

BAB III

LAPORAN KASUS

NO REGISTER :4326xx
TANGGAL MASUK :18 APRIL 2024
RUANG :DEWI SHINTA

A. PENGKAJIAN

Pengkajian ini dilakukan secara anamnesa pada hari Kamis, 18 April 2024 pada jam 13.50 WIB di RS Permata Bunda Purwodadi

1. ANAMNESA (DATA SUBYEKTIF)

IDENTITAS / BIODATA

- 1) Nama :Ny.H
- 2) Alamat :Karangasem 03/07 Sobo
- 3) Umur :32 Tahun
- 4) Status :Menikah
- 5) Dx. Medis :KPD 38 Minggu G1P1A0 + riwayat epilepsi
- 6) Orang yang bertanggung jawab :Suami Tn.S
- 7) Pekerjaan :Wiraswasta
- 8) Pendidikan :SMP

2. KELUHAN UTAMA

Klien mengatakan nyeri diperut bekas operasi sectio caesarea

3. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

a. Riwayat kesehatan sekarang

Ny. H mengatakan pada tanggal 18 April 2024 perutnya merasa kenceng berulang kali, dan keluar air ketuban dari vagina sekitar 04.45. Kemudian dibawa ke Rs Permata Bunda setelah sampai di IGD Rs Permata Bunda dilakukan pengecekan tanda-tanda vital TD :130/90 mmHg, N :88x/menit, RR :21 x/menit, SPO2 :99%, DJJ:144x/menit, TFU:32cm, VT: 3 cm Kala:1. Lalu klien dipindah ke ruang VK untuk mendapatkan perawatan, di ruang VK klien diperiksa tinggi fundus uteri (TFU) 25cm, DJJ:166 x/menit, VT: 3 cm Kala:1 TD:130/80.mmHg, N:80 x/menit, RR:22x/menit, S:36°C, setelah itu klien dipasang infus RL 20 tetes/menit, dipasang O2 5 liter, klien diberikan obat oksitosin untuk menguatkan kontraksi rahim akan tetapi belum ada perubahan pada kala, kemudian Dr.U visit dan memeriksa klien karena klien mempunyai riwayat epilepsi riwayat kejang 3 tahun yang lalu maka Dr.U memutuskan klien untuk menjalani operasi sectio caesarea. Klien operasi tanggal 18 April 2024, jam 10.15 WIB, klien dianestesi 1 jam dan bayi lahir jam 11.05 WIB, tanggal 18 April 2024, jenis kelamin Perempuan, BB: 3.040 kg, lingkar dada:32 cm, lingkar lengan:10cm, panjang badan: 49 cm, lingkar kepala: 33 cm, menangis kuat, tidak ada cacat, keadaan umum baik, setelah selesai operasi klien dipindah ke ruang Dewi Shinta untuk mendapatkan perawatan intensif. Setelah sampai di ruangan

Dewi Shinta dengan keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, dengan vital sign TD : 130/80 mmHg, N:90 x/menit, RR:20 x/menit, S:36,2 °C.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah SC sebelumnya, ini yang pertama kali dengan post SC indikasi ketuban pecah dini (KPD)

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menurun seperti DM, Asma, Hipertensi, atau penyakit yang menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS.

4. RIWAYAT HAID

a. Riwayat Menstruasi

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Menarche umur | :14 tahun |
| 2) Siklus | :Teratur |
| 3) Lamanya | :7-8 hari |
| 4) Jumlah darah yang keluar | :20cc/3kali ganti pembalut |
| 5) Konsentasi | :- |
| 6) HPHT | :20 Juli 2023 |
| 7) HPL | :27 April 2024 |

5. RIWAYAT OBSTETRI

a. Riwayat kehamilan

- 1) Status GPA :G1 P0 A0 H 38 minggu (merupakan kehamilan pertama)

2) Berapa kali ANC

Klien mengatakan sewaktu hamil klien memeriksa kehamilannya pada bidan dan dokter sekitar sebanyak 10 kali, yaitu pada pemeriksaan trimester pertama sebanyak 3 kali, trimester kedua sebanyak 3 kali, dan trimester ketiga 4 kali.

Klien mengatakan bahwa kehamilannya sudah direncanakan.

3) Keluhan selama kehamilan baik secara fisik maupun psikologis

Klien mengatakan selama hamil tidak ada keluhan, hanya saja waktu trimester pertama mengalami mual, muntah, dan pusing.

4) Upaya mengatasi keluhan dan pengobatan

Klien rajin memeriksakan kehamilannya serta berkonsultasi mengenai proses persalinan yang akan dilaluinya baik secara normal maupun operasi SC.

