

BAB III PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : Apriella Syafura, S.Kep
Tempat Praktik : RSUD Sleman
Tanggal Praktik : 18-23 Desember 2023

A. DATA DEMOGRAFI

Nama Klien : Ny. D
Umur Klien : 28 Tahun
Alamat : Banyureja, Tempel, Sleman
Status Perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : S1
Pekerjaan : Perawat
Nama Suami : Tn. D

Status Obstetri : P₂A₀
Diagnosa Medis : Post SC Emergency a/i riwayat sc dalam persalinan syarat VBAC tak terpenuhi pada P₂A₀
Tanggal Masuk RS : 18 Desember 2023
No. RM : 4xxxxxx
Tanggal persalinan : 18 Desember 2023, jam 10.00 WIB
Tanggal pengkajian : 18 Desember 2023, jam 11.45 WIB

B. KELUHAN UTAMA SAAT INI

- Klien mengatakan nyeri bekas operasi SC
- Pengkajian nyeri
P : Luka post *Sectio Caesarea* dan saat bergerak
Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Di bekas luka post op sc

S : Skala nyeri 7

T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja

- Klien mengatakan asi nya belum lancar
- Klien mengatakan masih belum bisa bergerak karena nyerinya

C. RIWAYAT PENYAKIT SEBELUMNYA

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya

D. RIWAYAT PERSALINAN DAN KELAHIRAN SAAT INI

- Lamanya persalinan : 2 jam
- Posisi Janin : Presentasi Kepala
- Tipe Kelahiran : *Sectio Caesarea*
- Penggunaan analgesik dan anestesi : Spinal
- Masalah selama persalinan : Tidak ada masalah
- Riwayat penggunaan kontrasepsi : Tidak ada

E. DATA BAYI

- Panjang Badan 48 cm
- Berat Badan Lahir 2.945 gr
- Lingkar Kepala 34 cm
- Lingkar Dada 34 cm
- Lingkar Perut 31,5 cm
- Lingkar lengan atas 10 cm
- APGAR Skor: 9
- Jenis Kelamin bayi : Perempuan

