

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Data demografi

Nama Klien	: Ny. S
Tanggal Lahir	: 12/10/1996
Alamat	: Bantul
Status Perkawinan	: Kawin
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Nama Suami	: Tn. F
Tanggal Masuk RS	: 23 Juli 2023
Diagnosa Medis	: Post SC Hari ke-2 P1A1 a/i PEB dengan oedema pulmo
No. RM	: 855***
Tanggal Pengkajian	: 25 Juli 2023 (08.00 WIB)
Tanggal Persalinan (jam)	: 23 Juli 2023 (19.20 WIB)
Status Obstetri	: P1A1 (HPHT: 21 Oktober 2022, HPL: 28 Juli 2023)

2. Keluhan utama saat ini

Pasien post SC hari ke-2, pasien mengatakan ASInya belum keluar sama sekali sejak lahiran, pasien khawatir ASI untuk anaknya tidak tercukupi. Pasien juga mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, P: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dirasakan saat bergerak, dan berkurang saat istirahat, Q: pasien mengatakan seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dirasakan hanya di daerah bekas operasi, S: 6 (nyeri sedang), T: nyeri dirasakan hilang timbul, pasien nampak meringis kesakitan saat mencoba bergerak, pasien nampak sering mengelus perutnya

3. Riwayat kehamilan Sekarang (keteraturan ANC, konsumsi Fe dan obat-obatan, komplikasi penyerta)

Pasien mengatakan rutin melakukan pemeriksaan kehamilannya di bidan tiap bulan dan saat di trimester akhir pasien melakukan pemeriksaan kehamilan di dokter, untuk pemeriksaan ANC dilakukan 2 kali di puskesmas, dari puskesmas pasien diberikan vitamin, penambah darah dan kalsium, dan selama kehamilan pasien tidak memiliki komplikasi penyerta seperti sesak nafas dan tekanan darah tinggi

4. Riwayat Penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya.

5. Riwayat Persalinan dan kelahiran saat ini

Pasien melahirkan di RS Nur Hidayah dengan cara SC cito pada pukul 19.20. Pasien mengatakan sebelumnya ketubannya pecah pada pukul 11.00 kemudian pasien dipacu, pada pukul 19.00 pasien sudah pembukaan lengkap namun pasien tidak bisa mengedan karena pasien mengalami sesak dan tensi pasien tinggi karena itulah pasien dilakukan operasi cito untuk melahirkan bayinya. Kemudian pukul 23.00 pasien dirujuk ke RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan masuk ruang ICU.

- Lamanya persalinan : ± 1 jam
- Posisi Janin : Posisi posterior atau posisi yang sesuai untuk kelahiran normal
- Tipe Kelahiran : SC
- Penggunaan analgesik dan anestesi : Regional Anestesi
- Masalah selama persalinan : Pre Eklamsi Berat dan sesak nafas

6. Riwayat penggunaan kontrasepsi

- Jenis kontrasepsi : Tidak ada
- Waktu penggunaan : -

- Efek samping : -
- Waktu Lepas : -

7. DATA BAYI

- Panjang Badan 45 cm
- Berat Badan Lahir 2590 gram
- Lingkar Kepala 33 cm
- Lingkar Dada 32 cm
- Lingkar Perut 28 cm
- Lingkar lengan atas 11 cm

Suami pasien mengatakan kondisi bayinya saat ini dirawat di ruang NICU dengan inkubator dan menggunakan oksigen. Reflek hisap bayi tidak terkaji

