

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa :	Tempat Praktik :
Asyila Salsabilla Nugraha	PKU Muhammadiyah Yogyakarta
NPM :	Tanggal Praktik :
233203027	27 November 2023
Tanggal Pengkajian :	Jam : 10.00 WIB
11/12/2023	
Tanggal Melahirkan :	Jam : 06.00 WIB
11/12/2023	

1. Data Demografi

- a. Nama pasien : Ny. I
- b. Umur : 32 tahun
- c. Alamat : Nglengis
- d. Status perkawinan : Kawin
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Pendidikan Terakhir : SMA
- h. Pekerjaan : Swasta
- i. Nama Suami : Tn. A
- j. Status Obstetri : P1A1 (34 minggu)
- k. Diagnosa Medis : Post SC PEB (Preeklampsia)
- l. Tanggal Masuk RS : 8 Desember 2023
- m. No. RM : 853147

2. Keluhan Utama Saat Ini

Pasien mengeluhkan nyeri pada bagian perut, ASI belum keluar, lemas, ekspresi klien terlihat meringis.

P: post SC

Q: nyeri terasa senut-senut

R: sakit terasa sampai kepinggang

S: Skala 8

T: Saat menggerakkan badan

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

Tekanan darah tinggi selama kehamilan

4. Riwayat Persalinan Dan Kelahiran Saat Ini

- Lamanya persalinan (≤ 60 menit)
- Posisi Janin (kepala berada dibagian bawah)
- Tipe Kelahiran (Oprasi Caesar)
- Masalah selama persalinan (Tekanan darah ibu tinggi)
- Riwayat penggunaan kontrasepsi (tidak ada)

5. Data Bayi

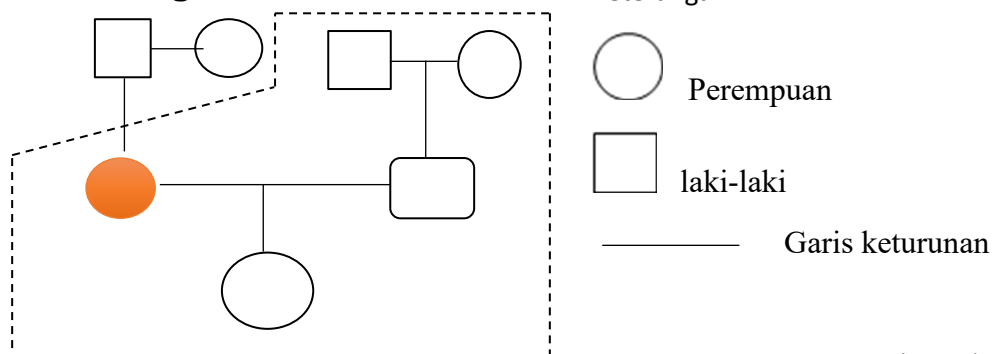
- Panjang Badan 42 cm
- Berat Badan Lahir 1.730 g
- Lingkar Kepala 30 cm
- Lingkar Dada 27 cm
- Lingkar lengan atas 8.5 cm
- APGAR Skor: 1 menit pertama 5 (Asfiksia sedang)
5 menit pertama 6 (Asfiksia sedang)
- Jenis Kelamin bayi : L/P

Keterangan: Bayi dibawa keruang NICU

6. Keadaan Psikologis Ibu

Ibu mengatakan merasa senang akhirnya bisa melahirkan anak yang telah ditunggu-tunggu meskipun secara prematur

7. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

8. **Riwayat penyakit keluarga** : Hipertensi

9. **Riwayat Ginekologi**

Riwayat menstruasi : Tidak teratur (PCOS)

10. **Riwayat Obstetri**

Tabel 3.1 Riwayat Obstruksi

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat Persalinan	BB Lahir	Komplikasi Selama Persalinan	Keadaan Saat ini	Usia
1.	Tidak Terkaji	Keguguran (usia 7 minggu)	Tidak terkaji	Tidak Terkaji	Tidak Terkaji	Meninggal	-
2.	Pr.	SC	PKU Muh Kota	1.730 kg	Tekanan darah tinggi, PEB 34 minggu	Dirawat diruang NICU	-

11. **Tanda Tanda Vital**

TD : 180/120 mmHg

N : 70x/menit

S : 36.6°C

TFU : setinggi pusat

Lochea : berwarna merah darah segar (*lochea rubra*)

12. **Riwayat Kesehatan Saat ini**

a. **Pola Nutrisi** : terlihat distatus pasien bahwa jika pasien 3-4 jam setelah sc tidak ada mual dan muntah nisa mulai minum sedikit-sedikit dan dilanjutkan dengan makanan. Diet yang diprogramkan yaitu nasi rendah kalori

b. **Pola Cairan dan elektrolit** : Pasien terpasang infus RL 20 tpm

c. **Pola eliminasi** :

BAK: pasien terpasang kateter *silicon* , dan terlihat pengeluaran urin sebanyak 200cc , warna urin kuning.

BAB : terakhir BAB sebelum dilakukan SC dan saat ini belum BAB

- d. **Pola Aktivitas dan Latihan:** terlihat pasien masih lemah dan masih berbaring
- e. **Pola Istirahat tidur:** setelah sadar dari sc dan dipindahkan keruang rawat inap pasien terlihat tertidur nyenyak.
- f. **Pola Persepsi terhadap diri :** pasien mengatakan bahwa dia sangat senang bisa melahirkan anaknya yang sudah lama ditinggu-tunggu
- g. **Pola Hubungan peran:** Baik
- h. **Pola Stress dan koping:** Pasien tidak stress hanya saja merasa nyeri

13. Pemeriksaan Fisik

Meliputi :

- a. Kepala : bulat normal, ekspresi wajah meringis, konjungtiva normal
- b. Leher : tidak ada pembengkakan
- c. Dada dan Payudara : teraba keras dan belum keluar asinya
- d. Abdomen : kontraksi uterus keras, TFU setinggi pusat, tampak luka operasi sepanjang 15cm
- e. Perineal : terdapat pendarahan sebanyak $\leq 10\text{cc}$, *lochea rubra*
- f. Homans sign : tidak ada nyeri tekan, edema tidak terkaji
- g. Ekstremitas :

4	4
4	4

14. PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

Tanggal dan jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
8/12/2023 Laboratorium : Urin lengkap Kekeruhan Urin protein	Agak keruh +3	Jernih Negatif	- Tinggi

Darah samar	+2	Negatif	Tinggi
Bakteri	Positif	Negatif	Tinggi
	3-5		
Leukosit		0-4	Tinggi
8/12/2023			
Laboratorium :			
Hematologi Rutin	8.2		
MXD%	65.0	1-6	Tinggi
Neutrofil%	12.7	25-60	Tinggi
Hemoglobin		12.0-16.0	Normal

15. TERAPI MEDIS

Tabel 3.3 Terapi

Tggl	Jenis terapi	Rute	Dosis	Indikasi
11/12/2023	Dopamet	Oral	2x250mg	Obat penurun tekanan darah dengan menurunkan kadar bahan kimia tertentu dalam darah.
	Captopril	Oral	3x12,5 mg	Obat hipertensi, gagal jantung kongesif, dan pencegah remodelisasi ventrikel pasca-MI.
	Nifedipin	Oral	3x10 mg	Obat untuk mengobati angina, tekanan darah tinggi, dan persalinan prematur.
	Dexamethasone	IM	6 mg	Obat untuk pematangan paru dan jantung
	Cefazolin	Iv	2 gr	Antibiotik
	Keterolac	Iv	3x30mg	Pereda nyeri

	RL+Syntocinon	Iv	1 ml	Obat untuk merangsang kontraksi rahim
	Misoprostol	Pervagina	25 mcg	Untuk menangani pendarahan postpartum akibat kontraksi uterus
12/12/2023	Vitamin A	Oral	2x200.00 IU	Mencegah anemia
	Asam Mefenamat	Oral	3x1 500mg	Pengobatan nyeri ringan hingga berat

B. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

Data	Problem	Etiologi
<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh tidak nyaman dan terasa kembung pada perutnya Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut P: post SC hari pertama Q: nyeri terasa senut-senut R: sakit terasa sampai kepinggang S : Skala 8 T: Saat menggerakkan badan <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien terlihat lemas Pasien tampak meringis Kontraksi uterus keras Pasien terdengar merintih TD 180/120 mmHg Nadi 70x/menit Suhu 36.6°C 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik
Ds:	Menyusui tidak efektif	Ketidakadekuatan suplai ASI

<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ASI belum bisa keluar 2. Pasien mengatakan saat memerah ASI masih terasa nyeri <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Payudara terasa keras 2. ASI belum keluar 3. Bayi pasien berada diruang NICU 		
<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan nyeri di daerah luka oprasi sc skala 8 <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. balutan luka operasi ukuran 15 cm 2. pengeluaran lokea rubra 3. TFU setinggi pusat 4. Disekitar luka tidak ada kemerahan, balutan luka masih tampak bersih 5. Pasien terpasang infus dan kateter 6. Leukosit 3-5/LPB 	Risiko infeksi	Tindakan invasif
<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 180/120 mmHg 2. Nadi 70x/menit 3. Suhu 36.6°C 	Risiko perfusi serebral tidak efektif	Hipertensi
<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih lemas dan susah menggerakan ekstremitas bagian bawah <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun dengan nilai (4) 2. Rentan gerak (ROM) menurun 	Gangguan mobilitas fisik	Efek agen farmakologis

3. Pasien post sc hari pertama		
--------------------------------	--	--

Prioritas Diagnosa :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik d.d Pasien mengeluh tidak nyaman dan terasa kembung pada perutnya, Pasien tampak meringis, kontraksi uterus keras, pasien terdengar merintih, TD 180/120 mmHg, Nadi 70x/menit, Suhu 36.6°C (D.0075)
- b. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI d.d ASI yang masih belum keluar dan pasien mengatakan sakit pada payudaranya saat memerah. (D.0029)
- c. Risiko infeksi d.d tindakan invasif., pasien mengatakan nyeri di daerah luka oprasi sc skala 8, balutan luka operasi ukuran 15 cm, pengeluaran lokea rubra, TFU setinggi pusat, disekitar luka tidak ada kemerahan, balutan luka masih tampak bersih, pasien terpasang infus dan kateter (D.0142)
- d. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertendi, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi, TD 180/120 mmHg, Nadi 70x/menit, suhu 36.6°C.
- e. Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologi d.d pasien post SC hari pertama, pasien mengeluh lemas dan belum bisa menggerakkan kakinya, kekuatan otot pasien menurun dengan nilai (4), dan rentan gerak pasien menurun.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Asuhan Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi musik, terapi pijat, tarik nafas dalam, dll) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 2x24 jam, masalah menyusui tidak efektif membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Menyusui (L.03029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetesan/pancaran ASI dari (1) menurun menjadi meningkat (5) 2. Suplai asi adekuat dari (1) menurun menjadi meningkat (5) 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya 4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling menyusui 2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar 4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan


		<p>kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>
Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam, masalah keperawatan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Nyeri meningkat 	<p>Perawatan Pasca Seksio Sesaria (14567) :</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor kondisi luka dan balutan <p>Teraupetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam masalah perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Perfusi serebral (L.02014)</p>	<p>Pemantauan tekanan intrakrania (I.06198)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor peningkatan TD

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intrakranial menurun 2. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 3. Tekanan darah sistolik membaik 4. Tekanan darah diastolik membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor penurunan kesadaran <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 2. Dokumtasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam masalah mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama mobilisasi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan


		<p>pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
--	--	---

D. Implementasi dan Evaluasi


Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi


DIAGNOSA KEPERAWATAN	Hari/tgl/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Selasa,</p> <p>12/12/2023</p> <p>10.00</p> <p>13.45</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung sampai ke pinggang O: pasien tampak meringis 2. Mengidentifikasi skala nyeri S: skala 7 O: pasien terlihat memegang bagian perut 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal S:- 	<p>Jam 14.15</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sudah bisa mulai diajak bicara 2. Pasien masih mengatakan nyeri pada bagian perutnya 3. P: post SC hari ke 2 Q: nyeri terasa senut-senut R: sakit terasa sampai kepinggang 	 <p>Asyila</p>


	14.10	<p>O: pasien tampak meringis dan memegang perutnya</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (<i>massage effleurage</i>)</p> <p>5. Mengukur skala nyeri sesudah diberikan <i>massage effleurage</i></p> <p>S: pasien mengatakan nyaman dan nyeri berkurang menjadi skala 5</p> <p>O: -</p> <p>6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>S: -</p> <p>O : pasien tampak mengurangi pencahayaan</p> <p>7. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien mengatakan setelah dipijit merasa mengantuk</p> <p>8. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>S: pasien mengatakan sudah mengerti mengapa perutnya masih terasa sakit</p> <p>O: -</p> <p>9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>S : Skala 5</p> <p>T: Saat menggerakkan badan</p> <p>4. Pasien masih terlihat meringis dan kadang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Td 185/107mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97. 2. Pasien terlihat masih memegang perutnya 3. Pasien masih terlihat meringis <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan ketidaknyamanan pasca partum teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
--	-------	--	--	--

	14.15	<p>S: -</p> <p>O: pasien terlihat mendengarkan dan mengamati</p> <p>10. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>S: pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: -</p> <p>11. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (terapi musik)</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien tampak memperhatikan</p> <p>12. Mengkolaborasi pemberian analgetik (Asam Mafenamat 500mg)</p>		
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	10.00	<p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>S: pasien mengatakan bersedia mendapatkan edukasi</p> <p>O:-</p> <p>2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p>S: pasien mengatakan sangat ingin menyusui anaknya secara langsung</p> <p>O: -</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan asi masih belum keluar Pasien mengatakan saat memerah masih sedikit sakit <p>O:</p>	 Asyila

	13.45	<p>3. Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan S: pasien mengatakan siap diberikan pendkes managemen laktasi O: -</p> <p>4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S: pasien menyetujui bahwa pendkes dilakukan setelah selesai pijat O:-</p> <p>5. Memberikan kesempatan untuk bertanya S: pasien mngatkan paham O: -</p> <p>6. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui S: pasien mengatakan mengerti O:-</p> <p>7. Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat S: pasien mengatakan suaminya sangat mendukung semua keputusan pasien O: -</p>	<p>1. Saat diberikan pijat oksitosin keluarga pasien memperhatikan dengan antusias</p> <p>2. Saat diberi pendkes managemen laktasi keluarga mulai paham bagaimana cara memberikan asi, dan cara memperlancar produksi asi</p> <p>A : Masalah keperawatan Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	-------	--	--	--

	13.50	<p>8. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi S: pasien menjadi paham setelah diberikan penkes O:</p> <p>9. Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar S:- O: pasien tampak memperhatikan</p> <p>10. Mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa S; - O: pasien tampak mengganggu paham</p> <p>11. Melakukan pijat oksitosin dan memerah asi S:- O: keluarga tampak memperhatikan</p>		
Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	12.00	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital S:- O: Td 210/105mmHg, Nadi 115x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97</p> <p>2. Memonitor kondisi luka dan balutan</p>	Jam 14.00 S: - O:	 Asyila


		<p>S:- O: balutan terlihat bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>3. Memotivasi mobilisasi dini 6 jam S:- O: pasien tampak sudah duduk</p> <p>4. Mengajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam S:- O: pasien tampak sudah mulai bisa duduk</p>	<p>1. Td 185/107mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97.</p> <p>2. Kondisi balutan luka tampak bersih</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi	<p>10.00</p> <p>14.10</p>	<p>1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK S: pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi O: -</p> <p>2. Memonitor peningkatan TD S: pasien tidak mengatakan pusing O: TD 185/107 mmHg, Nadi 100x/m</p> <p>3. Memonitor penurunan kesadaran S: -</p>	<p>Jam 14.15</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi</p> <p>2. Pasien mengatakan memang tensinya selalu tinggi tetapi tidak merasa pusing</p>	 <p>Asyila</p>

		<p>O: kesadaran pasien composmentis</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 5. Mendokumentasikan hasil pemantauan 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 7. Menginformasikan hasil pemantauan 	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 185/107 mmHg Nadi 100x/menit Suhu 36.6°C Spo2 97% <p>A:</p> <p>Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologis	10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut sampai ke pinggang saja</p> <p>O: pasien tampak meringis</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>P: pasien mengatakan belum berani menggerakkan kakinya setelah operasi</p> <p>O: masih tampak kaku</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih takut untuk mengangkat kakinya karena masih terasa kebas <p>O:</p>	 Asyila

		<p>6. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi S: - O: Td 185/107 mmHg</p> <p>7. Memonitor kondisi umum selama mobilisasi S: pasien mengatakan perutnya terasa kembung sekali O: pasien terlihat kesakitan dan tidak nyaman</p> <p>8. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) S: - O: saat dibantu miring kanan kiri pasien sudah mau memegang pagar tempat tidur untuk bantuan</p> <p>4. Memfasilitasi melakukan pergerakan (miring kanan dan kiri)</p> <p>5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>6. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi S: keluarga pasien dan pasien sudah paham mengapa harus mulai belajar menggerakkan kakinya sedikit demi sedikit O: -</p>	<p>1. Pasien tampak sudah mulai bisa miring kanan kiri dengan berpegangan pagar tempat tidur</p> <p>2. Td 185/170 mmHg</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik tertasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	---	--


		7. Mengjurkan melakukan mobilisasi dini		
--	--	---	--	--


Hari ke 2

DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Rabu, 13/12/2023 10.00 12.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung sampai ke pinggang O: pasien tampak meringis 2. Mengidentifikasi skala nyeri S: skala 6 O: pasien terlihat memegang bagian perut	Jam 14.00 S: 1. Pasien tampak sudah bisa mulai diajak bicara 2. Pasien masih mengatakan nyeri pada bagian perutnya 3. P: post SC hari ke 3 Q: nyeri terasa senut-senut	 Asyila


	13.00	<p>3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal S:- O: pasien tampak meringis dan memegang perutnya</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (<i>massage effleurage</i>)</p> <p>5. Mengukur skala nyeri sesudah diberikan <i>massage effleurage</i> S: pasien mengatakan nyaman dan nyeri berkurang menjadi skala 5 O: -</p> <p>6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) S: - O : pasien tampak mengurangi pencahayaan</p>	<p>R: sakit terasa sampai kepinggang S : Skala 5 T: Saat menggerakkan badan</p> <p>4. Pasien masih terlihat meringis dan kadang mendesis</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Td 159/105mmHg, Nadi 116x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97. 2. Pasien terlihat masih memegang perutnya 3. Pasien masih terlihat meringis dan mendesis 4. Pasien terlihat sudah bisa duduk dan berjalan 	
--	--------------	--	---	--


	14.00	<p>7. Memfasilitasi istirahat dan tidur S: - O: pasien mengatakan setelah dipijit merasa mengantuk</p> <p>8. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri S: pasien mengatakan sudah mengerti mengapa perutnya masih terasa sakit O: -</p> <p>9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri S: - O: pasien terlihat mendengarkan dan mengamati</p> <p>10. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat S: pasien mengatakan sudah paham O: -</p> <p>11. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (terapi musik)</p>	<p>A: Masalah keperawatan ketidaknyamanan pasca partum teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	-------	---	---	--

		<p>S: -</p> <p>O: pasien tampak memperhatikan</p> <p>12. Mengkolaborasi pemberian analgetik (Asam Mafenamat 500mg)</p>		
<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>12.00</p>	<p>1. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>S: pasien mengatakan sudah mulai percaya diri dengan dirinya sendiri</p> <p>O: pasien terlihat mulai memompa asinya dengan alat pompa</p> <p>2. Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat</p> <p>S: pasien mengatakan suaminya sangat mendukung semua keputusan pasien</p> <p>O:-</p> <p>3. Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan asi mulai keluar satu tetes</p> <p>2. Pasien mengatakan sekarang mulai memompa asi dengan alat pompa.</p> <p>3. Keluarga pasien mengatakan akan mulai memberi buah-buahan kepada pasien agar asi pasien lancar</p>	 <p>Asyila</p>

	12.30	<p>S: pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: -</p> <p>4. Mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>S: pasien mengatakan akan melakukannya</p> <p>O: -</p> <p>5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI)</p> <p>S; Pasien memahami edukasi yang diberikan</p> <p>O: keluarga pasien terlihat mengamati pijat oksitosin dengan antusias</p>	<p>O:</p> <p>1. saat dilakukan pijatan keluarga memperhatikan</p> <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	12.00	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>S:-</p> <p>O: Td 160/96mmHg, Nadi 127x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p>	

		<p>2. Memonitor kondisi luka dan balutan S:- O: balutan terlihat bersih dan tidak terlihat tanda-tanda infeksi</p> <p>3. Memotivasi mobilasi dini 6 jam S:- O: pasien tampak sudah duduk dan sudah bisa berjalan</p> <p>4. Mengajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam S:- O: pasien tampak sudah mulai bisa duduk dan sudah bisa berjalan</p>	<p>1. Pasien mengatakan masih takut jika balutan basah</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Td 159/105mmHg, Nadi 116x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97. 2. Balutan pasien masih tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	Asyila
--	--	---	---	---------------


<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi</p>	<p>10.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK S: pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi O: - 2. Memonitor peningkatan TD S: pasien tidak mengatakan pusing O: TD 160/96 mmHg, Nadi 127x/m 3. Memonitor penurunan kesadaran S: - O: kesadaran pasien composmentis 4. Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 5. Mendokumentasikan hasil pemantauan 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 7. Menginformasikan hasil pemantauan 	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 2. Pasien mengatakan memang tensinya selalu tinggi tetapi tidak merasa pusing <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 159/105 mmHg Nadi 116x/menit Suhu 36.6°C Spo2 97% <p>A:</p>	 <p>Asyila</p>
---	---------------------	---	--	---

			Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologis		<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S: pasien mengatakan nyeri pada bagian perut sampai ke pinggang saja O: pasien tampak meringis Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan P: - O: pasien sudah terlihat duduk diatas tempat tidur Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 	Jam 14.00 S: <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih takut untuk mengangkat kakinya karena masih terasa kebas O: <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak bisa duduk dan berjalan perlahan ke kamar mandi 	 Asyila


		<p>S: - O: Td 159/105 mmHg</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama mobilisasi S: pasien mengatakan perutnya terasa masih agak kembung O: -</p> <p>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu S: - O: pasien sudah tampak duduk dipinggir kasur</p> <p>6. Memfasilitasi melakukan pergerakan (berjalan)</p> <p>7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>8. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi S: keluarga pasien dan pasien sudah</p>	<p>2. Td 159/105 mmHg</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik tertasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	
--	--	--	--	--


		<p>paham mengapa harus mulai belajar menggerakkan kakinya sedikit demi sedikit</p> <p>O: -</p> <p>9. Mengjurkan melakukan mobilisasi dini</p>	
--	--	---	--


Hari ke 3

DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Kamis, 14/12/2023</p> <p>08.00</p> <p>8.30</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri S: pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung sampai ke pinggang O: pasien masih tampak meringis Mengidentifikasi skala nyeri S: skala 5 O: pasien terlihat memegang bagian perut Mengidentifikasi respons nyeri non verbal S:- 	<p>Jam 10.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak sudah bisa mulai diajak bicara Pasien masih mengatakan nyeri pada bagian perutnya P: post SC hari ke 4 Q: nyeri terasa senut-senut R: sakit terasa sampai kepinggang 	 <p>Asyila</p>

