

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Data Demografi

- a. Nama Pasien : Ny. K
- b. Tanggal Lahir : 07-02-2008 (15 tahun)
- c. Alamat : Rajek Depok Tirtoadi Mlati Sleman
- d. Status Perkawinan : Belum Menikah
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa/Indonesia
- g. Pendidikan : SMP
- h. Pekerjaan : Tidak Bekerja
- i. Nama Suami : Tn. H
- j. Tanggal Masuk RS : Jumat, 21 Juli 2023
- k. Diagnosa Medis : Post SC atas indikasi induksi gagal denganriw. KPD
- l. No. RM : 44*****
- m. Tanggal/Jam Pengkajian : Senin, 24 Juli 2023/10.00 wib
- n. Tanggal/Jam Persalinan : Minggu, 23 Juli 2023/17.00 wib
- o. Status Obstetri : P1.A0

2. Keluhan Utama Saat ini

Ny. K mengatakan “merasakan nyeri didaerah perut dibawah pusat yang terdapat luka post operasidengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan saat bergerak seperti ditusuk-tusuk jarum”.

Ny. K mengatakan “sudah melakukan perubahan posisi seperti miring kanan dan kiri”.

3. Riwayat Kehamilan Sekarang

Ny. K mengatakan “ini kehamilan pertama dengan usia kehamilan aterm”.

Ny. K mengatakan “saat usia kehamilan masih muda tidak mengalami mual dan muntah”.

Ny. K mengatakan “usia kehamilan enam bulan pasien mengalami rembes diarea jalan lahir, kemudian pasien dirawat di RS dan disarankan untuk debrest selama satu bulan”.

Ny. K mengatakan “rutin memeriksakan kehamilannya di Puskesmas serta mendapatkan tablet Fe, asam folat dari dokter dan di konsumsi secara teratur sesuai anjuran dokter”.

4. Riwayat Penyakit sebelumnya

Ny. K mengatakan “tidak memiliki riwayat penyakit apapun sebelumnya hanya sakit biasa seperti batuk, pilek dan demam”.

5. Riwayat Persalinan dan Kelahiran saat ini

Tipe persalinan saat ini yang dilakukan yaitu operasi *sectio caesarea* dengan indikasi induksi gagal posisi janin kepala sudah masuk pintu atas panggul yang dilaksanakan pada Minggu, 23 Juli 2023 Jam 17.00 wib dengan anestesi regional spinal menggunakan lidodex 1 ampul (2 ml), luka operasi terdapat dibagian perut bawah pusat berbentuk horizontal dengan panjang ± 12 cm dan selesai dilakukan operasi jam 19.00 wib dengan analgesik ketorolac 30 mg serta tidak mengalami perdarahan hebat.

6. Riwayat Penggunaan Kontrasepsi

Tidak ada riwayat menggunakan kontrasepsi.

7. Data Bayi

- a. Panjang Badan : 47,5 cm
- b. Berat Badan Lahir : 3.065 gram
- c. Lingkar Kepala : 33 cm
- d. Lingkar Dada : 32 cm
- e. Lingkar Perut : 33 cm
- f. Lingkar Lengan Atas : 10,5 cm
- g. Nilai APGAR Skor :

Nilai APGAR Skor akan dijelaskan pada Tabel 3.1 sebagai berikut:

Tabel 3. 1 Nilai APGAR Skor

0	1	2	Penilaian	1 menit	5 menit	10 menit
Tidak ada	<100	≥ 100	Denyut jantung	2	2	2

Tidak ada	Tidak teratur	Baik	Pernapasan	1	1	2
Lemah	Sedang	Baik	Tonus otot	1	2	2
Tidak ada	Meringis	Menangis	Peka rangsangan	1	2	2
Biru/Putih	Merah jambu	Merah jambu	Warna kulit	1	1	2
Total				6	8	10

8. Keadaan Psikologis Ibu

Ny. K mengatakan “sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran bayinnya ASI nya juga lancar”.

Ny. K mengatakan “tidak mengalami tekanan yang membuat pasien stress dengan kondisinya yang sekarang terjadi dimana menjadi seorang ibu dengan usia yang masih sangat muda”.

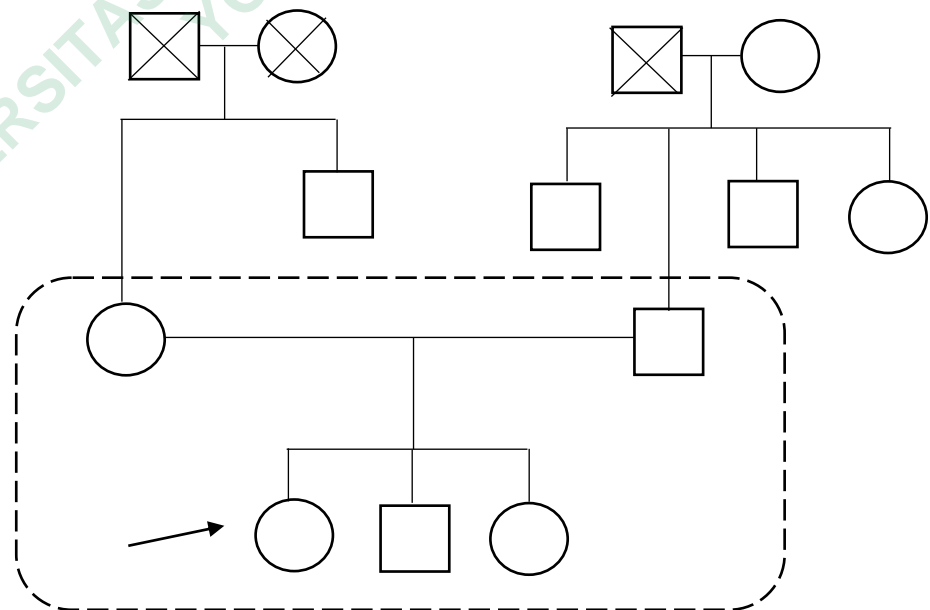
Ny. K mengatakan “keluarga pasien dan keluarga calonnya selalu memberikan dukungan dan kasih sayang”.

9. Riwayat Penyakit Keluarga

Ny. K mengatakan “ibunya memiliki penyakit hipertensi yang diturunkan dari neneknya (pihak ibu)”.

Genogram:

Keterangan genogram akan dijelaskan pada Gambar 3.1 sebagai berikut:



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan:

Tabel 3. 2 Keterangan Genogram

○	:	Perempuan
□	:	Laki-laki
→	:	Pasien
□	:	Serumah
	:	Keturunan
—	:	Hubungan
x	:	Meninggal

Ny. K mengatakan “anak pertama dari 3 baersaudara, Pasien masih tinggal bersama kedua orang tua dan baru saja lulus SMP”.

10. Riwayat Ginekologi

Ny. K mengatakan “menstruasi pertama kali usia 12 tahun saat duduk dibangku kelas 6 SD”.

Ny. K mengatakan “saat menstruasi mengalami nyeri perut seperti ingin BAB, siklus menstruasi normal yaitu 28-30 hari dengan lama haid maksimal 6 hari”.

11. Riwayat Obstetri

Riwayat Obstetri akan dijelaskan pada Tabel 3.3 sebagai berikut:

Tabel 3. 3 Riwayat Obstetri

No.	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat Persalinan	BB Lahir	Komplikai Selama Persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1.	Perempuan (sekarang)	<i>Sectio Caesarea</i>	Rumah Sakit	3000 gram	Induksi gagal riw. KPD	Sehat	0 bulan

12. Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 118/88 mmHg

Nadi : 104 x/menit

Pernafasan : 20 x/menit

Suhu : 36,3 °C

TFU : 2 jari dibawah pusat

Lochea : Rubra

13. Riwayat Kesehatan Saat ini

a. Pola Nutrisi

Ny. K mengatakan “tidak memiliki alergi makanan”.

Ny. K mengatakan “selama dirumah sakit makan 3 kali sehari sesuai dengan jadwal makan dari rumah sakit dan selalu habis disertai selingan buah”.

b. Pola Eliminasi

Ny. K mengatakan “belum BAB setelah dari ruang operasi, untuk BAK pasien terpasang kateter urine”.

Jumlah urine: 1.050 cc/hari

c. Pola Aktivitas dan Latihan

Ny. K mengatakan “susah untuk melakukan pergerakan hanya bisa miring kanan dan kiri sesuai kemampuan dan lebih banyak tidur terlentang”.

Ny. K mengatakan “untuk pemenuhan kebutuhan dibantu oleh ibunya seperti mandi hanya dilap saja”.

d. Pola Istirahat Tidur

Ny. K mengatakan “untuk tidur cukup tapi untuk waktu tidur lebih dari jam 10 malam setelah pemberian analgesik, terkadang terbangun tetapi tidak susah untuk memulai tidur kembali”.

e. Pola Persepsi terhadap Diri

Ny. K mengatakan “merasa senang karena sekarang menjadi seorang ibu”.

Ny. K mengatakan “ingin menjadi ibu yang baik dan bisa mendidik anaknya dengan baik”.

f. Pola Hubungan Peran

Ny. K mengatakan “perannya sekarang adalah menjadi seorang ibu dan akan menjadi seorang istri”.

g. Pola Stress dan Koping

Ny. K mengatakan “tidak mengalami stress karena hal ini memang sudah menjadi pilihan sendiri dan tidak ada paksaan dari pihak manapun”.

Ny. K mengatakan “memang sudah tidak ingin meneruskan sekolah lagi dan juga mengatakan tidak ada beban dengan keadaan saat ini”.

Ny. K mengatakan “jika ada masalah akan diselesaikan secara baik baik dan secara kekeluargaan”.

14. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Kepala
 - Inspeksi : Wajah simetris dan tidak mengalami hiperpigmentasi, tidak tampak pucat, konjuktiva an-anemis, sklera an-ikterik, telinga bersih, gigi dan mulut bersih, tidak tampak gusi berdarah, mukosa bibir sedikit kering.
 - Palpasi : -
 - Perkusi : -
 - Auskultasi : -
- d. Leher
 - Inspeksi : Tampak hiperpigmentasi di area leher
 - Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar limfa dan kelenjar tiroid
 - Perkusi : -
 - Auskultasi : -
- e. Dada dan Payudara
 - Inspeksi : Tampak simetris, kedua payudara simetris dan ASI sudah keluar, lancar, areola mengalami hiperpigmentasi dan puting tampak menonjol.
 - Palpasi : Payudara penuh terisi ASI, tidak ada benjolan
 - Perkusi : Sonor, tympani.

- Auskultasi : Vesikuler dan S1,S2 reguler serta tidak terdapat suara tambahan.
- f. Abdomen
- Inspeksi : Terlihat *linea nigra*, tampak *striae gravidarum*, terdapat luka sayatan *sectio caesarea* horizontal kurang lebih 12 cm tertutup kasa kering dan tidak tampak rembesan pada luka, tampak menggunakan korset.
 - Palpasi : TFU dua jari dibawah pusat, kontraksi uterus bulat dan keras.
 - Perkusi : Tidak terkaji
 - Auskultasi : Bising usus normal 12x/menit
- g. Genitalia
- Inspeksi : Tampak bersih dan terpasang pembalut (diganti 5 kali sehari), tampak lochea rubra berwarna merah sedikit kehitaman kurang lebih 30 cc, kebersihan baik, tidak ada hemoroid.
- h. Ekstremitas
- Atas
- Inspeksi : Tidak ada edema, tidak ada varises, CRT <2 detik
 - Kekuatan otot : 5+5
- Bawah
- Inspeksi : Tidak ada edema, tidak ada varises, CRT <2 detik, tidak ada tanda homan, refleks patela positif.
 - Kekuatan otot : 4+4

15. Pemeriksaan Laboratorium

Keterangan pemeriksaan laboratorium akan dijelaskan pada Tabel 3.4 sebagai beriku:

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukkan
Tanggal: 21/07/2023 jam 10.43 wib			
Hemoglobin	11.9	gr/dl	P: 12.0-16.0
Hematokrit	36	%	37-47

Lekosit	10.8	Ribu/uL	4.5-11.0
Eritrosit	4.33	Juta/uL	4.2-5.4
Ttrombosit	218	Ribu/uL	150-440
MPV	10.3	fL	7.2-11.1
PDW	12.0	fL	9-13
RDW-CV	12.9	%	11.5-14.5
MCV	83.1	fL	80-100
MCH	27.5	pg	26-34
MCHC	33.1	%	32-36
Basofil	0.2	%	0-1
Monosit	6.5	%	4-8
Eosinofil	5.5	%	1-6
Limfosit	15.8	%	22-40
Neutrofil	72.0	%	40-62
Golongan darah	B		
Rhesus	Positif		
PT	10.8	Detik	9-15
PT <i>Control</i>	12.8	Detik	
INR	0.77		0.8-1.2
APTT	31.0	Detik	22-35
APTT <i>Control</i>	32.5	Detik	
GDS	79	mg/dL	74-106
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukkan
Tanggal: 24/07/2023 jam 07.00 wib			
Hemoglobin	13.2	gr/dL	P: 12.0-16.0

16. Terapi Medis

Keterangan terapi medis akan dijelaskan pada Tabel 3.5 sebagai berikut:

Tabel 3. 5 Terapi Medis

Tanggal: 24/07/2023 Jam	Jenis terapi	Rute	Dosis	Indikasi
06.00 wib 18.00 wib	<i>Kalk</i>	Oral	1 tab/12 jam	Untuk mencegah dan mengatasi kadar kalsium yang rendah di dalam darah atau hipokalsemia
07.00 wib 15.00 wib (distop)	<i>Ketorolac</i>	IV	30 mg/8 jam	Untuk meredakan nyeri
11.00 wib 23.00 wib (distop)	<i>Ceftriaxone</i>	IV	1 gr/12 jam	Untuk mencegah infeksi dari dalam tubuh
22.00 wib	<i>Sulfas Ferosus</i>	Oral	1 tab/24 jam	Suplemen zat besi yang digunakan untuk mengatasi anemia akibat kekurangan zat besi dalam darah
22.00 wib	Vit. A	Oral	1 tab/24 jam	Mencegah anemia pada ibu nifas
22.00 wib	Asam mefenamat	Oral	500 mg/8 jam	Untuk meredakan nyeri (pengganti <i>ketorolac</i>)
21.00 wib	<i>Amoxicilline</i>	Oral	500 mg/8 jam	Untuk mencegah infeksi dari dalam tubuh (pengganti <i>ceftriaxone</i>)

Tanggal: 25/07/2023 Jam	Jenis terapi	Rute	Dosis	Indikasi
06.00 wib 18.00 wib	<i>Kalk</i>	Oral	1 tab/12 jam	Untuk mencegah dan mengatasi kadar kalsium yang rendah di dalam darah atau hipokalsemia
22.00 wib	<i>Sulfas Ferosus</i>	Oral	1 tab/24 jam	Suplemen zat besi yang digunakan untuk mengatasi anemia akibat kekurangan zat besi dalam darah
22.00 wib	Vit. A	Oral	1 tab/24 jam	Mencegah anemia pada ibu nifas
22.00 wib 06.00 wib 14.00 wib	Asam mefenamat	Oral	500 mg/8 jam	Untuk meredakan nyeri
22.00 wib 06.00 wib 14.00 wib	<i>Amoxicilline</i>	Oral	500 mg/8 jam	Untuk mencegah infeksi dari dalam tubuh
Tanggal: 25/07/2023 Jam	Jenis terapi	Rute	Dosis	Indikasi
06.00 wib	<i>Kalk</i>	Oral	1 tab/12 jam	Untuk mencegah dan mengatasi kadar kalsium yang rendah di dalam darah atau hipokalsemia
06.00 wib 14.00 wib	Asam mefenamat	Oral	500 mg/8 jam	Untuk meredakan nyeri
06.00 wib 14.00 wib	<i>Amoxicilline</i>	Oral	500 mg/8 jam	Untuk mencegah infeksi dari dalam tubuh

B. Analisa Data

Analisa data sesuai kasus akan dijelaskan pada Tabel 3.6 sebagai berikut:

Tabel 3. 6 Analisa Data

No.	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	DS: - Ny. K mengatakan nyeri dibagian perut bawah pusat post <i>sectio caesarea</i> - P: Nyeri luka post SC - Q: Tertusuk-tusuk - R: Perut bawah pusat - S: 6 - T: Terus-menerus dan bertambah saat dilakukan pergerakan DO: - Ny. K tampak meringis - Ny. K tampak gelisah - Ny. K tampak waspada - Pemeriksaan vital sign: - TD: 118/88 mmHg - Nadi: 104 x/menit - Pernafasan: 20 x/menit	Nyeri Akut (D.0077)	Agen pencedera fisik

	- Suhu: 36,3 °C - Post SC hari ke-0		
2.	DS: - Ny. K mengatakan” takut untuk banyak melakukan pergerakan”. - Ny. K mengatakan” nyeri saat melakukan pergerakan dan merasa cemas dengan lukanya”. DO: - Pasien tampak melakukan pergerakan dengan terbatas - Fisik pasien tampak lemah - Kekuatan otot ekstremitas - Atas: 5+5 - Bawah: 3+3	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Nyeri, kecemasan, dan keengganan melakukan pergerakan
3.	DS: - Ny. K menanyakan” bagaimana perawatan setelah operasi karena ini merupakan kelahiran anak pertama”. - Ny. K mengatakan “belum tahu cara merawat bayinya dengan baik “. - Ny. K mengatakan “untuk merawat bayinya nanti akan dibantu oleh keluarga”. DO: - Ny. K tampak banyak bertanya-tanya - Usia pasien 15 tahun	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Kurang terpapar informasi
4.	DS: - Ny. K mengatakan ASI keluar dengan lancar - Ny. K mengatakan ingin segera menyusui bayinya - Ny. K mengatakan belum bisa menyusui secara langsung karena tidak rawat gabung dengan anaknya DO: - Tampak ada rembesan ASI di baju Ny. K	Menyusui Efektif (D.0028)	Puting menonjol, payudara membesar dan hormon oksitosin dan prolaktin adekuat
5.	DS:- DO: - Terdapat luka post operasi pada perut bawah pusat horizontal kurang lebih 12 cm - Tampak luka tertutup kassa kering tidak ada rembesan darah pada kassa - Tidak tampak bengkak - Lekosit: 10.8Ribu/UI - Terpasang IV kateter - Terpasang urine kateter - Pemeriksaan vital sign: - Teakanan Darah: 118/88 mmHg - Nadi: 104 x/menit - Pernafasan: 20 x/menit - Suhu: 36,3 °C	Risiko Infeksi (D.0142)	-
6.	DS:-		

DO:

- Terpasang pembalut
 - Perdarahan kurang lebih 30 cc
 - Hemoglobin: 13.2 gr/dL
 - Konjungtiva tidak anemis
 - Sklera tidak ikterik
 - CRT <2 detik
 - Membran mukosa lembab
-

C. Diagnosa Keperawatan


1. Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen pencedera fisik.
2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Nyeri, kecemasan dan kengangan melakukan pergerakan.
3. Defisit Pengetahuan (D.0111) b.d Kesehatan maternal paska persalinan.
4. Menyusui Efektif (D.0028) b.d Puting menonjol, payudara membesar dan hormon oksitosin dan prolaktin adekuat.
5. Risiko Infeksi (D.0142) d.d Efek prosedur invasif (*sectio caesarea*).
6. Risiko Perdarahan (D.0012) d.d Tindakan pembedahan post SC.


D. Intervensi Keperawatan




Intervensi keperawatan sesuai kasus akan dijelaskan pada Tabel 3.7 sebagai berikut:

Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan

No.	Waktu	SDKI	SLKI	SIKI	Nama dan paraf
1.	Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen pencedera fisik.		Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat,	 Desak

			<p>aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur 13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 18. Ajarkan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Nyeri, kecemasan dan kengangan melakukan pergerakan.	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Mobilitas Fisik (I.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p>	 Desak

			4. Jelaskan tujuan mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
3.	Defisit Pengetahuan (D.0111) b.d Kesehatan maternal pasca persalinan.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam, maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: Tingkat Pengetahuan (I.12111) 1. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 3. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	 Desak
			Edukasi Perawatan Bayi (I.12419) Edukasi 5. Ajarkan memandikan bayi dengan 5-10 menit, 2 kali/hari 6. Ajarkan perawatan tali pusat 7. Anjurkan menjemur bayi sebelum jam 9 pagi hanya 15 menit 8. Anjurkan segera mengganti popok jika basah 9. Anjurkan penggunaan pakaian bayi yang tidak sensitif di kulit bayi 10. Anjurkan menyusui sesuai kebutuhan bayi Edukasi Keamanan Bayi (I.) Edukasi 11. Anjurkan selalu mengawasi dan tidak meninggalkan bayi sendirian 12. Anjurkan tidak meletakkan bayi	

			pada tempat tidur yang tinggi dan memasang penghalang pada tepi tempat tidur	
4.	Menyusui Efektif (D.0028) b.d Puting menonjol, payudara membesar dan hormon oksitosin dan prolaktin adekuat.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil: Status Menyusui (L.03029) 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik 3. Tetesan/pancaran ASI membaik 4. Suplai ASI adekuat membaik 5. Kepercayaan diri ibu membaik	Promosi ASI Eksklusif (I.03135) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu Edukasi 2. Jelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI 3. Anjurkan ibu memberikan nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI sampai usia 6 bulan 4. Anjurkan ibu menjaga produksi ASI dengan tetap memerah walau kondisi terpisah dengan bayi	 Desak
5.	Risiko Infeksi (D.0142) b.d Efek prosedur invasif (<i>sectio caesarea</i>).	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Infeksi (L.14137) 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik - Cuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan - Pertahankan teknik aseptik Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik	 Desak
6.	Risiko Perdarahan (D.0012) d.d Tindakan pembedahan post SC.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Perdarahan (L.02017)	Pencegahan Perdarahan (I.02067) Observasi - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai	 Desak

-
- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| 1. Membran mukosa lembab meningkat | | hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah |
| 2. Kelembaban kulit meningkat | - | Monitor tanda-tanda vital ortostatik |
| 3. Hemoglobin membaik | - | Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet) |

Terapeutik

- Pertahankan bed rest selama perdarahan
- Batasi tindakan invasive, jika perlu
- Gunakan kasur pencegah decubitus
- Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan



Kolaborasi




- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
-

E. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan dan evaluasi hasil sesuai kasus akan dijelaskan pada Tabel 3.8 dan 3.9 sebagai berikut:



Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan



Dx. Kep.	Hari/ Tgl	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
1	Senin/24.07.2023	<p>10.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon non verbal - Pemeriksaan vital sign 	<p>10.20 WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “nyeri perut bagian bawah pusat post operasi”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Nyeri post <i>sectio caesarea</i> - Q: Ditusuk-tusuk - R: Di perut bagian bawah pusat - S: 6 - T: Saat reaksi obat habis, hilang timbul dan bertambah saat dilakukan pergerakan <p>O: Ny. K tampak meringis, gelisah, waspada</p> <ul style="list-style-type: none"> - TDarah: 138/85 mmHg - N: 74 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,2 °C 	 Desak
		<p>12.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi <i>foot massage</i> 	<p>12.05 WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “skala nyeri 6”</p> <p>O: - Tampak meringis dan memegang daerah perut</p>	 Desak
			<p>13.30 WIB</p> <p>S:</p>	



	<p>Ny. K mengatakan “masih merasakan nyeri tetap diskala 6 tetapi menjadi agak rileks dengan dilakukan <i>foot massage</i>”.</p> <p>O:</p> <p>Ny. K tampak tetap meringis, gelisah dan memegang perut</p> <p>Ny. K sangat kooperatif saat dilakukan intervensi</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji nyeri PQRST - Kolaborasi analgesik - Berikan terapi non-farmakologi 	 Desak
15.00 WIB	<p>15.30 WIB</p> <p>S:</p> <p>Ny. K mengatakan “perih saat obat dimasukkan”</p> <p>O:</p> <p>Ny. K tampak nyengir</p>	 Desak
19.00 WIB	<p>19.20 WIB</p> <p>S:</p> <p>Ny. K mengatakan “nyeri perut dibawah pusat luka post operasi”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Nyeri post <i>sectio caesarea</i> - Q: Ditusuk-tusuk - R: Di perut bagian bawah pusat - S: 6 - T: Saat reaksi obat habis, hilang timbul dan bertambah saat dilakukan pergerakan <p>O:</p> <p>Ny. K tampak merinngis, gelisah dan memegang daerah perut</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 145/84 mmHg - N: 79 x/menit 	 Desak

		<ul style="list-style-type: none"> - RR: 20 x/menit - S: 36,3 °C 	
		<p>20.05 WIB</p> <p>S:</p> <p>Ny. K mengatakan “ skala nyeri 6”</p> <p>O:</p> <p>Ny. K tampak meringis dan memegangi perut</p> <p>Ny. K tampak menggigit bibir</p>	
	<p>20.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi <i>foot massage</i> 		
		<p>21.10 WIB</p> <p>S:</p> <p>Ny. K mengatakan “nyeri dearah perut post operasi masih ada diskala 6 dan nyeri bertambah saat dilakukan pergerakan”.</p> <p>O:</p> <p>Ny. K tampak menahan nyeri, meringis dan gelisah</p> <p>Ny. K tampak memegangi perut</p> <p>Ny. K sangat kooperatif</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji nyeri PQRST - Kolaborasi analgesik - Berikan terapi non-farmakologi 	
Selasa/ 25.07.2023	<p>10.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon non verbal - Melakukan vital sign 	<p>11.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>Ny. K mengatakan “nyeri di perut bagian bawah pusat post <i>sectio caesarea</i>”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Nyeri post <i>sectio caesarea</i> - Q: Ditusuk-tusuk - R: Di perut bagian bawah pusat - S: 5 - T: Saat reaksi obat habis, hilang timbul dan bertambah saat dilakukan pergerakan 	<p><i>Desak</i></p> <p>Desak</p>

		O: Ny. K tampak meringis, gelisah, dan memegang area luka setiap melakukan pergerakan	
		- TD: 122/70 mmHg	
		- Nadi: 77 x/menit	
		- Pernafasan: 20 x/menit	
		- Suhu: 36,4 °C	
12.00 WIB		12.03 WIB	
- Memberikan teknik non-farmakologis terapi <i>foot massage</i>		S: Ny. K mengatakan “nyeri sedikit berkurang dan merasa sedikit teralihkan dari nyeri dengan skala nyeri 5”	Desak
		O: Ny. K tampak sedikit meringis dan memegang perut	
		13.30 WIB	
		S: Ny. K mengatakan “nyeri daerah perut post operasi sedikit berkurang diskala 5 dan nyeri saat dilakukan pergerakan”.	Desak
		O: Ny. K tampak sedikit meringis dan memegang perut	
		A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian	
		P: Intervensi dilanjutkan	
		- Kaji nyeri PQRST	
		- Kolaborasi analgesik	
		- Berikan terapi non-farmakologi	Desak
14.00 WIB		14.30 WIB	
- Memberikan Asam mefenamat 500 mg		S: Ny. K mengatakan “obatnya sudah diminum”	
		O:	

			Ny. K sangat kooperatif	
	19.00 WIB	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	19.15 WIB S: Ny. K mengatakan “nyeri post operasi daerah perut bawah pusat sedikit berkurang” P: Nyeri post operasi Q: Ditusuk-tusuk R: Perut bawah pusat S: 4 T: Hilang timbul	 Desak
		- Mengidentifikasi skala nyeri		
		- Mengidentifikasi respon non verbal		
		- Melakukan vital sign	O: Ny. K tampak mulai rileks tapi tetap memegang daerah perut - TD: 118/79 mmHg - N: 100 x/menit - RR: 21 x/menit - S: 36.6 °C	
	20.00 WIB	- Memberikan teknik nonfarmakologis terapi <i>foot massage</i> 2 kali/hari	21.00 WIB S: Ny. K mengatakan “nyeri sudah sedikit berkurang diskala 4” O: Ny. K tampak tenang dan nyaman Ny. K sangat kooperatif A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Kaji nyeri PQRST - Kolaborasi analgesik - Berikan terapi non-farmakologi	
Rabu/26.07.2023	08.20 WIB	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	08.30 WIB S: Ny. K mengatakan “nyeri daerah perut sudah berkurang” P: Nyeri post operasi Q: Diremes-remes R: Daerah perut bawah pusat S: 3	 Desak
		- Mengidentifikasi skala nyeri		
		- Mengidentifikasi respon non		

verbal - Pemeriksaan vital sign	T: Hilang timbul O: Ny. K tampak rileks dan lebih tenang, tampak tetap memegang perut saat melakukan pergerakan. - TD: 120/76 mmHg - N: 88 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36.5 °C	
12.00 WIB - Memberikan terapi <i>foot massage</i>	13.00 WIB S: Ny. K mengatakan “nyeri daerah perut jauh sudah berkurang dengan skala nyeri 3 dan sudah mampu berjalan ke ruangan bayi”. O: Ny. K tampak rileks dan nyaman saat dilakukan <i>foot massage</i>	 Desak
	13.40WIB S: - Ny. K mengatakan “nyeri luka post operasi diperut bawah pusat sudah jauh berkurang dan sangat rileks”. - P: Nyeri post <i>sectio caesarea</i> - Q: Diremes-remes - R: Di perut bagian bawah pusat - S: 3 - T: Hilang timbul O: - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun	 Desak

Dx. Kep.	Hari/ Tgl	Implementasi	Evaluasi tindakan	Paraf dan Nama
			<ul style="list-style-type: none"> - Gelisah menurun - Pemeriksaan vital sign: - Teakanan Darah: 120/78 mmHg - Nadi: 85 x/menit - Pernafasan: 20 x/menit - Suhu: 36,8 °C <p>A: Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	
2	Senin/24.07.2023	<p>10.05WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tujuan mobilisasi - Menganjurkan melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri ditempat tidur - Mengajarkan mobilisasi miring kanan dan kiri ditempat tidur dengan lama waktu kurang lebih 10 menit - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>12.20WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mobilisasi miring kanan dan kiri ditempat tidur dengan lama waktu kurang lebih 	<p>10.30 WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “bersedia untuk dilatih posisi miring kanan dan kiri ditempat tidur”. Ny. K mengatakan “mengerti dengan penjelasan mengenai pentingnya dilatih untuk melakukan pergerakan”. Ny. K mengatakan “masih takut untuk banyak melakukan pergerakan”. Ny. K mengatakan “nyeri saat melakukan pergerakan dan merasa cemas dengan lukanya”. Ny. K mengatakan “bagian kaki masih terasa lemah”.</p> <p>O: Ny. K mampu melakukan mobilisasi secara bertahap dan masih dibantu keluarga. Keadaan Ny. K saat melakukan mobilisasi tampak memegang daerah perut dan meringis</p> <p>12.30WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “mampu untuk posisi miring kanan dan kiri tetapi dengan batas waktu yang tidak lama dan dibantu</p>	<p> Desak</p> <p> Desak</p>

<p>10menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 		<p>keluarga”.</p> <p>O: Ny. K posisi terlentang ditempat tidur. Ny. K tampak masih takut dan enggan untuk melakukan pergerakan</p>	
		<p>13.35 WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “akan berlatih secara bertahap karena masih takut terlalu banyak bergerak”. Ny. K mengatakan “kakinya masih terasa lemah”</p> <p>O: Ny. K sangat kooperatif Ny. K tampak masih enggan untuk melakukan pergerakan Ny. K masih tampak lemah</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik posisi miring kanan dan kiri belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi miring kanan dan kiri ditempat tidur dengan lama waktu kurang lebih 10 menit - Menitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p><i>Desak</i></p> <p>Desak</p>
<p>18.30WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mobilisasi duduk ditempat tidur dengan lama waktu kurang lebih 10-15 menit - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 		<p>18.40WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “sudah mampu untuk posisi miring kanan dan kiri di tempat tidur lebih dari 10 menit dengan dibantu keluarga”.</p> <p>O: Ny. K berusaha melakukan pergerakan secara bertahap Ny. tampak semangat untuk latihan mobilisasi</p>	<p><i>Desak</i></p> <p>Desak</p>

		<p>21.15 WIB S: Ny. K mengatakan “sudah mampu untuk miring kanan dan kiri tanpa batas waktu dan tanpa dibantu keluarga”. O: Ny. K tampak melakukan mobilisasi secara bertahap Ny. K masih tampak lemah A: Masalah gangguan mobilitas fisik posisi miring kanan dan kiri teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi posisi duduk ditempat tidur dengan lama waktu kurang lebih 10 menit - Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p><i>Husni</i> Desak</p>
Selasa/25.072023	<p>09.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mobilisasi duduk - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>09.10 WIB S: Ny. K mengatakan “masih takut kalau untuk duduk nanti jahitannya lepas dan bakalan nyeri diperut” Ny. K mengatakan “kakinya sudah terasa tidak terlalu lemah namun untuk menggeser kakinya dibantu keluarga”. O: Ny. K tampak takut melakukan mobilisasi duduk Ny. K tampak cemas</p>	<p><i>Husni</i> Desak</p>
	<p>12.40 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mobilisasi jalan secara bertahap - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk 	<p>12.50 WIB S: Ny. K mengatakan “sudah mampu duduk tapi tidak lama karena terasa nyeri diperut”. O: Ny. K tampak cemas dan menahan nyer</p>	<p><i>Husni</i> Desak</p>

membantu pasien dalam
meningkatkan pergerakan

13.40 WIB

S:

Ny. K mengatakan “sudah bisa duduk tapi dengan waktu yang tidak lama dan dengan bersandar ditempat tidur”.

O:

Ny. K tampak sangat cemas dan takut

Ny. K tampak menahan nyeri

A: Masalah gangguan mobilitas fisik posisi duduk belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

- Ajarkan mobilisasi posisi duduk ditempat tidur dengan lama waktu kurang lebih 10 menit
- Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Husni

Desak

18.40WIB

- Mengajarkan mobilisasi jalan secara bertahap
- Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi
- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

18.40WIB

S:

Ny. K mengakan “sudah mampu berlatih jalan dan ditemani keluarga sampai ke ruangan bayi untuk melihat bayi nya”.

O:

Ny. K tampak menahan nyeri tapi masih sanggup untuk berjalan

Husni

Desak

21.30 WIB


S:



Ny. K mengatakan “sudah bisa duduk waktu 10 menit lebih dengan bersandar ditempat tidur”.

O:





Husni

		<p>Ny. K tampak cemas sedikit berkurang Ny. K tampak lebih rileks saat bergerak A: Masalah gangguan mobilitas fisik posisi duduk teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilisasi jalan-jalan secara bertahap - Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	Desak	
Rabu/26.07.2023	08.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mobilisasi jalan secara bertahap - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>08.10 WIB S: Ny. K mengatakan “sudah mampu berjalan keruang bayi sekali untuk mengantarkan ASI nya”. O: Ny. K tampak mampu berjalan dengan didampingi keluarga</p>	<p><i>Desak</i> Desak</p>
	12.20WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mobilisasi jalan secara bertahap - Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>12.40 WIB S: Ny. K mengatakan “sudah mampu ke kamar mandi sendiri dan keruangan bayi untuk menyusui bayinya dandidampingi keluarga”. O: Ny. K tampak sudah rileks untuk melakukan aktivitas secara mandiri.</p>	<p><i>Desak</i> Desak</p>
			<p>13.45 WIB S: <ul style="list-style-type: none"> - Ny. K mengatakan “sudah mampu untuk duduk dan melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi dan ke ruang bayi mengantar ASI tapi masih didampingi keluarga”. - Ny. K mengatakan “tidak lagi cemas saat bergerak”. </p>	<p><i>Desak</i></p>




			O: - Ny. K sudah tidak tampak lemah - Ny. K tampak sudah mandiri miring kanan dan kiri di tempat tidur - Ny. K tampak sudah bisa duduk di tempat tidur dan ke kamar mandi - Ny. K Nyeri dan kecemasan menurun - Kekuatan otot ekstremitas - Atas: 5+5 - Bawah: 5+5 A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P: Intervensi dihentikan	Desak
Dx. Kep.	Hari/ Tgl	Implementasi	Evaluasi tindakan	Paraf dan Nama
3	Senin/24.07.2023	10.20WIB - Mengidentifikasi kemampuan menerima informasi - Menjelaskan tentang perawatan pasca melahirkan <i>sectio caesarea</i> - Mengajarkan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas serta mengkonsumsi makanan gizi seimbang - Mengajarkan memandikan bayi dengan waktu 5-10 menit, 2 kali/hari - Mengajarkan perawatan tali pusat - Mengajarkan menjemur bayi sebelum jam 9 pagi hanya 15 menit - Mengajarkan segera mengganti popok jika basah - Mengajarkan penggunaan pakaian bayi yang tidak sensitif di kulit	10.35WIB S: Ny. K mengatakan “bersedia untuk menerima informasi tentang perawatan post operasi” Ny. K mengatakan “sudah cukup mengerti cara perawatan yang baik dirumah untuk mempercepat penyembuhan luka”. Ny. K mengatakan “sudah mengerti dengan penjelasan mengenai perawatan bayi”. Ny. K mengatakan “sudah sering belajar melalui youtube”. Ny. K mengatakan “untuk merawat bayinya juga dibantu oleh ibunya”. Ny. K mengatakan “memahami dengan apa yang dianjurkan” Ny. K mengatakan “tempat tidurnya tidak menggunakan dipan hanya kasur busa”. O: Ny. K tampak antusias Ny. K dapat menyebutkan hal apa saja yang harus dilakukan dan yang belum boleh dilakukan	 Desak

		<p>bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan menyusui sesuai kebutuhan bayi - Menganjurkan selalu mengawasi dan tidak meninggalkan bayi sendirian - Menganjurkan tidak meletakkan bayi pada tempat tidur yang tinggi dan memasang penghalang pada tepi tempat tidur 	<p>Ny. K tampak akti dan antusias</p> <p>Ny. K dapat menyebutkan kembali mengenai perawatan bayi yang benar.</p> <p>Ny. K tampak kooperatif</p> <p>Ny. K sangat antusias</p> <p>13.45WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. K mengatakan “sudah mengerti dan paham dengan penjelasan mengenai perawatan pasca operasi” - Ny. K mengatakan “sudah mengerti dan paham dengan penjelasan mengenai perawatan perawatan dan pengamanan bayi” - Ny. K mengatakan “sudah mengerti mengenai perawatan bayi dan akan belajar lagi melalui media sosial dan youtube” <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. K tampak antusias - Ny. K tampak tidak bertanya-tanya lagi - Ny. K tampak menunjukkan perilaku yang sesuai dengan kondisi. <p>A: Masalah defisit pengetahuan teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	<p></p> <p>Desak</p>
Dx. Kep.	Hari/ Tgl	Implementasi	Evaluasi tindakan	Paraf dan Nama
4	Senin/24.07.2023	<p>11.20WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu - Menjelaskan tanda-tanda bayi cukup ASI - Menganjurkan ibu memberikan 	<p>11.40 WIB</p> <p>S:</p> <p>Ny. K mengatakan “sudah memahami tentang penjelasan mengenai tanda bayi yang sudah cukup ASI dan akan menerapkan ASI eksklusif selama 6 bulan”</p> <p>Ny. K mengatakan “senang karena ASI nya lancar dan</p>	<p></p> <p>Desak</p>

		<p>nutrisi kepada bayi hanya dengan ASI sampai usia 6 bulan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan ibu menjaga produksi ASI dengan tetap memompung walau kondisi terpisah dengan bayi 	<p>banyak”</p> <p>Ny. K mengatakan “selalu memompung ASI 2 jam sekali untuk diberikan ke ruang bayi karena posisi tidak rawat gabung”.</p> <p>O:</p> <p>Ny. K tampak antusias dengan penjelasan mengenai ASI eksklusif</p> <p>Ny. K tampak bahagia saat memompung ASI nya</p> <p>ASI Ny. K tampak rembes di baju</p> <p>Payudara Ny. K tampak penuh</p> <p>13.50WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. K mengatakan “senang karena ASI banyak dan lancar” - Ny. K mengatakan “dua jam sekali akan memompung ASI nya untuk persediaan bayinya di ruang perina” - Ny. K mengatakan “sudah ke ruang bayi untuk menyusui bayinya” - Ny. K mengatakan “saat menyusui, bayinya menghisap dengan kuat dan bayi tenang hingga tertidur” <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. K tampak senang saat menyusui bayinya - Ny. K tampak percaya diri saat menyusui anaknya <p>A: Masalah menyusui efektif teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Desak</p>
Dx. Kep.	Hari/ Tgl	Implementasi	Evaluasi tindakan	Paraf dan Nama
5	Senin/24.07.2023	<p>10.30WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan - Mempertahankan teknik aseptik - Memonitor tanda dan gejala 	<p>10.45 WIB</p> <p>S:</p> <p>Ny. K mengatakan “mengerti dengan penjelasan tentang tanda gejala infeksi”.</p> <p>Ny. K mengatakan “bersedia untuk diajarkan cara mencuci</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Desak</p>

	infeksi	tangan yang benar sebelum dan sesudah aktivitas”.	
	- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	O: Ny. K tampak mampu menyebutkan tanda dari infeksi serta gejalanya.	
	- Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	Ny. K mampu mempraktikkan cuci tangan yang benar Luka dibalut kasa kering Luka tidak rembes darah	
	11.00 WIB	11.15 WIB	
	- Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr/12 jam	S: Ny. K mengatakan “tidak merasakan apapun”.	
		O: Ny. K tidak tampak tanda alergi	Desak
		13.55 WIB	
		S: Ny. K mengatakan “luka diperut terasa nyeri tapi tidak gatal dan panas”	
		O: - Luka operasi tampak tertutup kasa kering - Luka tidak tampak rembesan darah - Posisi luka horizontal	 Desak
		A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Monitor tanda dan gejala infeksi	
Selasa/25.072023	08.30 WIB	08.35 WIB	
	- Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan	S: Ny. K mengatakan “luka tidak timbul rasa gatal dan panas”.	
	- Mempertahankan teknik aseptik	O: Balutan kasa kering dan tidak ada rembesan darah	Desak
	- Memonitor tanda dan gejala infeksi		
	13.40WIB	13.50WIB	
	- Memberikan <i>amoxicilline</i> 500	S: Ny. K mengatakan “tidak merasakan tanda alergi”	

	mg/8 jam	O: Ny. K tidak tampak muncul tanda alergi	Desak
		14.00 WIB S:- O: - Luka tampak dalam kondisi baik - Luka tidak tampak bengkak dan kemerahan - Luka tidak tampak rembesan darah dikasa A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Intervensi dimodifikasi dengan perawatan luka.	Desak
Rabu/26.072023	09.30 WIB	09.45 WIB S: Ny. K mengatakan “mengerti mengenai makan yang yang harus dikonsumsi seperti putih telur, ikan, nasi, dan sayur”. O: Luka Ny. K tampak jahitan baik dan kering Balutan kasa sedikit ada darah Luka tidak ada nanah dan bau Luka jahitan horozontal kurang lebih 12 cm	Desak
		13.55WIB S: Ny. K mengatakan “tidak merasakan tanda alergi” O: Ny. K tampak nyaman	Desak
	14.00 WIB	14.00 WIB S:- O:	
	- Memberikan <i>amoxicilline</i> 500 mg/8 jam		

Dx. Kep.	Hari/ Tgl	Implementasi	Evaluasi tindakan	Paraf dan Nama
			<ul style="list-style-type: none"> - Luka Ny. K tampak jahitan baik, rapi, dan kering - Balutan kasa sedikit ada darah - Luka tidak ada nanah dan bau - Luka jahitan harozontal kurang lebih 12 cm - Tidak tampak tanda infeksi pada luka dan kulit mulai mengalami penyatuan dengan baik <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	 Desak
6.	Senin, 24 Juli 2023	10.00 WIB <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala perdarahan - Memonitor hemoglobin setelah kehilangan darah - Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 	10.10 WIB <p>S:- Ny. K mengatakan “mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan”. Ny. K mengatakan “darah yang keluar dipembalutnya masih dalam batas normal seperti haid”. Ny. K mengatakan “mengganti pembalut sebanyak 5 kali/hari”.</p> <p>O: Ny. K tidak tampak pucat Ny. K tidak tampak lemes</p>	 Desak
			13.55 WIB <p>S:- O: <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang pembalut - Konjungtiva an-anemin - Sklera an-ikterik - Crt <2 detik - Membran mukosa lembab - Hemoglobin 13,2 gr/dL </p> <p>A: Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	 Desak

		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor hemoglobin - Kolaborasi terapi anti perdarahan 		
	18.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala perdarahan - Memonitor hemoglobin setelah kehilangan darah - Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 	<p>18.05 WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “darah dipembalut banyak tapi tidak sampai meleber kemana-mana”.</p> <p>O: Ny. K tampak tidak pucat</p>	<p><i>Husni K</i></p> <p>Desak</p>
	18.10 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kalk satu tab 	<p>21.35 WIB</p> <p>S:- O: Tidak tampak perdarahan yang hebat Tidak tampak lemes Hemoglobis normal: 13,2 gr/dL A: Masalah risiko perdaraha teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor hemoglobin - Kolaborasi terapi anti perdarahan 	<p><i>Husni K</i></p> <p>Desak</p>
Selasa, 25 Juli 2023	08.35 WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala perdarahan - Memonitor hemoglobin setelah kehilangan darah - Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 	<p>08.40 WIB</p> <p>S: Ny. K mengatakan “mengerti dan paham dengan penjelasan yang diberikan”.</p> <p>Ny. K mengatakan “darah yang keluar dipembalutnya masih dalam batas normal seperti haid”.</p> <p>Ny. K mengatakan “mengganti pembalut sebanyak 5 kali/hari”.</p> <p>O: Ny. K tidak tampak pucat</p>	<p><i>Husni K</i></p> <p>Desak</p>

Ny. K tidak tampak lemes

13.55 WIB

S:-

O:

- Terpasang pembalut
- Konjungtiva an-anemin
- Sklera an-ikterik
- CRT <2 detik
- Membran mukosa lembab
- Hemoglobin 13,2 gr/dL
- Pemeriksaan vital sign:
 - TD: 118/79 mmHg
 - N: 100 x/menit
 - RR: 21 x/menit
 - S: 36.6 °C

A: Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor hemoglobin

Kolaborasi terapi anti perdarahan

Husni

Desak