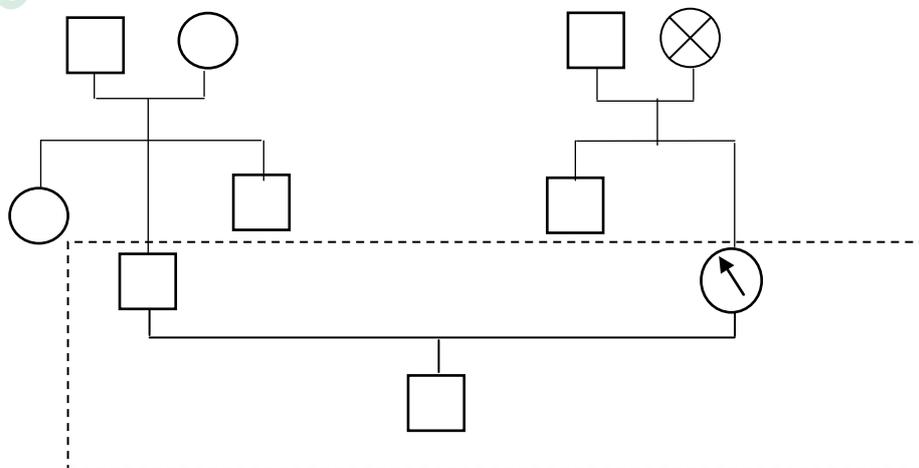
8. Keadaan Psikologis Ibu

Pasien mengatakan sangat senang dengan kehadirannya bayinya, pasien ingin segera melihat dan menggendong anaknya.

9. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki penyakit menular dan keluarga pasien tidak memiliki penyakit genetik.

Genogram



Keterangan:

Laki-laki : ○ Perempuan : □
 Pasien : - - - - - Tinggal serumah : ←
 Meninggal dunia : X

10. Riwayat Ginekologi

Pasien mengatakan haid lancar dan tidak ada keluhan sesuai dengan siklusnya

11. Riwayat Obstetri

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan	BB lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1.	Laki-laki	SC	RS Nur Hidayah	2,59 kg	Sesak nafas, PEB	Dirawat di ruang nicu	2 hari

12. Tanda Tanda Vital (TD, Suhu, RR, Nadi, TFU, Lokia)

TD : 114/76 mmHg
 N : 123 x/menit
 S : 36.7 °C
 RR : 22 x/menit
 SpO2 : 99% dengan O2: 3 liter (nasal kanul)
 TFU : 2 jari dibawah pusat
 Lokia : Rubra

13. Riwayat Kesehatan Saat Ini

a. Pola Nutrisi	<p>Selama hamil: Nafsu makan baik, pola makan 3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan dan tidak ada masalah khusus.</p> <p>Setelah melahirkan: Nafsu makan baik, makan 3x/hari porsi sedang</p>
b. Pola Eliminasi	<p>BAK : selama hamil 4-6 x/sehari. BAB : Frekuensi 2 hari/sekali, konsistensi lunak, warna kecoklatan, bau khas feses, tidak ada masalah.</p> <p>BAK: setelah melahirkan menggunakan kateter, karakteristik urine kuning sedikit pekat sebanyak 600 cc. BAB: pasien belum BAB sejak lahiran</p>
c. Pola Aktivitas dan Latihan	<p>ADL pasien dibantu keluarga, mobilisasi pasien baru bisa miring kanan kiri, pasien masih belum bisa duduk karena luka bekas operasi terasa nyeri</p>
d. Pola Istirahat Tidur	<p>Setelah melahirkan: pasien mengatakan saat di ICU tidur terus namun saat pindah bangsal pasien susah tidur karena terasa panas</p>
e. Pola Stress dan Koping	<p>Pasien mengatakan ingin segera melihat, menggendong dan juga ingin menyusui anaknya namun pasien khawatir karena ASInya belum keluar sama sekali sejak lahiran, pasien khawatir ASI untuk anaknya tidak tercukupi. Pasien mengatakan sejak lahir ia belum melihat anaknya karena anaknya di rawat sendiri di ruang bayi.</p>

14. PEMERIKSAAN FISIK

1) Kepala

Inspeksi	Bentuk kepala pasien mesocephal, tidak tampak lesi, warna rambut hitam merata dan pertumbuhan rambut merata. Mata: konjungtiva tidak anemis
Palpasi	Tidak ada benjolan dan tidak ada lesi

2) Leher

Inspeksi	Warna kulit merata, tidak tampak massa maupun lesi
Palpasi	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