6. RIWAYAT PERSALINAN

a. Riwayat persalinan lalu

Klien mengatakan kehamilan pertama

b. Riwayat persalinan saat ini

Masalah yang dialami klien saat ini adalah ketuban pecah dini dengan umur kehamilan mencapai 38 minggu, karena adanya ketuban terus keluar dan takut akan adanya komplikasi dan klien mempunyai riwayat epilepsi maka dari dokter klien di anjurkan untuk segera melakukan operasi *sectio caesarea*

Persalinan dilakukan pada hari kamis, tanggal 18 April 2024, jam 10.15-11.05 WIB. Tipe persalinan yang dilakukan adalah *sectio caesarea* dengan anestesi spinal jenis anestesi yang digunakan yaitu RA Bupivacaine yang diberikan 3cc (dalam 1 cc=5 mg, dan 3cc =15 mg) dan analgetik yang digunakan saat itu ketorolac 1 ampmpul=30mg, dan obat-obatan yang digunakan assam traneksemat 2 ampul (1 ampul=5ml=500 mg, jadi 3 ampul=10ml=1000mg), klien tidak mempunyai riwayat ketuban pecah dini (KPD) dokter yang membantu persalinan *sectio caesarea* yaitu dr. U dari RS permata Bunda, plasenta lahir jam 10.30 WIB, secara manual kesan lengkap diameter 18x18 cm tebal 2 cm dengan perdarahan yang dialami sekitar 200cc

7. DATA INFANT

- a. Jenis kelamin :Perempuan
- b. Berat Badan :3.070 kg
- c. Panjang Badan :49 cm
- d. Lingkar Kepala :33 cm
- e. Lingkar Dada :32 cm
- f. Lingkar Lengan :10 cm
- g. Bayi lahir dengan *sectio caesaria*,APGAR skor : 10/10/10

Tabel 3.1 kriteria penelitian APGAR skor

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

- h. Saat lahir bayi menangis
 - i. Ada reflek sucking, rooting, dan swallowing
 - j. Tidak ada kelainan kongenital
 - k. Rencana diberikan ASI eksklusif

8. POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

- a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan
 - 1) Saat hamil :Klien mengatakan bila sakit seperti pusing, flu, atau demam langsung periksa ke bidan atau puskesmas terdekat dan minta resep, klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi jamu tradisional
 - 2) Saat dikaji :Klien mengatakan akan minum obat yang diberikan dari rumah sakit

b. Pola nutrisi dan metabolism

- 1) Saat hamil :Klien mengatakan sebelum sakit biasanya makan 3x sehari dengan menu nasi, lauuk, sayur dan kadang juga mengkonsumsi buah, minum ± 6-8 gelas yang berukuran 220cc/hari, kadang minum susu gelas yang berukuran 220cc
- 2) Saat dikaji :Pada saat dikaji klien mengatakan saat ini puasa sampai nanti bisa buang angin.

a) Antropometri :

TB :158 cm

BB :68 kg

IMT :BB/TB² =65kg/158cm

=26kg/m²

b) Biokimia :

HB :11,7 g/dl

Leukosit :15.500 /uL

HT :35%

Trombosit :14500 /uL

c) Clinikas/klinikal sign:

Rambut :Tidak rontok

Alis :Tidak mudah untuk dicabut

Mata :Penglihatan baik, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokolor

Kulit :Terdapat luka bekas operasi di bagian abdomen

d) Diet :Bubur

c. Pola eliminasi

1) Selama hamil :Klien mengatakan selama hamil BAB 1x sehari dengan karakteristik feses berwarna kuning, lunak dan berbentuk, klien juga mengatakan untuk BAK \pm 7-8x sehari

2) Saat dikaji :Klien mengatakan belum bisa BAB, dan BAK klien dibantudengan kateter (DC) dengan urine warna kuning kemerahan \pm 200 cc.

d. Pola oistirahat dan tidur

1) Selama hamil :Klien mengatakan selama masa kehamilan klien tidur malam pukul 20.00 WIB, sampai dengan pukul 04.00 WIB, kadang-kadang klien tidur siang 1-2 jam dengan kualitas tidur nyenyak

2) Saat dikaji :Pada saat dikaji klien mengatakan tidak bisa tidur siang karena merasakan nyeri pada luka post op dengan skala 6.

e. Pola aktifitas dan latihan

1) Saat hamil :klien mengatakan saat hamil dapat melakukan aktifitas secara mandiri, dan setiap pagi klien dan suaminya selalu jalan santai sekitar rumahnya untuk berolah raga pagi

2) Saat dikaji :

Tabel 3.2 Kajian aktifitas dan latihan

No	Aktivitas	0	1	2	3	4
1	Makan dan minum		v			
2	Berjalan			v		
3	Mandi		v			
4	Berpakaian		v			
5	Toileting			v		
6	Berpindah			v		

Keterangan :

- 0 :Mandiri
- 1 :Dibantu orang lain
- 2 :Dibantu alat
- 3 :Dibantu orang lain dan alat
- 4 :Tergantung total

Kesimpulannya : Klien mengatakan dalam berpakaian dan makan minum dibantu orang lain, berjalan , mandi, dan berpindah dibantu alat, serta toileting dibantu orang lain dan alat, karena merasakan masih nyeri. Klien sudah dapat menggerakan kakikanya pada jam 19.30 WIB, klien hanya

dapat tidur diatas tempat tidur, merasa tidak nyaman saat bergerak

f. Pola persepsi dan kognitif

- 1) Selama hamill :Klien mengatakan dapat berkomunikasi dengan lancar tanpa adanya gangguan dan klien berkomunikasi menggunakan bahasa jawa
- 2) Saat dikaji :Klien mengatakan merasa nyeri pada perut yaitu luka post SC, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul dan bertambah jika bergerak

g. Pola konsep diri

- 1) Selama hamil : Klien mengatakan perannya sebagai isteri, klien merasakan bersyukur atas kelengkapan anggota tubuh yang diberikan tuhankepadanya, klien merasakan badanya sehat, walau terkadang sakit seperti demam, flu, batuk, dan pusing.
- 2) Saat dikaji :Klien mengatakan bersyukur atas kelahiran bayinya dengan selamat walaupun harus dilakukan post sectio caesarea
 - a) Body image : Klien mengatakan walaupun sudah melahirkan tetapi perut belum menyusut , dan melahirkan secara sectio caesarea, tidak spontan partus seperti orang pada umumnya klien bisa menerima keadaannya

