

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Nama Mahasiswa : Arika Nur Fadzillah  
Tempat Praktik : Ruang Kalibiru Lor RSUD Wates Kulon Progo  
Tanggal Praktik : 22 – 25 Februari 2024

---

---

#### **1. PENGKAJIAN**

##### **DATA DEMOGRAFI**

Nama Klien : Ny. D  
Umur Klien : 06 Maret 1995/ 29 tahun  
Alamat : Kedunggalih 11/3, Pengasih, Kulon Progo  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : S1  
Pekerjaan : PNS  
Nama Suami : Tn.R

Diagnosa Medis : Post SC a/i fetal distress P1A0  
Tanggal Masuk RS : 22 Februari 2024 Jam : 17.00 WIB  
No. RM : 456\*\*\*  
Tanggal persalinan : 23 Februari 2024 Jam : 09.20 WIB  
Tanggal pengkajian : 23 Februari 2024 Jam : 12.00 WIB

## **KELUHAN UTAMA SAAT INI**

### **Keluhan saat ini :**

Ibu mengeluh sedikit pusing, lemas, dan mual serta mengatakan kakinya belum bisa digerakkan post sc hanya bisa menggerakkan ujung jarinya saja pada pukul 11.00 WIB. Kemudian ibu mengatakan merasa nyeri skala 7 pukul 14.00 WIB pada daerah bekas sayatan operasi sc yang hilang timbul dan ibu sesekali tampak meringis.

### **Riwayat Penyakit sebelumnya**

Pasien ataupun keluarga tidak memiliki riwayat penyakit tertentu.

### **Riwayat Persalinan dan kelahiran saat ini**

- Lama operasi : 45 menit
- Lama persalinan : 13 jam
- Tipe Kelahiran : pembedahan (SC)
- Penggunaan analgesik dan anestesi : RA
- Masalah selama persalinan : tidak ada
- Riwayat penggunaan kontrasepsi : belum pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya

### **DATA BAYI**

- Panjang Badan 47 cm
- Berat Badan Lahir 2825 g
- Lingkar Kepala 32,5 cm
- Lingkar Dada 33 cm
- Lingkar Perut 28 cm
- Lingkar lengan atas 9 cm
- APGAR Skor: - 1 menit pertama 7 (normal)  
- 5 menit kedua 9 (normal)
- Jenis Kelamin bayi : L/P

### Keadaan Psikologis Ibu

Fase *taking in* (fase ketergantungan) : ibu mengatakan merasa cemas karena ini merupakan kelahiran pertama dan tidak rawat gabung bersama bayinya.

### Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada riwayat penyakit turunan dari keluarga

### Riwayat Ginekologi

Tidak ada masalah reproduksi

### Riwayat Obstetri

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan	BB lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1	Laki-laki	SC	Ruang IBS RSUD Wates	2825 gram	-	Lahir hidup	1 hari

### Tanda Tanda Vital

TTV pukul 11.00 WIB : TD : 132/84 mmHg, N : 102x/menit, RR : 22 x/menit,  
Suhu : 36,5°C, SpO2 : 99%

TTV pukul 16.00 WIB : TD : 129/80 mmHg, N : 99x/menit, RR : 22 x/menit, Suhu  
: 36,3°C, SpO2 : 99%

KU : Baik, kesadaran : composmetis

### Riwayat Kesehatan Saat ini

1. Pola Nutrisi : nafsu makan baik, makan 1x, tidak ada makanan pantangan dan alergi

2. Pola Cairan dan elektrolit : ibu sudah minum air putih 2 gelas, intake infus RL + Oksi rute IV
3. Pola eliminasi : belum bisa BAB, BAK menggunakan kateter dengan jumlah urine output 150cc/3 jam, warna kuning pekat
4. Pola Aktivitas dan Latihan : belum bisa beraktivitas karena kaki ibu belum bisa digerakkan, hanya bisa menggerakkan ujung jari
5. Pola Istirahat tidur : pola tidur baik, 5-6 jam sehari. Namun terkadang terbangun karena merasa nyeri
6. Pola Persepsi terhadap diri : tidak ada gangguan konsep diri
7. Pola Hubungan peran : peran ibu dengan keluarga baik
8. Pola Stress dan coping : ibu mengatakan cemas karena ini merupakan kelahiran pertama, tidak rawat gabung bersama bayinya, serta ASI ibu belum keluar

### **Pemeriksaan Fisik**

Meliputi :

1. Kepala : simetris, kulit kepala bersih tidak terdapat benjolan
2. Leher : tidak teraba kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening, posisi trakea ditengah dan tidak ada kelainan
3. Dada : bentuk simetris kanan dan kiri, tidak terdapat benjolan, frekuensi RR : 22x/menit
4. Payudara : tidak terdapat benjolan pada payudara ibu, payudara tampak besar dan teraba keras, puting susu menonjol, belum terdapat pengeluaran ASI, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu
5. Abdomen : tampak perubahan fisik pada abdomen berupa balutan luka dan sayatan pasca op sc panjang 10cm, bentuk abdomen bulat dan terdapat linea nigra, TFU 1 jari dibawah pusat dengan konsistensi keras, kontraksi keras
6. Genitalia : tidak terdapat fluor albus, tidak ada oedema pada vulva, perineum utuh tidak ada jahitan, pemeriksaan lochea rubra pasien 1x ganti pembalut tetapi darahnya tidak terlalu banyak, darah berwarna merah segar

dengan konsistensi cair berbau khas serta terdapat gumpalan, pada anus tidak terdapat hemoroid

7. Ekstremitas : tidak ada kelainan ekstremitas, tidak terdapat oedema dan varises, hooman sign (-), kekuatan otot 5511 pada pukul 11.00 WIB (efek anestesi belum hilang)

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

## PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	N.RUJUKAN	SATUAN	METODE
<b>HEMATOLOGI</b>				
Hemoglobin	12.7	12.00 - 15.00	g/dl	Colorimetric
Hematokrit	37.7	35.00 - 49.00	vol%	Analyzer Calculates
Lekosit	10.83	4.5 - 11.5	ribu/ul	Impedance
Trombosit	239	150 - 450	ribu/ul	Impedance
Eritrosit	4.10	4.00 - 5.40	juta/ul	Impedance
MCV	92.0	80.0 - 94.0	fl	Analyzer Calculates
MCH	30.9	26.0 - 32.0	pg	Analyzer Calculates
MCHC	33.6	32.0 - 36.0	g/dL	Analyzer Calculates
RDW-CV	12.8	11.5 - 14.5	%	
RDW-SD	43.0	35 - 47	fL	
Neutrofil%	72.6	H* 50 - 70	%	
Limfosit%	18.1	18 - 42	%	Impedance
Monosit%	7.7	2 - 11	%	
Eosinofil%	1.5	1 - 3	%	
Basofil%	0.1	0.0 - 2.0	%	
IMG%	0.8	<10	%	-
Neutrofil#	7.86	2.30 - 8.60	uL	
Limfosit#	1.97	1.622 - 5.370	ribu/ul	Impedance
Monosit#	0.83	0.16 - 1.00	ribu/ul	
Eosinofil#	0.16	0.05 - 0.45	ribu/ul	
Basofil#	0.01	0.0 - 0.2	ribu/ul	
IMG#	0.09	0.00 - 1.00	%	
NLR	4.00			
Golongan Darah	A			
RHESUS	POSITIVE			
NRBC%	0.00		-	
NRBC#	0.000		10 <sup>3</sup> /uL	
<b>HIV ANTIBODI</b>				
KODE KLIEN	0365/1/2024			RAPID TEST
Bioline HIV 1/2 3.0, LOT 03AM1001A/ 25-05-2025	NON REAKTIF	NON REAKTIF		RAPID TEST
HASIL AKHIR HIV	NON REAKTIF	NON REAKTIF		RAPID TEST
<b>PROTHROMBIN TIME</b>				
Hasil PT	13.6	11.1 - 16.2	Detik	Nephelometri
INR	0.97	0.9 - 1.1		Nephelometri