3) Dada dan Payudara

a. Dada

Inspeksi	Bentuk dada simetris, tidak ada luka, warna kulit merata, tidak terdapat otot bantu pernafasan
Palpasi	Terdapat getaran saat pemeriksaan taktil fremitus, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba massa atau benjolan
Perkusi	Terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru, bunyi redup pada area jantung
Auskultasi	Paru: Bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan Jantung: terdengar bunyi jantung S1 dan S2 (lup-dup)

b. Payudara

Inspeksi	Bentuk kanan kiri simetris, tidak ada luka, tidak ada pembengkakan, puting susu menonjol keluar, areola berwarna hitam kecoklatan
Palpasi	Payudara teraba lembek dan ASI

belum keluar. Tidak ada nyeri tekan pada kedua payudara

Data tambahan: Pasien mengatakan ASInya belum keluar sejak lahiran

4) Abdomen

Inspeksi	Bentuk abdomen simetris, terdapat luka bekas operasi SC tertutup verban, terdapat striae gravidarum
Auskultasi	Bising usus 12 x/menit
Perkusi	Timpani
Palpasi	Tidak teraba massa, pasien mengatakan merasa nyeri apabila bagian area luka ditekan. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi teraba keras

5) Genital

Inspeksi	Lochea rubra, tidak ada pembengkakan pada area genital, genitalia nampak bersih, pasien terpasang kateter sejak tanggal 23 Juli 2023 dengan ukuran 16 Fr, dan jenis kateter yang digunakan yaitu berbahan latex
----------	---

6) Ekstremitas

Ekstremitas atas	Terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri
Ekstremitas bawah	Kaki kanan kiri tidak ada luka, terdapat edema pada tungkai kaki derajat 1

PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

Tanggal dan jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
23/07/2023		
PAKET VK		
WBC	14.0	4-11
RBC	3.11	4-5
HGB	10.6	12-16
HCT	28.6	36-46
MCV	92.0	80-100
MCH	34.1	27-34
MCHC	37.1	32-36
PLT	241	150-450
Lymfosit%	17.2	20-35
MXD%	2.8	0-11
Neutrofil%	80.0	51-67
Masa Pembekuan (CT)	12	6-14
Masa Perdarahan (BT)	3	1-6
HBs Ag	Negatif	Negatif

TERAPI MEDIS

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis
Selasa/ 25 Juli 2023	Furosemid	IV	2x1 amp (10 mg)
	Ceftriaxone	IV	2x1 vial (1 gr)
	Paracetamol infus	IV	3x1 (100 ml)
	RL	IV	20 tpm
Rabu/ 26 Juli 2023	Captopril	Oral	3x6.25 mg
	Digoxin	Oral	1x ½ tab
	Spironolacton	Oral	1x25 mg

ANALISA DATA

No	Data	Problem	Etiologi
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi - P: pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dirasakan saat bergerak, dan berkurang saat istirahat - Q: pasien mengatakan seperti ditusuk-tusuk - R: pasien mengatakan nyeri dirasakan hanya di daerah bekas operasi - S: 6 (nyeri sedang) - T: nyeri dirasakan hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak meringis kesakitan saat mencoba bergerak - Pasien nampak sering mengelus perutnya - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 114/76 mmHg N: 123 x/mnt RR: 22 x/mnt S: 36,7 °C SpO2: 99% dengan O2: 3L nasal kanul 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ASI pasien belum keluar sama sekali sejak lahiran - Pasien mengatakan khawatir ASI untuk anaknya tidak tercukupi - Suami pasien mengatakan kondisi 	Menyusui Tidak Efektif	Ketidakadekuatan Suplai ASI

	<p>bayinya saat ini dirawat di ruang NICU dengan inkubator dan menggunakan oksigen</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara teraba lembek - ASI nampak belum keluar saat ditekan - Kondisi bayi saat ini dirawat di ruang NICU 		
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru bisa miring kanan kiri - Pasien mengatakan masih belum bisa duduk karena luka bekas operasi terasa nyeri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADL pasien dibantu keluarga 	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri
4	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak terdapat edema derajat pada tungkai kaki - Terapi yang didapatkan: Furosemid 10 mg/12 jam 	Hipervolemia	Gangguan mekanisme regulasi
5	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak terpasang kateter sejak tanggal 23 saat akan menjalani SC - Pasien nampak terdapat luka bekas operasi SC tertutup verban pada daerah perut - Terapi yang didapatkan: Ceftriaxone 1 gr/12 jam 	Risiko infeksi	Faktor risiko: Efek prosedur invasif
6	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat akan lahir tensi pasien 	Risiko perfusi serebral tidak efektif	Faktor risiko: Hipertensi

	<p>tinggi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien riwayat PEB pada saat persalinan- TTV: TD: 114/76 mmHg N: 123 x/mnt RR: 22 x/mnt S: 36,7 °C SpO2: 99% dengan O2: 3L nasal kanul- Terapi yang didapatkan: Captopril 6,25 mg/8 jam, Spironolactone 25 mg/24 jam		
--	---	--	--