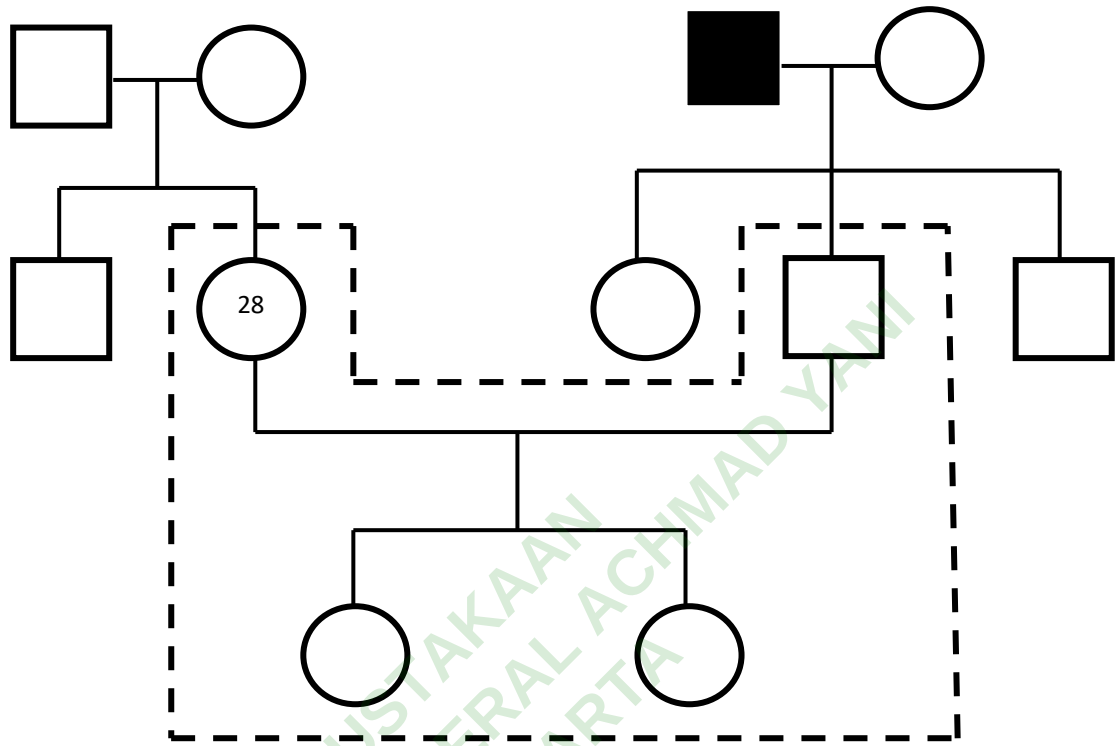
F. KEADAAN PSIKOLOGIS IBU

- Tidak ada gangguan psikologis pada ibu, ibu sangat bahagia karena kelahiran putri ke 2nya.

G. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

- Ada penyakit hipertensi dari ibu pasien

H. GENOGRAM



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan:



: Meninggal



: Garis Keturunan



: Pasien



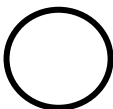
: Garis Perkawinan



: Laki-Laki



: Tinggal Serumah



: Perempuan

I. RIWAYAT GINEKOLOGI

- Tidak ada riwayat ginekologi

J. RIWAYAT OBSTETRI

Tabel 3. 1 Riwayat Obstetri

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan	BB lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1	Perempuan	SC	RSUD Sleman	3.300gr	Tidak ada	Sehat	28 Bulan
2	Perempuan	SC	RSUD Sleman	2.945gr	Tidak ada	Sehat	0 Bulan

K. TANDA-TANDA VITAL

- Tekanan Darah : 131/91 mmHg
- Nadi : 63 x/menit
- Respirasi : 23x/menit
- Suhu : 35,9°C
- SpO₂ : 98%
- TFU : 1 jari dibawah pusat
- Lokhea : Rubra

L. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

1. Pola Nutrisi

- BB : 74 kg
- TB : 158 cm
- IMT : 29,71 (obesitas)
- Frekuensi makan : saat dilakukan pengkajian yaitu setelah selesai operasi pasien belum makan
- Jenis makanan : diet lunak
- Keluhan yang berhubungan dengan makan : tidak ada keluhan mual atau muntah pada pasien
- Alergi makanan : tidak ada

2. Pola Cairan dan elektrolit

- Infus RL : 20tpm

- Keluhan yang berhubungan dengan minum : tidak ada mual muntah pada pasien
 - Pasien belum minum, cairan pasien hanya dari infus RL 20 tpm.
3. Pola eliminasi
- a. BAK
- Pasien terpasang kateter
 - Urine 100 cc dengan karakteristik urine kuning kecoklatan
- b. BAB
- Frekuensi dan waktu : setelah operasi belum BAB
 - Konsistensi : belum BAB
 - Kebiasaan BAB malam hari : tidak pernah
 - Keluhan BAB : Belum bisa BAB karena efek prosedur anestesi operasi SC
4. Pola Aktivitas dan Latihan
- Pekerjaan : perawat
 - Olahraga rutin : pasien mengatakan jarang olahraga
 - Alat bantu : tidak ada
 - Kemampuan ROM : pasien mengatakan masih nyeri ketika bergerak
 - Kemampuan ambulasi : pasien belum bisa miring kanan kiri karena masih nyeri
5. Pola Istirahat tidur
- Lama tidur malam : 6 jam
 - Tidur siang : jarang tidur siang
 - Keluhan b.d tidur : setelah operasi pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri di perutnya
6. Pola Persepsi terhadap diri
- Pasien mengatakan senang karena bayinya lahir dengan selamat
 - Tidak ada dampak terhadap gambaran diri pasien setelah operasi SC
7. Pola Hubungan peran

- Apakah anda tinggal sendiri atau bersama keluarga? **Pasien mengatakan masih tinggal bersama suami dan anaknya**
- Gambaran struktur keluarga pasien? **Orang tua, suami dan anaknya**
- Apakah anda baru saja pindah rumah dalam 6 bulan terakhir? **Tidak**
- Apakah ada anggota keluarga yang rutin mengunjungi pasien atau menemani pasien dirumah sakit? **Ada, suami dan kakak ipar pasien**
- Apakah terjadi perubahan pada keluarga yang diakibatkan dari proses hospitalisasi? **Tidak ada**
- Apakah proses hospitalisasi mempengaruhi peran anggota keluarga yang lain? **Tidak ada**
- Apakah terdapat problem yang dialami keluarga dalam mengasuh anak? **Tidak ada**