- b) Harga diri :Dengan sudah melahirkan bayinya klien merasakan senang
 - c) Ideal diri Klien berharap sehat dan keadaan membaik sehingga cepet pulang dan merawat bayinya sendiri
 - d) Peran :Sebagai seorang istri dan ibu bagi anaknya
- h. Pola coping
- Klien mengatakan walaupun air ketubanya pecah sebelum waktunya, klien bersyukur karena anaknya bisa lahir dengan selamat, sehat, dan kondisi keadaan baik, serta dukungan dari suami dan keluarga membuat klien terasa tenang dan senang, Bila klien mempunyai masalah selalu dibicarakan dengan suaminya dan keluarganya.
- i. Pola seksual reproduksi
- 1) Selama hamil :Klien mengatakan tidak mempunyai keluhan pada alat reproduksinya dan saat ini tidak menggunakan alat kotrasepsi karena sedang hamil
 - 2) Saat dikaji :Klien mengatakan saat ini mengeluarkan darah bercampur lendir ± 20cc, sudah ganti balut sebanyak 1x, saat ini klien tidak menggunakan KB karena baru selesai melahirkan

j. Pola peran dan hubungan

Selama hamil :Klien mengatakan dalam keluarga berperan sebagai isteri dan di masyarakat ia berperan sebagai anggota masyarakat

Saat hamil :Klien mengatakan merasa senang dengan kelahiran bayinya walaupun selama dirawat di ruangan Dewi Shinta klien belum dapat menggendong bayinya dikarenakan masih merasa nyeri bekas operasinya

k. Pola nilai dan kepercayaan

- 1) Saat hamil :Klien mengatakan beragama islam, setiap hari menjalankan sholat 5 waktu
- 2) Saat dikaji : Klien selama post SC tidak bisa sholat tetapi klien tetap berdoa di atas tempat tidur

9. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum

- 1) Penampilan :Lemah
- 2) Kesadaran :Composmetis 15 (E=4, M=6, V=5)

b. Tanda-tanda vital

- 1) TD :130/80 mmHg
- 2) Nadi :90 x/menit
- 3) Suhu :36,2 °C
- 4) RR :20 x/menit
- 5) SPO2 :99%

c. Kepala

- 1) Bentuk :Mesocephal, simetris, kulit tampak bersih, tidak ada lesi
- 2) Rambut :Hitam, bersih, tidak mudah rontok
- 3) Alis :Simetris, tebal, hitam, tidak mudah dicabut
- 4) Mata :Simetris, konjunktiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokolor
- 5) Muka :Simetris, muka tidak ada oedema
- 6) Hidung :Simetris, bersih, tidak ada penumpukan seckret, tidak ada pembesaran polip
- 7) Mulut :Simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis
- 8) Gigi :Bersih, tidak ada karises gigi
- 9) Telinga :Simetris, bersih, tidak ada serumen, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu
- 10) Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, dan vena jugularis

d. Dada

- 1) Paru-paru

Inspeksi :Simetris, gerakan nafas agak cepat, tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi :Vocal fremitus kiri dan kanan simetris

Perkusi :Bunyi paru-paru sonor

Auskultasi :Tidak ada suara tambahan

2) Jantung

Inspeksi :Bentuk dada simetris

Palpasi : Teraba ictus cordis di ICS V

Perkusi :Bunyi redup

Auskultasi :Tidak ada suara tambahan seperti gallop

3) Payudara

Payudara simetris kanan kiri, putting menonjol, aerola kehitaman, teraba keras, ada pembengkakan dan ada nyeri tekan, ASI keluar sedikit

4) Abdomen

Inspeksi :Lengkung, terdapat luka post operasi dibawah umbilikus

Auskultasi :Peristaltik usus 23x/menit

Palpasi :Terdapat nyeri tekan dibawah umbilikus

Perkusi :Tidak ada nyeri ketuk atau redup

5) Ekstermitas

a) Superior :Simetris, kuku pendek, bersih dan tidak pucat, akral hangat tidak ada oedem. Terpasang Infus RL 20x tetes di tangan sebelah kiri

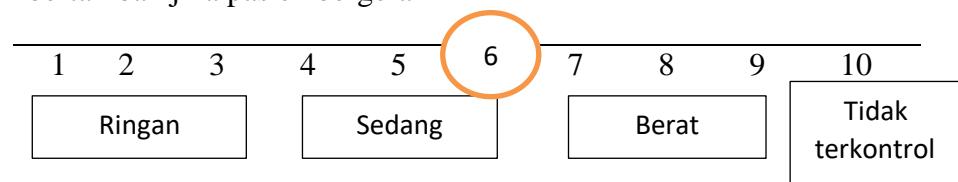
b) Inferior : Simetris, kuku pendek, bersih dan tidak pucat, akral hangat tidak ada oedem, tidak ada varices.

6) Genitalia

- a) Perineum : Terdapat pengeluaran darah divagina, tidak ruptur, tidak ada luka episiotomi, tidak ada tanda-tanda REEDA
- b) Lochea : Merah, berbau khas dan tidak menyengat, $\pm 50\text{cc}$
- c) Rectum : Bersih, tidak ada hemeroid

10. PENGKAJIAN NYERI

- a. Provoking : Penyebab nyeri adanya luka post operasi pada daerah abdomen, panjang jahitan $\pm 10\text{ cm}$, luka masih tertutup
- b. Quality : Pasien masih merasakan nyeri seperti di iris-iris
- c. Regional : Daerah nyeri pada operasi, kuadran III dan VI
- d. Skala : Skala nyeri yang dirasakan pasien 6
- e. Time : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan bertambah jika pasien bergerak



Gambar 3.1 Skala Nyeri

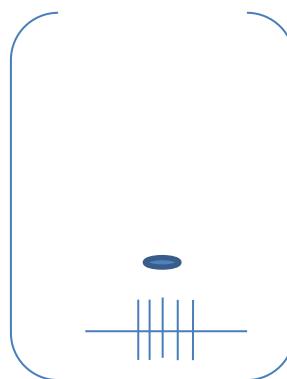
f. Pengkajian luka :

Pengkajian luka dilakukan pada tanggal 19 April 2024

Nama :Ny.H

Umur :32 tahun

Dx.Medis :Post SC KPD



Gambar 3.2 Lokasi Luka

Ukuran Luka : $(P \times L \times \text{Kedalaman}) = 16 \times 2 \times 0 + 32 \text{ cm}$

Permukaan Luka :Masih basah

Nyeri :Skala 6

Kulit sekitar luka kemerahan

11. LAPORAN OPRASI

Nama :Ny.H

No. RM :4326xx

Umur :32 tahun

Jenis Anestesi :Spinal

Jenis Oprasi :Besar

Diagnosa prabedah :KPD

Diagnosa pasca bedah :Sectio Caesaria Supra Vaginal atas Indikasi KPD

Nama Oprasi :Sectio Caesaria Supra Vaginal

Jaringan yang di insisi :Uterus

Tanggal Oprasi :19 April 2024

Jam mulai oprasi :10.15 WIB

Waktu selesai oprasi :11.05 WIB

Pasien tidur terlentang dalam spinal anestesi. Dilakukan tindakan antiseptic pada daerah abdomen dan sekitarnya, dibuat insisi diatas rambut pubis dengan arah melintang sepanjang 15 cm.

Kesan :KPD

Rencana :Sectio caesarea

Setelah diyakini tidak terjadi perdarahan maka dinding abdomen dijahit lapis demi lapis.

12. Data Penunjang Dan Terapi

a. Table 3.3 Hasil Laboratorium

Tanggal 18 April 2024

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	HARGA
NORMAL			
HEMATOLOGI			
Paket TBC			
Hemoglobin	11,7	g/dL	12.0-14.0
Leukosit	15.500	/uL	4.000-10.000
Trombosit	145000	/uL	150.000-400.000
Hematrokit	35	%	37-43
Imunoserolohi			
HbsAG	Negatif	-	Negatif
GDS	126	Mg/dl	70-140

b. Tabel 3.4 Terapi Obat

Tanggal 18 April 2024

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Ceftriaxone 1000 mg/1 gr	2x1	IV	Untuk infeksi yang disebabkan oleh patogen sensitif
2	Infus RL	20 Tpm	IV	Terapi yang digunakan untuk penambahan cairan tubuh
3	Ketopain 30 mg	3x1 30 mg	IV	Terapi jangka pendek untuk nyeri akut ringan sampai dengan berat pasca operasi
4	Amoxicillin 500 mg	3x500 mg	Oral	Antibiotik

c. Tabel 3.5 Terapi obat

Tanggal 19 April 2024

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Ceftriaxone 1000 mg/1 gr	2x1	IV	Untuk infeksi yang disebabkan oleh patogen sensitif
2	Infus RL	20 Tpm	IV	Terapi yang digunakan untuk

				penambah	cairan
				tubuh	
3	Ketopain 30 mg	3x1 30 mg	IV	Terapi pendek untuk nyeri akut ringan sampai dengan berat pasca operasi	jangka
4	Amoxcilin 500 mg	3x500 mg	Oral	Antibiotik	

d. Tabel 3.6 Terapi Obat

Tanggal 20 April 2024

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi	
1	Ceftriaxone 1000 mg/1 gr	2x1	IV	Untuk infeksi yang disebabkan oleh patogen sensitif	infeksi-
2	Infus RL	20 Tpm	IV	Terapi digunakan untuk penambah cairan tubuh	yang dgunakan untuk cairan tubuh
3	Ketopain 30 mg	3x1 30 mg	IV	Terapi pendek untuk nyeri akut ringan sampai dengan berat pasca operasi	jangka
4	Amoxcilin 500 mg	3x500 mg	Oral	Antibiotik	

B. ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

Nama :Ny.H Alamat :Karangasem Sobo
 Umur :32 Tahun No.RM : 4326xx

NO	HARI/ TGL	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM	TTD
1	Kamis 18 April 2024	<p>DS:</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>2. Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>P:Luka pada bekas operasi</p> <p>Q;Seperti disayat-sayat</p> <p>R:Abdomen kuadran 3-4</p> <p>S:6</p> <p>T:Hilang timbul saat bergerak</p> <p>DO:</p> <p>Klien nampak meringis kesakitan dan klien memegang bagian perutnya. Tampak ada balutan luka pada abdomen, Klien tampak</p>	<p>Agen pencedera fisik</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	Diva

gelisah

TTV:

TD:130/80 mmHg

HR:90 x/menit

RR:20 x/menit

S:36,2°C

2	Kamis	DS:	Ketidak	Gangguan	Diva
18	April	Klien mengatakan tidak mampu beraktifitas dan berpindah secara mandiri karena masih merasakan nyeri pada bekas operasi	nyamanan	mobilitas fisik	(D.0054)

DO:

Aktifitas klien tampak
di bantu orang lain,
pasien tampak bedres

Kekuatan otot menurun

Klien tampak cemas
untuk bergerak

5	5
4	4

3	Kamis,	DS:	Kurangnya	Ansietas	Diva
18	April	Kien mengatakan khawatir dengan jahitan	terpapar informasi	(D.0080)	

2024 operasinya robek jika
bergerak, Klien
mengatakan bingung,
klien mengatakan sulit
tidur

DO:

1. Tampak gelisah
2. Klien tampak
bingung dan tegang
3. Klien tampak sulit
tidur

4	Jumat,	DS:	Efek	Resiko	Diva
	19 April 2024	Klien mengatakan ada luka pada perut, klien mengatakan operasi dilakukan pada hari kamis jam 10.15 WIB, luka masih basah, klien mengatakan takut terjadi infeksi pada lukanya.	prosedur Invasive	Infeksi (D.0142)	
		DO:			
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post insisi post operasi di abdomen 2. Panjang luka sekitar 10cm 3. Sekitar luka tampak 			

kemerahan

4. Terdapat jahitan

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.8 Diagnosa Keperawatan

Nama	:Ny.H	Alamat	:Karangasem Sobo
/Umur	:32 Tahun	No.RM	: 4326xx
NO	HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TTD
1	Kamis, 18 April 2024	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Diva
2	Kamis, 18 April 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidaknyamanan	Diva
3	Kamis, 18 April 2024	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Diva
4	Jumat, 19 April 2024	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive	Diva

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

Nama :Ny.H Alamat :Karangasem Sobo
 Umur :32 Tahun No.RM : 4326xx

NO DP	HARI /TGL	TUJUAN SLKI	SIKI		TTD
			INTERVENSI MAYOR	INTERVENSI MINOR	
D. 0077	Kamis 18 April 2024	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Ketegangan otot menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan kenyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplomenter yang sudah di berikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik 	Diva

Tingkat Nyeri	Terapeutik: 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu rungan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
---------------	---

Kolaborasi:

1. Kolaborasi
pemberian anfetik,
jika perlu

D.	Kamis	Mobilitas Fisik	Dukungan Mobilisasi	Observasi:	Diva
0054	'	(L.05042)	(I.05173)	<p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 	

-
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi

Edukasi:

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Anjurkan mobilisasi dini
3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

D. 0080	Tingkat ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun	Reduksi ansietas (I.09314)	Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah(mis, kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal atau nonverbal)	Diva
			Terapeutik:	

<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat konsidensi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu 2. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 4. Latik teknik relaksasi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu
D. Jumat, Tingkat infeksi 0142 19 (L.14137)	Pencegahan infeksi Observasi: 1. Monitor gejala

April 2024	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:	(I.14539)	infeksi lokasi dan sistemik
Terapeutik:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Cairan berbau busuk menurun Gangguan kognitif menurun 			<ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit diarea edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
Edukasi:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 			
Kolaborasi:			
<p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>			

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

Nama :Ny.H Alamat :Karangasem Sobo
Umur :32 Tahun No.RM : 4326xx

NO.DX	HARI/ TANGGAL	TINDAKAN	RESPON HASIL	TTD
1	Kamis,18 April 2023	Mengobservasi keadaan umum dan tanda-tanda vital	Ds: Klien mengatakan nyeri diperut bekan operasi sectio caesaria Do: Ny.H tampak meringis	Diva
I		Mengidentifikasi lokasi, dan intensitas nyeri	Ds:Klien mengatakan nyeri bekas post sc, tidak bisa bergerak secara bebas dan belum bisa beraktivitas secara mandiri karena masih merasa nyeri	Diva

Q;Seperti
disayat-sayat

R:Abdome

S:6

T:Hilang
timbul saat
bergerak

Do:Klien
kesadaran
composmetis
dan klien bed
rest,KU:lemah,
akral hangat,
terpasang infus
RL 20 tpm dan
terpasang DC.

Ada luka pada
abdomen

TD:130/80
mmHg

HR:90 x/menit

RR:20 x/menit

S:36,2 °C

I	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan	Ds: Klien mengatakan	Diva
---	--	----------------------	------

	memperingan nyeri	takut bergerak
	karena jika	
	bergerak	
	nyerinya	
	semakin	
	bertambah	
		Do:
		Ny.H tampak
		meringis
		kesakitan
I	Mengidentifikasi repon nyeri non verbal	Ds: Klien mengatakan takut jika bergerak
		Do:
		Klien tampak menahan nyeri dan sesekali memejamkan mata
I	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Ds: Klien mengatakan belum bisa tidur
		Do:Klien

			tampak berbaring lemas	
I	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Ds: Klien mengatakan sudah mengerti dan mau mencoba	Diva	
		Do:		
		Klien tampak mengerti yang dijajarkan		
I	Memberikan teknik <i>holding finger</i> (genggam jari) untuk merilekskan	Ds: Klien mengatakan lebih rileks	Diva	
		Do:		
		Klien tampak menerapkan <i>holding finger</i> (genggam jari)		
I	Memberikan teknik kompres hangat untuk meredakan nyeri	Ds: Klien mengatakan nyeri masih terasa	Diva	

	P: bergerak	Saat
	Q:Seperti disayat sayat	
	R:Perut bagian bawah	
	S:6 turun ke 5	
	T:Hilang timbul	
	Do:	
	Klien tampak kooperatif	
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: Diva Klien mengatakan susah untuk tidur
	Do:	
	Klien tampak lemes dan berbaring I tempat tidur	
I	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Ds: Diva Klien mengatakan akan

melakukan teknik genggam jari dan kompres hangat secara mandiri jika nyerinya muncul

Do:

Klien tampak bersemangat untuk mengurangi rasa nyerinya

II	Mengajarkan pasien latihan bagaimana merubah posisi miring kanan dan kiri	Ds: Klien mengatakan bersedia untuk dilatih miring kanan dan kiri	Diva
II	Menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam beraktivitas	Ds: Keluarga klien mengatakan bersedia	
		Do:	

	Keluarga klien tampak kooperatif		
I,II,III	Memberikan injeksi cefriaxone 1 gr dan ketopain 30 mg melaluinselang infus	Ds: Klien bersedia di injeksi Do: Injeksi sudah dimasukan melalui selang infus	Diva
I,II,III	Memberikan obat oral Amoxcillin 500 mg	Ds: Klien mengatakan bersedia meminum obat Do: Obat tampak telah diminum klien	Diva
III	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah	Ds: Klien mengatkan cemas dengan bekas operasi	Diva

 sectio caesarea

Do:

 Klien tampak
gelisah

III	Monitor tanda tanda ansietas	Ds: Klien mengatakan khawatir setelah bekas operasinya dan susah untuk tidur	Diva
III	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Do: Klien tampak bingung	Diva
III	Memahami situasi	Ds: Klien mengatakan ingin cerita keluhan yang dirasakan dengan perawat	Diva

	yang membuat Klien ansietas, mengatakan mendengarkan memahami dengan penuh yang diajarkan perhatian	Do: Klien tampak memahami
III	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu	Ds: Klien dan keluarga mengatakan berseia untuk menemani Do: Klien dan keluarga kooperatif
III	Melatih pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds: Klien mengatakan masih cemas dan takut untuk bergerak Do: Klien tampak cemas

III	Melatih teknik relaksasi	Ds: Klien mengatakan mau diajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan	Diva
		Do:	
		Klien tampak bersedia	
I	Jumat, 19 April 2024	Mengobservasi keadaan umum dan tanda tanda vital	Ds: Klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian perut
			P:Nyeri saat bergerak
			Q:Seperti disayat
			R:Perut bagian bawah
			S:5
			T:Hilang

timbul

Do:

Klien tampak
meringis
menahan nyeri

Td:125/80
mmHg

S:36°C

N:95 x/menit

RR:20 x/menit

I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, dan intensitas nyeri	Ds: Klien mengatakan masih merasakan nyeri di bagian perut	Diva
		P:Nyeri saat bergerak	
		Q:Seperti disayat	
		R:Perut bagian bawah	
		S:5	
		T:Hilang	

		timbul	
		Do:	
		Klien tampak lemas	
I	Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri	Ds: Klien mengatakan sudah mendingan dari pada kemarin	Diva
		Do:	
		Klien tampak rileks	
I	Mengidentifikasi respon renyi non verbal	Ds: Klien mengatakan sudah belajar bergerak seperti miring kanan, dan miring kiri, serta berjalan	Diva
		Do:	
		Klien tampak membaik	
I	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada	Ds: Klien	Diva

	kualitas hidup	mengatakan agak terbiasa dengan kondisi sebagai ibu	
		Do:	
		Klien tampak kooperatif	
I	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Ds: Klien mengatakan melakukan apa yang diajarkan	Diva
		Do:	
		Klien tampak mengerti	
I	Memberikan teknik <i>holding finger</i> genggam jari untuk merilekskan	Ds: Klien mengatakan setelah menerapkan genggam jari menjadi rileks	Diva
		Do:	
		Klien tampak kooperatif	
I	Memberikan teknik	Ds:	Diva

	kompres untuk nyeri	hangat meredakan membuat setelah melakukan kompres hangat	Klien mengatakan membaik diajari lakukan kompres hangat
		Do:	
		Klien	tampak kooperatif
		S:5 turun 4	
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: Klien mengatakan sudah bisa tidur kurang lebih 5- 6 jam/hari	Diva
		Do:	
		Klien	tampak rileks dan tenang
I	Menganjurkan memonitor secara mandiri	Ds: Klien mengatakan melakukan apa yang telah di ajarkan kemarin	Diva

			Do:	
			Klien	tampak kooperatif
II	Menganjurkan ibu untuk duduk secara berlahan	Ds: Klien mengatakan bersedia untuk belajar duduk	Diva	
		Do:		
		Klien	tampak kooperatif	
II	Mengkaji kemampuan dalam mobilisasi	Ds; Klien mengatakan sudah belajar duduk, tetapi masih susah	Diva	
		Do:		
		Klien	tampak kelelahan saat belajar duduk	
III	Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah	Ds: Klien mengatakan cemasnya berkurang	Diva	

			Do:	
			Klien tampak tenang	
I,II,III,IV	Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr dan ketopain 30 mg melaluinselang infus	Ds: Klien bersedia di injeksi	Diva	
		Do:	Injeksi sudah masuk	
I,II,III,IV	Memberikan obat oral Amoxcillin 500 mg	Ds: Klien mengatakan bersedia meminum obat	Diva	
		Do:Obat telah diminum		
III	Memahami situasi yang membuat ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian	Ds: Klien mengatakan paham dengan apa yang telah diajarkan	Diva	
		Do:	Klien tampak memahami	

III	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	Ds: Klien mengatakan keluarga mendukung klien Dn menemani agar klien cepat sembuh	Diva
		Do: Klien tampak senang	
III	Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds: Klien mengatakan melakukan pengalihan dengan melihat bayinya	Diva
		Do: Klien tampak senang	
III	Melatih teknik relaksasi	Ds: Klien mengatakan sudah bisa melakukannya	Diva

Do:

Klien tampak
kooperatif

VI	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Ds: Klien mengatakan bersedia lukanya di buka dan di lihat	Do: Sekitar luka tampak kemerahan Warna darah terang Terdapat jahitan masih basah	Diva
VI	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Ds: Klien mengatakan tidak tau tanda dan gejala infeksi	Do: Klien tampak	

			memahami apa yang sudah dijelaskan	
VI	Menjelaskan cara mencuci tangan yang benar	Ds: Klien mengatakan ingin tau cara mencuci tangan yang baik dan benar	Diva	
		Do;Klien tampak memahami apa yang diajarkan		
VI	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Ds: Klien mengatakan tidak tau cara mengganti perban operasi	Diva	
		Do: Klien tampak memahami apa yang dijelaskan		
VI	Mengajarkan cara meningkatkan asupan makanan	Ds: Klien mengatakan	Diva	

tidak tau
makanan apa
yang harus
dimakan agar
jahitannya
cepat kering

Do;

Klien tampak
memahami apa
yang telah
disampaikan

I	Sabtu, 20 April 2024	Melakukan terapi <i>holding finger</i>	teknik	Ds: Klien	Diva
---	-------------------------	---	--------	--------------	------

mengatakan
melakukan
holding finger
ketika nyeri
terasa

Do;

Klien tampak
memahami
teknik terapi
holding finger
untuk
meredakan
nyeri

I		Melakukan kompres	teknik	Ds: hangat	Diva
---	--	----------------------	--------	---------------	------

	untuk meredakan Klien nyeri mengatakan sudah mendingan nyerinya	Do: Klien tampak membaik	
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: Klien mengatakan sudah bisa tidur kurang lebih 5- 7 jam / hari	Diva
I	Menganjurkan memonitor secara mandiri	Do: Klien tampak membaik	Diva

		kooperatif	
I,II,III,IV	Memberikan injeksi cefriaxone 1 gr dan ketopain 30 mg melaluinselang infus	Ds: Klien bersedia di injeksi Do: Injeksi sudah masuk	Diva
I,II,III,IV	Memberikan obat oral Amoxcillin 500 mg	Ds: Klien mengatakan bersedia meminum obat Do:Obat telah diminum	Diva
II	Mengkaji kemampuan berjalan	Ds: Klien mengatakan sudah mampu berjalan sekitar tempat tidur, aktivitas masih di bantu oleh keluarganya Do: Klien tampak kooperatif	Diva

II	Mengkaji kemampuan dalam mobilisasi	Ds: Klien mengatakan sudah mampu berjalan sampai ke kamar mandi sendiri
		Do; Klien tampak kooperatif
III	Mengidentifikasi saat ansetas berubah	Ds: Jlien mengatakan cemasnya berkurang
		Do: Klien tampak tenang
III	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Ds: Klien mengatakan nyeman ketika bercerita dengan keluhannya
		Do:

			Klien tampak lebih lega	
III	Memahami situasi yang membuat ansietas mendengarkan dengan perhatian penuh	Ds: Klien menagatkan memahami situasi yang dialaminya	Diva	
		Do:		
		Klien tampak kooperatif		
III	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	Ds: Klien mengatakan keluarganya mendukung untk kesembuhannya	Diva	
		Do:		
		Klien tampak senang		
III	Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds: Klien mengatakan untuk melatih ketegangannya dengan melihat	Diva	

bayinya

Do:

Klien tampak
memahami

III	Melatih teknik Ds: relaksasi	Klien mengatakan melakukan teknik relaksasi ketika cemas muncul
VI	Memonitor tanda dan Ds: gejala infeksi	Klien mengatakan sudah tau tanda dan gejala infeksi
VI	Menjelaskan cara Ds: mencuci tangan yang benar	Klien mengatakan

sudah bisa
mencuci tangan
dengan benar

Do:

Klien tampak
mengerti yang
diajarkan

VI	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Ds: Klien mengatakan mau diajarkan cara memeriksa kondisi luka
		Do: Klien tampak kooperatif -Tidak ada kemerahan -Tidak ada rembesan -Balutan luka tampak kering - Tidak ada bengkak disekitar luka
	Mengatarkan cara	Ds:

meningkatkan asupan Klien
makan mengatakan tau
makanan yang
harus dimakan
tinggi kalori
dan protein

Do:

Klien tampak
mengerti

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.11 Implementasi Keperawatan

Nama :Ny.H Alamat :Karangasem Sobo
Umur :32 Tahun No.RM : 4326xx

NO.	HARI/TGLL/ DP JAM	TINDAKAN	TTD
I	Kamis, 18 April 2024	<p>S: Klien mengatakan nyeri bekas post sc, Diva tidak bisa bergerak secara bebas dan belum bisa beraktivitas secara mandiri karena masih merasa nyeri</p> <p>P:Saat bergerak</p> <p>Q;Seperti disayat-sayat</p> <p>R:Abdomen</p> <p>S:6</p> <p>T:Hilang timbul saat bergerak</p> <p>O: saat bergerak</p> <p>Do:Klien kesadaran composmetis dan klien bed rest,KU:lemah, akral hangat, terpasang infus RL 20 tpm dan terpasang DC.</p> <p>Ada luka pada abdomen</p> <p>TD:130/80 mmHg</p> <p>HR:90 x/menit</p> <p>RR:20 x/menit</p> <p>S:36,2 °C</p>	

A: Masalah nyeri akut belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

1. Identifikasi skala nyeri
2. Identifikasi nyeri non verbal
3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
4. Identifikasi pengetahuan dan kenyakinan tentang nyeri
5. Monitor keberhasilan terapi komplomenter yang sudah diberikan
6. Monitor efek samping penggunaan analgetik

II

S: Klien mengatakan tidak mampu Diva beraktifitas dan berpindah secara mandir karena masih terasa nyeri pada post operasi

O: Aktivitas klien tampak di bantu orang lain, klien tampak bedrest

A: Masalah gangguan mobilisasi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)
 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*
 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi
-

III S:Klien mengatakan takut dengan jahitan Diva operasinya robek jika bergerak

0:

- Klien tampak gelisah
 - Tampak bingung
 - Tampak tegang
 - Klien kesulitan tidur

A:Masalah ansietas belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

- ## 1. Ajarkan teknik relaksasi

I Jumat, 19 April 2024 S: Klien mengatakan masih merasakan Diva nyeri di bagian perut

P:Nyeri saat bergerak

Q: Sepeti disayat

R:Perut bagian bawah

S:5

T:Hilang timbul

O:Klien tampak meringis menahan nyeri

Td:125/80 mmHg

S:36°C

N:95 x/menit

RR:20 x/menit

A:Masalah nya

Digitized by srujanika@gmail.com

	P: Lanjutkan intervensi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manjemen nyeri 2. Melakukan kompre hangat dan holding finger
II	S: Klien mengatakan sudah bisa miring Diva kana dan kiri, sudah mulah duduk dan berjalan walau masih gerasa nyeri O: Klien sudah belajar duduk dan berjalan A: Masalah gangguan mobilitas teratas sebagian
	P: Lanjutkan intervensi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi
III	S: Klien mengatakan masih cemas Diva O: Klien tampak cemas A: Masalah asietas teratas sebagian
	P: Pertahankan intervensi
	Melakukan teknik relaksasi
VI	S: Klien mengatakan terdapat luka post operasi pada perutnya, luka masih basah,

klien takut terjadi infeksi pada lukanya

O:

- Terdapat luka post operasi sc di abdomen
- Panjang luka sekitar 10 cm
- Warna darah terang
- Terdapat jahitan yang masih basah

A:Masalah resiko infeksi belum teratasi

P:Lanjutkan intervensi

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Anjurkan meningkatkan nutrisi

I	Sabtu, 20 April	S:Klien mengatakan nyeri bagian perut Diva
	2024	sudah mendingan saat bergerak

P:Saat bergerak

Q:Seperti disayat

R:Perut bagian bawah

S:3

T: Hilang timbul

O:Klien tampak segar

Td:120/80 mmHg

N:94 x/menit

S:36°C

RR:20 x/menit

A:Masalah nyeri akut sudah teratasi

P:Hentikan intervensi

II	<p>S:Klien mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan secara mandiri</p> <p>O:Klien tampak mampu berjalan sekitar tempat tidur, aktivitas dibantu hanya sedikit misal keluar dari kamar mandi</p> <p>A:Masalah gangguan mobilitas fisik teratas</p> <p>P:Hentikan intervensi</p>
III	<p>S:Klien mengatakan sudah tidak cemas</p> <p>O: Klien tampak lebih tenang</p> <p>A:Masalah ansietas sudah teratas</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>
VI	<p>S:Klien mengatakan mengerti tanda dan gejala infeksi, melakukan cuci tangan dengan benar 6 langkah, mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>O:Klien tampak mengerti dan paham</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terdapat bekas luka operasi -Balutan luka tampak kering -Tidak ada rembesan -Tidak ada Bengkak disekitar luka <p>A:Masalah resiko infeksi sudah teratas</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Melakukan cuci tangan dengan 6

langkah

Mengkonsumsi makanan tinggi kalori
dan protein

-Mengerti tanda dan gejala infeksi