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
5. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi
6. Risiko infeksi dibuktikan dengan faktor risiko efek prosedur invasif

C. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI	Paraf dan Nama
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, latihan tarik nafas dalam) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Pemberian Analgesik (I.08243) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi karakteristik nyeri - Identifikasi riwayat alergi obat 	 Hardianti

			<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan tingkat keparahan nyeri - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik - Monitor efektivitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien - Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi 	
2	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status menyusui membaik, dengan kriteria hasil: Status Menyusui (L.03029) 1. Tetesan/ pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan menerima informasi - Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</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 	 Hardianti

		3. Kepercayaan diri ibu meningkat	<ul style="list-style-type: none"> - Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan konseling menyusui tentang stimulasi untuk peningkatan ASI dan massage yang dapat dilakukan untuk melancarkan sekresi ASI - Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi - Ajarkan perawatan payudara postpartum dengan pijat oketani <p>Konseling Laktasi (I.03093)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi keadaan emosional ibu saat akan dilakukan konseling menyusui - Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui - Identifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan teknik mendengarkan aktif - Berikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu 	
3	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Mobilitas Fisik (L.14137) 1. Pergerakan ekstremitas	<p>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 	

		<p>meningkat</p> <p>2. Nyeri menurun</p> <p>3. Gerakan terbatas menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 	 Hardianti
--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) 	
4	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Edema menurun 4. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) - Identifikasi penyebab hipervolemia - Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO, CI), jika tersedia - Monitor intake dan output cairan - Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) - Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma - Monitor kecepatan infus secara ketat - Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama - Batasi asupan cairan dan garam - Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 mL/kg/jam dalam 8 jam - Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari 	 Hardianti

			<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan - Ajarkan cara membatasi cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik - Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik - Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT), jika perlu <p>Pemantauan Cairan (I.03121)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi - Monitor frekuensi napas - Monitor tekanan darah - Monitor berat badan - Monitor waktu pengisian kapiler - Monitor elastisitas atau turgor kulit - Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine - Monitor kadar albumin dan protein total - Monitor hasil pemeriksaan serum - Monitor intake dan output cairan - Identifikasi tanda-tanda hipovolemia - Identifikasi tanda-tanda hipervolemia - Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 	
5	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi (D.0017)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kontrol risiko meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Kontrol Risiko (L.14128)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mencari informasi tentang faktor risiko meningkat 2. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko meningkat 3. Kemampuan melakukan strategi kontrol risiko meningkat 4. Kemampuan menghindari faktor risiko 	<p>Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah - Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) - Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) - Monitor suhu tubuh - Monitor oksimetri nadi - Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <p>Pemberian Obat (I.02062)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat - Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi - Periksa tanggal kadaluwarsa obat - Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu - Monitor efek terapeutik obat - Monitor efek samping, toksisitas dan interaksi obat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat 	 Hardianti

			<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) - Perhatikan jadwal pemberian obat jenis hipnotik, narkotika dan antibiotik - Hindari pemberian obat yang tidak diberi label dengan benar - Buang obat yang tidak terpakai atau kadaluwarsa - Fasilitasi minum obat - Tandatangani pemberian obat dan respons terhadap obat <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian - Jelaskan faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat 	
6	Risiko infeksi d.d faktor risiko efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan 	 Hardianti

			<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)- Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan- Bersihkan dengan cairan NaCl- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu- Pasang balutan sesuai jenis luka- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan tanda dan gejala infeksi- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	
--	--	--	--	--

D. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

HARI KE-1 (Selasa, 25 Juli 2023)

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan nama
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	08.05 08.10 08.15 09.30 08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (latihan tarik nafas dalam) - Memberikan obat analgetik: paracetamol infus 100 ml 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dengan skala nyeri 6, hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri terasa saat bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak meringis saat mencoba bergerak - Pasien nampak sering mengelus perutnya - Pasien nampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri - Injeksi paracetamol jam 08.00 <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (latihan tarik nafas dalam) 	 Hardianti