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	N.RUJUKAN	SATUAN	METODE
Hasil APTT	34.0	27.9 - 37.0	Detik	Nephelometri
Control Normal PT	15.2	12.0 - 16.0	Detik	Nephelometri
Control Normal APTT	32.2	26.0 - 34.0		Nephelometri
<b>IMIA</b>				
<b>GULA DARAH</b>				
Glukosa Darah Sewaktu	72	L* 80 - 140	mg/dl	GOD-PAP
<b>MUNO-SEROLOGI</b>				
HBs Ag (Rapid)	NEGATIVE	NEGATIVE		
<b>IRINALISA</b>				
Warna-Kekeruhan	KUNING-KERUH	* COLORLESS		Urinalysis Strips
Glukosa	NEGATIVE	NEGATIVE		Urinalysis Strips
Protein	TRACE (10 mg/dL)	* NEGATIVE		Urinalysis Strips
Bilirubin	NEGATIVE	NEGATIVE		Urinalysis strip
Urobilinogen	1+ ( 2 mg/dL)	* NORMAL		Urinalysis Strips
pH	7.5	4.5 - 8.0		Urinalysis Strips
BJ	1.020	1.015 - 1.030		Urinalysis Strips
Darah	NEGATIVE	* Negative		Urinalysis Strips
Keton	NEGATIVE	NEGATIVE		Urinalysis Strips
Nitrit	NEGATIVE	NEGATIVE		Urinalysis Strips
Leukosit Esterase	250	* NEGATIVE	leu/uL	Urinalysis Strips
<b>IRINALISA SEDIMEN</b>				
Eritrosit Sedimen	5.16	0 - 13.2	/uL	Imaging
Lekosit Sedimen	16.46	0.00 - 22.00	/uL	Imaging
Calcium Oxalate Dihidrat	0.00	0.00 - 6.00	/ul	Imaging
Calcium Oxalate Monohidrat	0.00		/uL	Imaging
Triple Phospat	0.00	0.00 - 6.00	/uL	Imaging
Asam Urat	0.00	NEGATIVE	/LPK	Imaging
Bakteri	0.00		/uL	Imaging
Jamur	0.00	0.00 - 3.00	/uL	Imaging
Silinder Hyalin	0.00	0.0 - 2.0	/uL	Imaging
Silinder Pathologis	0.00	0.00 - 0.50	/uL	Imaging
Non Squamous Epithelial Cells	0.00	0.00 - 4.45	/uL	Imaging
Squamous Epithelial Cells	10.65	H* 0.00 - 4.45	/uL	Imaging
Mucus	0.00	0.00 - 264.00	/ul	Imaging
Cristal	0.00	0.00 - 6.00	/uL	Imaging
Cystine	0.00	0.00 - 6.00	/uL	Imaging
Bacterial Rods	0.00	0.00 - 257.00	/uL	Imaging
Bacterial Cocci	0.00	0.00 - 257.00	/uL	Imaging

**TERAPI MEDIS**

<b>Tanggal</b>	<b>Jenis Terapi</b>	<b>Rute</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indikasi Terapi</b>
23/2/24	Ketorolac/ 8 j	IV	1 A (10mg)	Meredakan nyeri
	Ondansentron/ 8 j	IV	1 A (8mg)	Meredakan mual
	Paracetamol/12 j	IV	1 Flakon (500mg)	Meredakan nyeri
	Levofloxacin	P.O	500mg	Antibiotik
	Vit A	P.O	1 Tablet	Menambah zat besi
	Infus RL + Oksi	IV	1 Plabot	Menambah elektrolit tubuh dan merangsang hormon oksitosin

**2. ANALISA DATA**

<b>DATA</b>	<b>PROBLEM</b>	<b>ETIOLOGI</b>
DS :  - Pasien mengatakan merasa nyeri pada daerah luka post operasi sc yang hilang timbul	Nyeri akut (D. 0077)	Agen pencedera fisik

<ul style="list-style-type: none"> <li>- P : pembedahan operasi SC</li> <li>Q : seperti disayat-sayat</li> <li>R : abdomen bawah</li> <li>S : 7</li> <li>T : hilang timbul</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Post SC hari 1</li> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Terdapat luka post operasi pada abdomen bawah</li> </ul>		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan belum bisa menggerakkan kakinya, hanya bisa menggerakkan ujung jarinya saja pada pukul 11.00 WIB (5</li> </ul>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Penurunan kendali otot (efek bius)</p>

