

BAB III
TINJAUAN KASUS

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PERIODE *POSTPARTUM*

A. Data Demografi

1. Nama Klien : Ny.S
2. Umur Klien : 33 tahun
3. Alamat : Ngentak
4. Status Perkawinan : menikah
5. Agama :Islam
6. Suku : Jawa
7. Pendidikan : Diploma
8. Pekerjaan : Swasta
9. Nama Suami : Tn.C
10. Status Obstetri : P2 A0, 40 Minggu
11. Diagnosa Medis : Riwayat Sc
12. Tanggal Masuk RS: 13 Desember 2023
13. No. RM : 31-44-41
14. Tanggal persalinan: 13 Desember 2023 Jam : 14:35
15. Tanggal pengkajian: 14 Desember 2023 Jam : 05:00

B. Keluhan Utama Saat Ini

Pasien mengatakan nyeri pada luka jahit postpartum Sc (*sectio caesarea*)

P : nyeri postpartum sc (*sectio caesarea*)

Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : nyeri bawah perut

S : 6

T : hilang timbul

C. Riwayat Penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya

D. Riwayat Persalinan dan kelahiran saat ini

1. Lamanya persalinan : tidak terkaji
2. Posisi Janin : Normal
3. Tipe Kelahiran : Sc Eracs
4. Penggunaan analgesik dan anestesi : tidak terkaji
5. Masalah selama persalinan : tidak ada masalah selama persalinan
6. Riwayat penggunaan kontrasepsi : tidak menggunakan kontrasepsi

E. Data Bayi

1. Panjang Badan : 51 cm
2. Berat Badan Lahir : 3,590 gram
3. Lingkar Kepala : 37 cm
4. Lingkar Dada : 34 cm
5. Lingkar lengan atas : 12 cm
6. Jenis Kelamin bayi : Laki-Laki

PENILAIAN APGAR SCORE						
0	1	2	APGAR SCORE	1'	5'	10'
Tidak ada	<100	>100	Detak jantung	1	2	
Tidak ada	Tidak teratur	Baik	Pernafasan	2	2	
Lemah	Sedang	Baik	Tonus otot	2	2	
Tidak ada	Meringis	Menangis	Peka rangsang	2	2	
Biru/putih	Ujung-ujung biru	Merah jambu	Warna	2	2	
				9	10	

1 Menit Pertama APGAR Score Bayi Ny.s : bayi normal

5 Menit APGAR score Bayi Ny.s : bayi normal

Afsikia ()

Tidak Afsikia (√)

F. Keadaan Psikologis Ibu

(bagaimana perasaan ibu saat ini? Penyesuaian ibu terhadap kelahiran bayi?)

Perasaan ibu saat ini sangat senang menyambut anak keduanya dan pasien mengatakan tidak ada penyesuaian terhadap kelahiran bayinya karena kelahiran ini adalah anak kedua

G. Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada riwayat penyakit keluarga

H. Riwayat Ginekologi

Pasien mengatakan tidak ada penyakit ginekologi

I. Riwayat Obstetri

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan	BB lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1	Laki-laki	Sc	Pku kota	-	-	Sehat	3 thn
2.	Laki-laki	Sc	Pku kota	3,590gram	Tidak ada komplikasi	Sehat	1 hari

Tanda Tanda Vital meliputi TD, Nadi, RR, Suhu, TFU, Lokia

1. TD : 104/69 mmhg
2. Nadi : 80 x/mnt
3. Rr : 95 x/mnt
4. Suhu : 36,7 °C
5. SPo2: 100 x/mnt
6. Tfu : 1 jari dibawah pusat, kontraksi terasa lunak
7. Lochia: merah (rubra)

J. Riwayat Kesehatan Saat ini

1. Pola Nutrisi :
 - a. BB : 50 Kg TB : 150 cm IMT: 22,2 (Normal)
 - b. Gizi kurang. Gizi cukup. √ Gizi baik
 - c. Biokimia : Tidak Terkaji
 - d. Clinical Sign : Normal

- e. Frekuensi makan : 2x sehari
 - f. Nafsu makan : baik 1 porsi habis
 - g. Jenis makanan : Nasi, lauk, sayuran dan buah
 - h. Keluhan yang b/d makan : Klien mengatakan tidak ada masalah dengan makanan
 - i. Alergi makanan : Tidak ada alergi makanan
 - j. Minum : Klien mengatakan minum sekitar 5-7 gelas sekitar ± 200 ml Sehari ($\pm 1L$ / hari)
2. Pola eliminasi
- a. BAK
 - 1) Frekuensi dan waktu : pagi jam 06:00 siang jam 12:00
 - 2) Kebiasaan BAK malam hari: tidak ada
 - 3) Keluhan yg b/d BAK : klien mengatakan tidak ada keluhan
 - b. BAB
 - 1) Frekuensi dan waktu : 1x sehari
 - 2) Konsistensi : Padat
 - 3) Keluhan yg b/d BAB : Tidak ada keluhan
 - 4) Riwayat penggunaan laksatif : Tidak ada
3. Pola Aktivitas dan Latihan
- a. Mandi
 - 1) Frekuensi dan waktu : 2x sehari (pagi dan sore)
 - 2) Pemakaian sabun : Ya /~~tidak~~
 - b. Oral Hygiene
 - 1) Frekuensi dan waktu gosok gigi : 2 x gosok gigi (pagi dan sore)
 - 2) Menggunakan pasta gigi : Ya
 - c. Cuci Rambut
 - 1) Frekuensi : 2x sehari (Pagi dan sore)
 - 2) Penggunaan Shampo : Ya /~~Tidak~~
 - d. Kuku dan Tangan
 - 1) Frekuensi gunting kuku : Ketika kuku terlihat panjang langsung

dipotong agar bersih.

- 2) Kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun : selalu menggunakan sabun untuk mencuci tangan.

4. Pola Istirahat tidur

- 1) Lama tidur malam : ± 8jam (jam 22:00-5:00)
- 2) Tidur siang : ± 2jam (jam 13:00-14:00)
- 3) Keluhan b/d tidur : tidak ada keluhan

5. Pola Persepsi terhadap diri

Pasien mengatakan pola persepsi terhadap diri mampu merawat anaknya dengan sebaik mungkin tidak ada perbedaan cara asuh terhadap anak pertama.

6. Pola Hubungan peran

Pasien mengatakan perannya di keluarga menjadi istri dan menjadi seorang ibu

7. Pola Stress dan koping

Pasien mengatakan masih mampu berbicara dengan orang sekilangnya, mampu melakukan pekerjaan dengan baik. Tidak ada masalah dalam pola stres dan koping

K. Pemeriksaan Fisik

Meliputi :

1. Kepala

- a. Kepala : Normal
- b. Rambut : warna rambut berwarna hitam dan lurus
- c. Mata : letak kanan dan kiri simetris, pupil isokor, selera tidak ikterik, konjunctiva tidak anemis.
- d. Hidung : tidak ada polip, tidak ada pembengkakan
- e. Mulut : mulut pasien lembab, tidak terjadi sianosis, lidah tidak sulit untuk digerakan, dan dalam kemampuan menelan tidak ada gangguan.

- f. Telinga : didapatkan letak yang simetris, tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan pasien tidak perlu disentuh
Ketika dipanggil
2. Leher : tidak ada benjolan
 3. Dada dan Payudara : tampak simetris, tidak ada benjolan dan ASI terlihat belum keluar
 4. Abdomen :
 - a. Inspeksi : dinding perut cekung dari dada, tidak ada lesi, terlihat luka postpartum Sc posisi horizontal di bawah perut
 - b. Auskultasi : terdengar bising usus dan peristaltic usus 20x/menit
 - c. Perkusi : adanya suara timpani
 - d. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada cairan. Tinggi Fundus Uteri 1 jari dibawah pusat. Kontraksi lunak
 5. Perineal : Perineal terdapat lokia berwarna rubra dengan jumlah 500 cc/24 jam
 6. Ekstremitas
 - a. Ekstremitas atas : bagian tangan kanan bisa digerakan, tangan
 - b. kiri terpasang infus RL 500 ml
 - c. Ekstremitas bawah : kaki kanan dan kiri tidak terdapat luka, tidak
 - d. ada nyeri tekan, bisa digerakan terpasang kateter

PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

Tanggal dan jenis pemeriksaan	Hasil dan nilai normal	Interpretasi
APTT	30.9 (25.00-35.00)	Normal
Kontrol APTT	33.9 (-)	Normal
PDW	- (0.00-09.00)	Normal
Lekosit	10.4 (4.00-10.00)	Abnormal
Eosinofil	1 (1.00-3.00)	Normal
Basofil	0.0 (0.00-1.00)	Normal
Netrofil	70 (50.00-70.00)	Normal
Limfosit	23 (20.00-40.00)	Normal
Monosit	7 (2.00-8.00)	Normal
Entrosit	3.50 (4.40-5.90)	Abnormal
Hemoglobin	11.6 (12.00-17.00)	Abnormal
Hematokrit	33 (35.00-45.00)	Abnormal
Mcv	94.5 (80.00-100.00)	Normal
MCH	33.0 (22.00-34.00)	Normal
MCHC	34.9 (32.00-36.00)	Normal
RDW	13.5 (11.60-14.80)	Normal
Trombosit	273 (150.00-450.00)	Normal
MPV	7.23 (5.30-8.70)	Normal
Golongan Darah	B	Normal
Sewaktu	75 (70-140.00)	
HbsAg	Negatif (Negatif)	Normal
PPT	13.4 (11.00-18.00)	Normal
Kontrol PPT	12.9	Normal
Rhesus	Positif	Normal

TERAPI MEDIS

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Jam	Dosis	Indikasi Terapi
14-12-23	Paracetamol infus	IV	08.00, 16.00, 24.00.	1000 mg	Menurunkan rasa nyeri dan demam. Mengurangi rasa nyeri
	Pronalges suppo	Anus	06.00	100 mg	setelah operasi postpartum.
	Cefazolin	IV	13.00 (pre op)	2 gr	Antibiotik untuk menanganai penyakit infeksi bakteri

ANALISA DATA

DATA (DO/DS)	PROBLEM	ETIOLOGI
Ds : pasien mengatakan ASI belum keluar Do: - terlihat ASI tidak menetas - terlihat bayi menangis saat disusui - terlihat bayi menghisap tidak terus menerus	Menyusui tidak efektif	Ketidakadekuatan suplai ASI
Ds : pasien mengatakan nyeri setelah melakukan operasi sesar hari pertama Do : - terlihat pasien meringis	Nyeri akut	Agen pecedera fisik

<ul style="list-style-type: none"> - terlihat terpasangnya perban dibawah perut dengan posisi horizontal - P= Post op sc hari pertama - Q= seperti ditusuk-tusuk - R= bawah perut - S= 6 - T= hilang timbul <p>Tanda-tanda vital: TD : 104/69 mmhg Nadi : 80 x/mnt Rr : 100 x/mnt Suhu : 36,7 °C</p>		
<p>Ds : Pasien mengatakan masih sulit untuk gerak karena nyeri post op sc hari pertama</p> <p>Do : terlihat pasien nyeri saat ingin gerak gerakan</p> <p>Tanda-tanda vital: TD : 114/96 mmhg Nadi : 96 x/mnt Rr : 99 x/mnt Suhu : 36,6 °C</p> <p>Kekuatan otot: Ekstremitas atas kanan dan kiri : 5 5</p>	<p>Gangguan mobilitas</p>	<p>Nyeri</p>

Ekstremitas bawah kanan dan kiri : 4 4		
---	--	--

L. Diagnosa Keperawatan Yang Di Tegakkan


1. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik
3. gangguan mobilitas berhubungan dengan nyeri

RENCANA KEPERAWATAN

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	Setelah dilakukan intervensi keperawawatan 2x24 jam didapatkan hasil : Status menyusui L.03029 1.tetesan/pancaran ASI cukup menurun (2) menjadi sedang (3) 2. suplai ASI adekuat cukup menurun (2) menjadi sedang (3)	Pijat Laktasi I.03134 Observasi : 1. monitor kondisi mammae dan puting 2. identifikasi keinginan ibu untuk menyusui Terapeutik : 1. lakukan pijat marmet 2. posisikan ibu dengan nyaman mungkin 3. pijat mulai kepala, leher, bahu, punggung dan payudara 4. pijat dengan lembut 5. pijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>) 6. libatkan suami dan keluarga Edukasi : 1. jelaskan tujuan dan prosedur tindakan 2. jelaskan manfaat tindakan
Nyeri akut berhubungan	Setelah dilakukan Intervensi keperawatan 2x24 jam	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi Identifikasi skala nyeri

dengan agen pencederah fisik	<p>didapatkan hasil:</p> <p>Tingkat nyeri</p> <p>L.08066</p> <p>1. Keluhan nyeri cukup meningkat (2) menjadi sedang (3)</p>	<p>Terapeutik</p> <p>Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Anjurkan analgetic secara tepat</p> <p>Ajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 2x24 jam didapatkan hasil :</p> <p>Mobilitas fisik</p> <p>L.05042</p> <p>1. Nyeri cukup meningkat (2) menjadi sedang (3)</p>	<p>Dukungan mobilitas fisik I. 05173 Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Monitor kondisi fisik umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <p>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mrningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>


IMPLEMENTASI HARI 1


DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	14 Des 2023	1.jelaskan tujuan dan prosedur tindakan	09:00	 Lidiah
	08:00	S: - O: terlihat pasien paham tujuan dan prosedur sebelum pijat	S: -pasien mengatakan sangat nyaman saat diberikan pijat marmet -pasien mengatakan sangat senang setelah diberikan pijat marmet karena ASI mulai keluar sedikit	
	08:05	2.jelaskan manfaat tindakan S: - O:terlihat pasien paham manfaat tindakan.	O : terlihat payudara Ny.S setelah diberikan pijat Marmet, ASI mulai Keluar sedikit	
	08:10	3.libatkan suami dan keluarga S: - O: terlihat keluarga pasien dan suami antusias untuk melihat proses pemijatan	dipayudara kanan, sedangkan payudara kiri tidak ada keluarnya ASI A : menyusui tidak efektif teratasi sebagian P: melanjutkan intervensi - pijat marmet	
	08:20	4.memonitor kondisi mammae dan puting S: - O: terlihat kondisi mammae dan puting tampak baik, tidak terlihat lecet		
		5.mengidentifikasi keinginan ibu untuk menyusui S: pasien mengatakan selalu ingin menyusui anaknya		

	<p>08:25</p> <p>08:30</p>	<p>O: terlihat pasien selalu ada keinginan untuk menyusui anaknya</p> <p>6. posisikan ibu dengan nyaman mungkin</p> <p>S: pasien mengatakan nyaman dengan posisi duduk</p> <p>O: terlihat pasien nyaman dengan posisi yang diinginkan</p> <p>7. pijat mulai kepala, leher, bahu, punggung dan payudara</p> <p>S: pasien mengatakan nyaman saat dipijat</p> <p>O: terlihat pasien nyaman dengan pijat</p> <p>8. pijat dengan lembut.</p> <p>S: -</p> <p>O: terlihat pasien rileks</p> <p>9. pijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>)</p> <p>S: -</p> <p>O: terlihat pasien rileks</p> <p>10. Melakukan pijat marmet</p> <p>S: -</p> <p>O: melakukan pijat Marmet selama ± 10 menit dilakukan 2 kali dalam sehari</p>		
--	---	--	--	--

		<p>11. Melakukan evaluasi produksi ASI</p> <p>S: -</p> <p>O: terlihat setelah diberikan pijat Marmet terlihat ASI mulai keluar sedikit</p>		
--	--	--	--	--


PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik</p>	<p>14 des 2023 00:00</p> <p>00:05</p> <p>00:10</p>	<p>1.mengidentifikasi skala nyeri S: -pasien mengatakan nyeri dibagian post op sc hari pertama -pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih bisa melakukan aktifitas seperti makan dan minum sendiri -pasien mengatakan skala nyeri 6 O: terlihat pasien masih merasakan nyeri akan tetapi masih bisa melakukan aktifitas 2. Memfasilitas istirahat dan tidur S:- O: terlihat pasien sedang istirahat 3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri S:- O: terlihat pasien rileks meredakan nyeri dengan secara nonfarmakologi yaitu tarik napas dalam dan mendengar murotal al-qur'an 4. memberikan analgetic secara tepat yaitu paracetamol 1000 mg dan pronalges suppo 100 mg 5.Mengajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri S:- O: terlihat pasien rileks Tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri</p>	<p>07:00</p> <p>S: pasien mengatakan sudah mengerti cara mengurangi nyeri O: - terlihat pasien memahami cara meredakan nyeri. - Melakukan kolaborasi farmakologi untuk meredakan nyeri yaitu obat paracetamol,pronalges suppo dan cefazolin - Terlihat pasien menahan rasa sakit - Terlihat perban pasien dibawah perut dengan posisi horizontal, tampak bersih.</p> <p>•P= Post op sc hari pertama •Q=seperti ditusuk-tusuk •R= bawah perut •S= 4 •T= hilang timbul A: masalah nyeri akut teratasi sebagian P: melanjutkan intervensi - Memberikan analgetic pracetamol, pronalges dan cefazolin</p>	 <p>Lidiyah</p>
--	---	--	--	--

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	14 des 2023	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	08:00	 Lidiyah
	06:00	S: pasien mengatakan nyeri saat gerak O: terlihat pasien merasakan nyeri saat ingin gerak post sc hari pertama	S: -pasien mengatakan setelah dilakukan mobilisasi masih sulit saat ingin gerak miring kanan dan kiri post sc hari pertama. -pasien mengatakan pasien ingin duduk harus dibantu secara perlahan	
	06:05	2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	O : -terlihat pasien masih sulit miring kanan dan kiri post sc hari pertama. -terlihat pasien bisa duduk akan tetapi dibantu oleh keluarga secara perlahan-lahan	
	06:10	3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	A : teratasi sebagian P: melanjutkan intervensi	
	06:15	S : - O : terlihat pasien masih sulit untuk miring kanan dan kiri		
		4. Memonitor kondisi fisik umum selama melakukan mobilisasi		
		S : -		

	<p>06:20</p>	<p>O: terlihat kondisi pasien saat melakukan mobilisasi tampak muka memerah dan berkeringat</p> <p>5.memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <p>S : pasien mengatakan selalu memegang pagar tempat tidur untuk belajar gerak</p>		
	<p>06:25</p>	<p>O : terlihat terpasang pagar tempat tidur</p> <p>6..Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mrningkatkan pergerakan</p> <p>S: pasien mengatakan suami selalu membantu setiap ingin gerak</p> <p>O : terlihat suami pasien antusias turut membantu mobilisasi pasien</p>		


IMPLEMENTASI HARI 2


DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	15 des 2023	1.jelaskan tujuan dan prosedur tindakan	<p style="text-align: center;">14:00</p> <p>S:</p> <p>-pasien mengatakan sangat nyaman saat diberikan pijat marmet</p> <p>-pasien mengatakan sangat senang setelah diberikan pijat marmet selama dua hari ini membuat ASI keluar.</p> <p>O :</p> <p>terlihat payudara Ny.S setelah diberikan pijat Marmet, ASI Keluar dipayudara kanan dan kiri</p> <p>A : menyusui tidak efektif teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>	 Lidiyah
	08:45	S: - O: terlihat pasien paham tujuan dan prosedur sebelum pijat		
	08:50	2.jelaskan manfaat tindakan S: - O:terlihat pasien paham manfaat tindakan.		
	08:55	3.libatkan suami dan keluarga S: - O: terlihat suami pasien antusias untuk melihat proses pemijatan		
	09:00	4.memonitor kondisi mammae dan puting S: - O: terlihat kondisi mammae dan puting tampak baik, tidak terlihat lecet		
		5.mengidentifikasi keinginan ibu untuk menyusui S: pasien mengatakan selalu ingin menyusui anaknya		

	09:05	<p>O: terlihat pasien selalu ada keinginan untuk menyusui anaknya</p> <p>6. posisikan ibu dengan nyaman mungkin</p> <p>S: pasien mengatakan nyaman dengan posisi duduk</p> <p>O: terlihat pasien nyaman dengan posisi yang diinginkan</p> <p>7. pijat mulai kepala, leher, bahu, punggung dan payudara</p> <p>S: pasien mengatakan nyaman saat dipijat</p> <p>O: terlihat pasien nyaman dengan pijat</p> <p>8. pijat dengan lembut.</p> <p>S: -</p> <p>O: terlihat pasien rileks</p> <p>9. pijat secara melingkar (<i>butterfly stroke</i>)</p> <p>S: -</p> <p>O: terlihat pasien rileks</p> <p>10. Melakukan pijat marmet</p> <p>S: -</p> <p>O: terlihat pasien rileks dan tenang saat dilakukan pijat Marmet selama ± 10 menit</p>		
--	-------	---	--	--

		<p>dilakukan 2 kali dalam sehari</p> <p>11. Melakukan evaluasi produksi ASI</p> <p>S: -</p> <p>O: terlihat setelah pasien diberikan pijat Marmet terlihat ASI mulai keluar sedikit</p>		
--	--	--	--	--

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederah fisik</p>	<p>15 des 2023 08:00</p> <p>08:05</p> <p>08:10</p>	<p>1.mengidentifikasi skala nyeri S: -pasien mengatakan nyeri dibagian post op sc hari kedua -pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih bisa melakukan aktifitas seperti makan dan minum sendiri -pasien mengatakan skala nyeri 4 O: terlihat pasien masih merasakan nyeri dengan skala 4 akan tetapi masih bisa melakukan aktifitas seperti Makan dan minum sendiri.</p> <p>2. Memfasilitas istirahat dan tidur S:- O: terlihat pasien sedang istirahat</p> <p>3. Menjelaskan strategi meredakan nyeri S:- O: terlihat pasien rileks meredakan nyeri dengan secara nonfarmakologi yaitu tarik napas dalam dan mendengar murotal al-qur'an</p> <p>4. memberikan analgetic secara tepat yaitu paracetamol 1000 mg dan pronalges suppo 100 mg</p> <p>5.Mengajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri S:- O: terlihat pasien rileks dengan Tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri</p>	<p>14:00</p> <p>S: pasien mengatakan sudah mengerti cara mengurangi nyeri O: - terlihat pasien memahami cara meredakan nyeri. - Melakukan kolaborasi farmakologi untuk meredakan nyeri yaitu obat paracetamol,pronalges suppo dan cefazolin - Terlihat pasien menahan rasa sakit - Terlihat perban pasien dibawah perut dengan posisi horizontal, tampak bersih</p> <p>- P= Post op sc hari kedua - Q=seperti ditusuk-tusuk - R= bawah perut - S= 2 - T= hilang timbul</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi P: hentikan intervensi</p>	 Lidiyah
--	---	---	--	---

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	15 des 2023	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	14:00	 Lidiyah
	08:15	S: pasien mengatakan nyeri saat gerak O: terlihat pasien merasakan nyeri saat ingin gerak post sc hari pertama	S: -pasien mengatakan setelah dilakukan mobilisasi sudah bisa miring kanan dan kiri -pasien mengatakan pasien sudah bisa duduk dengan sendiri tanpa bantuan	
	08:20	2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	O : -terlihat pasien sudah bisa miring kanan dan kiri -terlihat pasien bisa duduk tanpa bantuan post sc hari kedua	
	08:25	3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	A :gangguan mobilisasi teratasi P: hentikan intervensi	
	08:30	S : - O : terlihat pasien masih sulit untuk miring kanan dan kiri		
		4. Memonitor kondisi fisik umum selama melakukan mobilisasi		
		S : -		

	<p>08:35</p> <p>08:40</p>	<p>O: terlihat kondisi pasien saat melakukan mobilisasi tampak muka memerah dan berkeringat</p> <p>5.memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <p>S : pasien mengatakan selalu memegang pagar tempat tidur untuk belajar gerak</p> <p>O : terlihat terpasang pagar tempat tidur</p> <p>6..Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mrningkatkan pergerakan</p> <p>S: pasien mengatakan suami selalu membantu setiap ingin gerak</p> <p>O : terlihat suami pasien antusias turut membantu mobilisasi pasien</p>		
--	---	--	--	--