				<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik (Paracetamol infus) 	
2	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	08.45 08.50 08.55 08.55 09.00 15.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui - Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dengan memberikan motivasi kepada ibu - Melibatkan system pendukung: suami dan keluarga - Mengajarkan perawatan payudara postpartum (pijat Oketani) - Mengajarkan perawatan payudara postpartum (pijat Oketani) 	<p>Jam 15.30</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ingin memberikan ASI eksklusif kepada anaknya - Pasien bersedia diajarkan cara pijat oketani agar ASInya bisa keluar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara teraba lembek - Setelah dilakukan pijat oketani pukul 09.30 ASI pasien keluar namun hanya 2 tetes - Setelah dilakukan pijat oketani pukul 15.30 ASI pasien keluar lebih banyak dari pagi namun baru 5 tetes <p>A: Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat oketani) - Edukasi pasien makan makanan yang memperbanyak produksi ASI (makan sayur hijau, makan kacang-kacangan) 	 Hardianti

3	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	08.05 08.10 08.10 08.10 08.15 08.20 08.25 08.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur) 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru bisa miring kanan kiri tapi masih nyeri - Pasien mau mencoba duduk tapi dibantu tempat tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak bisa miring kanan kiri secara mandiri - Pasien nampak meringis kesakitan saat mencoba miring kanan kiri - Pasien nampak duduk di tempat tidur <p>TTV: TD: 114/76 mmHg S : 36,2 °C N : 104 x/mnt RR : 22 x/mnt</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi duduk tanpa bantuan bed - Ajarkan mobilisasi duduk di sisi tempat tidur 	 Hardianti
4	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	08.30 08.30 08.35 08.35	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia seperti adanya edema - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor intake dan output cairan 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya bengkak sejak sebelum lahiran dan terasa agak berat - Pasien mengatakan minum sejak pagi tadi 	

		<p>08.40</p> <p>12.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan - Memberikan obat diuretik: furosemid 10 mg/IV 	<p>sekitar 1 botol sedang air putih (600 ml)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak berbaring dengan posisi semi fowler - Pasien nampak terdapat edema pada tungkai kaki - Urine bag terisi 500 ml, urine nampak kuning pekat - Injeksi furosemid jam 12.00 - TTV: TD: 114/76 mmHg S : 36,2 °C N : 106 x/mnt RR : 22 x/mnt <p>A: Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan melakukan pergerakan sederhana pada tungkai kaki agar tidak kaku - Mengelola pemberian obat diuretik: furosemid 10 mg/12 jam 	 <p>Hardianti</p>
--	--	---------------------------	---	--	--

5	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tekanan darah - Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) - Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) - Memonitor suhu tubuh - Mengidentifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat - Memverifikasi order obat sesuai dengan indikasi - Melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) - Memfasilitasi minum obat: captopril - Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada alergi obat-obatan - Pasien mengatakan mengerti dan mau minum obat untuk mengotrol tekanan darahnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak berbaring dengan posisi semi fowler - Pasien nampak minum obat captopril jam 08.00 - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD: 114/76 mmHg S : 36,2 °C N : 106 x/mnt RR : 22 x/mnt <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengelola pemberian obat anti hipertensi: captopril oral/8 jam 	 Hardianti
---	--	--	---	---	--

6	Risiko infeksi d.d faktor risiko efek prosedur invasif		<ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah - Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Memberikan obat antibiotik: ceftriaxone 1gr/IV 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tangan yang terpasang infus terasa nyeri - Pasien mengatakan infus terpasang sejak akan lahiran <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak meringis saat tangan kiri terpasang infus diobservasi - Lokasi infus nampak tidak ada pembengkakan - Area luka operasi nampak bersih tidak ada pembengkakan maupun kemerahan, tertutup verban kering tidak ada rembesan - Injeksi ceftriaxone jam 12.00 - TTV: TD: 114/76 mmHg S : 36,2 °C N : 106 x/mnt RR : 22 x/mnt <p>A: Masalah risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi - Mengelola pemberian obat antibiotik: ceftriaxone/12 jam 	 Hardianti
---	--	--	---	--	--

HARI KE-2 (Rabu, 26 Juli 2023)

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan nama
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (episiotomi)	08.05 08.10 08.15 09.30 08.20 08.30 08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (latihan tarik nafas dalam) - Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Memberikan obat analgetik: Paracetamol infus 100 ml 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang dengan skala nyeri 4, hilang timbul - Pasien mengatakan akan menerapkan latihan tarik nafas dalam saat nyeri muncul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam - Pasien nampak lebih rileks <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (latihan tarik nafas dalam) - Kolaborasi pemberian analgetik (Paracetamol infus) 	 Hardianti