8. Pola Stress dan coping

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

M. PEMERIKSAAN FISIK

Meliputi :

1. Kepala

- Kepala simetris, tampak bersih, rambut hitam bersih dan keriting, tidak rontok, tidak ada lesi/luka, tidak teraba benjolan atau massa.
- Konjungtiva tidak anemis, pupil -/-

2. Leher

- Tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid dan getih bening
- Tidak ada nyeri tekan

3. Dada

- Paru-paru

Inspeksi : Pengembangan dada simetris, tidak nampak adanya otot bantu nafas, tidak ada jejas

Auskultasi: vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

Palpasi : tidak ada massa dan nyeri tekan

Perkusi : sonor

- Jantung

Inspeksi : Tampak datar, simetris, warna kulit merata

Auskultasi: Suara jantung normal lup dup (regular)

Palpasi : tidak ada lesi atau jejas

Perkusi : pekak normal

4. Payudara

- Inspeksi : payudara simetris kanan dan kiri, puting menonjol, areola bersih
- Palpasi: tidak teraba massa atau benjolan pada payudara, ASI hari ke-0 belum keluar, ASI tidak menetes/keluar

5. Abdomen

- Inspeksi : ada luka bekas post operasi *sectio caesarea* yang ditutup perban sekitar 25 cm pada perut bagian bawah
- Auskultasi : ada bising usus 18x/menit
- Palpasi : ada nyeri tekan pada abdomen, terutama sekitar luka operasi, TFU 1 jari dibawah pusat
- Perkusi : terdengar bunyi timpani

6. Perineal

- Lokhea rubra berwarna merah segar
- Pasien terpasang kateter

7. Ekstremitas

- Tidak ada luka di ekstremitas atas dan bawah
- Terpasang infus di ekstremitas kiri atas
- Akral teraba dingin
- CRT <2 detik
- Tidak ada nyeri tekan
- Kulit lembab
- Tidak terdapat edema

5	5
4	4

N. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
18/12/2023	Hemaglobin	10.0 gr/dl	P: 12.0-16.0
	Hematokrit	31%	37-47
	Leukosit	6.6 ribu/uL	4.5-11.0
	Eritrosit	3.82 juta/uL	4.2-5.4
	Trombosit	240 ribu/uL	150-440
	MPV	11.0 fL	7.2-11.1
	PDW	12.2 fL	9-13
	RDW-CV	15.7%	11.5-14.5
	MCV	80.6 fL	80-100
	MCH	26.2 pg	26-34
	Basofil	0.5%	0-1
	Monosil	8.6%	4-8
	Eosinofil	3.9%	1-6
	Limfosit	20.0%	22-40
	Neutrofil	67.0%	40-70
	PT	13.0 detik	9-15
	PT Control	14.6 detik	
	INR	0.92	0.8-1.2
	APTT	33.5 detik	22-35
	APTT Control	32.0 detik	
	HBsAg	Non Reaktif	
	Gula Darah Sewaktu	65 gr/dl	74-106
	Golongan Darah	B	
	Rhesus Faktor	Positif	

O. TERAPI MEDIS

Tabel 3. 3 Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi Terapi
18/12/2023	Kalk	Oral	2x500mg	• Menjaga kualitas ASI • Memelihara kesehatan tulang dan gigi • Mencegah kram otot • Menjaga kesehatan mulut • Memelihara kesehatan jantung
18/12/2023	SF/ <i>ferrous sulfate</i>	Oral	1x200mg	Suplemen zat besi yang digunakan untuk mengatasi anemia akibat kekurangan zat besi dalam darah
18/12/2023	Vitamin A	Oral	1x120 mg	Mencegah rabun senja, Xeroftalmia, Kerusakan kornea, Kebutaan serta mencegah anemia pada ibu nifas
18/12/2023	Keterolac	IV	3x30mg	Penanganan jangka pendek untuk nyeri akut pasca bedah yang sedang hingga berat
18/12/2023	Ringer Laktat 500ml	IV	20tpm	Untuk resusitasi cairan, misalnya pada pasien syok, luka bakar, demam berdarah dengue, dan dehidrasi.
18/12/2023	Paracetamol 500 mg	Oral	3x500mg	Untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot, serta menurunkan demam.
20/12/2023	Dulcolac Supp	Suppositoria	1x20mg	Untuk mengatasi sembelit atau konstipasi dengan merangsang motilitas usus terutama usus besar.

P. ANALISA DATA

Tabel 3. 4 Analisa Data

NO	ANALISA DATA	PROBLEM	ETIOLOGI
1	DS : - Pasien mengatakan nyeri di luka post operasi sc - P : Luka post <i>Section Caesarea</i> dan saat bergerak - Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Di bekas luka post op SC - S : Skala nyeri 7 - T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja - Pasien mengatakan belum mengetahui cara mengurangi nyeri selain dengan obat dan tarik nafas dalam DO : - Pasien sesekali nampak meringis - Pasien nampak gelisah karena nyerinya - TD : 131/91 mmHg - Nadi : 63x/menit - Suhu : 35,9°C - RR : 22x/menit - Spo2 : 98% - Pasien nampak belum mengetahui teknik nonfarmakologis dengan relaksasi genggam jari	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera fisik

2	DS : - Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika untuk bergerak DO: - Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> - Rentan gerak pasien nampak menurun setelah operasi Section Caesarea - Gerakan pasien terbatas setelah operasi Section Caesarea	5	5	4	4	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Nyeri
5	5						
4	4						
3	DS : - Pasien mengatakan ASI belum keluar - Pasien mengatakan sudah massage payudara namun tetap belum keluar DO : - Payudara pasien nampak kosong - ASI tidak menetes/keluar	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Ketidakadekuatan suplai ASI				
4	DS : - DO : - Terdapat luka post operasi Section Caesarea - Terpasang infus - Terpasang kateter - Pengkajian infeksi - Dolor/nyeri (+)	Risiko Infeksi (D.0142)	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit				

	• Tumor/edema (-) • Kalor/panas (-) • Rubor/kemerahan(+) • Fungsi lesa (-)		
--	---	--	--

Q. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d *post operasi Section Caesarea* (D.0077)
2. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri d.d Post Operasi Section Caesarea H⁺ (D.0054)
3. Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI d.d ASI tidak menetes/memancar (D.0029)
4. Risiko Infeksi d.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit (D.0142)

R. RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3. 5 Rencana Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d <i>post</i> operasi <i>Section Caesarea</i> D.0077	Setelah dilakukan intervensi selama 3x7 jam diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) Menurun, dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) • Meringis dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) • Gelisah dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) • Tekanan darah dari sedang (3) menjadi cukup membaik (4)	Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <i>Terapeutik</i> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur

		<i>Edukasi</i> • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi</i> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri d.d Post Operasi Section Caesarea H⁺ D.0054	Setelah dilakukan intervensi selama 3x7 jam diharapkan Mobilitas Fisik (L.05042) Meningkat, dengan kriteria hasil: • Rentang gerak (ROM) dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4) • Nyeri dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) • Gerakan terbatas dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) • Kelemahan fisik dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) <i>Observasi</i> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <i>Terapeutik</i> • Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) • Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

		<i>Edukasi</i> Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI d.d ASI tidak menetes/memancar (D.0029)	Setelah dilakukan intervensi selama 7 jam diharapkan Status Menyusui (L.03029) Membaik, dengan kriteria hasil: - Tetes/pancaran ASI dari menurun (1) menjadi cukup meningkat (4) - Suplai ASI adekuat dari menurun (1) menjadi cukup meningkat (4) - Payudara ibu kosong dari menurun (1) menjadi cukup meningkat (4) - Kepercayaan diri ibu dari menurun (1) menjadi cukup meningkat (4) - Kecemasan maternal dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4)	Edukasi Menyusui (I.12393) <i>Observasi</i> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>Terapeutik</i> - Dukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat <i>Edukasi</i> - Ajarkan posisi menyusui dan peletakan dengan benar - Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

