

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) Konsistensi | :- |
| 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 ampul=30mg, dan obat-obatan yang digunakan asam traneksamat 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 penilaian 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 rangsangan	2	2	2	2
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 metabolik

- 1) Saat hamil :Klien mengatakan sebelum sakit biasanya makan 3x sehari dengan menu nasi, laauk, sayur dan kadang juga mengkonsumsi buah, minum \pm 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 : $BB/TB^2 = 68kg/158cm^2$
 $= 26kg/m^2$

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 fases 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 istirahat 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 menggerakkan 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 jiika 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 koping

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 \pm 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, konjungtiva 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, puting 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

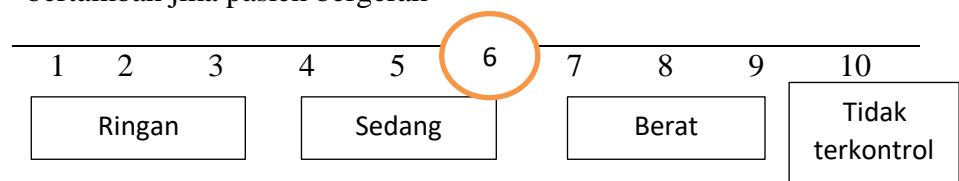
b) Inferior : Simetris, kuku pendek, bersih dan tidak pucat, akral hangat tidak ada oedem, tidak ada varices.

6) Genetalia

- 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,±50cc
- c) Rectum :Bersih, tidak ada hemeroid

10. PENGKAJIAN NYERI

- a. Provoking :Penyebab nyeri adanya luka post operasi pada daerah abdomen, panjang jahitan ±10 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

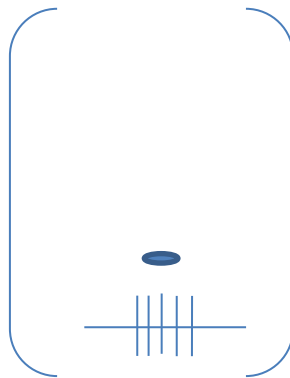
f. Pengkajian luka :

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 x L x Kedalaman) = 16 x 2 x 0 + 32 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	Cefriaxone 1000 mg/1 gr	2x1	IV	Untuk infeksi-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 jangka pendek untuk nyeri akut ringan sampai dengan berat pasca operasi
4	Amoxicilin 500 mg	3x500 mg	Oral	Antibiotik

c. Tabel 3.5 Terapi obat

Tanggal 19 April 2024

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Cefriaxone 1000 mg/1 gr	2x1	IV	Untuk infeksi-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 jangka pendek untuk nyeri akut ringan sampai dengan berat pasca operasi
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	Cefriaxone 1000 mg/1 gr	2x1	IV	Untuk infeksi-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 jangka pendek untuk nyeri akut ringan sampai dengan berat pasca operasi
4	Amoxcilin 500 mg	3x500 mg	Oral	Antibiotik

gelisah

TTV:

TD:130/80 mmHg

HR:90 x/menit

RR:20 x/menit

S:36,2°C

2	Kamis 18 April 2024	DS: Klien mengatakan tidak mampu beraktifitas dan berpindah secara mandiri karena masih merasakan nyeri pada bekas operasi DO: Aktifitas klien tampak di bantu orang lain, pasien tampak bedres Kekuatan otot menurun Klien tampak cemas untuk bergerak	Ketidaknyamanan	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Diva				
		<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4			
5	5								
4	4								
3	Kamis, 18 April	DS: Kien mengatakan khawatir dengan jahitan	Kurangnya terpapar informasi	Ansietas (D.0080)	Diva				

2024		<p>operasinya robek jika bergerak, Klien mengatakan bingung, klien mengatakan sulit tidur</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah 2. Klien tampak bingung dan tegang 3. Klien tampak sulit tidur 			
4	Jumat, 19 April 2024	<p>DS:</p> <p>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.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post insisi post operasi di abdomen 2. Panjang luka sekitar 10cm 3. Sekitar luka tampak 	<p>Efek</p> <p>prosedur Invasive</p>	<p>Resiko</p> <p>Infeksi (D.0142)</p>	Diva

Tingkat Nyeri	Terapeutik:
	<ol style="list-style-type: none"> 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 ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
	Edukasi:
	<ol style="list-style-type: none"> 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 angetik, jika perlu					
D. 0054	Kamis ' 18 April 2024	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Keuatan otot meningkat 3. Rentang gerak ROM meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Observasi:	Diva
1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya					
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan					
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi					
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi					
Terapeutik:					
1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)					
2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu					