	09.00	<p>O: pasien tampak meringis dan memegang perutnya</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (<i>massage effleurage</i>)</p> <p>5. Mengukur skala nyeri sesudah diberikan <i>massage effleurage</i></p> <p>S: pasien mengatakan nyaman dan nyeri berkurang menjadi skala 4</p> <p>O: -</p> <p>6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>S: -</p> <p>O : pasien tampak mengurangi pencahayaan</p> <p>7. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>S: pasien mengatakan tidurnya sangat nyenyak beberapa hari ini</p> <p>O: -</p> <p>8. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>S: pasien mengatakan sudah mengerti mengapa perutnya masih terasa sakit</p>	<p>S : Skala 4</p> <p>T: Saat menggerakkan badan</p> <p>4. Pasien masih terlihat meringis dan kadang mendesis</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Td 140/89mmHg, Nadi 121x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97. 2. Pasien terlihat masih memegang perutnya 3. Pasien masih terlihat meringis dan mendesis 4. Pasien terlihat sudah bisa duduk dan berjalan 5. Balutan luka terlihat bersih <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan teratasi sebagian</p>	
--	-------	--	--	--

	14.00	<p>O: -</p> <p>9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien terlihat mendengarkan dan mengamati</p> <p>10. Mengajarkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>S: pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: -</p> <p>11. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (terapi murotal)</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien tampak memperhatikan</p> <p>12. Mengkolaborasi pemberian analgetik (Asam Mafenamat 500mg)</p>	<p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	08.00	<p>1. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>S: pasien mengatakan sudah mulai percaya diri dengan dirinya sendiri</p> <p>O: pasien terlihat mulai memompa asinya dengan alat pompa</p> <p>2. Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga,</p>	<p>Jam 10.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan asi mulai keluar sedikit demi sedikit</p> <p>2. Pasien mengatakan sekarang mulai memompa asi dengan alat pompa.</p>	 Asyila

	09.00	<p>tenaga kesehatan, dan masyarakat</p> <p>S: pasien mengatakan suaminya sangat mendukung semua keputusan pasien</p> <p>O:-</p> <p>3. Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar</p> <p>S: pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: -</p> <p>4. Mengajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa</p> <p>S: pasien mengatakan akan melakukannya</p> <p>O: -</p> <p>5. Mengajarkan perawatan payudara postpartum (Memerah ASI, pijat oksitosin)</p> <p>S; Pasien memahami edukasi yang diberikan</p> <p>O: keluarga pasien terlihat mengamati pijat oksitosin dengan antusias</p>	<p>3. Keluarga pasien mengatakan mulai mengingatkan untuk minum air putih yang banyak dan istirahat yang cukup</p> <p>4. Keluarga pasien mengatakan bahwa kemarin sore mulai melakukan pijat oksitosin sendiri</p> <p>O:</p> <p>1. saat dilakukan pijatan keluarga memperhatikan</p> <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan Menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	09.45	<p>1. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>S:-</p> <p>O: Td 160/96mmHg, Nadi 127x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97</p>	<p>Jam 10.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan mulai memahami bagaimana cara</p>	 Asyila

		<p>2. Memonitor kondisi luka dan balutan S:- O: balutan terlihat bersih dan baru</p> <p>3. Memotivasi mobilisasi dini 6 jam S:- O: pasien tampak sudah duduk dan sudah bisa berjalan</p> <p>4. Mengajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan nafas dalam S:- O: pasien tampak sudah mulai bisa duduk dan sudah bisa berjalan</p>	<p>merawat lukanya sendiri dan bagaimana cara menjaga agar lukanya tetap kering dan bersih</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Td 140/89mmHg, Nadi 121x/menit, Suhu 36.6°C, RR 20x/menit, Spo2 97 2. Balutan pasien masih tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi	08.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK S: pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi O: - 2. Memonitor peningkatan TD 	<p>Jam 10.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 	 Asyila

		<p>S: pasien tidak mengatakan pusing O: TD 140/89 mmHg, Nadi 121x/m</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memonitor penurunan kesadaran <p>S: - O: kesadaran pasien composmentis</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 5. Mendokumentasikan hasil pemantauan 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 7. Menginformasikan hasil pemantauan 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mengatakan memang tensinya selalu tinggi tetapi tidak merasa pusing <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 159/105 mmHg Nadi 116x/menit Suhu 36.6°C Spo2 97% <p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	---	--