampak lemah, aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Isabel

bergerak, gerakan klien terbatan.

TTV : TD : 120/80

mmHg

N : 84x/mnt

RR : 20x/mnt

S : 36,6°C

2. Selasa, 11
juni 2024

DS : Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi

Nyeri akut
(D.0077)

Isabel

P : luka operasi daerah abdomen, panjang jahitan ± 10 cm

Q : seperti di sayat-sayat

R : Abdomen bagian bawah kuadran 3 dan 4

S : Skala 6

T : Saat bergerak

DO : Klien tampak meringis kesakitan, tampak ada balutan luka pada abdomen kuadran 3 dan 4 dengan TFU 2 jari dibawah pusar.

TTV : TD : 120/80
mmHg

		N : 84x/mnt		
		RR : 20x/mnt		
		S : 36,6°C		
3.	Selasa, 11 juni 2024	DS : Klien mengatakan luka post operasi nyeri dan klien takut menggerakkan badanya.	Resiko Infeksi (D.0142)	Isabel
		DO : 1. Adanya luka post operasi abdomen kuadran 3 dan 4.		
		2. Panjang luka ± 10 cm		
		3. lebar luka ± 2 cm		
		TTV : TD : 120/80 mmHg		
		N : 84x/mnt		
		RR : 20x/mnt		
		S : 36,6°C		
		Hasil laboratorium :		
		a. Leukosit :		
		13,900/ul		

c. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.8 Diagnosa Keperawatan

NO	HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TTD
1.	Selasa, 11 juni 2024	Ganggaun Mobilitas Fisik (D.0054)	Isabel
2.	Selasa, 11 juni 2024	Nyeri akut (D.0077)	Isabel
3.	Selasa, 11 juni 2024	Resiko Infeksi (D.0142)	Isabel

INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kerja otot (D.0054)	Mobilitas Fisik L.05042	Dukungan Ambulasin I. 06171
	1. Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri	Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas seacara mandiri	Observasi
	2. Gejala dan tanda mayor	Ekspetasi : Meningkatkan	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
	Sujektif : mengeluh sulit menggerakan ekstermitas	Kriteria hasil :	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
	Objektif : kekuatan otot menurun, rentan gerak (ROM) menurun	1. Pergerakan ekstermitas meningkat	Teraupetik
	3. Gejala dan tanda minor	2. Kekuatan otot meningkat	1. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i>
	Subjektif : Nyeri saat digerakan, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak	3. Rentang gerak (ROM) meningkat	2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
		4. Kaku sendi menurun	Edukasi
		5. Kecemasan menuru	1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
		6. Kekakuan sendi menurun	
		7. Gerakan terbatas menurun	
		8. Nyeri menurun	

Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah		2. Anjurkan melakukan ambulasi dini Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis,berjaladari tempat tidur ke kursi roda, berjalan untuk membantu dari tempat tidur ke kamar mandi)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Nyeri Akut (D.0077) 1. Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. 2. Gejala dan tanda mayor	Tingkat Nyeri L.08066 Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Ekspetasi : Menurun 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, insensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Secara subjektif : mengeluh nyeri. Secara objektif : tampak meringis, bersikap proktektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.	4. Kesulitan tidur menurun 5. Berfokus pada diri sendiri menurun	Teraupetik 1. Berikan tehnik nonfarmokakologi untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi erasa nyeri. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3. Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Resiko infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137) Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi. Ekspektasi : Menurun Kriteria hasil :	Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistemik

1. Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	1. Kebersihan badan meningkat	Teraupeutik
2. Faktor resiko	2. Demam menurun	1. Batasi jumlah pengunjung
a) Penyakit kronis (mis.diabetes melitus)	3. Kemerahan menurun	2. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi
b) Efek prosedur invasif	4. Nyeri menurun	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
c) Malnutrisi	5. Bengkak menurun	Edukasi
d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer		2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
		3. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi
		4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.

B. IMPELEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

NO	HARI/TGL	JAM	TINDAKAN	RESPON HASIL	TTD
I,II	Selasa, 11 juni 2024	08.30	1. Mengkaji keadaan klien	1. DS : klien mengatakan nyeri pada perut diluka bekas operasi, dan belum bisa beraktivitas secara mandiri karena masih nyeri dan takut berakibat dengan penyembuhan luka operasinya. P : luka bekas operasi Q : seperti disayat-sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 6	Isabel

				T : saat bergerak	
				DO : Klien tampak lemas, wajah tampak meringis dan berbaring di atas tempat tidur.	
				TD : 120/80 mmHg	
				N : 84 x/menit	
				RR : 20 x/menit	
				Suhu : 36,6 %	
				SpO2 : 98%	
I	Selasa, 11 juni 2024	08.45	2. mengajarkan tehnik distraksi relaksasi	2. DS : Klien mengatakan bersedia diajarkan tehnik distraksi relaksasi DO : Klien tampak lebih rileks dan mampu mengulang	Isabel

				kembali tentang apa yang diajarkan.	
I,II,III	Selasa, 11 juni 2024	08.55	3. Mengganti cairan Infus RL 20 tpm	3. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus telah diganti, tetesan lancar dengan 20 tpm	Isabel
II	Selasa, 11 juni 2024	09.00	4. mengajarkan klien ambulasi dini melakukan gerakan ekstermitas bawah	4. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Klien tampak bisa menggerakkan kaki dan mengangkat kaki.	Isabel
III	Selasa, 11 juni 2024	09.25	5. mengkaji karakteristik lochea	5. DS : Klien mengatakan keluar darah segar, belum ganti pembalut. DO : Tampak keluar lochea rubra dengan volume 40 cc	Isabel

I, II,III	Selasa, 11 juni 2024	09.50	7. Memberikan obat injeksi IV lewat selang infus ketoralac 30 mg, ceftriaxon 1 g oral antalgin, etabion dan metronidazol.	7. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat injeksi dan oral telah diberikan kepada klien.	Isabel
I,II,III	Selasa, 11 juni 2024	10.15	8. Menganjurkan klien untuk istirahat	8. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Klien tampak mengikuti anjuran dari perawat.	Isabel
I,II	Selasa, 11 juni 2024	10.20	9. Mengganti cairan infus RL	9. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus telah diganti dengan RL dengan tetesan infus lancar 20 tpm.	isabel
I,II	Selasa, 11 juni 2024	10.40	10. Menganjurkan melakukan ambulasi dini	10. DS : Klien mengatakan bersedia diajarkan	Isabel

			untuk berlatih miring kanan dan kiri	DO : Klien tampak bisa mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat.	
III	Selasa, 11 juni 2024	11.10	11. Memandikan klien dan melakukan vulva hygiene	11. DS : Klien mengatakan bersedia untuk disisbin dan dilakukan <i>vulva hygiene</i> DO : pembalut penuh dengan lochea rubra dengan volume $\pm$ 50 cc, klien tampak rapi, wangi dan bersih.	Isabel
I,II,III	Selasa, 11 juni 2024	11.30	12. Mengkaji vital sign	12. DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV. DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 130/82 mmHg N : 92 x/mnt	Isabel

				S : 37,4°C	
				RR : 20 x/mnt	
I,II,III	Selasa, 11 juni 2024	11.40	13. mengkaji keadaan klien	13. DS : Klien mengatakan masih terasa nyeri. DO : Klien tampak lemas P : luka bekas operasi Q : seperti disayat-sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 5 T : saat digerakan	Isabel
I,II,III	Selasa, 11 juni 2024	13.00	14. Memberikan obat injeksi IV lewat selang infus	14. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat injeksi telah diberikan secara IV melalui selang infus.	Isabel

ketorolac 1 mg, ceftriaxone 500 mg.					
I,III	Selasa, 11 juni 2024	15.00	15. Mengganti cairan infus RL	15. DS : Klien mengatakan bersedia DO : infus telah diganti tetesan lancar 20 tpm	Isabel
III	Rabu, 12 juni 2024	06.50	16. Memandikan Klien dan Dilakukan vulva hygiene	16. DS : Klien mengatakan bersedia disibin dan dilakukan vulva hygiene. DO : Klien tampak mengeluarkan lochea rubra sekitar $\pm$ 50 cc dan klien tampak sudah rapi, bersih serta wangi.	Isabel
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	08.00	17. Mengkaji keadaan umum klien	17. DS : Klien mengatakan masih merasa nyeri DO : Klien tampak lemas	Isabel

				P : luka bekas operasi Q : seperti disayat-sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 5 T : saat bergerak	
I	Rabu, 12 juni 2024	08.10	18. Mengajarkan teknik distraksi relaksasi	18. DS : Klien mengatakan bersedia diajarkan tehnik distraksi relaksasi DO : Klien tampak lebih rileks dan mampu mengulang kembali tentang apa yang diajarkan.	Isabel
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	09.00	19. mengkaji vital sign	19. DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV	Isabel

				DO : TTv telah dilakukan dengan hasil : TD : 128/78 N : 92 x/mnt S : 36,6°C RR : 21 x/mnt	
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	09.00	20. Mengganti cairan infus	20. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus klien sudah di ganti, tetesan lancar 20 tpm	Isabel
I	Rabu, 12 juni 2024	10.00	21. mengajarkan klien untuk latihan duduk	21. DS : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang diajarkan perawat.	Isabel

II	Rabu, 12 juni 2024	10.10	22. Menganjurkan klien untuk makan yang teratur dan bergizi	22. DS : Klien mengatakan bersedia DO : klien tampak kooperatif	Isabel
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	10.30	23. Memberikan obat injeksi IV lewat selang infus ketoralac 30 mg, ceftriaxon 1 g, oral antalgin 500 mg dan Etabion 500 mg	23. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat injeksi dan oral sudah diberikan	Isabel
III	Rabu, 12 juni 2024	11.00	24. Mengobservasi pengeluaran lochea	24. DS : Klien mengatakan masih keluar darah warna merah. DO : Tampak keluar lochea rubra, bau khas dengan volume	Isabel

I	Rabu, 12 juni 2024	11.30	25. menganjarkan klien untuk berjalan duduk dan kaki diturunkan	25. DS : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	Isabel
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	12.00	26. mengganti cairan infus RL	26. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Infus klien sudah di ganti, tetesan lancar 20 tpm	Isabel
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	12.40	27. Memberikan obat injeksi IV selang infus Ketorolac 30 mg, ceftriaxon 1 g, oral antalgin 500 mg dan Etabion 500 mg.	27. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Obat sudah masuk	Isabel
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	13.00	28.Memonitor tanda-tanda vital	28. DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV	Isabel

				DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 120/80 mmHg N : 82 x/mnt S : 36,5°C RR : 20 x/mnt	
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	13.10	29. Mengkaji keadaan klien	29. DS : Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang DO : Klien masih tampak lemas P : luka bekas operasi Q : seperti disayat-sayat R : di abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4 S : skala 4	Isabel

T : saat bergerak					
I,II,III	Rabu, 12 juni 2024	14.20	30. Menciptakan lingkungan yang nyaman dan hangat	30. DS : Klien mengatakan nyaman DO : Klien tampak nyaman dan beristirahat.	Isabel
I,II,III	Kamis, 13 juni 2024	06.50	31. Memonitor tanda-tanda vital	31. DS : Klien mengatakan bersedia untuk dilakukan TTV DO : TTV telah dilakukan, dengan hasil : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,8°C RR : 20 x/mnt	Isabel
I,II,III,IV	Kamis, 13 juni 2024	07.30	32. Mengganti cairan Infus RL	32. DS : Klien mengatakan bersedia	Isabel

				DO : Infus klien sudah diganti, tetesan lancar 20 tpm	
I	Kamis, 13 juni 2024	08.20	33.Mengajarkan ambulasi sederhana berjalan-jalan didalam ruangan	33. DS : Klien mengatakan bersedia untuk diajarkan DO : Klien tampak mengikuti apa yang diajarkan oleh perawat	Isabel
III	Kamis, 13 juni 2024	09.00	34. Melakukan perawatan luka	34. DS : Klien mengatakan bersedia dilakukan perawatan luka DO : Luka tampak bersih, tidak ada eksudat, warna sekitar luka normal, tidak ada tanda-tanda infeksi dengan panjang ± 10 cm, keadaan luka lembab	Isabel

I,II,III	Kamis, 13 juni 2024	11.30	35. Mengajukan klien untuk makan yang teratur dan bergizi	35. DS : Klien mengatakan bersedia DO : Klien tampak kooperatif	Isabel
I,II,III	Kamis, 13 juni 2024	12.45	36. Memonitor tanda-tanda vital	36. DS : Klien mengatakan bersedia dilakukan TTV DO : TTV telah dilakukan dengan hasil : TD : 120/82 mmHg N : 87 x/mnt S : 36,5°C RR : 20 x/mnt	Isabel
I,II,III	Kamis, 13 juni 2024	12.50	37. Mengakaji keadaan klien	37. DS : Klien mengatakan sudah nyaman, nyeri berkurang dan bisa jalan ke kamar mandi untuk BAK	Isabel

				DO : Klien tampak tenang dan rileks	
				P : luka bekas operasi	
				Q : seperti disayat-sayat	
				R : Abdomen bagian bawah kuadran	
				3 dan 4	
				S : skala 3	
				T : hilang timbul dan saat bergerak	
I,III	Kamis, 13 juni 2024	12.55	38. Memberikan obat	38. DS : Klien mengatakan bersedia	Isabel
			etabion, metronidazol dan	DO : Obat diminum sesudah makan	
			antalgin		
I,II,III	Kamis, 13 juni 2024	13.30	39. Mempersiapkan pasien	39. DS : Klien mengatakan bersedia	Isabel
			pulang	untuk pulang	
				DO : Klien tampak senang	

C. EVALUASI KEPERAWATAN**Tabel 3.11 Evaluasi Keperawatan**

NO	HARI/TGL/JAM	EVALUASI	TTD
II	Selasa, 11 juni 2024 Jam 15.00	S : Klien mengatakan nyeri saat bergerak P : Luka bekas operasi Q : Seperti di sayat-sayat R : Di abdomen bagian bawah kuadaran 3 dan 4 S : skala nyeri 6 T : Hilang timbul, saat bergerak O : Klien tamapak merintih A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi a. Berikan tehnik nonfarmakologi (relaksasi) b. Pemberian analgetik	Isabel

I.	Jam	S : Klien mengatakan sudah bisa melakukan miring kanan dan kiri	Isabel
	15.15 WIB	O : Klien tampak tenang, aktivitas masih di bantu	
		A : Masalah teratasi sebagian	
		P : Lanjutkan intervensi	
		a. Mengajarkan ambulasi dini	
		b. Mengajarkan ambulasi sederhana	
III.	Jam	S : Klien mengatakan terdapat luka bekas operasi di perut bagian bawah	Isabel
	15.15 WIB	O : Tampak ada luka pada perut bagian luka ± 10 cm, bawah kuadran 3	
		dan 4 dengan panjang kulit sekitar luka kemerahan, luka tampak	
		basah, kondisi uterus keras dengan hasil TTV :	
		TD : 130/82 mmHg	
		N : 92 x/mnt	
		S : 37,4°C	
		RR : 20 x/mnt	

		A : Masalah belum teratasi	
		P : Lanjutkan intervensi	
		a. Pertahankan tehnik antiseptik.	
		b. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.	
II.	Rabu, 12 juni 2024	S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang	Isabel
	Jam	P : Luka bekas operasi	
	14.45 WIB	Q : Seperti di sayat-sayat	
		R : Abdomen bagian bawah di kuadran 3 dan 4	
		S : Skala 4	
		T : Hilang timbul saat bergerak	
		O : Klien tampak merintih, dengan TTV :	
		TD : 120/80 mmHg	
		N : 82	

		S : 36,5°C RR : 20 x/mnt A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Berikan tehnik nonfarmakologi (relaksasi) b. Pemberian analgetik c. Fasilitasi istirahat	
II.	Jam 15.00 WIB	S : Klien mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan disekitar tempat tidur. O : Klien tampak tenang, aktivitas masih dibantu sebagian A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi a. Mengajarkan ambulasi sederhana	Isabel
III.	Jam 15.15 WIB	S : Klien mengatakan ada luka bekas operasi pada perut O : Kontraksi uterus baik, dengan kondisi uterus baik.	Isabel

		A : Masalah teratasi sebagian	
		P : Lanjutkan intervensi	
		a. Pertahankan tehnik antiseptik.	
		b. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.	
II.	Kamis, 13 juni 2024 Jam 13.30 WIB	S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang	Isabel
		P : Luka bekas operasi	
		Q : Seperti di sayat-sayat	
		R : Abdomen bagian bawah dikuadran 3 dan 4	
		S : Skala 3	
		T : Hilang timbul, saat bergerak	
		O : Klien tampak lebih nyaman	
		TD : 120/82 mmHg	
		N : 87 x/mnt	
		S : 36,2°C	

		RR : 20 x/mnt	
		A : Masalah teratasi	
		P : Hentikan intervensi	
I.	Jam	S : Klien mengatakan sudah bisa duduk dan mampu berjalan sekitar tempat tidur.	Isabel
	13.30 WIB	O : Klien tampak mampu berjalan sekitar tempat tidur aktivitas masih dibantu sebagian	
		A : Masalah teratasi	
		P : Hentikan intervensi	
III.	Jam	S : Klien mengatakan terdapat luka bekas operasi pada perut	Isabel
	13.30 WIB	O : Tampak luka pada abdomen, dengan panjang ± 10 cm, lebar 2 cm, keadaan luka basah tidak ada eksudat, warna sekitar luka normal tidak ada tanda-tanda infeksi dengan TTV :	
		TD : 120/82 mmHg	

N : 87 x/mnt

S : 36,5°C

RR : 20 x/mnt

A : Masalah teratasi

: Hentikan intervensi