<hr/>				
			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)	
<hr/>				
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) Terapeutik:	Diva
<hr/>				

		dengan kriteria hasil:		<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 	
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat konsidi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 		<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. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu 	
D. 0142	Jumat, 19	Tingkat infeksi (L.14137)	Pencegahan infeksi	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor gejala 	Diva

April 2024	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Cairan berbau busuk menurun <p>Gangguan kognitif menurun</p>	(I.14539)	<p>infeksi lokasi dan sistemik</p> <p>Terapeutik:</p> <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 <p>Edukasi:</p> <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 operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
------------	--	-----------	--

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 P:Saat bergerak	Diva

		Q;Seperti disayat-sayat	
		R:Abdomen	
		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	Diva
I	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Ds: Klien mengatakan belum bisa tidur Do:Klien	Diva

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

		P: Saat bergerak	
		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: Klien mengatakan susah untuk tidur	Diva
		Do:	
		Klien tampak lemes dan berbaring I tempat tidur	
I	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Ds: Klien mengatakan akan	Diva

		<p>melakukan teknik genggam jari dan kompres hangat secara mandiri jika nyerinya muncul</p> <p>Do:</p> <p>Klien tampak bersemangat untuk mengurangi rasa nyerinya</p>	
II	Mengajarkan pasien latihan bagaimana merubah posisi miring kanan dan kiri	<p>Ds:</p> <p>Klien mengatakan bersedia untuk dilatih miring kanan dan kiri</p> <p>Do:</p> <p>Klien tampak kooperatif</p>	Diva
II	Menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien dalam beraktivitas	<p>Ds:</p> <p>Keluarga klien mengatakan bersedia</p> <p>Do:</p>	

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

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

	yang membuat ansietas, mendengarkan dengan penuh perhatian	Klien mengatakan memahami yang diajarkan 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	Diva
III	Melatih pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds: Klien mengatakan masih cemas dan takut untuk bergerak Do: Klien tampak cemas	Diva

III		Melatih teknik relaksasi	Ds: Klien mengatakan mau diajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan Do: Klien tampak bersedia	Diva
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:Sepeti disayat R:Perut bagian bawah S:5 T:Hilang	Diva

		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:Sepeti 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 Do: Klien tampak mengerti	Diva
I	Memberikan tekni <i>holding finger</i> genggam jari untuk merilekskan	Ds: Klien mengatakan setelah menerapkan genggam jari menjadi rileks Do: Klien tampak kooperatif	Diva
I	Memberikan teknik	Ds:	Diva

	kompres hangat untuk meredakan nyeri	Klien mengatakan membaik setelah diajari melakukan 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 Do: Klien tampak rileks dan tenang	Diva
I	Menganjurkan memonitor nyeri 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 cefriaxone 1 gr dan ketopain 30 mg melalui selang infus	Ds: Klien bersedia di injeksi Do: Injeksi sudah masuk	Diva
I,II,III,IV	Memberikan obat oral Amoxicillin 500 mg	Ds: Klien mengatakan bersedia meminum obat Do: Obat telah diminum	Diva
III	Memahami situasi yang membuat ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian	Ds: Klien mengatakan paham dengan apa yang telah diajarkan Do: Klien tampak memahami	Diva

III	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	Ds: Klien mengatakan keluarga mendukung klien Dn menemani agar klien cepat sembuh Do: Klien tampak senang	Diva
III	Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds: Klien mengatakan melakukan pengalihan dengan melihat bayinya Do: Klien tampak senang	Diva
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
VI	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Ds: Diva
		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 Do;Klien tampak memahami apa yang diajarkan	Diva	
VI	Mengajarkan memeriksa luka	Ds: Klien mengatakan tidak tau cara mengganti perban operasi Do: Klien tampak memahami apa yang dijelaskan	Diva	
VI	Mengajarkan 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 mengatakan melakukan <i>holding finger</i> ketika nyeri terasa Do: Klien tampak memahami teknik terapi <i>holding finger</i> untuk meredakan nyeri	Diva
I		Melakukan kompres	teknik hangat	Ds:	Diva

	untuk meredakan nyeri	Klien mengatakan sudah mendingan nyerinya Do: Klien tampak membaik S: 3	
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds: Klien mengatakan sudah bisa tidur kurang lebih 5-7 jam / hari Do: Klien tampak membaik	Diva
I	Menganjurkan memonitor mandiri secara	Ds: Klien mengatakan memonitor nyerinya secara mandiri Do: Klien tampak	Diva

		kooperatif	
I,II,III,IV	Memberikan injeksi cefriaxone 1 gr dan ketopain 30 mg melalui selang infus	Ds: Klien bersedia di injeksi Do: Injeksi sudah masuk	Diva
I,II,III,IV	Memberikan obat oral Amoxicillin 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	<p>Ds:</p> <p>Klien mengatakan sudah mampu berjalan sampai ke kamar mandi sendiri</p> <p>Do;</p> <p>Klien tampak kooperatif</p>	
III	Mengidentifikasi saat ansetas berubah	<p>Ds:</p> <p>Jlien mengatakan cemasnya berkurang</p> <p>Do:</p> <p>Klien tampak tenang</p>	Diva
III	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	<p>Ds:</p> <p>Klien mengatakan nyaman ketika bercerita dengan keluhanya</p> <p>Do:</p>	Diva