<p>jam pasca operasi SC)</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- Efek bius RA</li> <li>-</li> </ul> <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;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table>	5	5	1	1		
5	5					
1	1					
<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Payudara tampak besar</li> <li>- ASI belum keluar</li> <li>- Post partum hari 1</li> <li>- Parietas P1A0</li> </ul>	<p>Menyusui tidak efektif (D.0029)</p>	<p>Ketidakadekuatan suplai ASI</p>				
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sc</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak luka post operasi SC</li> </ul>	<p>Risiko infeksi (D.0142)</p>	<p>Kerusakan integritas kulit/jaringan</p>				

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rubor (+),</li> <li>Dolor(+),</li> <li>Tumor (-),</li> <li>Kalor (-),</li> <li>Fungsiolesa (-)</li> </ul>		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan merasa cemas karena ini merupakan kelahiran pertama dan tidak rawat gabung bersama bayinya (Fase taking in/ ketergantungan)</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak sesekali melamun</li> </ul>	<p>Ansietas (D.0080)</p>	<p>Krisis situasional</p>

### 3. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG DITEGAKKAN

- 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri dan tampak luka post operasi sc
- 2) Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kendali otot d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah dan efek bius
- 3) Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI d.d ASI tidak menetas/memancar dan kecemasan maternal

- 4) Risiko infeksi d.d kerusakan integritas kulit/jaringan
- 5) Ansietas b.d krisis situasional d.d merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi

#### 4. RENCANA KEPERAWATAN

**Tabel 3 1 RENCANA KEPERAWATAN**

<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p>	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Ketegangan otot menurun</li> </ol> <p><b>Kontrol nyeri (L.08063)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>4. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (hipnosis dan <i>biological</i>)</li> </ol>

<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
	<p>3x24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat</li> <li>3. Penggunaan analgesik menurun</li> </ol>	<p><i>nurturing baby led feeding</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>7. Ajarkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian analgetik (ketorolac)</li> </ol>
Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kendali otot	<p><b>Mobilitas fisik (L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melalui pergerakan</li> </ol>

<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Gerakan terbatas menurun</li> <li>4. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan mobilisasi dini</li> <li>7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>
Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	<p><b>Status menyusui (L.03029)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui</p>	<p><b>Edukasi menyusui (I.12393)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
	<p>membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan ibu memposisikan bayi meningkat</li> <li>2. Tetesan/pancaran asi meningkat</li> <li>3. Suplai ASI adekuat meningkat</li> <li>4. Kepercayaan diri ibu meningkat</li> <li>5. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat</li> <li>6. Intake bayi meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>5. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>6. Libatkan sistem pendukung</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Berikan konseling menyusui</li> <li>8. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
		<p>9. Ajarkan perawatan payudara post partum</p> <p><b>Pendampingan Proses Menyusui (I.03130)</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor kemampuan ibu untuk menyusui</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri untuk menyusui</p> <p>3. Dampingi ibu memposisikan bayi dengan benar untuk menyusu pertama kali</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Ajarkan ibu mengeluarkan ASI untuk diolesi pada puting sebelum dan sesudah</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
		<p>menyusui agar kelenturan puting tetap terjaga</p> <p>5. Ajarkan ibumengarahkan mulut bayi dari arah bawah ke puting ibu</p> <p>6. Ajarkan posisi menyusui supinasi dengan dikombinasikan dengan teknik non farnakologi (<i>biological nurturing baby led feeding</i>)</p> <p>7. Ajarkan perlekatan yang benar: perut ibu dan bayi berhadapan, tangan dan kaki bayi satu garis lurus, mulut bayi terbuka lebar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu</p>


<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
		<p>untuk menghindari lecet pada puting payudara</p> <p>8. Ajarkan memerah ASI dengan posisi jari jam 12-6 dan 9-3</p> <p>9. Informasikan untuk menyusui pada satu payudara sampai bayi melepas sendiri puting ibu</p> <p>10. Informasikan ibu untuk selalu mengosongkan payudara pada payudara yang belum disusui dengan memerah ASI</p>
Ansietas b.d krisis situasional	<p><b>Tingkat ansietas (L.09093)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p>	<p><b>Reduksi ansietas (L.09314)</b></p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda-tanda ansietas</p>



