

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

Nama Mahasiswa : Siti Rahmawati  
Tempat Studi Kasus : RSUD Sleman  
Tanggal Praktik : 17- 23 Desember 2023

---

---

**A. PENGKAJIAN**

**1. Identitas**

Nama Klien : NY. Na  
Umur Klien : 26 Tahun  
Alamat : Sonokulon, Merdikorejo Tempel Sleman  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : S1  
Pekerjaan : Pegawai swasta  
Nama Suami : Tn. Dv  
Status Obstetri : P1 A0  
Diagnosa Medis pra SC : G1P0A0  
Diagnosa medis post SC : Post SC Hari ke-0 atas indikasi Presbo Origo, SC Elektif + insensi IUD PPRM, Presbo Preterm (UK 39 minggu).  
Tanggal Masuk RS : 15 Desember 2023  
No. RM : 4580XX  
Tanggal persalinan : 19 Desember 2023 Jam Operasi:10:00-10:50 WIB  
Tanggal pengkajian : 19 Desember 2023 JAM: 11:10 WIB

**2. Keluhan Utama Saat Ini**

- a. Klien tampak bedrest, tidak ada keluhan mual, pasien post operasi SC jam 11:00 WIB
- b. Klien mengatakan mengeluh tidak nyaman bagian perut habis operasi SC

c. Klien mengatakan nyeri dibagian perut di area luka operasi SC

d. Pengkajian nyeri

Provocate : Nyeri bertambah saat melakukan pergerakan

Quality : Seperti ditusuk-tusuk

Region : Di perut bawah bekas luka post OP SC

Scale : Skala nyeri 5

Time : Terus menerus

e. Klien mengatakan ASInya belum lancar

### 3. Riwayat Persalinan dan Kelahiran Saat Ini

a. Lamanya persalinan : 50 Menit

b. Posisi Janin : Presbo (Sungsang)

c. Tipe Kelahiran : *Sectio Caesarea*

d. Penggunaan analgesik dan anestesi: Anestesi menggunakan RA (Ragional Anestesi, teknik anestesi menggunakan SAB (Anestesi spina atau Subarachniod Blok), dan Analgesik menggunakan ketorolak 30mg

e. Masalah selama persalinan : Tidak ada masalah

f. Riwayat penggunaan kontrasepsi: Ketuban pecah dini (KDP) Dan Presbo (Sungsang)

### 4. Data Bayi

a. Panjang Badan : 44 cm

b. Berat Badan Lahir : 1900 gram

c. Lingkar Kepala : 32 cm

d. Lingkar Dada : 28 cm

e. Lingkar Perut : 24 cm

f. Lingkar lengan atas : 8,5 cm

g. Jenis Kelamin Bayi : Perempuan

h. Nilai APGAR Skor :

**Tabel 3.1 Nilai APGAR Skor**

Nilai Skor		APGAR Skor	1 Menit	5 Menit	5 Menit
1	2				
<100	>100	Denyut Jantung	1	2	2
Tak teratur	Baik	Pernafasan	1	2	2
Sedang	Baik	Tonus Otot	1	1	2
Meringis	Meringis	Peka Rangsang	0	1	2
Merah jambu ujung biru	Merah jambu seluruh tubuh	Warna Kulit	1	1	2
		<b>Total</b>	4	7	10

**5. Keadaan Psikologi Ibu**

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

**6. Riwayat Penyakit Keluarga**

- a. Hipertensi
- b. Kanker servik

**7. Riwayat Genokologi**

Tidak ada riwayat genokologi

**8. Riwayat Obstetri**

P1 A0

**Tabel 3.2 Riwayat Obstetri**

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan	BB Lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1	Perempuan	SC	RSUD Sleman	1900 gr	Tidak ada	Bayi pasien menjalani perawatan di NICU	10 Menit

**9. Tanda-Tanda Vital**

- a. Tekanan Darah : 120/73 mmHg
- b. Nadi : 68 x/menit
- c. Respirasi : 20x/menit

- d. Suhu : 35,6°C
- e. SPO2 : 98 %
- f. TFU : Seajar dengan pusar
- g. Lokhea : Rubra

#### 10. Riwayat Kesehatan Saat Ini

##### a. Pola Nutrisi

Saat dilakukan pangkajian pasien mencoba untuk minum air putih dan tidak mengeluh mual, kemudian setelah 3-4 jam pasien makan-makanan dari rumah sakit dan pasien mual

- 1) BB : 62,5 kg
- 2) IMT : 23
- 3) TB : 158 cm
- 4) LILA : 27 cm
- 5) Gizi : Gizi baik
- 6) Frekuensi makan : 2 kali sehari ½ porsi
- 7) Jenis makanan : Diet lunak
- 8) Keluhan yang b/d makan : Tidak ada
- 9) Alergi makan : Tidak ada

##### b. Pola Cairan Elektrolit

- 1) Infus RL : 500 ml
- 2) Minum : 1.200 ml
- 3) Turgo kulit : Elastisitas
- 4) Membran mukosa : Lembab
- 5) Keluhan yang b/d minum : Tidak ada

##### c. Pola Eliminasi

###### 1) BAK

Pasien terpasang kateter, urin jam 18:25 yaitu 600 cc dengan karaktersitik urin kuning

###### 2) BAB

- a) Bising Usus: 18x/menit
- b) Setelah operasi belum BAB

- c) Konsistensi : Belum BAB
  - d) Kebiasaan BAB malam hari: Tidak pernah
  - e) Keluhan BAB : Belum bisa BAB karena efek prosedur anestesi operasi SC.
- d. Pola Aktifitas Dan Latihan
- 1) Saat melakukan pengkajian pasien terlihat *bedrest* dikarenakan masih dapat pengaruh anestesi.
  - 2) Pasien diajarkan latihan belajar menggerakkan tangan dan kaki
- e. Pola Istirahat Tidur
- 1) Lama tidur malam : 7 jam
  - 2) Tidur siang : Jarang tidur siang
  - 3) Keluhan b.d tidur : Setelah operasi pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri post operasi.
- f. Pola Persepsi Terhadap Diri
- 1) Pasien mengatakan sudah lega dan tenang karena bayinya sudah lahir dengan selamat.
  - 2) Tidak ada dampak terhadap gambaran diri pasien sehabis operasi SC
- g. Pola Hubungan Peran
- 1) Pasien mengatakan ingin segera bertemu dengan anaknya
  - 2) Pasien mengatakan asinya belum keluar maka untuk sementara bayinya diberikan susu formula.
  - 3) Apakah anda tinggal sendiri atau bersama keluarga? Pasien mengatakan tinggal bersama suami mertu serta adik ipar.
  - 4) Gambaran struktur keluarga pasien? suami, mertua, anak dan adek ipar
- h. Pola Stres Dan Koping
- 1) Pasien mengatakan merasa stres dan cemas karena anaknya lahir dengan keadaan BBLR (Berat badan Bayi Lahir Rendah) dan di rawat di ruang NICU
  - 2) Pasien mengatakan takut bergerak dikarenakan luka post SC khawatir kenapa-kenapa

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

## 11. Pemeriksaan Fisik

### a. Kepala

- 1) Bentuk kepala simetris, tampak bersih, rambut hitam bersih, tidak rontok, tidak ada lesi/luka, tidka teraba benjolan atau massa
- 2) Skelar tidak ikteri, konjungtiva tidak anemis, pupil -/-.

### b. Leher

Tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, fungsi menelan tidak ada.

### c. Dada

#### 1) Paru-paru

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

Auskultasi : Vesikuler

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, massa

Perkusi : Sonor

#### 2) Jantung

Inspeksi : Bentuk pericardium simetris

Auskultasi : Bunyi jantung jelas terdengar suara lup dup

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

Perkusi : Redup/ pekak normal

## d. Payudara

Inspeksi : Payudara simetris kanan dan kiri, puting menonjol, aerola melebar, tidak ada lesi di area payudara

Palpasi : Tidak teraba massa atau benjolan pada payudara, ASI belum keluar, tidak ada nyeri tekan pada payudara, payudara teraba lembek

## e. Abdomen

Inspeksi : Terdapat luka bekas post SC, luka dibalut dengan kasa, panjang luka 25 cm, kondisi luka kering, balutan bersih tidak rembes, luka tidak berbau, tidak ada push.

Auskultasi : Ada suara bising usus 20x/menit.

Palpasi : Ada nyeri tekan pada abdomen, terutama sekitar luka operasi, TFU sejajar dengan pusat, kontraksi uterus kuat dan teraba keras.

Perkusi : Terdengar bunyi timpani.

## f. Parineal:

- 1) Lochea : Rubra (merah segar)
- 2) Pasien mengganti balutan sebanyak 2x
- 3) Jumlah darah yang keluar  $\pm$  200 cc,
- 4) Bau : Khas darah
- 5) Terpasang kateter jumlah urin 600 cc
- 6) Tidak ada edema
- 7) Luka jahit : tidak ada

## g. Ekstremitas:

Inspeksi : tidak ada edem, tidak ada varises, tidak ada luka, warna kulit tidak pucat

Palpasi : CRT <2 detik

Human Sign : Negatif

Kekuatan tonus otot kaki kanan dan kiri lemah dan belum bisa berjalan

5	5
4	4

## 12. Pemeriksaan Laboratorium

**Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

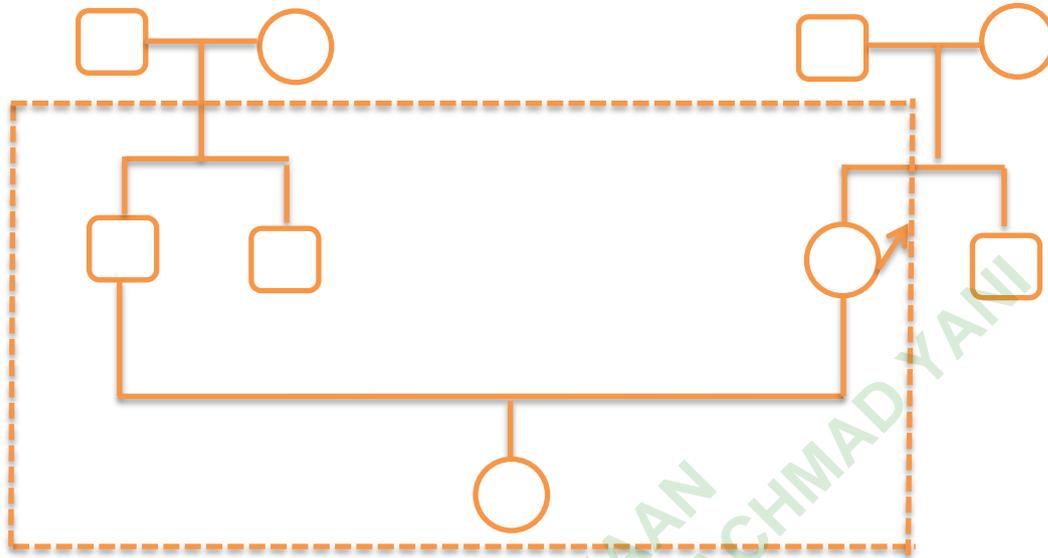
Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
<b>Hemoglobin</b>	<b>10.9</b>	12.0-16.0	g/dL
<b>Hematocrit</b>	<b>32</b>	37.00-47.00	Vol%
Lekosit	8.1	4.5-11.0	Ribu/ul
Eritrosit	3.58	4.00-5.40	Juta/ul
Trombosit	321	150-450	Ribu/ul
MPV	9.2	7.2.-11.1	fL
PDW	9.5	9-13	fL
RDW-CV	13.0	11.5-14.5	%
MCH	30.4	26.0-34.0	Pg
MCHC	34.6	32.0-36.0	g/dl
Basofil	0.2	0-1	%
Monosit	5.4	35-47	fL
Eosinofil	1.4	1-6	%
<b>Limfosit</b>	<b>11.6</b>	<b>22-40</b>	<b>%</b>
<b>Neutrofil</b>	<b>81.4</b>	<b>40-70</b>	<b>%</b>
PT	12.7	9-15	
PT Control	14.6		
INR	0.90	0.8-1.2	
APTT	30.0	22-32	
APTT Control	32.0		

### 13. Terapi Medis

**Tabel 3.4 Terapi Medis Pasien**

Tanggal	Jenis terapi	Rute	Dosis	Indikasi terapi
19/12/2023	Sofero	Oral	1x1 tablet	Penambah Darah
	Kalk	Oral	2x1 tablet (500mg)	Untuk memenuhi kebutuhan kalsium
	Vit A	Oral	1x1 tablet	Memperkuat fungsi sistem kekebalan tubuh
	Nifedipin	Extra	10 mg	Obat untuk mengatasi hipertensi dan mengatasi nyeri dada (angina pektoris)
	Ketorolac	IV	3x1 (30 mg )	Obat untuk meredakan nyeri
	Cefazolin	IV	1 gr 1x1 (post op)	Antibioti untuk menangani penyakit infeksi bakteri
20/12/2023	Sofero	Oral	1x1 tablet	Penambah Darah
	Kalk	Oral	2x1 tablet (500mg)	Untuk memenuhi kebutuhan kalsium
	Vit A	Oral	1x1 tablet	Memperkuat fungsi sistem kekebalan tubuh
	Amoksilin	Oral	3x1 (500 mg)	Antibioti untuk menangani penyakit infeksi bakteri
	Ketorolac	IV	3x1 (30 mg)	Obat untuk meredakan nyeri
	Paracetamol	Oral	3x1 (500 mg)	Untuk mengobati jangka pendek rasa nyeri dan obat untuk menurunkan demam
21/12/2023	Kalk	Oral	1x1tablet (500mg)	Untuk memenuhi kebutuhan kalsium
	Amoksilin	Oral	3x1 (500 mg)	Antibioti untuk menangani penyakit infeksi bakteri
	Paracetamol	Oral	3x1 (500 mg)	Untuk mengobati jangka pendek rasa nyeri dan obat untuk menurunkan demam
22/12/2023	Kalk	Oral	1x1tablet (500mg)	Untuk memenuhi kebutuhan kalsium
	Amoksilin	Oral	3x1 (500 mg)	Antibioti untuk menangani penyakit infeksi bakteri
	Paracetamol	Oral	3x1 (500 mg)	Untuk mengobati jangka pendek rasa nyeri dan obat untuk menurunkan demam

#### 14. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Pasien

#### Keterangan:

- : Perempuan
- ♂ : Klien
- : Laki-laki
- : Garis serumah
- : Garis Perkawinan
- | : Garis Keturunan

## B. ANALISA DATA

Tabel 3.2 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien mengatakan nyeri dibagian perut di area luka operasi SC</li> <li>P: Ketika banyak bergerak</li> <li>Q: Seperti di tusuk-tusuk</li> <li>R: Di perut bagian bawah bekas luka post operasi SC</li> <li>S: Skala nyeri 5</li> <li>T: Terus menerus</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>✓ Pasien sulit tidur</li> <li>✓ Pasien tampak gelisah</li> <li>✓ TD : 120/73 mmHg</li> <li>✓ Nadi : 68 x/menit</li> <li>✓ Suhu: 35,6°C</li> <li>✓ RR: 20x/menit</li> <li>✓ SpO2: 98%</li> </ul>	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera fisik
2	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan takut bergerak dikarenakan luka post SC khawatir kenapa-kenapa</li> <li>✓ Pasien mengatakan nyeri bertambah jika banyak bergerak</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rentang gerak pasien nampak menurun setelah operasi SC</li> <li>✓ Gerakan pasien nampak terbatas setelah operasi SC</li> </ul>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Nyeri
3	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan merasa stres dan cemas karena anaknya lahir dengan keadaan BBLR (Berat badan Bayi Lahir Rendah) dan di rawat di ruang NICU</li> <li>✓ Pasien mengatakan asinya belum keluar maka untuk sementara bayinya diberikan susu formula</li> </ul> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ASI belum ada yang keluar sedikitpun</li> <li>✓ Payudara teraba lembek</li> </ul>	Menyusui tidak efektif (D.0029)	Ketidak adekuatan suplai ASI

	✓ Bayi diberikan pendamping ASI sementara yaitu susu formula		
<b>4</b>	<b>Data Subjektif:</b> ✓ Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi SC <b>Data Objektif:</b> ✓ Terlihat luka post SC di bagian perut dan di balut dengan kasa ✓ Panjang luka 25 cm ✓ Pengkajian infeksi Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kolor/panas (-) Rubor/kemerahan (-) Fungsiolesa (-)	Resiko Infeksi (D.0142)	Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan intergeritas jaringan

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

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

### D. RENCANA INTERVENSI

**Tabel 3.3 Rencana Intervensi**

NO	DIGNOSA KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 30 menit diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: <b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> ✓ Keluhan nyeri dari meningkat (5) menjadi cukup menurun (2) ✓ Meringis dari dari meningkat (5) menjadi cukup menurun (2)	<b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b> ✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri. ✓ Identifikasi respon nyeri non verbal <b>Terapeutik</b> ✓ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien. ✓ Kontrol lingkungan yang memperberat dan

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kesulitan tidur dari meningkat (5) menjadi cukup menurun (2)</li> <li>✓ Frekuensi nadi dari sedang (3) menjadi membaik (5)</li> <li>✓ Pola nafas dari dari sedang (3) menjadi membaik (5)</li> <li>✓ Tekanan darah dari sedang (3) menjadi membaik (5)</li> <li>✓ Nafsu makan dari sedang (3) menjadi membaik (5)</li> <li>✓ Pola tidur dari memburuk (1) menjadi membaik (5)</li> </ul> <p><b>Kontrol Nyeri (L.08063)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Melaporkan nyeri terkontrol dari menurun (1) menjadi meningkat (5)</li> <li>✓ Kemampuan mengenai onset nyeri dari menurun (1) menjadi meningkat (5)</li> <li>✓ Kemampuan mengenai penyebab nyeri dari menurun (1) menjadi meningkat (5)</li> <li>✓ Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis relaksasi genggam jari dari menurun (1) menjadi meningkat (5)</li> </ul>	<p>memperingan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi genggam jari)</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul> <p><b>Terapi Relaksasi (I.07225).</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan (relaksasi genggam jari dan nafas dalam)</li> <li>✓ Identifikasi ketegangan otot, frkuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (relaksasi genggam jari dan nafas dalam)</li> <li>✓ Anjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>✓ Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>✓ Anjurkan sering mengulangi atau latihan teknik yang dipilih</li> <li>✓ Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam</li> </ul>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 4x30 menit diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Mobilisasi fisik (L.05042)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pergerakan ekstremitas dari menurun (2) menjadi meningkat (5)</li> </ul>	<p><b>Dukungan mobilitas (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>✓ Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi</li> <li>✓ Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nyeri dari meningkat (1) menjadi menurun (5)</li> <li>✓ Kecemasan dari meningkat (1) menjadi menurun (5)</li> <li>✓ Gerakan terbatas dari meningkat (1) menjadi menurun (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> <li>✓ Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>✓ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>✓ Anjurkan melakukan mobilisasi dini.</li> </ul>
3	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan status menyusui pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Status menyusui (L.03029)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perlekatan bayi pada payudara ibu dari menurun (5) menjadi meningkat (1)</li> <li>✓ Tetesan atau pancaran ASI dari menurun (5) menjadi meningkat (1)</li> <li>✓ Suplai ASI dari menurun (5) menjadi meningkat (1)</li> <li>✓ Kepercayaan dari menurun (5) menjadi meningkat (1)</li> <li>✓ Kecemasan maternal dari meningkat (5) menjadi menurun (1)</li> </ul>	<p><b>Edukasi Menyusui (L.12393)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>✓ Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sediakan meteri dan media pendidikan kesehatan</li> <li>✓ Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan</li> <li>✓ Berikan kesepakatan untuk bertanya</li> <li>✓ Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Berikan konseling menyusui</li> <li>✓ Ajarkan perawatan payudara postpartum (memerah ASI, pijet payudara, pijet oksitosin).</li> </ul>
4	Risiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas jaringan (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x30 menit diharapkan resiko infeksi pasien berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kebersihan tangan dari sedang (3) menjadi meningkat (5)</li> <li>✓ Kebersihan badan dari sedang (3) menjadi meningkat (5)</li> <li>✓ Napsu makan dari sedang (3) menjadi meningkat (5)</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Infeksi (L.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Batasi jumlah pengunjung</li> <li>✓ Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>✓ Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p><b>Perawatan Luka (L.14564)</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nyeri dari meningkat (1) menjadi menurun (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitor karakteristik luka (warna luka merah segar panjang luka 25cm tidak ada bau di luka)</li> <li>✓ Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>✓ Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>✓ Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>✓ Berikan betadin</li> <li>✓ Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>✓ Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>✓ Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan dranase</li> <li>✓ Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>✓ Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>✓ Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li>✓ Kolaborasi prosedur debridement</li> <li>✓ Kalaborasi pemberian antibiotik jika perlu.</li> </ul>
--	--	--

## E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-0

**Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-0**

No DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Pukul 19:22  19:24  19:27  19:40	<b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri.</li> <li>✓ Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>✓ Mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>✓ Memberikan teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit untuk mengurangi nyeri</li> </ul>	<b>Evaluasi Jam 20:50 WIB</b> <b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan masih nyeri bagian perut bawah</li> </ul> <b>P:</b> Ketika banyak bergerak <b>Q:</b> Seperti di tusuk-tusuk <b>R:</b> Di perut bagian bawah bekas luka post operasi SC <b>S:</b> Skala nyeri 5 sebelum dilakukan intervensi dan setelah dilakukan intervensi genggam jari skala nyeri menjadi 4 <b>T:</b> Terus menerus <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengeluh tidak nyaman dengan keadaan saat ini</li> <li>✓ Pasien mengatakan merasa seperti Kontraksi bagian perut</li> </ul> <b>O:</b>	 Siti Rahmawati

	20:11	<p>pada pasien post SC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolak 30 mg/8jam</li> </ul> <p><b>Terapi Relaksasi (I.07225).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan (relaksasi genggam jari dan nafas dalam)</li> <li>✓ Mengidentifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>✓ Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia (relaksasi genggam jari dan nafas dalam)</li> <li>✓ Menganjurkan posisi yang nyaman</li> <li>✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit</li> <li>✓ Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien masih sesekali merintih kesakitan</li> <li>✓ Pasien terlihat gelisah dan sulit untuk tidur</li> <li>✓ Pasien tampak merintih kesakitan</li> <li>✓ TD: 120/73 mmHg</li> <li>✓ Nadi: 68x/menit</li> <li>✓ Suhu: 35,6°C</li> <li>✓ RR: 20x/menit</li> <li>✓ SpO2: 98%</li> </ul> <p><b>A:</b> Nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi manajemen nyeri dan terapi relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri.</li> <li>✓ Mengidentifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>✓ Teknik nonfarmakologi relaksasi genggam jari untuk mengurangi nyeri pada pasien.</li> <li>✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit/8jam</li> <li>✓ Mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolak 30 mg</li> </ul>	
2	<p>Pukul</p> <p>15:00</p> <p>15:03</p> <p>15:07</p>	<p><b>Dukung Mobilitas (I.05173)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>✓ Memonitor frekuensi tekanan darah sebelum mulai ambulasi</li> <li>✓ Memonitor kondisi umum</li> </ul>	<p><b>Evaluasi jam 15:30 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan masih nyeri saat dibuat gerak</li> <li>✓ Pasien mengatakan masih takut untuk miring kanan kiri</li> </ul> <p><b>O:</b></p>	 <p>Siti Rahmawati</p>

	<p>15:15</p> <p>15:22</p> <p>15:23</p> <p>15:26</p> <p>15:30</p>	<p>selama melakukan mobilisasi</p> <p>✓ Memfasilitasi aktifitas mobilisasi</p> <p>✓ Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>✓ Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>✓ Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>✓ Menganjurkan melakukan mobilisasi dini menggerakkan tangan dan kaki</p>	<p><b>Kekuatan otot</b></p> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>✓ Rentang gerak masih menurun</p> <p>✓ Gerakan tampak terbatas</p> <p><b>A:</b> Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi dukungan mobilitas</p> <p>✓ Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>✓ Monitor frekuensi tekanan darah sebelum mulai ambulasi</p> <p>✓ Fasilitasi aktifitas mobilisasi</p> <p>✓ Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>✓ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>✓ Anjurkan melakukan mobilisasi dini miring kanan dan kiri</p>	5	5	4	4	
5	5							
4	4							
3	<p>Pukul</p> <p>16:03</p> <p>16:08</p> <p>16:10</p> <p>16:23</p> <p>16:25</p> <p>16:27</p> <p>16:28</p> <p>16:30</p>	<p><b>Edukasi Menyusui</b></p> <p>✓ Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>✓ Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p>✓ Menyediakan meteri dan media pendidikan kesehatan dengan lifleat</p> <p>✓ Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>✓ Memberikan kesepakatan untuk bertanya</p> <p>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>✓ Memberikan konseling menyusui</p> <p>✓ Mengajarkan perawatan payudara postpartum.</p>	<p><b>Evaluasi 16:30 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <p>✓ Pasien mengatakan ASI-nya belum keluar</p> <p><b>O:</b></p> <p>✓ ASI pasien belum ada yang keluar sedikitpun</p> <p>✓ Payudara pasien nampak kosong</p> <p><b>A:</b> Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervnsi</p> <p>✓ Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>✓ Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>✓ Menyediakan meteri dan media pendidikan kesehatan (pijet laktasi dan cara menyusui dengan baik dan benar)</p> <p>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p>	 <p>Siti Rahmawati</p>				
4	Pukul	<b>Pencegahan Infeksi</b>	<b>Evaluasi 17:00 WIB</b>					

17:02	✓ Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal. dolor/nyeri (+), tumor/edema (-), kalor/panas (-), rubor/kemerahan (-), funsiolesa (-).	<b>S:</b> ✓ Pasien mengatakan masih nyeri bagian operasi <b>O:</b> ✓ Pengkajian infeksi Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kalor/panas (-) Rubor/kemerahan (-) Fungsiolesa (-)	 Siti Rahmawati
17:15	✓ Membatasi jumlah pengunjung		
17:18	✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.		
17:23	✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	<b>A:</b> Resiko Infeksi belum teratasi <b>P:</b> Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi	
17:30	✓ Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar ✓ Kolaborasi pemberian antibiotik cefazolin 1 gram	✓ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal ✓ Batasi jumlah pengunjung ✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien ✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi ✓ Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar ✓ Kolaborasi pemberian antibiotik cefazolin 1 gram diganti dengan amoksilin 500 mg/8 jam	

## F. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-1

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-1

No DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Pukul 14:00  14:07  14:10	<b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> ✓ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri (P: Ketika buat bergerak nyeri, Q: seperti di tusuk-tusuk, R: Di luka jahitan post SC, S: Skala nyeri 4, T: Hilang timbul). ✓ Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (Tampak meringis kesakitan). ✓ Memberikan teknik non farmakologi dengan menggunakan teknik	<b>Evaluasi Jam 14:30 WIB</b> <b>S:</b> ✓ Pasien mengatakan tadi malam jam 10 nyeri tidak bisa tertahan dan pasien melakukan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri baru bisa tidur ✓ Pasien mengatakan masih nyeri di bagian bekas operasi P: Ketika buat bergerak teras nyeri Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Di luka jahitan post SC S: Skala nyeri 4 sebelum dilakukan intervensi	 Siti Rahmawati

	14:21	relaksasi genggam jari selama 30 menit untuk mengurangi nyeri pada pasien post SC (Teknik relaksasi genggam jari)	genggam jari setelah dilakukan intervensi skala nyeri 3 T: Hilang timbul	
	14:22	✓ Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (ruang pasien tidak terlalu terang, tidak bising dan tidak panas suhunya)	✓ Pasien mengatakan bisa tidur walaupun cuman sebentar dan sering bangun karena kesakitan	
	14:22	✓ Mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolak 30 mg/8 jam	<b>O:</b> ✓ Pasien masih terlihat gelisah dan sulit untuk tidur ✓ Pasien tampak merintih kesakitan untuk latihan miring kanan kiri ✓ TD: 98/66 mmHg ✓ Nadi: 95x/menit ✓ Suhu: 36,4°C ✓ RR: 20x/menit ✓ SpO2: 98%	
	14:22	<b>Terapi Relaksasi (I.07225).</b> ✓ Mengidentifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan	<b>A:</b> Nyeri akut belum tertasi	
	14:25	✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi manajemen nyeri dan terapi relaksasi.	
	14:28	✓ Menganjurkan posisi yang nyaman ✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi	✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri. ✓ Memberikan teknik nonfarmakologi relaksasi genggam jari selama 30 menit untuk mengurangi nyeri pada pasien post SC.	
	14:30	✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit ✓ Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam	✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman ✓ Menganjurkan posisi yang nyaman ✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi ✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit ✓ Hentikan pemberian analgetik ketorolak 30 mg/ 8 jam	
2	Pukul 15:05	<b>Dukung Mobilitas (I.05173)</b> ✓ Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (nyeri karena post op SC)	<b>Evaluasi jam 15:00 WIB</b> <b>S:</b> ✓ Pasien mengatakan masih nyeri saat dibuat gerak ✓ Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri	 Siti Rahmawati
	15:08	✓ Memonitor frekuensi tekanan darah	<b>O:</b>	

	15:15 15:20 15:24 15:26	<p>sebelum mulai ambulasi (TD : 98/66 mmHg, Nadi: 95x/menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Memfasilitasi aktifitas mobilisasi (Tampak masih lemah)</li> <li>✓ Memfasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>✓ Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>✓ Menganjurkan melakukan mobilisasi dini dengan miring kanan kiri</li> </ul>	<p><b>Kekuatan otot</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien nampak sudah bisa miring kanan kiri</li> <li><b>A:</b> Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</li> <li><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi dukungan mobilitas</li> <li>✓ Fasilitasi aktifitas mobilisasi</li> <li>✓ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>✓ Menganjurkan melakukan mobilisasi berdiri dan berjalan secara mandiri</li> </ul>	5	5	5	5	
5	5							
5	5							
3	Pukul 16:00 16:08 16:23	<p><b>Edukasi Menyusui</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>✓ Mengulas materi pendidikan kesehatan yang sudah diberikan (pemijatan laktasi dan cara menyusui dengan baik dan benar)</li> <li>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.</li> </ul>	<p><b>Evaluasi 16:30 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan ASI-nya tetap belum keluar.</li> <li>✓ Pasien mengatakan paham dengan materi pendidikan kesehatan yang di berikan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ASI pasien belum ada yang keluar sedikitpun</li> <li>✓ Payudara pasien nampak kosong</li> </ul> <p><b>A:</b> Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>✓ mendemostrasikan pijet laktasi secara mandiri</li> <li>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.</li> </ul>	 Siti Rahmawati				
4	Pukul 17:02 17:15 17:18 17:24	<p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal. dolor/nyeri (+), tumor/edema (-), kalor/panas (+), rubor/kemerahan (-), funsiolesa (-).</li> <li>✓ Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>✓ Mengajarkan cara mencuci tangan</li> </ul>	<p><b>Evaluasi 17:00 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan masih nyeri bagian operasi ketika buat bergerak miring kanan kiri</li> <li>✓ Pasien mengatakan bagian luka post operasi merasa panas</li> <li>✓ Pasien mengatakan sudah paham cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pengkajian infeksi</li> <li>Dolor/nyeri (+)</li> </ul>	 Siti Rahmawati				

17:30	dengan benar ✓ Berkalaborasi pemberian antibiotik amoksilin 30 mg / 8 jam	Tumor/edema (-) Kalor/panas (+) Rubor/kemerahan (-) Funsiolesa (-) <b>A:</b> Resiko Infeksi belum teratasi <b>P:</b> Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi ✓ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal ✓ Batasi jumlah pengunjung ✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien ✓ Berkalaborasi pemberian antibiotik amoksilin 30 mg / 8 jam	
-------	--	--	--

## G. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-2

Tabel 3.9 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-2

No DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Pukul 09:00  09:07  09:10	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p>✓ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri (P: Ketika buat berjalan dan buat duduk ke tidur, Q: seperti di tusuk-tusuk, R: Di luka jahitan post SC, S: Skala nyeri 3, T: Hilang timbul).</p> <p>✓ Memberikan teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit untuk mengurangi nyeri pada pasien post SC (Teknik relaksasi genggam jari)</p> <p><b>Terapi Relaksasi (I.07225).</b></p> <p>✓ Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan (relaksasi genggam jari dan nafas</p>	<p><b>Evaluasi Jam 09:30 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <p>✓ Pasien mengatakan masih sedikit nyeri</p> <p>P: Ketika buat berjalan dan buat duduk ke tidur</p> <p>Q: Seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: Di luka jahitan post SC</p> <p>S: Skal nyeri 3 sebelum dilakukan intervensi genggam jari setelah dilakukan intervensi skala nyeri 2</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>✓ Pola mengatakan tidurnya sudah mulai nyeyak</p> <p><b>O:</b></p> <p>✓ Pola tidur pasien sudah nampak membaik</p> <p>✓ Pasien tampak merintih kesakitan untuk latihan jalan</p> <p>✓ TD: 106/67 mmHg</p> <p>✓ Nadi: 92x/menit</p> <p>✓ Suhu: 36,4°C</p> <p>✓ RR: 20x/menit</p>	 Siti Rahmawati

	09:21	dalam) ✓ Mengidentifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan	✓ SpO2: 99% <b>A:</b> Ketidak nyamanan pasca partum belum tertasi <b>P:</b> Lanjutkan intervensi manajemen nyeri dan Perawatan pasca persalinan					
	09:23	✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman	✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri. ✓ Teknik nonfarmakologi relaksasi genggam jari selama 30 menit untuk mengurangi nyeri pada pasien post SC					
	09:30	✓ Menganjurkan posisi yang nyaman ✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi ✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit ✓ Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam	✓ Mengidentifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan ✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman ✓ Menganjurkan posisi yang nyaman ✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi ✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit ✓ Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam					
2	Pukul	<b>Dukung Mobilitas (I.05173)</b>	<b>Evaluasi jam 10:00 WIB</b>					
	10:05	✓ Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (nyeri post op terkadang, jika beraktivitas berlebih)	<b>S:</b> ✓ Pasien mengatakan masih sedikit nyeri buat berjalan ✓ Pasien mengatakan sudah mampu melakukan mobilisasi (berjalan sendiri)	 Siti Rahmawati				
	10:08	✓ Memonitor frekuensi tekanan darah sebelum mulai ambulasi (TD : 106/67 mmHg, Nadi: 92x/menit)	<b>O:</b> <b>Kekuatan otot</b>					
	10:15	✓ Memfasilitasi aktifitas mobilisasi (Pasien tampak sudah mampu berjalan sendiri ke kamar mandi)	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>		5	5	5	5
5	5							
5	5							
	10:20	✓ Memfasilitasi melakukan pergerakan	✓ Pasien nampak sudah mampu dan berani untuk jalan ke kamar mandi					
	10:24	✓ Melibatkan keluarga untuk	✓ Pasien sudah nampak banyak melakukan aktivitas mobilisasi <b>A:</b> Gangguan mobilitas fisik teratasi					

		membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	<b>P:</b> Hentikan intervensi	
3	Pukul 13:00  13:08  13:23	<b>Edukasi Menyusui</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>✓ Mendemonstrasikan pemijatan laktasi secara mandiri setiap 1-2 jam</li> <li>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.</li> </ul>	<b>Evaluasi 13:30 WIB</b> <b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan ASI-nya sudah keluar sedikit</li> <li>✓ Pasien mengatakan sudah mengerti cara menyusui yang baik dan benar</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ASI pasien sudah ada yang keluar sedikit</li> <li>✓ Pasien nampak mampu mempraktikkan secara mandiri untuk pemijatan oksitosin</li> </ul> <b>A:</b> Menyusui tidak efektif teratasi sebagian <b>P:</b> Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ul>	 Siti Rahmawati
4	Pukul 15:02  15:15 15:18  15:24  15:30	<b>Pencegahan Infeksi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal. dolor/nyeri (+), tumor/edema (-), kalor/panas (+), rubor/kemerahan (-), funsiolesa (-).</li> <li>✓ Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>✓ Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>✓ Berkalaborasi pemberian antibiotik amoksilin 500 mg/ 8 jam</li> </ul>	<b>Evaluasi 15:30 WIB</b> <b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan masih nyeri sedikit</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pengkajian infeksi Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kalor/panas (+) Rubor/kemerahan (-) Fungsiolesa (-)</li> </ul> <b>A:</b> Resiko Infeksi teratasi sebagian <b>P:</b> Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal</li> <li>✓ Batasi jumlah pengunjung</li> <li>✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>✓ Berkalaborasi pemberian antibiotik amoksilin 500 mg/ 8 jam</li> </ul>	 Siti Rahmawati

## H. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI HARI KE-3

Tabel 3.10 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-3

No DX	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Pukul 07:00  07:05  07:08	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri (P: Ketika buat beraktifitas berlebih dan ketika di tekan pagian perut, Q: seperti di tusuk-tusuk, R: Di luka jahitan post SC, S: Skala nyeri 2, T: Hilang timbul).</li> </ul> <p><b>Terapi Relaksasi (I.07225).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengidentifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>✓ Menganjurkan posisi yang nyaman</li> <li>✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit</li> <li>✓ Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam</li> </ul>	<p><b>Evaluasi Jam 07:30 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan masih sedikit nyeri</li> <li>P: Ketika buat beraktifitas berlebih dan ketika di tekan pagian perut,</li> <li>Q: Seperti di tusuk-tusuk</li> <li>R: Di luka jahitan post SC</li> <li>S: Skal nyeri 2</li> <li>T: Hilang timbul</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan tidurnya sudah nyeyak</li> <li>✓ Pola tidur pasien sudah nampak membaik</li> <li>✓ TD: 114/69 mmHg</li> <li>✓ Nadi: 82x/menit</li> <li>✓ Suhu: 36°C</li> <li>✓ RR: 20x/menit</li> <li>✓ SpO2: 98%</li> </ul> <p><b>A:</b> Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi manajemen nyeri dan Terapi relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri..</li> <li>✓ Mengidentifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>✓ Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman</li> <li>✓ Menganjurkan posisi yang nyaman</li> <li>✓ Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi</li> </ul>	 Siti Rahmawati

			<p>relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Menganjurkan sering mengulangi atau latihan teknik relaksasi genggam jari selama 30 menit</li> <li>✓ Mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam</li> </ul>	
2	Pukul 08:00	<p><b>Edukasi Menyusui</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.</li> </ul>	<p><b>Evaluasi 08:20 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan ASI-nya masih sedikit keluaranya</li> <li>✓ Pasien mengatkan sesering dilakukan kompres hangat dan pemijatan oksitosin</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ASI pasien keluar masih sedikit</li> </ul> <p><b>A:</b> Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervnsi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dan perawatan payudara (pijet oksitosin)</li> </ul>	 Siti Rahmawati
3	Pukul 08:02  08:05  08:06  08:10  08:15  08:17	<p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal. dolor/nyeri (+), tumor/edema (-), kalor/panas (+), rubor/kemerahan (-), funsiolesa (-).</li> <li>✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>✓ Berkalaborasi pemberian antibiotik amoksilin 500 mg/ 8 jam</li> </ul> <p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Memonitor karakteristik luka (warna luka merah segar panjang luka 25cm tidak ada bau di luka)</li> <li>✓ Memonitor tanda-tanda infeksi</li> </ul>	<p><b>Evaluasi 08:35 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasien mengatakan masih nyeri sedikit</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ warna luka merah muda, Panjang luka 25cm, tidak ada bau pada luka</li> <li>✓ Pengkajian infeksi Dolor/nyeri (+) Tumor/edema (-) Kalor/panas (+) Rubor/kemerahan (-) Fungsiolesa (-)</li> </ul> <p><b>A:</b> Resiko Infeksi teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitor tanda dan gejala infeksi lokal</li> <li>✓ Batasi jumlah pengunjung</li> <li>✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul>	 Siti Rahmawati

	08:20	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>✓ Membersihkan luka dengan cairan NaCl</li> </ul>		
	08:25	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Memberikan betadi pada luka</li> <li>✓ Memasang balutan sesuai dengan luka</li> </ul>		
	08:28	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mempertahankan teknik steril</li> <li>✓ Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan dranase</li> </ul>		
	08:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>✓ Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ul>		
	08:31	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li>✓ Berkolaborasi prosedur debridement</li> </ul>		
	08:32	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Berkolaborasi pemberian antibiotik jika perlu</li> </ul>		

PERPUSTAKAAN  
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
 YOGYAKARTA