

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : **Tempat Praktik** :
Olifia Dewi Pramesti : **RS Nur Hidayah Bantul**
NPM : **Tanggal Praktik** :
233203029 : **29 Januari 2024**
Tanggal Pengkajian : **Jam** : 14.00 WIB
4 Februari 2024 : **Jam** : 08.45 WIB

1. Data Demografi

- a. Nama Pasien : Ny. R
- b. Umur : 33 tahun
- c. Alamat : Sriharjo, Imogiri
- d. Status Perkawinan : Kawin
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Pendidikan Terakhir : S1
- h. Pekerjaan : Guru SD
- i. Nama Suami : Tn. L
- j. Status Obstetri : P2A0 (39⁺1 minggu)
- k. Diagnosa Medis : G2P2A0 39⁺1minggu Induksi Gagal
- l. Tanggal Masuk RS : 2 Februari 2024
- m. No. RM : 245628

2. Keluhan Utama Saat ini

Pasien mengeluh nyeri pada bagian perut, ASI sudah keluar sedikit, lemas

P : Post SC hari ke 0

Q : Nyeri seperti ketarik-tarik

R : Sakit terasa sampai ke pinggang

S : Skala 7

T : Saat bergerak

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya

4. Riwayat Persalinan Dan Kelahiran Saat Ini

- a. Lama persalinan (60 menit)
- b. Posisi Janin (kepala janin di bagian bawah)
- c. Tipe Kelahiran (Operasi Caesar)
- d. Masalah selama persalinan (Tidak ada)
- e. Riwayat penggunaan kontrasepsi (IUD)

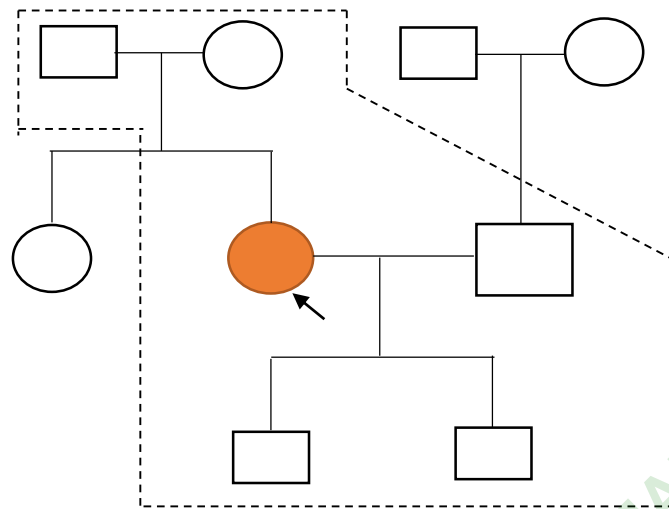
5. Data Bayi

- a. Panjang Badan 50 cm
- b. Berat Badan Lahir 3,185 kg
- c. Lingkar Kepala 33,5 cm
- d. Lingkar Dada 34 cm
- e. Lingkar Perut 35 cm
- f. Lingkar lengan atas 10,5 cm
- g. APGAR Skor 1 menit pertama 8
5 menit pertama 10
- h. Jenis kelamin bayi: L/P

6. Keadaan Psikologis Ibu

Ibu mengatakan merasa senang dengan kelahiran anak keduanya yang berjenis kelamin laki-laki

7. Riwayat Penyakit Keluarga



Gambar: 3.1 Genogram

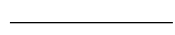
Keterangan:



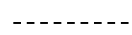
Perempuan



Laki-laki



Garis keturunan



Tinggal serumah



Pasien

8. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga

9. Riwayat Ginekologi

Riwayat menstruasi: Teratur

10. Riwayat Obstetri

Tabel 3.1 Riwayat Obstetri

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat Persalinan	BB Lahir	Komplikasi Selama Persalinan	Keadaan Saat ini	Usia
1.	Laki-laki	Spontan	RS	3100	Tidak Terkaji	Hidup	8 tahun
2.	Laki-laki	SC	RS	3185	Tidak Ada	Hidup	0 hari

11. Tanda Tanda Vital

TD	: 123/81 mmHg
N	: 75x/menit
S	: 36,5 ⁰ C
RR	: 22x/menit
TFU	: 1 jari dibawah pusat
Lochea	: Berwarna merah darah segar (<i>lokhea rubra</i>)

