

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. DATA DEMOGRAFI

Nama Klien	: Ny. E	
Umur Klien	: 19 tahun 11 bulan 10 hr	
Alamat	: Poncosari	
Status Perkawinan	: Menikah	
Agama	: Islam	
Suku	: Jawa	
Pendidikan	: SLTA	
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga	
Nama Suami	: Tn.N	
Status Obstetri	: G1 P1 A0	
Diagnosa Medis	: Post SC Hari Ke-0 a/i fetal distress	
Tanggal Masuk RS	: 07 Januari 2024	
No. RM	: 8566**	
Tanggal persalinan	: 07 Januari 2024	Jam : 09:30
Tanggal pengkajian	: 07 Januari 2024	Jam : 13:00

B. KELUHAN UTAMA SAAT INI

Pasien mengatakan nyeri pada luka jahit, pasien mengatakan ASInya masih sedikit dan belum bisa menyusui karena bayinya berada di NICU.

- P: Setelah Post Partum
- Q: seperti disayat
- R: bagian perut bawah
- S: Skala 6
- T: Hilang timbul

C. Riwayat Penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan memiliki riwayat *Oligohidramnios* selama kehamilan

D. Riwayat Persalinan dan kelahiran saat ini

- Lamanya persalinan : 1 jam
- Posisi Janin :
Lepoid I : Kepala
Lepoid II : Puka (Punggung Kanan)
Lepoid III : Bokong
Lepoid IV : Konvergen
- Tipe Kelahiran : SC
- Penggunaan analgesik dan anestesi : Anastesi Regional Spinal
- Masalah selama persalinan : Pasien mengatakan sebelum melahirkan perut kenceng, keluar lendir darah , ketuban pecah
- Riwayat penggunaan kontrasepsi : Pasien mengatakan tidak menggunakan Kontrasepsi sebelumnya

E. DATA BAYI

- Panjang Badan : 42 cm
- Berat Badan Lahir : 1840 gram
- Lingkar Kepala : 31cm
- Lingkar Dada : 28 cm
- Lingkar lengan atas : 8,5 cm
- *APGAR Score*

0	1	2	<i>APGAR Score</i>	1'	5'	10'
Tidak ada	<100	>100	Denyut jantung	1	1	1
Tidak ada	Tidak teratur	Baik	Pernafasan	0	1	1
Lemah	Sedang	Baik	Tonus otot	1	1	2
Tidak ada	Meringis	Menangis	Peka rangsang	1	1	1
Putih	Ujung-ujung biru	Merah Jambu	Warna	0	1	1
			Nilai total	3	5	6

Keterangan :

Bayi normal : 7-10

Asfiksia sedang : 4-6

Asfiksia berat : 0-3

- Jenis Kelamin bayi : Perempuan

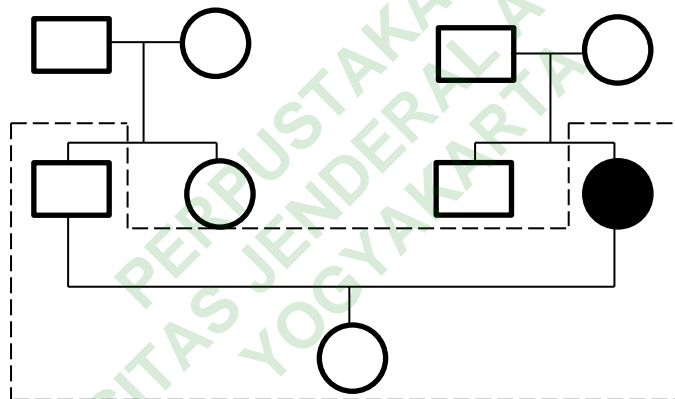
F. Keadaan Psikologis Ibu

Pasien mengatakan bahagia karena bayinya telah lahir kedunia, namun pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya di NICU

G. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit

H. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : Perempuan

● : Pasien

----- : Garis serumah

| : Garis keturunan

— : Garis Perkawinan

I. Riwayat Ginekologi

1. *Menarche* : 13 tahun, Teratur setiap bulan
2. Siklus : 28 hari, Lama : 5-6 hari
3. Jumlah : Dalam batas normal
4. HPHT : 10 Juli 2023
5. HPL : 17 Februari 2024
6. UK : 34 Minggu

J. Riwayat Obstetri

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan	BB lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1.	Perempuan	SC	RSU PKU MUH kota			Bayi berada di Nicu karena BBLR	0 Hari

K. Tanda Tanda Vital meliputi TD, Nadi, RR, Suhu, TFU, Lokia

- TD : 117/77 MmHg
 Nadi : 99x/ Menit
 RR : 20x/ Menit
 Suhu : 36,1 °C
 Spo2 : 98%
 TFU : 1 jari dibawah pusat
 Lokia : Merah (Rubra)

L. Riwayat Kesehatan Saat ini

1. Pola Nutrisi

Selama hamil: pasien biasa makan 3 x sehari dalam porsi sedang dan selalu habis.

Setelah melahirkan: pasien makan ½ porsi, ada mual efek obat anastesi

2. Pola Cairan dan elektrolit

Sebelum operasi : Pasien mengatakan sudah minum 2 botol mineral \pm 1 liter dan pasien terpasang inf. RL 20 tpm

Setelah Operasi : Pasien mengatakan minum $\frac{1}{2}$ gelas dan terpasang inf.RL 20 tpm.

3. Pola eliminasi

Selama hamil: BAK 4-5x/hari, BAB 1x/hari

Setelah melahirkan: BAK: pasien terpasang DC 2x pembuangan (\pm 800cc/hari) BAB: pasien mengatakan belum BAB setelah persalinan

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Selama hamil: aktivitas sebagai ibu rumah tangga

Setelah melahirkan: pasien mengatakan baru bisa miring kanan dan kiri, untuk duduk masih sangat nyeri.

5. Pola Istirahat tidur

Selama hamil: pasien mengatakan tidur malam 5-7 jam

Setelah melahirkan: pasien mengatakan dapat tidur dengan baik sekitar 4-5 jam, walaupun terkadang kebangun karena nyeri

6. Pola Persepsi terhadap diri

Pasien mengatakan bahagia, namun khawatir karena asinya sedikit dan anaknya masih di Nicu

7. Pola Hubungan peran

Pasien mengatakan bahagia karena perannya adalah seorang ibu

8. Pola Stress dan koping

Pasien mengatakan emosinya stabil dan tidak mengalami stress

M. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Inspeksi : Kepala simetris, bulat, tidak ada lesi

Palpasi: Tidak ada pembengkakan, rambut hitam, bersih

2. Leher

Inspeksi: Tidak ada peningkatan jugularis

Palpasi : Tidak ada lesi, tidak ada kelenjar teroid

3. Dada dan Payudara

Inspeksi: Simetris kanan kiri, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada, Puting menonjol, payudara terasa kencang, ASI menetes.

Palpasi: Pergerakan simetris, tidak ada nyeri tekan

Perkusi: Suara sonor

Auskultasi: Bunyi nafas vestikuler, Irama: Reguler

4. Abdomen :

Inspeksi: TFU setelah melahirkan 1 jari dibawah pusat, terdapat luka jahit Post SC 15cm, luka jahit bersih tidak ada kemerahan di sekitar luka, balutan luka masih tampak bersih

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: Bising usus 14x/Menit

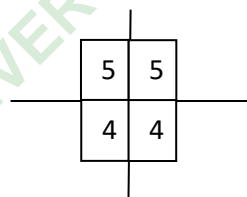
5. Perineal :

Inspeksi: *Parineal* bersih, tidak terdapat luka

Palpasi: *Lochea rubra*

6. Ekstremitas :

Pasien belum bisa bergerak karena nyeri luka post SC, *Activity of Daily Living* (ADL) untuk berpakaian, berdandan dan berpindah tempat perlu di bantu keluarga.



N. PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium

Tanggal dan jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujuk	Interpretasi
7 Feb 2024 Darah Rutin			
Lekosit	*14.20	3.6 – 11 Ribu/mm ³	Tinggi
Eritrosit	*3.70	3.8-5.2Juta/ul	Rendah
Hemoglobin	*11.1	11.7-15.5Gr/dl	Rendah
Hematokrit	*33.4	35-47%	Rendah
MCV	90.3	80-100 fL	Normal
MCH	30.0	26-34 pg	Normal
MCHC	33.2	32-36 g/dL	Normal
Trombosit	286	150-400 ribu/mm ³	Rendah
LYM%	*14.7	25-40 %	Tinggi
MXD%	*8.4	2-8 %	Normal
NEUT%	76.9	28-78%	Rendah
LYM#	2.2	0.9-5.2 10 ³ /uL	Tinggi
MXD#	*1.2	2-8 10 ³ /uL	Normal
NEUT#	*10.9	1.8-8 10 ³ /uL	Normal
RDW-SD	43.2	39.0-46.0 fL	Normal
RDW-CV	12.4	11.5-14.5 %	Normal
PDW	12.4	15.0-17.0 fL	Normal
MPV	9.1	7.0-11.0 fL	Normal
P-LCR	22.5	10.0-30.0%	
PCT	0.26	0.16-0.33 %	
]			
KIMIA KLINIK			
Gula Darah Sewaktu (POCT)	74	Normal:<90	Rendah

O. TERAPI MEDIS

Tabel 3.2 Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi Terapi
7 Feb 2024	Paracetamol	Infus	1000mg/8jam	Untuk mengurangi rasa nyeri, menurunkan suhu badan
	RL	Infus	20tpm	Untuk memenuhi kebutuhan cairan
	Livront B Plek	Oral	1 tablet /24 jam	Memenuhi kebutuhan vitamin dalam masa penyembuhan, dan membantu memelihara daya tahan tubuh.
	Domperidone	Oral	10mg/8jam	Obat yang bermanfaat untuk menghentikan mual dan muntah.
	Cefazoline	Inj	2 gr/1x	Obat untuk menangani penyakit infeksi bakteri.
	Ranitidine	Inj	25mg/24 jam	Obat untuk meredakan nyeri

ANALISI DATA

Tabel 3.3 Analisis Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka jahit P: Setelah Post Partum H-1 Q: seperti disayat R: bagian perut bawah S: Skala 6 T: Hilang timbul</p> <p>DO: Pasien tampak meringis, tampak menghindari posisi yang menyebabkan nyeri</p> <p>TD : 117/77 Mmhg Nadi : 99x/ Menit RR : 20x/ Menit</p>	Nyeri Akut (D.0077)	Agen Pencedera Fisik

	Spo2 : 98%		
2.	<p>DS: Pasien mengatakan ASInya masih sedikit dan belum bisa menyusui karena bayinya berada di Nicu. Bayi lahir 34 minggu dengan prematur BB 1840 gram.</p> <p>DO: Payudara terasa kencang, ASI menetes, bayi pasien masih di ruang NICU</p>	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)	Ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung
3.	<p>DS: Pasien mengatakan ada luka jahit , nyeri</p> <p>DO: Terdapat luka jahit Post SC 15cm, luka jahit bersih tidak ada kemerahan di sekitar luka, balutan luka masih tampak bersih Suhu : 36,1 °C</p>	Risiko Infeksi (D.0142)	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : Kerusakan integritas kulit

DIAGNOSIS KEPERAWATAN YANG DITEGAKKAN

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada luka jahit, pasien meringis (**D.0077**)
2. Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung d.d ASI tidak memancar(**D.0029**)
3. Risiko infeksi d.d Terdapat luka jahit Post SC 15cm, luka jahit bersih tidak ada kemerahan di sekitar luka, balutan luka masih tampak bersih (**D.0142**)

RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada luka jahit, pasien meringis (D.0077)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2×8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil : (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun <p>Kontrol Nyeri (L.08063)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat 3. Keluhan nyeri menurun 4. Penggunaan analgesik menurun 	<p>Manajemen Nyeri (L08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)</i> dan Aromaterapi Lavender,)

		<ul style="list-style-type: none">• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)• Fasilitasi istirahat dan tidur• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri• Jelaskan strategi meredakan nyeri• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri• Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat• Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Pemberian Analgesik (I.08243)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)• Identifikasi Riwayat alergi obat• Identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan tingkat keparahan nyeri• Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah
--	--	--

		<p>• pemberian analgesik</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu• Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum• Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien• Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi <p>Aromaterapi (L08233)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi pilihan aroma yang disukai• Identifikasi tingkat nyeri sebelum dan setelah diberikan aromaterapi• Monitor ketidaknyamanan sebelum dan setelah
--	--	---

		<p>pemberian aromaterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor masalah yang terjadi saat pemberian aromaterapi • Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah pemberian aromaterapi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pilih minyak esensial yang tepat sesuai indikasi • Berikan minyak esensial dengan metode yang tepat (inhalasi : difusser) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan cara meenggunakan minyak esensial secara bervariasi • Anjurkan menyimpan kemasan minyak esensial jauh dari anak-anak <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsultasikan jenis dan dosisminyak esensial yang tepat dan aman.
<p>Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung d.d ASI tidak memancar(D.0029)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2×24 jam diharapkan status menyusui meningkat dengan Kriteria hasil (L.03029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tetesan/pancaran ASI meningkat 5. Suplai Asi adekuat meningkat 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

	6. Kepercayaan diri ibu meningkat	<ul style="list-style-type: none">• Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none">• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan• Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan• Berikan kesempatan untuk bertanya• Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui• Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Berikan konseling menyusui• Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi• Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar• Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa• Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
--	-----------------------------------	--


<p>Risiko infeksi d.d terdapat luka Post OP SC terbalut kassa (D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2×24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Kebersihan tangan meningkat 6. Kebersihan badan meningkat 7. Nyeri menurun 8. Kultur area luka membaik 	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu <p>Perawatan luka (L.14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka • Monitor tandatanda infeksi <p>Terapeutik</p>
---	---	--


		<ul style="list-style-type: none">• Lepaskan balutan dan plester secara perlahan• Bersihkan dengan cairan NaCl• Pasang balutan sesuai luka• Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Ganti balutan sesuai jumlah eksudat</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi protein (ikan laut, telur dan daging ayam)
--	--	---


IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.2 Implementasi dan Evaluasi

Hari pertama


Diagnosis Keperawatan	Hari,tanggal,waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada luka jahit, pasien meringis .	Kamis,08 Februari 2024 Pukul 08:00 Pukul 09:00 Pukul 10:00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Mengidentifikasi skala nyeri sebelum terapi non farmakologi (Skala Nyeri : 6) • Mendemonstrasikan dan melatih Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i> (SEFT)) • Memberikan Aromaterapi Lavender secara inhalasi (Diffuser) • Mengidentifikasi skala nyeri setelah pemberian teknik non farmakologi (Skala Nyeri setelah intervensi : 4) • Kolaborasi pemberian ranitidine 25mg 	<p>Pukul 11:00</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan terapi ini sangat bermanfaat, nyerinya berkurang, merasa lebih rileks dan ikhlas dengan kondisinya saat ini.</p> <p>P: Setelah Post Partum Q: seperti disayat R: bagian perut bawah S: Skala 4 T: Hilang timbul</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak fokus mengikuti terapi SEFT dan aromaterapi lavender. Pasien</p>	 Muthiah Amanda



			<p>tidak meringis kesakitan, pasien tampak rileks</p> <p>A: Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>Teratasi : Keluhan nyeri menurun dan Meringis menurun</p> <p>Belum teratasi: Sikap protektif menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi dengan memberikan <i>Spiritual Emotional Freedom Technique</i> (SEFT), Aromaterapi Lavender dan pemberian analgetik inf PCT</p>	
<p>Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung d.d ASI tidak memancar.</p>	<p>Kamis, 08 Februari 2024 Pukul 10:30</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui • Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan • Memberi edukasi tentang perawatan payudara 	<p>Pukul 12:00</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah mengerti cara menyusui dan memerah ASI dengan benar</p> <p>O: Asi tampak menetes, pasien sudah</p>	<p> Muthiah Amanda</p>

		<p>dan cara menyusui yang benar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan perawatan payudara post partum memerah ASI • Memberi dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 	<p>memahami cara menyusui dan memerah ASI dengan benar</p> <p>A:</p> <p>Status Menyusui teratasi sebagian</p> <p>Teratasi :Kepercayaan diri ibu meningkat</p> <p>Tidak teratasi : Tetesan/pancaran ASI meningkat, Suplai Asi adekuat meningkat.</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi dengan melakukan pijat oksitosin</p>	
<p>Risiko infeksi d.d</p> <p>Terdapat luka jahit Post SC 15cm, luka jahit bersih tidak ada kemerahan di sekitar luka, balutan luka masih tampak</p>	<p>Kamis,08 Februari 2024</p> <p>14:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda-tanda vital • Memonitor kondisi luka dan balutan • Memotivasi mobilasi dini 6 jam 	<p>Pukul 14:30</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan masih merasa nyeri bagian luka jahit dan dapat duduk</p> <p>O:</p> <p>Tidak ada kemerahan , tidak ada pendarahan di bagian luka, jahitan luka rapih tidak ada pembengkakan di sekitar luka, Balutan luka bersih.</p>	<p></p> <p>Muthiah Amanda</p>

bersih			<p>TD : 120/85 mmhg</p> <p>N : 99x/m</p> <p>S : 36,6° c</p> <p>A:</p> <p>Risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>Teratasi :</p> <p>Belum teratasi : Nyeri menurun</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi dengan Memonitor tanda dan gejala infeksi, ganti GV</p>	
--------	--	--	---	--

Hari kedua

Diagnosa Keperawatan	Hari,tanggal,waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada luka jahit, pasien meringis	Jumat,09 Februari 2024 Pukul 07:30	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri sebelum terapi non farmakologi (Skala Nyeri sebelum : 5) Mendemonstrasikan dan melatih Teknik 	<p>Pukul 11:00</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan terapi ini sangat bermanfaat, nyerinya berkurang, merasa lebih rileks dan ikhlas dengan kondisinya</p>	 Muthiah Amanda

<p>Menyusui tidak efektif b.d Ketidakadekuatan suplai ASI dan tidak rawat gabung d.d ASI tidak memancar</p>	<p>Jumat,09 Februari 2024 Pukul 11:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui • Memberi dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui • Melakukan teknik pijat oksitosin 	<p>Pukul 13:00 S: Pasien mengatakan setelah di lakukan pemijatan oksitosin badannya lebih relaks, payudara tidak kencang, ASI 300ml saat dipompa O: Asi tampak memancar, pasien sudah memahami cara pijat oksitosin A: Status Menyusui teratasi sebagian Teratasi :Kepercayaan diri ibu meningkat, Tetesan/pancaran ASI meningkat, Suplai Asi adekuat meningkat. P: Intervensi dihentikan</p>	<p> Muthiah Amanda</p>
<p>Risiko infeksi d.d Terdapat luka jahit Post SC 15cm.</p>	<p>Jumat,09 Februari 2024 14:00</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda-tanda vital • Memonitor kondisi luka dan balutan • Membersihkan luka 	<p>Pukul 15:00 S: Pasien mengatakan lebih nyaman di ganti</p>	<p></p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Mengganti balutan luka 	<p>GV dengan kassa transparan sehingga bisa untuk dibawa mandi</p> <p>O: Tidak ada kemerahan , tidak ada pendarahan di bagian luka, jahitan luka rapih, tidak ada pembengkakan di sekitar luka, Balutan luka bersih.</p> <p>TD : 125/85 mmhg</p> <p>N : 100x/m</p> <p>S : 36,5° c</p> <p>A: Risiko infeksi teratasi</p> <p>Teratasi : Kebersihan tangan meningkat, Kebersihan badan meningkat, Kultur area luka membaik, Nyeri menurun</p> <p>P: Intervensi di hentikan</p> <p>Pasien pulang</p>	<p>Muthiah Amanda</p>
--	--	--	---	---------------------------