<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
	<p>tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>4. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>5. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>7. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> </ol>
<p>Risiko infeksi d.d kerusakan integritas kulit/jaringan</p>	<p><b>Tingkat infeksi (L.14137)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama</p>	<p><b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p>Observasi</p>



<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
	<p>3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kultur area luka membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol> <p><b>Perawatan luka (I.14564)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>4. Bersihkan dengan cairan NaCl</li> <li>5. Pasang balutan sesuai luka</li> <li>6. Pertahankan teknik steril saat</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
		<p>melakukan perawatan luka</p> <p>7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein (ikan laut, telur dan daging ayam)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi pemberian antibiotik (Levofloxacin)</p>

## 5. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

<b>IMPLEMENTASI DAN EVALUASI</b>				
<b>KEPERAWATAN H 1</b>				
<b>NO DX</b>	<b>TGL/JAM</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>	<b>EVALUASI</b>	<b>PARAF</b>
1.	23/2/24			
	14.30 WIB	1. Melakukan monitoring nyeri pasien yang masih hilang timbul dengan skala 7	<b>S</b> : evaluasi pukul 16.00 WIB	 Arika
	15.00 WIB	2. Melakukan monitoring respon nyeri nonverbal pasien	- Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian abdomen post operasi sc hari pertama pukul	
	15.10 WIB	3. Melakukan delegasi pemberian obat injeksi ketorolac rute IV 1A/8 jam	- Pasien mengatakan dapat mengalihkan rasa nyeri dengan memikirkan hal-hal yang positif	
	15.15 WIB	4. Mengajarkan teknik non farmakologi pengalihan nyeri (hypnosis)	- P : pembedahan Q : seperti disayat-sayat	
	15.25 WIB	5. Memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur secukupnya	R : abdomen S : 7	
	15.30 WIB	6. Melakukan kontrak waktu dengan pasien untuk diajarkan teknik non farmakologi ( <i>Biological Nurturing Baby Led Feeding</i> ) yang akan dilakukan hari pertama post SC	T : hilang timbul <b>O</b> : - pasien tampak sesekali meringis <b>A</b> : Nyeri akut belum	


			teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan	
2.	14.30 WIB 15.00 WIB 15.10 WIB 15.15 WIB 15.20 WIB	23/2/24 1. Melakukan monitoring keluhan fisik lainnya 2. Melakukan observasi toleransi fisik melalui pergerakan 3. Melakukan monitoring kondisi umum pasien 4. Melibatkan keluarga dalam dukungan mobilisasi pasien 5. Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana seperti miring kanan miring kiri dan duduk ditempat duduk	<b>S</b> : - Pasien mengatakan kakinya belum bisa digerakkan - Pasien mengatakan akan mencoba untuk mika/miki <b>O</b> : - Gerakan terbatas - ADL dibantu - Kelemahan fisik menurun <b>A</b> : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan	 Arika
3.	14.30 WIB 15.00 WIB	23/2/24 1. Melakukan identifikasi kesiapan pasien dan keluarga dalam menerima informasi kesehatan 2. Melakukan delegasi pemberian Vitasi untuk memperlancar ASI	<b>S</b> : - Pasien mengatakan cemas karena ASInya belum keluar <b>O</b> : - Pasien dan keluarga menyetujui kontrak	 Arika


			<p>waktu untuk dilakukan pendidikan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengkonsumsi Vitasi 3x1 setelah makan</li> </ul> <p><b>A :</b> Menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b> intervensi dilanjutkan</p>	
4.	<p>14.30 WIB</p> <p>15.00 WIB</p> <p>15.10 WIB</p> <p>15.15 WIB</p>	<p>23/2/24</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan monitoring tanda ansietas pasien yang merasa khawatir dengan bayinya</li> <li>2. Menciptakan lingkungan yang terapeutik</li> <li>3. Memahami situasi pasien</li> <li>4. Mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa khawatir dengan bayinya karena belum rawat gabung</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak melamun sesekali</li> </ul> <p><b>A :</b> Ansietas belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	 Arika
5.	<p>14.30 WIB</p> <p>14.35 WIB</p>	<p>23/2/24</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemantauan tanda-tanda infeksi</li> <li>2. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein (Ikan laut, telur, daging ayam)</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rubor (+), Dolor(+), Tumor (-), Kalor (-), Fungsiolesa (-)</li> </ul>	 Arika