12. Riwayat Kesehatan Saat ini

a. Pola Nutrisi

Pada RM pasien dituliskan bahwa jika pasien 3-4 jam setelah SC tidak ada mual dan muntah maka bisa mulai minum sedikit-sedikit dan dilanjutkan dengan makanan. Diet yang diprogramkan yaitu nasi tinggi kalori dan tinggi protein

b. Pola cairan dan elektrolit

Pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri, pasien sudah minum \pm 500 ml

c. Pola Eliminasi

BAK : Pasien terpasang kateter urine, dan terlihat pengeluaran urine sebanyak 500 cc, warna urine kuning keruh

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

d. Pola aktivitas dan Latihan

Pasien tampak sudah mulai menggerakkan ekstremitas atas dan bawah secara hati-hati diatas tempat tidur

e. Pola Istirahat tidur

Setelah keluar dari ruang operasi dan pasien dipindahkan ke bangsal pasien kemudian tertidur nyenyak

f. Pola Persepsi terhadap diri

Pasien mengatakan jika dirinya senang bisa melahirkan anak keduanya dengan keadaan selamat dan sehat.

g. Pola hubungan peran

Pasien memiliki peran yang baik dengan keluarga dan lingkungan

h. Pola stress dan koping

Pasien tidak merasa stress

13. Pemeriksaan Fisik

Meliputi:

- a. Kepala : Bulat normal, rambut hitam, konjungtiva tidak anemis, pasien tampak meringis, pasien tampak menahan nyeri.
- b. Leher : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan
- c. Dada dan Payudara : Dada simetris, tidak ada pembengkakan, payudara teraba keras, asi sudah keluar sedikit, puting menonjol, areola kecoklatan
- d. Abdomen : Kontraksi uterus keras (baik), TFU 1 jari dibawah pusat, pasien mengatakan nyeri pada bagian perut, pasien mengatakan tidak nyaman pada bagian perutnya, terdapat luka operasi dengan luka terbalut kassa, panjang luka ± 15 cm, disekitar luka tidak ada kemerahan, balutan luka masih tampak bersih
- e. Perineal : Terdapat perdarahan sebanyak ± 20 cc, warna merah segar, pasien terpasang kateter urine.
- f. Ekstremitas : Tidak ada nyeri tekan, crt < 2 detik, tidak ada edema, tidak ada nyeri pada betis, pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri.

14. Pemeriksaan Laboratorium Dan Diagnostik

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal dan Jenis Pemeriksaan	Hasil dan nilai normal	Interpretasi
02 Februari 2024		
Pemeriksaan Darah		
WBC	8,7 mm ³	Normal
RBC	3,55 juta/ul	Normal
HGB	10,1 g/dl	Rendah
HCT	29,9%	Rendah

MCV	84,2 fl	Normal
MCH	28,5 fl	Normal
MCHC	33,8 fl	Normal
PLT	253 sel/mm ³	Normal
Lymfosit%	14,1 %	Rendah
MXD%	6,0 %	Normal
Neutrophil	79,9 %	Tinggi
Masa pembekuan (CT)	12 menit	Normal
Masa perdarahan (BT)	3 menit	Normal
HBsAg	Negatif	
2 Februari 2024		
Urine Lengkap		
Warna	Kuning	Kuning
Kekeruhan	Keruh	Jernih
BJ	1,015	Normal
PH	6,5	Normal
Keton	Negatif	
Urin protein	Negatif	
Glukosa	Negatif	
Darah samar	+1	
Nitrit	Negatif	
Urobilinogen	0,2 mg/dl	Normal
Leukosit esterase	+3	
Bilirubin	Negatif	
Leukosit	>50/LPB	Tinggi
2 Februari 2024		
Urine Lengkap		
Erythroisit	1-4	
Silinder	Negatif	
Epithel	Penuh	
Bakteri	Positif	
Kristal	Negatif	
Jamur	Negatif	