2	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	08.45 09.00 15.00 15.30	<ul style="list-style-type: none"> - Melibatkan system pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat - Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oketani) - Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oketani) - Menganjurkan pasien makan makanan yang memperbanyak produksi ASI 	<p>Jam 15.30</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tadi pagi sudah makan makanan RS habis ¾ porsi, sayurannya habis dan makan kacang rebus sesuai anjuran perawat - Pasien mengatakan ASI nya sudah mulai keluar sedikit-sedikit - Pasien mengatakan merasa nyaman saat dilakukan pijat oketani <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara teraba padat - Setelah dilakukan pijat oketani pukul 09.30 ASI pasien keluar ½ cc - Setelah dilakukan pijat oketani pukul 15.30 ASI pasien keluar lebih banyak dari pagi namun baru 1 cc <p>A: Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan perawatan payudara post partum (pijat oketani) - Anjurkan pasien makan makanan yang memperbanyak produksi ASI 	 Hardianti
---	--	----------------------------------	---	---	--

3	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	08.05 08.10 08.10 08.10 08.15 08.20 08.25 08.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk tanpa bantuan bed dan duduk di sisi tempat tidur) 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru bisa duduk dibantu tempat tidur - Pasien mau mencoba duduk tanpa bantuan bed <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak bisa miring kanan kiri secara mandiri - Pasien nampak meringis kesakitan saat mencoba duduk di sisi tempat tidur - Pasien nampak duduk di sisi tempat tidur <p>TTV: TD: 101/72 mmHg S : 35,3 °C N : 106 x/mnt RR : 20 x/mnt</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi duduk tanpa bantuan bed - Ajarkan mobilisasi duduk di sisi tempat tidur 	 Hardianti
4	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi		<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia seperti adanya edema - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor intake dan output cairan - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak di kakinya sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan minum sejak pagi tadi sekitar 500 ml 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan - Memberikan obat diuretik: furosemid 10 mg/IV 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak berbaring dengan posisi semi fowler - Masih nampak edema pada tungkai kaki - Urine bag terisi 400 ml, urine nampak kuning sudah tidak pekat - Injeksi furosemid jam 12.00 - TTV: <li style="padding-left: 20px;">TD: 101/72 mmHg <li style="padding-left: 20px;">S : 35,3 °C <li style="padding-left: 20px;">N : 106 x/mnt <li style="padding-left: 20px;">RR : 22 x/mnt <p>A: Masalah hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengelola pemberian obat diuretik: furosemid 10 mg/12 jam 	Hardianti
5	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tekanan darah - Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) - Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) - Memonitor suhu tubuh - Memverifikasi order obat sesuai dengan indikasi - Melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengerti dan mau minum obat untuk mengontrol tekanan darahnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak berbaring dengan posisi semi fowler - Pasien nampak minum obat captopril jam 08.00 	 Hardianti

			<ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi minum obat - Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian 	<ul style="list-style-type: none"> - TTV: TD: 101/72 mmHg S : 35,3 °C N : 106 x/mnt RR : 22 x/mnt A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV pasien - Mengelola pemberian obat anti hipertensi: captopril oral/8 jam 	
6	Risiko infeksi d.d faktor risiko efek prosedur invasif		<ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi tinggi protein - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Memberikan obat antibiotik: ceftriaxone 1gr/IV 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan infusnya sudah diganti ke tangan kanan karena kemarin sempat bengkak - Pasien mengatakan akan makan makanan tinggi protein agar luka bekas operasinya cepat sembuh <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infus nampak terpasang di tangan kanan RL 16 tpm - Area luka operasi nampak bersih tidak ada pembengkakan maupun kemerahan, tertutup verban kering tidak ada rembesan - Injeksi ceftriaxone jam 12.00 - TTV: 	 Hardianti

				<p>TD: 101/72 mmHg S : 35,3 °C N : 106 x/mnt RR : 22 x/mnt</p> <p>A: Masalah risiko infeksi teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda dan gejala infeksi- Mengelola pemberian obat antibiotik: ceftriaxone/12 jam	
--	--	--	--	--	--