			<p><b>A</b> : tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--



### IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

#### KEPERAWATAN H 2

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1.	24/2/24		<b>S</b> : pukul 16.10 WIB	
	14.10 WIB	1. Melakukan monitoring nyeri pasien yang sudah menurun dari skala 7 ke 5	- Pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen post operasi sc	 Rizka Arika
	15.00 WIB	2. Melakukan monitoring respon nyeri nonverbal pasien	- Pasien mengatakan dapat mengalihkan rasa nyeri dengan memikirkan hal-hal yang positif	
	15.10 WIB	3. Melakukan monitoring efek samping pemberian obat injeksi ketorolac rute IV 1A/8 jam	- Pasien mengatakan mengerti dan dapat melakukan teknik non farmakologi ( <i>Biological Nurturing Baby Led Feeding</i> ) secara mandiri	
	15.15 WIB	4. Memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur secukupnya		
	15.25 WIB	5. Melakukan teknik non farmakologi (Relaksasi napas dalam dan <i>Biological Nurturing Baby Led Feeding</i> )		

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- P : pembedahan</li> <li>Q : seperti disayat-sayat</li> <li>R : abdomen</li> <li>S : 5</li> <li>T : hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak sesekali meringis</li> </ul> <p><b>A :</b> Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	<p>14.10 WIB</p> <p>15.00 WIB</p> <p>15.10 WIB</p> <p>15.15 WIB</p> <p>15.20 WIB</p>	<p style="text-align: center;">24/2/24</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan monitoring keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Melakukan observasi toleransi fisik melalui pergerakan</li> <li>3. Melakukan monitoring kondisi umum pasien</li> <li>4. Melibatkan keluarga dalam dukungan mobilisasi pasien</li> <li>5. Mengajarkan pasien mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur, belajar berdiri dan jalan)</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kakinya sudah bisa digerakkan</li> <li>- Pasien mengatakan sudah bisa mobilisasi sederhana dengan duduk ditempat tidur dan belajar berdiri</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah bisa mobilisasi seperti duduk ditempat tidur dan berdiri</li> </ul>	 Arika

			<p><b>A</b> : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	<p>14.10 WIB</p> <p>15.00 WIB</p>	<p>24/2/24</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan identifikasi kesiapan pasien dan keluarga dalam menerima informasi kesehatan</li> <li>Melakukan pendidikan kesehatan dengan tema teknik menyusui dengan benar</li> </ol>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan memahami apa yang disampaikan perawat</li> <li>Pasien mengatakan ASInya sudah mulai keluar sedikit demi sedikit</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien dan keluarga dapat mendemonstrasikan informasi pendidikan kesehatan</li> <li>Pasien dan keluarga tampak memahami yang disampaikan perawat</li> </ul> <p><b>A</b> : Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>	 Arika

4.	14.10 WIB 15.00 WIB 15.10 WIB 15.15 WIB	24/2/24  1. Melakukan monitoring tanda-tanda ansietas seperti gelisah 2. Menciptakan lingkungan yang terapeutik 3. Memahami situasi pasien 4. Mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian	<b>S :</b> - Pasien mengatakan sudah tidak cemas karena sudah rawat gabung bersama bayinya  <b>O : -</b>  <b>A :</b> Masalah ansietas teratasi  <b>P :</b> Intervensi dihentikan	 Arika
5.	14.00 WIB 14.30 WIB	24/2/24  1. Melakukan pemantauan tanda-tanda infeksi 2. Menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein (Ikan laut, telur, daging ayam)	<b>S :</b> - Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi  <b>O :</b> - Rubor (+), Dolor(+), Tumor (-), Kalor (-), Fungsiolesa (-)  <b>A :</b> tidak ada tanda infeksi  <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan	 Arika