Risiko Infeksi d.d Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi selama 7jam diharapkan Tingkat Infeksi (L.14137) Menurun, dengan kriteria hasil: • Nafsu makan dari cukup menurun (2) menjadi cukup meningkat (4) • Kemerahan dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) • Nyeri dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4)	Pencegahan Infeksi (I.14539) <i>Observasi</i> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <i>Terapeutik</i> • Batasi jumlah pengunjung • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <i>Edukasi</i> • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan
---	---	--

S. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE 1

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-1

No. DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Pukul 12.00 12.00 12.15 12.20 14.00	Manajemen Nyeri (I.08238) - Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (P : Luka post <i>Sectio Caesarea</i> dan saat bergerak, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Di bekas luka post op SC, S : Skala nyeri 5, T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja) - Mengkaji respon nyeri non verbal (Pasien meringis kesakitan dan gelisah) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (ruangan pasien suhunya tidak terlalu panas, tidak bising dan tidak terlalu terang) - Memfasilitasi istirahat dan tidur (Pasien istirahat) - Berkolaborasi pemberian analgetik (nyeri berkurang)	Evaluasi Pukul 18.00 WIB S : - Pasien mengatakan belum bisa melakukan teknik relaksasi genggam jari - Pasien mengatakan masih nyeri di luka post operasi sc P : Luka post <i>Sectio Caesarea</i> dan saat bergerak Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Di bekas luka post op SC S : Skala nyeri 4 T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja O : - Pasien sesekali nampak meringis	 Apriella Syafura, S.Kep

	17.00	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi genggam jari)	- Pasien sesekali nampak gelisah karena nyerinya - TD : 134/77 mmHg - Nadi : 77x/menit - Suhu : 36,1°C - RR : 21x/menit - Spo2 : 99% A : - Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri (I.08238) - Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengkaji respon nyeri non verbal - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik	
--	-------	---	--	--

2.	Pukul	Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Evaluasi Pukul 18.00 WIB	 Apriella Syafura, S.Kep
12.00	Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Nyeri karena post operasi SC)	S :	Pasien mengatakan masih nyeri ketika untuk bergerak	
12.20	Mengukur frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (TD : 131/91 mmHg, Nadi : 63x/menit, Suhu : 35,9°C, RR : 23x/menit, Spo2 : 98%)	O:	Kekuatan otot 5 5 4 4	
17.30	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (nampak gelisah)			
17.30	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (dengan pagar tempat tidur)	- Rentan gerak pasien masih menurun - Gerakan pasien masih terbatas baru bisa miring kanan dan miring kiri		
17.35	Memfasilitasi melakukan pergerakan (Miring kanan dan miring kiri)	A:		
17.35	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Keluarga antusias untuk membantu pasien)	Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi		
17.40	Menganjurkan mobilisasi dini (miring kanan dan miring kiri)	P :	Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi (I.05173) Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	

			• Mengukur frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi • Memonitor kondisi umum selama • Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu • Memfasilitasi melakukan pergerakan (duduk) • Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
3	Pukul 14.00 14.05 14.05 14.10	Edukasi Menyusui (I.12393) • Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pasien bersedia untuk menerima informasi) • Mendukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui (pasien tersenyum ketika didukung) • Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat (suami dan keluarga antusias untuk mendukung pasien) • Mengajarkan posisi menyusui (pasien melakukan apa yang diajarkan)	Evaluasi Pukul 18.00 WIB S : • Pasien mengatakan ASI nya masih belum keluar • Pasien mengatakan belum mengetahui mengenai posisi menyusui yang benar • Pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara O : • Payudara pasien nampak kosong • ASI tidak menetes/keluar A :	 Apriella Syafura, S.Kep

	14.15	Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Pijat payudara)	- Masalah Menyusui Tidak Efektif belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi Edukasi Menyusui (I.12393) - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Mendukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	
4	Pukul 16.55 17.00 17.00	Pencegahan Infeksi (I.14539) - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (tangan bersih) - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (Dolor/nyeri (+), Tumor/edema (-), Kalor/panas (-), Rubor/kemerahan(+), Fungsi lesa (-)) - Membatasi jumlah pengunjung (penunggu pasien hanya ibu dan suami pasien)	Evaluasi Pukul 18.00 WIB S : - Pasien mengatakan sudah tau tanda-tanda infeksi - Pasien mengatakan minumnya sedikit kurang lebih 600ml perhari - Pasien mengatakan makan hanya setengah porsi karena belum nafsu makan O : - Terdapat luka post operasi Section Caesarea	 Apriella Syafura, S.Kep

	17.05	• Mempertahankan teknik aseptik pada pasien (mencuci tangan)	• Pengkajian infeksi	
	17.15	• Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi (pasien belum makan saat dilakukan pengkajian)	Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kalor/panas (-) Rubor/kemerahan(-) Fungsiolesa (-)	
	17.15	• Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (pasien belum minum, cairan hanya dari infus RL saja)	A: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Pencegahan Infeksi (I.14539) • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik • Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Mempertahankan teknik aseptik pada pasien • Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	

T. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-2

Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-2

No. DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Pukul 06.00 09.00 09.00 09.10	Manajemen Nyeri (I.08238) - Berkolaborasi pemberian analgetik (nyeri berkurang) - Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (P : Luka post <i>Sectio Caesarea</i> dan saat bergerak, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Di bekas luka post op SC, S : Skala nyeri 4, T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja) - Mengkaji respon nyeri non verbal (Pasien meringis kesakitan dan gelisah) - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi genggam jari)	Evaluasi Pukul 14.30 WIB S : - Pasien mengatakan masih nyeri di luka post operasi sc P : Luka post <i>Sectio Caesarea</i> dan saat bergerak Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Di bekas luka post op SC S : Skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja O : - Pasien sesekali nampak meringis - Pasien sesekali nampak gelisah karena nyerinya	 Apriella Syafura, S.Kep

			• TD : 129/69 mmHg • Nadi : 91x/menit • Suhu : 36,2°C • RR : 20x/menit • Spo2 : 96% A : • Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri (I.08238) • Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Mengkaji respon nyeri non verbal • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Kolaborasi pemberian analgetik	
2.	Pukul 08.50	Dukungan Mobilisasi (I.05173) • Mengukur frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (TD : 129/69 mmHg, Nadi : 91x/menit, Suhu : 36,2°C, RR : 20x/menit, Spo2 : 96%)	Evaluasi Pukul 14.30 WIB S : • Pasien mengatakan masih nyeri ketika untuk bergerak O:	

	09.00	Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (Nyeri karena post operasi SC)	Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	Apriella Syafura, S.Kep
	09.30	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (nampak gelisah)		
	09.35	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (dengan pagar tempat tidur)	- Rentan gerak pasien masih menurun - Gerakan pasien masih terbatas	
	09.40	Memfasilitasi melakukan pergerakan (duduk)	Pasien sudah bisa duduk	
	09.40	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Keluarga antusias untuk membantu pasien)	A: - Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Dukungan Mobilisasi (I.05173) - Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengukur frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Memonitor kondisi umum selama - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	

			• Memfasilitasi melakukan pergerakan (berjalan) • Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
3	Pukul 09.00 09.45 09.45	Edukasi Menyusui (I.12393) • Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pasien bersedia untuk menerima informasi) • Mendukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui (pasien tersenyum ketika didukung) • Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat (suami dan keluarga antusias untuk mendukung pasien)	Evaluasi Pukul 14.30 WIB S : • Pasien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit • Pasien mengatakan sudah sedikit mengetahui mengenai posisi menyusui yang benar • Pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan payudara O : • ASI menetes/keluar sedikit A : • Masalah Menyusui Tidak Efektif belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi Edukasi Menyusui (I.12393)	 Apriella Syafura, S.Kep

			• Mendukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui • Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	
4	Pukul 08.55 08.55 09.00 09.45 09.45	Pencegahan Infeksi (I.14539) • Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (tangan bersih) • Mempertahankan teknik aseptik pada pasien (mencuci tangan) • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (Dolor/nyeri (+), Tumor/edema (-), Kalor/panas (-), Rubor/kemerahan(-), Fungsiola (-)) • Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi (pasien makan hanya setengah porsi) • Mengajukan meningkatkan asupan cairan (pasien minum masih 1.200ml perhari)	Evaluasi Pukul 14.30 WIB S : • Pasien mengatakan sudah tau tanda-tanda infeksi • Pasien mengatakan minumannya lebih banyak kurang lebih 1.200ml perhari • Pasien mengatakan makan masih setengah porsi O : • Terdapat luka post operasi Section Caesarea • Pengkajian infeksi Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kalor/panas (-) Rubor/kemerahan(-) Fungsiola (-)	 Apriella Syafura, S.Kep

			A: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Pencegahan Infeksi (I.14539) • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik • Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Mempertahankan teknik aseptik pada pasien • Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Menganjurkan meningkatkan asupan cairan • Perawatan luka post operasi <i>sectio caesarea</i>	
--	--	--	---	--

U. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-3

Tabel 3. 8 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-3

No. DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Pukul 06.00 10.00 10.00 10.05	Manajemen Nyeri (I.08238) - Berkolaborasi pemberian analgetik (nyeri berkurang) - Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (P : Luka post <i>Sectio Caesarea</i> dan saat bergerak, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Di bekas luka post op SC, S : Skala nyeri 3, T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja) - Mengkaji respon nyeri non verbal (Pasien meringis kesakitan dan gelisah) - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi genggam jari)	Evaluasi Pukul 14.30 WIB S : - Pasien mengatakan masih nyeri di luka post operasi sc P : Luka post <i>Sectio Caesarea</i> dan saat bergerak Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Di bekas luka post op SC S : Skala nyeri 2 T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak saja O : - Pasien sesekali nampak meringis - TD : 132/79 mmHg - Nadi : 97x/menit	 Apriella Syafura, S.Kep

	09.30	• Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (nampak gelisah)	<table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	
5	5							
5	5							
	09.35	• Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (dengan pagar tempat tidur)	• Gerakan pasien masih terbatas					
	09.40	• Memfasilitasi melakukan pergerakan (Jalan)	• Pasien sudah belajar jalan					
	09.40	• Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (Keluarga antusias untuk membantu pasien)	A: • Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi P : Pasien pulang lanjutkan Intervensi Dukungan Mobilisasi (I.05173) • Memfasilitasi melakukan pergerakan • Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan					
3	Pukul 09.45	Edukasi Menyusui (I.12393) • Mendukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui (pasien tersenyum ketika didukung)	Evaluasi Pukul 14.30 WIB S : • Pasien mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit					

	09.45	Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat (suami dan keluarga antusias untuk mendukung pasien)	O : - ASI menetes/keluar sedikit A : - Masalah Menyusui Tidak Efektif belum tertasi P : Pasien pulang lanjutkan Intervensi Edukasi Menyusui (I.12393) - Mendukung ibu mengingatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	Apriella Syafura, S.Kep
4	Pukul 08.55 08.55 09.00	Pencegahan Infeksi (I.14539) - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (tangan bersih) - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien (mencuci tangan) - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (Dolor/nyeri (+), Tumor/edema (-),	Evaluasi Pukul 14.30 WIB S : - Pasien mengatakan minumannya kurang lebih sudah 1.500ml perhari - Pasien mengatakan makan habis 1 porsi O : - Terdapat luka post operasi Section Caesarea - Pengkajian infeksi	 Apriella Syafura, S.Kep

		Kalor/panas (-), Rubor/kemerahan(-), Fungsiolesa (-)) • Perawatan luka <i>post operasi section caesarea</i> (bekas jahitan nampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, ukuran luka sekitar 25cm)	Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kalor/panas (-) Rubor/kemerahan(-) Fungsiolesa (-)	
	09.15	• Perawatan luka <i>post operasi section caesarea</i> (bekas jahitan nampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, ukuran luka sekitar 25cm)		
	09.45	• Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi (pasien makan habis seporsi)	A: Masalah Risiko Infeksi belum teratasi P: Pasien pulang lanjutkan Intervensi Pencegahan Infeksi (I.14539)	
	09.45	• Menganjurkan meningkatkan asupan cairan (pasien minum 1.500ml perhari)	• Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Menganjurkan meningkatkan asupan cairan • Kontrol luka <i>post operasi section caesarea</i> sesuai jadwal. • Mengajarkan pencegahan risiko infeksi mengenai cuci tangan	