Lain-lain	Negatif	
-----------	---------	--

15. Terapi Medis

Tabel 3.3 Terapi Medis

TGL	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
2/02/24	RL+Oksi	IV	500 ml+ 5iu	Obat yang digunakan untuk merangsang kontraksi Rahim
	Misoprostol	Pervagina	3x 25 mcg	Untuk menangani perdarahan postpartum akibat kontraksi uterus
4/02/24	Ceftriaxone	IV	3 x 500 mg	Antibiotik mencegah terjadinya infeksi bakteri
	Ketorolac	IV	3 x 30 mg	Untuk meredakan nyeri
	Vitamin A	Oral	2x1 kapsul	Mencegah anemia
	Asam mefenamat	Oral	3x1 kapsul (500 mg)	Untuk pengobatan nyeri ringan hingga berat

B. Analisa Data

Tabel 4.1 Analisa Data

DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak nyaman pada bagian perutnya 2. Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut 3. P: Post SC hari ke 0 Q : Nyeri seperti ketarik-tarik R : Sakit terasa sampai ke pinggang S : Skala 7 T : Saat bergerak <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak masih lemas 3. Pasien tampak menahan nyeri 4. Kontraksi uterus keras 5. Hasil TTV: TD: 123/81 mmHg Nadi 75x/menit Suhu 36,5°C RR 22x/menit 	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (Proses Pembedahan)
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan saat ini asinya sudah keluar tetapi masih sedikit <p>DO:</p>	Menyusui Tidak Efektif	Ketidakadekuatan Suplai ASI

<ol style="list-style-type: none"> 1. Puting sudah menonjol 2. Areola kecoklatan 3. Payudara teraba keras 4. Payudara terdapat bendungan tetapi saat ditekan asi menetes sedikit 5. Post SC hari ke 0 		
<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi sc dengan skala nyeri 7 <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka operasi dengan luka terbalut kassa 2. Panjang luka ± 15 cm 3. TFU 1 jari dibawah pusat 4. Disekitar luka tidak ada kemerahan, balutan luka masih tampak bersih 5. Pasien terpasang infus dan kateter urine 6. Leukosit $> 50/LPB$ 	<p>Risiko Infeksi</p>	<p>Tindakan Invasif</p>

Prioritas Diagnosa :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) d.d pasien mengatakan nyeri P: Post SC hari ke 0, Q : Nyeri seperti ketarik-tarik, R : Sakit terasa sampai ke pinggang, S : Skala 7, T : Saat bergerak, Pasien tampak meringis, Pasien tampak menahan nyeri, Kontraksi uterus keras, TD 123/81 mmHg, Nadi 75x/menit, Suhu 36,5⁰C, RR 22x/menit (D.0079)
- b. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI d.d pasien mengatakan asi sudah keluar tetapi masih sedikit, Payudara teraba keras, puting sudah menonjol, terdapat bendungan pada payudara tetapi saat ditekan asi menetes hanya sedikit (D.0029)
- c. Risiko infeksi d.d tindakan invasif dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi dengan skala nyeri 7, terdapat luka operasi dengan luka terbalut kassa, panjang luka ±15 cm, TFU 1 jari dibawah pusat, disekitar luka tidak ada kemerahan balutan luka tampak masih bersih, pasien terpasang infus dan kateter (D.0142)

C. Rencana Keperawatan

Tabel 4.2 Rencana Asuhan Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI (SIKI)
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses pembedahan)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Nyeri (L08006)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun <p>Kontrol Nyeri (L.08063)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (mis, terapi musik, teknik napas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p><i>Edukasi</i></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 memonitor nyeri secara mandiri4. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian analgesik (Injeksi ketorolac 30 mg/8jam, IV) <p>Perawatan Pasca Seksio Sesaria (I.14567)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi tanda-tanda vital ibu2. Monitor respon fisiologis (mis, nyeri, perubahan uterus) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Motivasi mobilisasi dini 6 jam post operasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ajarkan latihan ekstermitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam2. Anjurkan ibu cara menyusui
--	--	---


<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Menyusui (L.03029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat 3. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 	<p>Edukasi Menyusui (I12393)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2. Libatkan sistem pendukung (mis, suami, keluarga) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar 3. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 4. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
--	---	--

<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan 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. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi <p>Pemberian Obat Intravena (I.02065)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan adanya alergi 2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi 3. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum dilakukan pemberian obat 4. Monitor efek terapeutik obat <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)
--	---	--

		<p>2. Pastikan ketepatan dan kepatenan pada keteter IV</p> <p>3. Berikan obat IV dengan kecepatan yang tepat</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgesic, (Injeksi Ceftriaxone 500mg/ 8 jam)</p>
--	--	---


D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.3 Implementasi dan Evaluasi


DIAGNOSA KEPERAWATAN	Hari/tgl/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses pembedahan)	Minggu, 04/02/2024 15.45	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas dan skala nyeri</p> <p>S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada area luka operasi, nyeri</p>	<p>Jam 21.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri masih terasa pada bagian perutnya</p>	 Olifia

	17.00	<p>seperti ditarik-tarik, skala nyeri 7 frekuensi hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak meringis saat terasa nyeri dan pasien tampak melakukan teknik nafas dalam saat terasa nyeri</p> <p>2. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik napas dalam)</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien tampak menggunakan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi tanda-tanda vital ibu</p> <p>S: -</p> <p>O: TD: 120/80 mmHg, N: 79x/menit, RR: 20x/menit, Suhu 36,5⁰C, SpO2: 97%</p>	<p>2. Pasien mengatakan lebih nyaman atau senang setelah dilakukan pergerakan</p> <p>3. P: post SC hari 0</p> <p>Q: nyeri terasa seperti ditarik-tarik</p> <p>R: sakit terasa sampai ke punggung</p> <p>S: Skala 6</p> <p>T: saat menggerakkan badan</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak masih meringis saat terasa nyeri</p> <p>2. TD: 120/80 mmHg, S: 36,5⁰C, RR: 20x/menit, SpO2: 97%</p> <p>3. Pasien masih tampak memegang perutnya</p> <p>4. Pasien tampak meringis saat diberikan injeksi ketorolac</p> <p>A:</p>	
--	-------	--	---	--

		<p>4. Memonitor respon fisiologis (mis, nyeri, perubahan uterus S: - O: Uterus teraba keras</p> <p>5. Mengukur skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini post 6 jam operasi sc S: Pasien mengatakan skala nyeri berada pada skala 7 O: -</p> <p>6. Mendemonstrasikan dan melatih teknik mobilisasi post 6 jam sc S: Pasien mengatakan sedikit terasa nyeri saat akan melakukan mobilisasi miring O: Pasien tampak kooperatif dan dapat mengikuti sesuai yang diinstruksikan</p>	<p>Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	---	--

	<p>17.30</p> <p>18.00</p>	<p>7. Mengukur skala nyeri sesudah diberikan mobilisasi dini post 6 jam sc</p> <p>S: Pasien mengatakan senang karena punggungnya sudah terasa panas saat tidak bergerak dan nyeri berkurang menjadi skala 6</p> <p>O: -</p> <p>8. Memberikan injeksi ketorolac 30 mg via IV</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien tampak meringis saat diberikan injeksi ketorolac</p>		
<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI</p>	<p>Minggu,</p> <p>04/02/2024</p> <p>15.45</p>	<p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>S: Pasien mengatakan bersedia untuk mendapatkan edukasi</p> <p>O: -</p>	<p>Jam 21.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan asinya baru keluar sedikit dan belum banyak</p> <p>2. Pasien mengatakan saat dilakukan pemerah asi masih terasa sakit</p>	<p></p> <p>Olifia</p>


		<p>2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui S: Pasien mengatakan sangat ingin menyusui anaknya secara eksklusif sampai 6 bulan O: -</p> <p>3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui S: Pasien mengatakan bahwa dirinya percaya diri untuk menyusui anaknya O: -</p> <p>4. Melibatkan sistem pendukung (mis, suami, keluarga) S: Pasien mengatakan suami dan keluarganya selalu mendukung semua keputusannya O: -</p>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat diberikan edukasi pasien dan keluarga tampak antusias untuk mendengarkan dan memperhatikan dengan baik 2. Saat diberikan edukasi pasien dan keluarga mulai memahami dan tahu bagaimana cara memposisikan bayi saat menyusui dan cara untuk memperlancar produksi asi <p>A: Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	---	--

<p>Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif</p>	<p>Minggu, 4/02/2024</p> <p>16.00</p> <p>16.20</p>	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S: -</p> <p>O: Kondisi balutan pada luka operasi tampak bersih dan tidak ada kemerahan disekitar balutan, tidak ada tanda infeksi pada area tusukan infus, keluarga pasien selalu membuang urine apabila urine bag sudah penuh</p> <p>2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien tampak mengangguk</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>Jam 21.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah paham tentang tanda dan gejala infeksi 2. Pasien mengatakan akan mempertahankan kondisi balutan agar tetap kering 3. Pasien mengatakan sedikit nyeri saat diberikan injeksi ceftriaxone <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi balutan luka tampak bersih 2. Tidak ada kemerahan disekitar balutan luka 3. Pasien terpasang infus di tangan kiri, tidak ada tanda infeksi pada area tusukan infus 	 <p>Olifia</p>

	<p>16.30</p>	<p>S: Pasien mengatakan paham setelah diberikan penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>O: -</p> <p>4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S: Pasien dan keluarga sudah paham tentang cara mencuci tangan yang dengan</p> <p>O: Pasien dan keluarga dapat mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien sudah paham</p> <p>6. Memberikan injeksi ceftriaxone 500 mg via IV</p>	<p>4. Pasien terpasang kateter urine dan keluarga pasien selalu membuang urine apabila urine bag sudah penuh</p> <p>A: Tidak ada tanda-tanda infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>18.00</p>			


		S: Pasien mengatakan sedikit nyeri saat diberikan injeksi ceftriaxone O: -		
--	--	---	--	--

Hari ke 2

DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses pembedahan)	Senin, 05/02/2024 11.00	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya S: - O: Pasien tampak masih menggunakan teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakannya Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan S: - 	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada bagian perutnya P: post SC hari ke 1 <p>Q: nyeri terasa cenut-cenut R: sakit terasa sampai pinggang S: skala 3 T: saat menggerakkan badan</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> TD: 122/75 mmHg, N 78x/menit, S 36,3⁰C, RR: 20x/menit, SpO2 98% 	 Olifia


	<p>11.30</p>	<p>O: Keluarga pasien mengikuti saran yang sudah diberikan dengan cara mematikan lampu saat siang hari dan mengurangi suara agar pasien merasa tenang dan nyaman</p> <p>3. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang (teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien melakukan tarik nafas dalam saat merasa nyeri</p> <p>4. Mengidentifikasi tanda-tanda vital ibu</p> <p>S: -</p> <p>O: TD: 122/75 mmHg, S: 36,3⁰C, RR: 20x/menit, N 78x/menit, SpO2: 98%</p>	<p>2. Pasien sudah bisa dalam posisi setengah duduk dan duduk tegap dengan dibantu oleh suami dan keluarga secara perlahan-lahan</p> <p>3. Pasien masih tampak meringis saat melakukan pergerakan</p> <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
	<p>12.00</p>	<p>5. Mengukur skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini post 24 jam operasi sc</p>		

	12.30	<p>S: Pasien mengatakan skala nyeri berada pada skala 5</p> <p>O: -</p> <p>6. Mendemonstrasikan dan melatih teknik mobilisasi (posisi setengah duduk sampai duduk tegap) post 24 jam sc</p> <p>S: Pasien mengatakan tidak merasa pusing saat dalam posisi setengah duduk maupun saat duduk tegap</p> <p>O: Pasien tampak nyaman dalam posisi duduk</p> <p>7. Mengukur skala nyeri sesudah diberikan mobilisasi dini post 24 jam sc</p> <p>S: Pasien mengatakan nyaman dalam posisi duduk dan skala nyeri berkurang menjadi 3</p> <p>O: -</p>		
--	--------------	--	--	--


	11.30	<p>O: Pasien dapat melakukan dengan baik dan benar</p> <p>4. Melakukan pijat oksitosin dan memerah asi</p> <p>S: -</p> <p>O: Keluarga tampak antusias dan memperhatikan setiap prosedur dalam pemijatan, pasien tampak rileks saat dilakukan pemijatan, saat memerah asi tampak keluar sedikit</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	Senin, 05/02/2024 11.00	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S: -</p> <p>O: kondisi balutan tampak bersih</p> <p>2. Memonitor kondisi luka dan balutan</p> <p>S: -</p> <p>O: Kondisi balutan tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar balutan</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan selalu mempertahankan balutan agar tidak basah</p> <p>O:</p> <p>1. Kondisi balutan bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka</p>	 Olifia


	11.15	<p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien sudah paham tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Mereview kembali tentang cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien tampak melakukan dengan baik dan benar</p>	<p>2. Pasien dapat melakukan cara mencuci tangan dengan baik dan benar</p> <p>3. Kateter urin dan infus sudah dilepas</p> <p>A:</p> <p>Tidak ada tanda-tanda infeksi teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>	
--	--------------	--	--	--

Hari ke 3

DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses pembedahan)	Selasa, 06/02/2024 08.00	<p>1. Mengidentifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>S: -</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan saat dibuat untuk berjalan nyeri sudah lumayan berkurang</p>	 Olifia

	<p>08.45</p> <p>08.50</p>	<p>O: Pasien tampak kadang-kadang masih menggunakan teknik napas dalam</p> <p>2. Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan</p> <p>S: -</p> <p>O: Pasien dan keluarga mengikuti saran agar saat siang hari selalu mematikan lampu dan mengurangi suara-suara bising agar pasien merasa tenang dan nyaman</p> <p>3. Mengidentifikasi tanda-tanda vital ibu</p> <p>S: -</p> <p>O: TD: 123/82 mmHg, N 85x/menit, S: 36,5⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 98%</p> <p>4. Mengukur skala nyeri sebelum dilakukan mobilisasi dini post 48 jam</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri berada pada skala 3</p> <p>O: -</p>	<p>2. P: post SC hari ke 2</p> <p>Q: nyeri terasa cunut-cunut</p> <p>R: sakit terasa sampai ke pinggang</p> <p>S: skala 2</p> <p>T: saat melakukan pergerakan</p> <p>O:</p> <p>1. TD: 123/82 mmHg, N: 85x/menit, S: 36,5⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ 98%</p> <p>2. Pasien terlihat masih memegang perutnya saat berdiri dan saat memulai berjalan</p> <p>3. Pasien terlihat sudah dapat berjalan disekitar ruangan dan dapat ke kamar mandi secara mandiri</p> <p>4. Kondisi balutan bersih</p> <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p>	
--	---	--	--	--

	09.15	<p>5. Mendemonstrasikan dan melatih teknik mobilisasi (berlatih berdiri kemudian berjalan sampai berjalan ke kamar mandi) post 48 jam sc</p> <p>S: Pasien mengatakan tidak merasa pusing saat berdiri dan nyeri juga sudah lumayan berkurang saat digunakan untuk berjalan</p> <p>O: Pasien tampak berdiri dan berjalan sekitar 5 langkah kedepan dan berbalik ke posisi semula</p> <p>6. Mengukur skala nyeri sesudah diberikan mobilisasi dini post 48 jam sc</p> <p>S: Pasien mengatakan nyaman dan skala nyeri berada pada skala 2</p> <p>O: -</p>	<p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi (Pasien persiapan pulang)</p>	
Menyusui tidak efektif berhubungan dengan	Selasa, 06/02/2024	<p>1. Mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p>	

		<p>S: Pasien mengatakan akan melakukannya saat dirumah</p> <p>O: -</p>		
Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasif	<p>Selasa, 06/02/2024 09.15</p> <p>09.25</p>	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>S: -</p> <p>O: Kondisi balutan tampak bersih dan kering</p> <p>2. Memonitor kondisi luka dan balutan</p> <p>S: -</p> <p>O: Kondisi balutan bersih dan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka</p> <p>3. Mereview kembali tentang cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>S: Pasien mengatakan selalu mencuci tangan terlebih dahulu saat akan</p>	<p>Jam 14.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan sudah memahami untuk cara merawat lukanya saat sudah dirumah nanti</p> <p>2. Pasien mengatakan akan selalu mencuci tangan terlebih dahulu saat akan menyentuh area balutan luka operasi</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak sudah paham</p> <p>2. Kondisi balutan luka bersih dan kering serta tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka</p>	 <p>Olifia</p>

		<p>membersihkan sekiat area luka dengan menggunakan tissue basah</p> <p>O: Pasien tampak melakukan dengan baik dan benar</p>	<p>3. Pasien sudah tidak terpasang kateter urine dan infus</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi (Pasien persiapan pulang)</p>	
--	--	--	--	--