			Klien tampak lebih lega	
III	Memahami situasi yang membuat ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian	Ds:	Klien mengatakan memahami situasi yang dialaminya	Diva
		Do:	Klien tampak kooperatif	
III	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	Ds:	Klien mengatakan keluarganya mendukung untuk 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 relaksasi	teknik	Ds:
			Klien mengatakan melakukan teknik relaksasi ketika cemas muncul
			Do:
			Klien tampak mengerti
VI	Memonitor tanda dan gejala infeksi		Ds:
			Klien mengatakan sudah tau tanda dan gejala infeksi
			Do:
			Klien tampak memahami
VI	Menjelaskan cara mencuci tangan yang benar		Ds:
			Klien mengatakan

			<p>sudah bisa mencuci tangan dengan benar</p> <p>Do:</p> <p>Klien tampak mengerti yang diajarkan</p>
VI	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Ds:	<p>Klien mengatakan mau diajarkan cara memeriksa kondisi luka</p> <p>Do:</p> <p>Klien tampak kooperatif</p> <p>-Tidak ada kemerahan</p> <p>-Tidak ada rembesan</p> <p>-Balutan luka tampak kering</p> <p>- Tidak ada bengkak disekitar luka</p>
VI	Mengajarkan cara	Ds:	

meningkatkan asupan makan	Klien mengatakan tau makanan yang harus dimakan tinggi kalori dan protein Do: Klien tampak mengerti
------------------------------	---

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 keyakinan tentang nyeri
5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan
6. Monitor efek samping penggunaan analgetik

II

S: Klien mengatakan tidak mampu Diva beraktifitas dan berpindah secara mandiri 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		<p>S:Klien mengatakan takut dengan jahitan Diva operasinya robek jika bergerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tampak gelisah -Tampak bingung -Tampak tegang -Klien kesulitan tidur <p>A:Masalah ansietas belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik relaksasi
I	<p>Jumat, 19 April 2024</p>	<p>S: Klien mengatakan masih merasakan Diva nyeri di bagian perut</p> <p>P:Nyeri saat bergerak</p> <p>Q:Sepeti disayat</p> <p>R:Perut bagian bawah</p> <p>S:5</p> <p>T:Hilang timbul</p> <p>O:Klien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>Td:125/80 mmHg</p> <p>S:36°C</p> <p>N:95 x/menit</p> <p>RR:20 x/menit</p> <p>A:Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p>

	<p>P:Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen nyeri 2. Melakukan kompre hangat dan holding finger 	
II	<p>S:Klien mengatakan sudah bisa miring Diva kana dan kiri, sudah mulah duduk dan berjalan walau masih gerasa nyeri</p> <p>O:Klien sudah belajar duduk dan berjalan</p> <p>A:Masalah gangguan mobilitas teratasi sebagian</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</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 	
III	<p>S:Klien mengatakan masih cemas</p> <p>O:Klien tampak cemas</p> <p>A:Masalah asietas teratasi sebagian</p> <p>P:Pertahankan intervensi</p> <p>Melakukan teknik relaksasi</p>	Divi
VI	<p>S:Klien mengatakan terdapat luka post operasi pada perutnya, luka masih basah,</p>	

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 2024	<p>S:Klien mengatakan nyeri bagian perut Diva sudah mendingan saat bergerak</p> <p>P:Saat bergerak</p> <p>Q:Seperti disayat</p> <p>R:Perut bagian bawah</p> <p>S:3</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>O:Klien tampak segar</p> <p>Td:120/80 mmHg</p> <p>N:94 x/menit</p> <p>S:36°C</p> <p>RR:20 x/menit</p> <p>A:Masalah nyeri akut sudah teratasi</p> <p>P:Hentikan intervensi</p>
---	----------------------	--

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 teratasi</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 teratasi</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 ahda bengkak disekitar luka <p>A:Masalah resiko infeksi sudah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Melakukan cuci tangan dengan 6

langkah

Mengonsumsi makanan tinggi kalori
dan protein

-Mengerti tanda dan gejala infeksi