HARI KE-3 (Kamis, 27 Juli 2023)

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan nama
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (episiotomi)	08.05 08.10 08.15 09.30 08.20 08.30 08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respons nyeri non verbal - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (latihan tarik nafas dalam) - Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Berkolaborasi pemberian analgetik: Asam mefenamat oral 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri pada luka bekas operasi, skala nyeri 2, hilang timbul - Pasien mengatakan akan menerapkan latihan tarik nafas dalam saat nyeri muncul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam - Pasien nampak lebih rileks <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	 Hardianti
2	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	08.45 09.00 15.00 15.30	<ul style="list-style-type: none"> - Melibatkan system pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat - Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oketani) - Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat oketani) - Menganjurkan pasien makan makanan yang memperbanyak produksi ASI 	<p>Jam 15.30</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tadi sudah makan makanan RS habis 1 porsi - Pasien mengatakan makan sayur katuk dan kacang rebus dibawakan keluarga - Pasien mengatakan ASInya sudah mulai keluar - Pasien mengatakan merasa nyaman saat 	 Hardianti

				<p>dilakukan pijat oketani</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Payudara teraba padat - Setelah dilakukan pijat oketani pukul 09.30 ASI pasien keluar 2 cc - Setelah dilakukan pijat oketani pukul 15.30 ASI pasien keluar 3 cc <p>A: Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan pasien secara mandiri</p>	
3	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	<p>08.05</p> <p>08.10</p> <p>08.10</p> <p>08.10</p> <p>08.15</p> <p>08.20</p> <p>08.25</p> <p>08.30</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (jalan) 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru bisa duduk dibantu tempat tidur - Pasien mau mencoba duduk tanpa bantuan bed <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak bisa miring kanan kiri secara mandiri - Pasien nampak meringis kesakitan saat mencoba duduk di sisi tempat tidur - Pasien nampak duduk di sisi tempat tidur - TTV: TD: 120/85 mmHg S : 36,5 °C N : 83 x/mnt RR : 20 x/mnt <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	 Hardianti

4	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi		<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia seperti adanya edema - Mengidentifikasi penyebab hipervolemia - Memonitor intake dan output cairan - Meninggikan kepala tempat tidur 30-40° - Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan - Memberikan obat diuretik: furosemid 10 mg/IV 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bengkak di kakinya sudah berkurang - Pasien mengatakan minum sejak pagi tadi sekitar 500 ml <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki pasien nampak sudah tidak ada edema - Urine bag terisi 400 ml, urine nampak kuning sudah tidak pekat - Injeksi furosemid jam 12.00 - TTV: TD: 120/85 mmHg S : 36,5 °C N : 83 x/mnt RR : 20 x/mnt <p>A: Masalah hipervolemia teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengelola pemberian obat diuretik: furosemid 10 mg/12 jam 	 Hardianti
5	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko hipertensi		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tekanan darah - Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) - Memonitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) - Memonitor suhu tubuh 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengerti dan mau minum obat untuk mengontrol tekanan darahnya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak minum obat captopril jam 08.00 	 Hardianti

		<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat - Memverifikasi order obat sesuai dengan indikasi - Melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) - Memfasilitasi minum obat - Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian 	<ul style="list-style-type: none"> - TTV: TD: 120/85 mmHg S : 36,5 °C N : 83 x/mnt RR : 20 x/mnt A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi P: Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV pasien - Mengelola pemberian obat anti hipertensi: captopril oral/8 jam 	
6	Risiko infeksi d.d faktor risiko efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah - Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan 	<p>Jam 15.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan makan makanan tinggi protein agar luka bekas operasinya cepat sembuh - Pasien mengatakan tadi pagi jam 07.00 sudah diganti perban <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area luka operasi nampak bersih tidak ada pembengkakan maupun kemerahan, tertutup verban kering tidak ada rembesan - Injeksi ceftriaxone jam 12.00 - TTV: TD: 120/85 mmHg S : 36,5 °C N : 83 x/mnt 	 Hardianti

			<ul style="list-style-type: none">- Memberikan obat antibiotik: ceftriaxone 1gr/IV	<p>RR : 20 x/mnt</p> <p>A: Masalah risiko infeksi teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda dan gejala infeksi- Mengelola pemberian obat antibiotik: ceftriaxone/12 jam	
--	--	--	--	--	--

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA