

BAB III

PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Intan Tiarasukma
Tempat Studi Kasus : RSUD Wates
Tanggal Praktik : 24-29 Juli 2023

A. IDENTITAS

Nama Klien : Ny. K
Umur Klien : 23 Tahun
Alamat : Bonosoro, Jatirejo, Lendah
Status Perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SMK
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Nama Suami : Tn. F
Status Obstetri : P1 A0
Diagnosa Medis : Fetal Distress
Tanggal Masuk RS : 23 Juli 2023
No. RM : 7545XX
Tanggal Persalinan : 24 Juli 2023, Jam 06:00 WIB
Tanggal Pengkajian : 24 Juli 2023, Jam 13:00 WIB

B. KELUHAN UTAMA SAAT INI

- a. Klien mengatakan nyeri dibagian luka post SC
 - a. Pengkajian nyeri
 - Provocate : nyeri bertambah saat melakukan pergerakan
 - Quality : seperti ditusuk-tusuk
 - Region : di perut bawah bekas luka post op SC

Scale : skala nyeri 7

Time : hilang timbul

- b. Klien mengatakan belum bisa jalan
- c. Klien mengatakan belum mengetahui teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyerinya
- d. Klien mengatakan ASInya belum lancar

C. RIWAYAT PERSALINAN DAN KELAHIRAN SAAT INI

1. Lamanya persalinan : -
2. Posisi janin : Presentasi Kepala
3. Tipe kelahiran : *Sectio Caesarea*
4. Penggunaan analgesic dan anastesi : Spinal
5. Masalah selama persalinan : Tidak ada masalah
6. Riwayat penggunaan kontrasepsi : Tidak ada

D. DATA BAYI

1. Panjang Badan : 48 cm
2. Berat Badan Lahir : 2.820 gr
3. Lingkar Kepala : 31 cm
4. Lingkar Dada : 30 cm
5. Lingkar Lengan Atas : 10 cm
6. Jenis Kelamin Bayi : Perempuan
7. Nilai APGAR Skor : 819
8. Tanggal Lahir Bayi : 24 Juli 2023

E. KEADAAN PSIKOLOGI IBU

Tidak ada gangguan psikologis pada ibu, ibu sangat bahagia karena sudah melahirkan anaknya

F. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

Tidak ada penyakit keluarga

G. RIWAYAT GINEKOLOGI

Tidak ada riwayat ginekologi

H. RIWAYAT OBSTETRI

Tabel 3.1 Riwayat Obsteri

No	Jenis kelamin	Cara Lahir	Tempat Persalinan	BB Lahir	Komplikasi Selama Persalinan	Keadaan saat ini	Umur saat ini
1.	Perempuan	SC	RSUD Wates	2.820 gr	Tidak ada	Normal	0 bulan

I. TANDA- TANDA VITAL

1. Tekanan Darah : 105/70 mmHg
2. Nadi : 102 x/ menit
3. Respirasi : 21 x/ menit
4. Suhu : 36°
5. SpO2 : 96%
6. TFU : 2 jari diatas pusar
7. Lokhea : Rubra

J. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

1. Pola Nutrisi Sebelum Persalinan

- a. BB : 56 kg
- b. IMT : 21,87 (normal)
- c. TB : 160 cm
- d. Lila : 23 cm
- e. Gizi : gizi baik
- f. Frekuensi makan: 3 kali sehari
- g. Jenis makanan: diet lunak
- h. Keluhan yang b/d makan : tidak ada
- i. Alergi makanan : tidak ada

2. Pola Cairan Elektrolit

- a. Infus RL : 300 MI
- b. Keluhan yang b/d minum : tidak ada

3. Pola Eliminasi

- a. BAK : Pasien terpasang kateter, urin 500 cc dengan karakteristik urin kuning pekat
- b. BAB : Frekuensi dan waktu : setelah operasi belum BAB
Konsistensi : belum BAB
Kebiasaan BAB mala hari : tidak pernah
Keluhan BAB : belum bisa BAB karena efek prosedur anestesi operasi SC

4. Pola Aktivitas dan Latihan

- a. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- b. Olahraga rutin : Seminggu sekali sebelum melahirkan
- c. Alat bantu : tidak ada
- d. Kemampuan ROM : pasien mengatakan masih nyeri ketika banyak bergerak
- e. Kemampuan ambulasi : kurang bisa bergerak bebas karena nyeri, pasien juga belum berani untuk miring kanan miring kiri

5. Pola Istirahat Tidur

- a. Lama tidur malam : 8 jam
- b. Tidur siang : jarang tidur siang
- c. Keluhan b.d tidur : setelah operasi pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri post op

6. Pola Persepsi Terhadap Diri

- a. Pasien mengatakan sudah lega dan agak tenang karena bayinya sudah lahir dengan selamat
- b. Tidak ada dampak terhadap gambaran diri pasien sehabis operasi SC

7. Pola Hubungan Peran

- a. Apakah anda tinggal sendiri atau bersama keluarga? Pasien mengatakan masih tinggal bersama orang tuannya
- b. Gambaran struktur keluarga pasien? Orang tua, suami dan anaknya
- c. Apakah anda baru saja pindah rumah dalam 6 bulan terakhir? Tidak

- d. Apakah ada anggota keluarga yang rutin mengunjungi pasien atau menemani pasien dirumah sakit? Ada, suami dan ibunya pasien
- e. Apakah terjadi perubahan pada keluarga yang diakibatkan dari proses hospitalisasi? Tidak ada
- f. Apakah proses hospitalisasi mempengaruhi peran anggota keluarga yang lain? Tidak ada
- g. Apakah terdapat problem yang dialami keluarga dalam mengasuh anak? Tidak ada

8. Pola Stress dan Koping

- a. Apakah pasien mengalami tekanan psikis yang cukup banyak akhir-akhir ini? Adakah yang dapat meringankan tekanan pasien? Dan apakah
- b. anda menggunakan obat-obatan, alkohol, rokok, untuk mengurangi tekanan tersebut? Pasien mengatakan tidak ada
- c. Apakah pasien memiliki seseorang yang dapat pasien ajak bercerita mengenai masalah yang dialami pasien? Pasien mengatakan selalu menceritakan tentang masalahnya pada suami.
- d. Adakah kondisi yang menimpa pasien akhir-akhir ini, yg merubah hidup anda? Pasien mengatakan tidak ada masalah yang menimpanya
- e. Bagaimana teknik pemecahan masalah yang biasa pasien lakukan? Apakah teknik tersebut efektif dalam menyelesaikan masalah? Pasien mengatakan lebih banyak cerita kepada suami

K. PEMERIKSAAN FISIK

- 1. Kepala
 - a. Bentuk kepala simetris, tampak bersih, rambut hitam bersih, tidak rontok, tidak ada lesi/luka, tidka teraba benjolan atau massa
 - b. Skelar tidak ikteri, konjungtiva tidak anemis, pupil -/-.
- 2. Leher
 - a. Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, fungsi menelan tidak ada

3. Dada

a. Paru-paru

Inspeksi : frekuensi 20x/menit, irama regular, ekspansi paru simetris

Auskultasi : vesikuler

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, massa

Perkusi : sonor

b. Jantung

Inspeksi : bentuk pericardium simetris

Auskultasi : bunyi jantung jelas terdengar suara lup dup

Palpasi : tidak ada lesi atau jejas, denyut jantung teraba lemah

Perkusi : redup/ pekak normal

4. Payudara

a. Inspeksi : Payudara simetris kanan dan kiri, puting menonjol

b. Palpasi : tidak teraba massa atau benjolan pada payudara

5. Abdomen

a. Inspeksi : ada luka bekas post op SC yang ditutup perban sekirat 15 cm pada perut bagian bawah

b. Auskultasi : ada suara bising usus 7x/menit

c. Palpasi : ada nyeri tekan pada abdomen, terutama sekitar luka operasi, TFU: 2 cm diatas pusat

d. Perkusi : terdengar bunyi timpani

6. Perineal : terlihat warna kemerahan pada area perineal pasien

7. Ekstremitas : normal, tidak ada edema

Kekuatan tonus otot

5	5
4	4

L. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Darah Lengkap			
Hemoglobin	13.1	11.7-15.5	g/dL
Hematocrit	34,6	35.00-49.00	Vol%
Lekosit	12,34	4.5-11.5	Ribu/ul
Trombosit	189	150-450	Ribu/ul
Eritrosit	4.48	4.00-5.40	Juta/ul
MCV	77.1	80.0-94.0	fl
MCH	25.7	26.0-32.0	Pg
MCHC	33.3	32.0-36.0	g/dl
RDW-CV	16.5	11.5-14.5	%
RDW-SD	47.4	35-47	fL
Neutrofil	84.7	50-70	%
Limfosit	10.6	18-42	%
Monosit	4.0	2-11	%
Eosinofil	0.6	1-3	%
Basophil	0.1	0.0-2.0	%
MG	1.4		%
Golongan darah	O		
PT	12.5	11.1-16.2	Detik
INR	0.88	0.9-1.1	
APTT	28.4	27.9-37.0	Detik

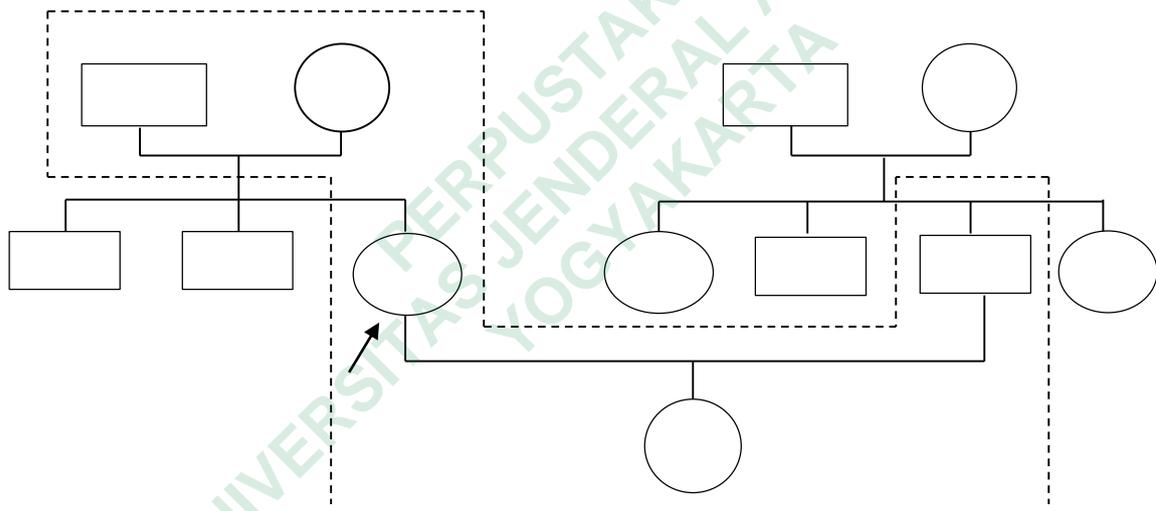
M. TERAPI MEDIS

Tabel 3.3 Terapi Medis Pasien

Tgl	Jenis terapi	Rute	Dosis	Indikasi terapi
24-07-2023	c. Cefazolin	Intravena	2 gr	i. Antibioti untuk menangani penyakit infeksi bakteri
	d. Paracetamol	Intavena	1 gr	j. Untuk mengobati jangka pendek rasa nyeri dan obat untuk menurunkan demam
	e. Ketorolac	Intravena	30 mg	k. Obat untuk meredakan nyeri
	f. Levofloxacin	Intravena	500 mg	l. Antibiotic yang bermanfaat untuk mengobati penyakit akibat infeksi bakteri
	g. Paracetamol	Oral	750 mg	m. Untuk meredakan nyeri dan demam
	h. Natrium Diklofenak	Oral	50 mg	n. Obat antiinflamasi non steroid yang memiliki analgetik, anti inflamasi, dan antipiretik

25-07-2023	O. Paracetamol	Intravena	1 gr	t. Untuk mengobati jangka pendek rasa nyeri dan obat untuk menurunkan demam
	p. Ketorolac	Intravena	30 mg	u. Obat untuk meredakan nyeri
	q. Levofloxacin	Intravena	500 mg	v. Antibiotic yang bermanfaat untuk mengobati penyakit akibat infeksi bakteri
	r. Paracetamol	Oral	750 mg	w. Untuk meredakan nyeri dan demam
	s. Natrium Diklofenak	Oral	50 mg	x. Obat antiinflamasi non steroid yang memiliki analgetik, anti inflamasi, dan antipiretik
26-07-2023	y. Paracetamol	Oral	750 mg	aa. Untuk meredakan nyeri dan demam
	z. Natrium Diklofenak	Oral	50 mg	bb. Obat antiinflamasi non steroid yang memiliki analgetik, anti inflamasi, dan antipiretik

N. GENOGRAM



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Pasien

Keterangan:

- ● : Meninggal
- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Garis Perkawinan
- | : Garis Keturunan
- - - : Tinggal satu rumah
- ↖ : Klien

O. ANALISA DATA

Tabel 3.4 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan nyeri di perut bagian bawah habis operasi SC P : ketika banyak bergerak Q : seperti ditusuk-tusuk R : perut bagian bawah S : Skala nyeri 7 T : hilang timbul - Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri - Pasien mengatakan belum mengetahui cara mengurangi nyeri selain dengan minum obat <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sesekali meringis - Pasien nampak pola tidurnya berubah karena nyeri - TD : 105/76 mmHg - Nadi : 102 x/menit - Suhu: 36° - RR: 21 - SpO2: 96% - Frekuensi nadi pasien nampak meningkat - Pasien nampak belum mengetahui teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri 	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera fisik (Prosedur Operasi)
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak - Pasien mengatakan khawatir saat bergerak takut lukanya kenapa-napa <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot <p style="text-align: center;">5 5</p>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Nyeri

	4 4		
	<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak pasien nampak menurun setelah operasi SC - Gerakan pasien tampak terbatas setelah operasi SC 		
3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASI nya baru sedikit yang keluar - Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan edukasi tentang pijat laktasi <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI masih nampak sedikit yang keluar - Payudara pasien nampak kosong 	Menyusui tidak efektif (D.0029)	Ketidakadekuatan suplai ASI
4.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka habis operasinya <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat luka post op SC - Tampak kemerahan pada sekitar kulit bekas operasi - Pengkajian infeksi <ul style="list-style-type: none"> Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kalor/panas (-) Rubor/kemerahan (+) Fungsiolesa (-) 	Risiko infeksi (D.0142)	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit

P. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
4. Risiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit (D.0142)

Q. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 40 menit diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Meringis dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Kesulitan tidur dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Frekuensi nadi dari cukup memburuk menjadi cukup membaik - Pola tidur dari cukup memburuk menjadi cukup membaik 	Manajemen nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri <i>Kolaborasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 40 menit diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil: Mobilitas Fisik (L.05042) <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas dari cukup menurun menjadi cukup meningkat - Rentang gerak dari cukup menurun menjadi cukup meningkat - Nyeri dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Kecemasan dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Gerakan terbatas dari cukup meningkat menjadi cukup menurun 	Dukungan mobilitas (I.05173) <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

			- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 40 menit diharapkan status menyusui pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Menyusui (L.03029)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tetesan/ pancaran ASI dari cukup memburuk menjadi cukup meningkat - Payudara ibu kosong dari cukup memburuk menjadi cukup meningkat - Lecet pada puting dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Kecemasan maternal dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar - Suplai ASI dari cukup memburuk menjadi cukup membaik 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan konseling menyusui - Ajarkan perawatan payudara postpartum
4	Risiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 40 menit diharapkan resiko infeksi pasien berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan dari cukup menurun menjadi cukup meningkat - Nafsu makan dari cukup menurun menjadi cukup meningkat - Kemarahan dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Nyeri dari cukup meningkat menjadi cukup menurun - Suhu kulit menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

R. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke 1

No DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
1.	<p>Pukul 09.45</p> <p>09.45</p> <p>10.00</p> <p>10.10</p> <p>10.45</p> <p>11.20</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri (P : ketika bergerak, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : di perut bagian bawah, S : skala nyeri 7 (0-10), T : hilang timbul) - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (tampak meringis kesakitan) - Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien (Terapi Aromaterapi lavender menggunakan essensial oil lavender) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (ruangan pasien tidak terlalu terang, tidak bising dan tidak panas suhunya) - Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) - Mengkolaborasikan pemberian analgetik (ketorolac 30mg) 	<p>Evaluasi Jam 11:45 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih nyeri pada perut bagian bawah - P : saat bergerak - Q : seperti ditusuk-tusuk - R : di perut bagian bawah - S : Skala nyeri 6 - T : hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih sesekali meringis kesakitan - Pasien terlihat gelisah - TD : 110/70 mmHg - Nadi : 76 x/menit - RR : 18x/menit - SpO2: 99% <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri - teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien (pemberian aromaterapi lavender) - Kolaborasi pemberian analgetik 	 Intan Tiarasukma				
2.	<p>Pukul 09.45</p> <p>10.00</p> <p>09.00</p> <p>10.30</p>	<p>Dukungan mobilitas (I.05173)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (nyeri karena post op SC) - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi (TD : 110/70 mmHg, Nadi : 76 x/menit, RR : 18x/menit, SpO2: 99%) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (tampak khawatir) 	<p>Evaluasi Jam 12.00WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih nyeri saat dibuat bergerak - Pasien mengatakan masih takut untuk miring kanan kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak masih menurun 	5	5	4	4	 Intan Tiarasukma
5	5							
4	4							

	11.00	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi	- Gerakan tampak terbatas	
	11.00	- Memfasilitasi melakukan pergerakan (miring kanan, miring kiri)	A : - Gangguan mobilitas fisik belum teratasi	
	11.45	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	P : Lanjutkan Intervensi Dukungan mobilitas (I.05173)	
	11.45	- Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	
		- Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	
			- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	
			- Fasilitasi aktivitas mobilisasi	
			- Fasilitasi melakukan pergerakan	
			- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
3.	Pukul 11.00	Edukasi Menyusui (I.12393) - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Evaluasi Jam 13.00WIB S : - Pasien mengatakan ASInya masih sedikit yang keluar	
	11.00	- Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui	O : - ASI pasien masih sedikit yang keluar	Intan Tiarasukma
	11.15	- Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan (pijat laktasi dan cara menyusui dengan baik dan benar)	- Payudara pasien masih nampak kosong	
	11.45	- Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	A : - Menyusui tidak efektif belum teratasi	
	12.00	- Memberikan kesempatan untuk bertanya	P : Lanjutkan Intervensi - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	
	12.00	- Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	- Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan (pijat laktasi dan cara menyusui dengan baik dan benar)	
	12.30	- Memberikan konseling menyusui		
	1245	- Mengajarkan perawatan payudara postpartum		
4.	Pukul 13.00	Pencegahan Infeksi (I.14539) - Memonitor tanda dan gejala infeksi local (Dolor (+), Tumor (-), Kalor (-), Rubor (+), Fungsiolesa (-))	Evaluasi Jam 14.00 WIB S : - Pasien mengatakan masih nyeri dan masih berwarna merah kulit sekitar luka operasi	
	13.15	- Membatasi jumlah pengunjung (2-3 pengunjung)	O : - Pengkajian infeksi	Intan Tiarasukma
	13.20			

	13.20	- Memberikan perawatan kulit (perawatan luka post op)	Dolor (nyeri) (+) Tumor (edema) (-) Kalor (panas) (-) Rubor (kemerahan) (+) Fungsiolesa (-)	
	13.45	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien		
	14.00	- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	A : - Risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke 2

No DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Pukul 09.45	Manajemen Nyeri (I.08238) - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri (P : saat banyak bergerak, Q : nyut-nyutan, R : di perut bagian bawah, S : skala nyeri 6 (0-10), T : hilang timbul)	Evaluasi Jam 12: 00 WIB S : - Pasien mengatakan masih sedikit nyeri terkadang P : saat banyak bergerak Q : seperti tertusuk R : di perut bagian bawah S : Skala nyeri 5 T : hilang timbul	 Intan Tiarasukma
	09.45	- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (tampak meringis kesakitan)	- Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak	
	10.00	- Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien (Terapi Aromaterapi lavender menggunakan essensial oil lavender)	O : - Pola tidur pasien sudah nampak membaik - Pasien terlihat lebih rileks dari sebelumnya	
	10.10	- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (ruangan pasien tidak terlalu terang, tidak bising dan tidak panas suhunya)	- TD : 110/79 mmHg - Nadi : 85 x/menit - RR : 20 x/menit	
	10.45	- Mengkolaborasikan pemberian analgetik (ketorolac 30 mg)	A : - Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manajemen nyeri (I.08238) - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	

			<p>frekuensi, kualitas, dan skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien (Terapi Aromaterapi Lavender) - Kolaborasi pemberian analgetik 					
2.	<p>Pukul 09.45</p> <p>10.00</p> <p>09.00</p> <p>10.30</p> <p>11.00</p> <p>11.00</p>	<p>Dukungan Mobilitas (I.05173)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (nyeri karena post op SC) - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi (TD : 112/82 mmHg, Nadi : 89 x/menit) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (tampak masih lemah) - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi - Memfasilitasi melakukan pergerakan - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>Evaluasi Jam 12:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit nyeri saat dibuat banyak bergerak - Pasien mengatakan sudah bisa untuk melakukan miring kanan miring kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak sudah bisa miring kanan kiri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi Dukungan mobilitas (I.05173)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Fasilitasi aktivitas mobilisasi (kekamar mandi untuk buang air kecil) - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	5	5	5	5	 <p>Intan Tiarasukma</p>
5	5							
5	5							
3.	<p>Pukul 11.00</p> <p>11.00</p> <p>11.15</p>	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui 	<p>Evaluasi Jam 13.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASInya sudah mulai banyak yang keluar - Pasien dan keluarga pasien mengatakan paham dengan 	 <p>Intan Tiarasukma</p>				

	<p>11.45</p> <p>12.00</p> <p>12.00</p> <p>12.30</p> <p>12.45</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan (pijat laktasi dan cara menyusui dengan baik dan benar) - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Memberikan kesempatan untuk bertanya - Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Memberikan konseling menyusui - Mengajarkan perawatan payudara postpartum 	<p>materi pendidikan kesehatan yang diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum mengetahui cara menyusui yang baik dan benar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara pasien sudah nampak ada Asinya - Pasien dan keluarga nampak antusias ketika diberikan pendidikan kesehatan - Pasien dan keluarga nampak paham dengan apa yang dijelaskan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyusui tidak efektif belum teratasi <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Memberikan konseling menyusui (mengajarkan teknik menyusui yang baik dan benar) - Mengajarkan perawatan payudara postpartum 	
4.	<p>Pukul</p> <p>13.00</p> <p>13.15</p> <p>13.20</p> <p>13.20</p> <p>13.45</p> <p>14.00</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi local (Dolor (+), Tumor (-), Kalor (-), Rubor (+), Fungsiolesa (-)) - Membatasi jumlah pengunjung (2-3 pengunjung) - Memberikan perawatan kulit (perawatan luka post op) - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	<p>Evaluasi Jam 14:15 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit nyeri lukanya jika dibuat banyak bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian infeksi Dolor (nyeri) (+) Tumor (edema) (-) Kalor (panas) (-) Rubor (kemerahan) (+) Fungsiolesa (-) <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko infeksi belum teratasi <p>P : Lanjutkan Intervensi Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit 	 <p>Intan Tiarasukma</p>

			- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
--	--	--	--	--

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke 3

No Dx	No Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
1.	<p>Pukul 09.45</p> <p>09.45</p> <p>10.00</p> <p>10.10</p> <p>10.45</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri (P : saat banyak bergerak, Q : nyut-nyutan, R : di perut bagian bawah, S : skala nyeri 5 (0-10), T : hilang timbul) - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (tampak tidak ada meringis dan respon lainnya yang seperti menahan nyeri) - Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien (Terapi Aromaterapi lavender menggunakan essensial oil lavender) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (ruangan pasien tidak terlalu terang, tidak bising dan tidak panas suhunya) - Mengkolaborasikan pemberian analgetik (paracetamol 750mg) 	<p>Evaluasi Jam 11:00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan hanya nyeri sedikit saja saat dibuat beraktivitas berlebihan - P : saat bergerak berlebihan - Q : seperti ditusuk - R : di perut bagian bawah - S : Skala nyeri 4 - T : hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lebih nyaman dan rileks dari sebelumnya - TD : 109/80 mmHg - Nadi : 80 x/menit - RR : 20 x/menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut teratasi sebagian <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan pasien untuk menerapkan aromaterapi lavender untuk mengurangi rasa nyeri 	 <p>Intan Tiarasukma</p>				
2.	<p>Pukul 09.45</p> <p>10.00</p> <p>09.00</p> <p>10.30</p>	<p>Dukungan Mobilitas (I.05173)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (nyeri post op terkadang jika beraktivitas secara berlebihan) - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi (TD : 109/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit) - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (tampak lebih bersemangat ketimbang kemarin yang terlihat takut) - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi (pasien tampak sudah 	<p>Evaluasi Jam 11:30WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit nyeri - Pasien mengatakan sudah mampu untuk melakukan mobilisasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah nampak mampu dan berani untuk jalan ke kamar mandi 	5	5	5	5	 <p>Intan Tiarasukma</p>
5	5							
5	5							

	11.00	mampu berjalan sendiri ke kamar mandi)	- Pasien sudah nampak banyak melakukan aktivitas mobilisasi	
	11.00	- Memfasilitasi melakukan pergerakan	A :	
	11.00	- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	- Gangguan mobilitas fisik teratasi	
			P : Hentikan Intervensi	
3.	Pukul 11.00	Edukasi Menyusui (I.12393)	Evaluasi Jam 13.00 WIB	 Intan Tiarasukma
	11.00	- Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	S :	
	11.00	- Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui	- Pasien mengatakan ASInya sudah banyak yang keluar	
	11.15	- Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan (pijat laktasi dan cara menyusui dengan baik dan benar)	- Pasien mengtaakan sudah mengetahui dan paham cara menyusui yang baik dan benar	
	11.45	- Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	O :	
	12.00	- Memberikan kesempatan untuk bertanya	- Asi pasien sudah nampak penuh dan banayak yang keluar	
	12.00	- Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	- Pasien nampak mampu mempraktikan secara mandiri apa yang telah diajarkan	
	12.30	- Memberikan konseling menyusui	- Pasien dan keluarga nampak paham dengan apa yang dijelaskan	
	12.45	- Mengajarkan perawatan payudara postpartum	A :	
			- Menyusui tidak efektif Teratasi	
			P : Hentikan Intervensi	
4.	Pukul 13.00	Pencegahan Infeksi (I.14539)	Evaluasi Jam 14.15 WIB	 Intan Tiarasukma
	13.00	- Memonitor tanda dan gejala infeksi local (Dolor (+), Tumor (-), Kalor (-), Rubor (+), Fungsiolesa (-))	S :	
	13.15	- Membatasi jumlah pengunjung (2-3 pengunjung)	- Pasien mengatakan masih nyeri sedikit jika dibuat beraktivitas secara berlebihan	
	13.20	- Memberikan perawatan kulit (perawatan luka post op)	O :	
	13.20	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	- Pengkajian infeksi Dolor (nyeri) (-) Tumor (edema) (-) Kalor (panas) (-) Rubor (kemerahan) (-) Fungsiolesa (-)	
	13.45	- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	A :	
	14.00	- Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	- Risiko infeksi teratasi sebagian	
			P : Lanjutkan Intervensi	

			- Anjurkan pasien untuk makan-makanan tinggi protein (ikan gabus, putih telur, dan daging merah)	
--	--	--	--	--

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA