

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS
PERIODE *POSTPARTUM*

Nama Mahasiswa : Rizka Ayu Nurhatati
Tempat Praktek : Ruang Nusa Indah 2
Tanggal Praktek : 23 – 25 Januari 2024

A. Pengkajian

DATA DEMOGRAFI

Nama Klien : Ny. S
Tanggal Lahir : 10 Maret 1986
Alamat : Wonokerto, Sleman
Status Perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Nama Suami : Tn. S
Tanggal Masuk RS : Selasa, 23 Januari 2024
Diagnosa Medis : Post SC hari ke-0 a/i Fetal Distress, Presbo
No. RM : 462***
Tanggal pengkajian : Selasa, 23 Januari 2024 Jam 09.15
Tanggal Persalinan (jam) : Selasa, 23 Januari 2024 Jam 01.30
Status Obstetri : P2A0

KELUHAN UTAMA SAAT INI

Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi Caesar dengan skala 5
P : Post SC, nyeri memberat ketika bergerak dan membaik ketika pasien istirahat
Q : Disayat-sayat
R : Perut bagian bawah
S : 5 (1-10)
T : Hilang timbul

Riwayat kehamilan Sekarang (keteraturan ANC, konsumsi Fe dan obat-obatan, komplikasi penyerta)

Pasien mengatakan selama hamil rutin memeriksakan kehamilannya, 1 bulan sekali pada trimester 1 dan 2, dan 1 minggu sekali pada trimester 3. Pasien mendapatkan tablet tambah darah selama masa kehamilan. Pasien mengatakan selama hamil memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan sempat mengonsumsi obat Amlodipin 5 mg.

Riwayat Penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya, hanya saat awal kehamilan anak kedua pasien mengalami hipertensi.

Riwayat Persalinan dan kelahiran saat ini

- Lamanya persalinan \pm 1 jam
- Posisi Janin : Presentasi bokong terlilit tali pusat
- Tipe Kelahiran : Sectio Caesarea
- Penggunaan analgesik dan anestesi : Spinal
- Masalah selama persalinan : Tidak ada masalah selama persalinan

Riwayat penggunaan kontrasepsi

- Jenis kontrasepsi : IUD
- Waktu penggunaan : 2011
- Efek samping : Darah yang keluar saat menstruasi lebih banyak, lebih mudah nyeri perut dan punggung saat menstruasi
- Waktu Lepas : 2019

DATA BAYI

- Panjang Badan : 52 cm
- Berat Badan Lahir : 3486 gram
- Lingkar Kepala : 34 cm
- Lingkar Dada : 35 cm
- Lingkar Perut : 31 cm
- Lingkar lengan atas : 11,5 cm
- APGAR
 - 1 menit pertama : 3 (Asfiksia berat)

- 3 menit pertama : 5 (Asfiksia sedang)
- 5 menit pertama : 6 (Asfiksia sedang)

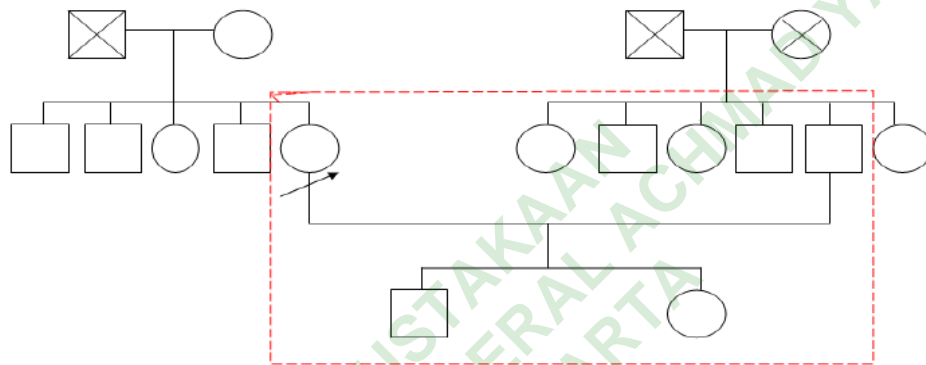
Keadaan Psikologis Ibu

(bagaimana perasaan ibu saat ini? Penyesuaian ibu terhadap kelahiran bayi?)

Pasien mengatakan senang atas kelahiran bayinya, namun juga sedih karena bayinya harus dirawat di NICU dan belum bisa bersama pasien.

Riwayat Penyakit Keluarga

(apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular? Dapat dilengkapi dengan genogram)



Gambar 3. 1 Genogram

Keterangan :

- | | | | |
|---|-------------------|---|--------------------|
| □ | : Laki-laki | — | : Garis pernikahan |
| ○ | : Perempuan | | : Garis keturunan |
| □ | : Tinggal serumah | ↗ | : Pasien |
| ⊗ | : Meninggal Dunia | | |

Riwayat Ginekologi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit reproduksi atau penyakit ginekologi.

Riwayat Obstetri

Tabel 3. 1 Riwayat Obstetri

No	Jenis Kelamin	Cara Lahir	Tempat persalinan	BB lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur
1.	Laki-laki	Spontan	Bidan	3,000 gr	Tidak ada komplikasi	Hidup	12 tahun
2.	Perempuan	SC	RSUD Sleman	3,486 gr	Tidak ada komplikasi	Hidup	0 bulan

Tanda Tanda Vital (TD, Suhu, RR, Nadi, TFU, Lokia)

TD : 123/77 mmHg

N : 72x/menit

RR : 22x/menit

S : 36,3°C

TFU : 1 jari dibawah pusat dan kontraksi uterus teraba keras

Lokea : Lokea rubra (Berwarna kemerahan)

Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pola Nutrisi

Pasien tidak mengalami masalah pada pola nutrisi, pada saat dilakukan pengkajian di tanggal 23 Januari pasien menghabiskan 1 porsi makan dan mengonsumsi protein tambahan berupa putih telur yang dibawa dari rumah. Tidak ada keluhan mual yang muncul setelah makan.

Pola Cairan dan Elektrolit

Pada saat dilakukan pengkajian pasien sudah mulai minum dan habis \pm 200 cc, pasien terpasang infus RL dengan tetesan 20 tpm. Turgor kulit pasien elastis, mukosa bibir lembab.

Pola Eliminasi

Pasien terpasang DC dan ada produk urine \pm 300 cc dengan karakteristik urine berwarna kuning jernih, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit.

Pola Aktivitas dan Latihan

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan aktivitasnya masih terbatas dan pasien baru diperbolehkan untuk belajar miring kanan kiri. Kemudian diperbolehkan untuk duduk pada keesokan harinya.

Pola Istirahat tidur

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada pola istirahat dan tidur.

Pola Persepsi terhadap diri

Pasien mengatakan senang karena dapat melahirkan anak kedua

Pola Hubungan peran

- **Apakah anda tinggal sendiri atau Bersama keluarga?**
Pasien mengatakan tinggal bersama suami dan anaknya
- **Gambaran struktur keluarga pasien?**
Orang tua, suami, dan anaknya
- **Apakah anda baru saja pindah rumah dalam 6 bulan terakhir?**
Tidak
- **Apakah ada anggota keluarga yang rutin mengunjungi pasien ata menemui pasien dirumah sakit?**
Ada, suami dan keponakan pasien
- **Apakah terjadi perubahan pada keluarga yang diakibatkan dari proses hospitalisasi?**
Tidak ada, hanya saja pasien menjadi belum bertemu anak pertamanya sejak melahirkan anak kedua
- **Apakah proses hospitalisasi mempengaruhi peran anggota keluarga yang lain?**
Tidak ada
- **Apakah terdapat problem yang dialami keluarga dalam mempengaruhi anak?**
Tidak ada

Pola Stress dan koping

- **Apakah pasien mengalami tekanan psikis yang cukup banyak akhir- akhir ini? Adakah yang dapat meningkatkan tekanan pasien? Dan apakah anda menggunakan obat-obatan, alcohol, merokok, untuk mengurangi tekanan tersebut?**

Pasien mengatakan tidak mengalami tekanan psikis dan penggunaan obat-obatan

- **Apakah pasien memiliki seseorang yang dapat pasien ajak bercerita mengenai masalah yang dialami pasien?**

Pasien mengatakan selalu bercerita kepada suaminya

- **Adakah kondisi yang menimpa pasien akhir -akhir ini, yang merubah hidup anda? Pasien mengatakan tidak ada masalah yang menimpanya**

- **Bagaimana teknik pemecahan masalah yang bisa pasien lakukan? Apakah teknik tersebut efektif dalam menyelesaikan masalah?**

Pasien mengatakan teknik pemecahan masalah yang sering dilakukan adalah bercerita kepada suaminya

PEMERIKSAAN FISIK

Kepala : Kepala mesocephal, rambut tampak bersih, tidak ada lesi, tidak teraba adanya benjolan atau massa. Konjungtiva tidak anemis, pupil isokor.

Leher : Tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri telan.

Dada dan Payudara

1. Paru-paru

- Inspeksi:** Pengembangan dada simetris, tidak tampak adanya otot bantu nafas, tidak ada jejas
- Palpasi:** Tidak ada massa dan nyeri tekan
- Perkusi:** Sonor
- Auskultasi:** Vesikuler , tidak ada suara nafas tambahan

2. Jantung

- Inspeksi:** Denyutan kardiovaskuler normal
- Palpasi:** Pulsasi *ictus cordis* tidak tampak, *ictus cordis* teraba di ICS ke V kardiovaskuler sinistra

- c. **Perkusi:** Pekak
- d. **Auskultasi:** Bunyi S1 dan S2 normal, tidak ada suara tambahan

3. Payudara

- a. **Inspeksi:** Payudara simetris kanan dan kiri, puting kiri menonjol, puting kanan inverted, areola bersih
- b. **Palpasi:** Tidak teraba massa atau benjolan pada payudara , ASI hari ke-0 sudah keluar ± 20 cc, saat diperah terdapat kolostrum sebanyak ± 1 sendok teh

Abdomen

1. **Inspeksi:** Ada luka post operasi *section caesarea* yang ditutup perban sekitar 25 cm pada perut bagian bawah
2. **Auskultasi:** Terdengar suara bising usus 12x/menit
3. **Perkusi:** Terdengar bunyi timpani
4. **Palpasi:** terdapat nyeri tekan pada abdomen, terutama sekitar luka operasi, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras

Genital

1. *Vulva vagina:* Tampak kotor terkena darah
2. Terpasang pembalut terdapat Lochia Rubra dengan warna merah : ± 20 cc
3. Terpasang kateter dengan jumlah 300 cc

Ekstremitas

1. Tidak ada pembengkakan di kedua kaki
2. Tidak ada luka
3. Tidak ada nyeri dan panas saat ditekan,
4. Tidak ada kelemahan
5. Tidak ada varises,
6. *Homans sign negative* (Ketika dilakukan homans sign dengan cara diletakkan satu telapak tangan pada daerah lutut dan tangan satunya mendorong telapak kaki kearah lutut)
7. Pemeriksaan kekuatan otot

5	5
3	3

PEMERIKSAAN LABORATORIUM DAN DIAGNOSTIK

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium dan Penunjang

Tanggal dan jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
Selasa, 23 Januari 2024 Darah lengkap			
Hemoglobin	12,2 g/dl	12 -16 gr/dL	Normal
Hematokrit	37%	34 – 40 %	Normal
Leukosit	15,9 ribu/uL	4,5-11,0 ribu/uL	Tinggi
Eritrosit	5,02 juta/uL	4,7 – 61 juta/uL	Normal
Trombosit	212 sel/ μ L,	150-440 sel/ μ L,	Normal
PITC HIV	Non Reaktif		Pasien negatif HIV

TERAPI MEDIS

Tabel 3. 3 Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi Terapi
23 Januari 2024	Oxitocin	IV	5 IU dalam 500 cc RL	Obat berisi hormon untuk merangsang terjadinya kontraksi uterus
	Inj. Ketorolac	IV	30 mg/8 jam	Ketorolac merupakan obat golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS) yang bertujuan untuk meredakan nyeri sedang hingga berat
	Inj. Ceftriaxone	IV	1 gr/12 jam	Ceftriaxone adalah jenis antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri di berbagai bagian tubuh dan dapat

				digunakan sebelum jenis operasi tertentu untuk mencegah infeksi yang mungkin berkembang setelah operasi.
	Kalk	P.O	500 mg/24 jam	Kalk untuk memenuhi kebutuhan kalsium khususnya bagi wanita hamil, gangguan kelenjar tiroid dan penyakit tulang seperti osteoporosis. membantu memenuhi kebutuhan kalsium dalam tubuh.
	SF	P.O	1 tablet/24 jam	Untuk memenuhi kebutuhan zat besi dan asam folat tubuh, serta mengatasi anemia.
	Vitamin A	P.O	1300 mcg/24 jam	Untuk menyuplai kandungan vitamin pada ASI
24 Januari 2024	Amoxicilin	P.O	500 mg/8 jam	Amoxicillin adalah obat antibiotik yang digunakan untuk mengatasi berbagai penyakit akibat infeksi bakteri.
	Asam Mefenamat		500 mg/8 jam	Asam mefenamat adalah obat untuk meredakan nyeri akibat nyeri haid, cedera, sakit gigi, sakit kepala, atau radang sendi.
	Kalk	P.O	500 mg/24 jam	Kalk untuk memenuhi kebutuhan kalsium khususnya bagi wanita hamil, gangguan kelenjar tiroid dan penyakit tulang seperti osteoporosis. membantu memenuhi kebutuhan kalsium dalam tubuh.
	SF	P.O	1 tablet/24 jam	Untuk memenuhi kebutuhan zat besi dan asam folat tubuh, serta mengatasi anemia.
25 Januari 2024	Amoxicilin	P.O	500 mg/8 jam	Amoxicillin adalah obat antibiotik yang digunakan untuk mengatasi berbagai penyakit akibat

				infeksi bakteri.
Asam Mefenamat		500 mg/8 jam		Asam mefenamat adalah obat untuk meredakan nyeri akibat nyeri haid, cedera, sakit gigi, sakit kepala, atau radang sendi.
Kalk	P.O	500 mg/24 jam		Kalk untuk memenuhi kebutuhan kalsium khususnya bagi wanita hamil, gangguan kelenjar tiroid dan penyakit tulang seperti osteoporosis. membantu memenuhi kebutuhan kalsium dalam tubuh.
SF	P.O	1 tablet/24 jam		Untuk memenuhi kebutuhan zat besi dan asam folat tubuh, serta mengatasi anemia.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

B. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Problem	Etiologi
1	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi cesar dengan skala 5</p> <p>P : Post SC, nyeri memberat ketika bergerak dan membaik ketika pasien istirahat</p> <p>Q : Disayat-sayat</p> <p>R : Perut bagian bawah</p> <p>S : 5 (1-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis dan berhenti sesaat saat mencoba untuk miring kanan dan kiri 2. TTV TD : 123/77 mmHg N : 72x/menit 3. <i>Post</i> operasi SC hari ke-0 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik
2.	<p>DS : Pasien mengatakan payudara yang bisa untuk menyusui hanya payudara sebelah kiri</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puting kanan pasien tampak inverted 2. ASI hasil produksi payudara sebelah kanan tidak bisa menetes 	Menyusui tidak efektif	Anomali payudara ibu (puting <i>inverted</i>)

	<p>3. Bayi tidak rawat gabung dengan ibu pasien</p> <p>4. <i>Post</i> operasi SC hari ke-0</p>		
3	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena luka operasi caesar hari ke 0</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka terbalut kassa dibagian perut bawah dengan panjang luka \pm 25 cm 2. Tidak terlihat adanya rembesan pada balutan 	<p>Gangguan integritas jaringan</p>	<p>Faktor mekanis (Prosedur SC)</p>
4.	<p>DS : Pasien mengatakan telah menjalani operasi caesar</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka operasi dengan panjang luka \pm 25 cm 2. Luka dibagian perut bawah 3. Terpasang infus RL di tangan kiri 20 tpm 4. Terpasang DC 5. <i>Post</i> operasi SC hari ke-0 	<p>Resiko infeksi</p>	<p>Ketidakadekuatan pertahanan primer, efek prosedur invasif</p>

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien post SC mengatakan nyeri P : Post SC, nyeri memberat ketika bergerak dan membaik ketika pasien istirahat, Q : Disayat-saya, R : Perut bagian bawah, S : 5 (1-10), T : Hilang timbul
2. Menyusui tidak efektif b.d Anomali payudara ibu (puting *inverted*) d.d Pasien mengatakan payudara yang bisa untuk menyusui hanya payudara sebelah kiri
3. Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis d.d Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah karena luka operasi caesar hari ke 0, terdapat luka post operasi caesarea terbalut kassa

4. Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan primer, efek prosedur invasif dibuktikan dengan terdapat luka operasi post SC dengan panjang \pm 25 cm, terpasang infus ditangan kiri, terpasang kateter.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan menurun dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) 2. Meringis dari sedang (3) menjadi menurun (5) 3. Sikap protektif dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4) 	<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 respon nyeri non verbal 4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan 5. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi nonfarmakologis 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik <p>Perawatan Pasca Seksio Sesaria (I.14567)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda-tanda vital ibu 2. Monitor respon fisiologis (misalnya 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 ekstremitas, perubahan posisi, batuk, dan nafas dalam 2. Anjurkan ibu cara menyusui
2.	Menyusui tidak efektif b.d anomali payudara ibu (puting <i>inverted</i>)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Menyusui (L.03029)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetesan atau pancaraan ASI dari menurun 	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui


		<p>(1) menjadi meningkat (5)</p> <p>2. Suplai ASI adekuat dari menurun (1) menjadi meningkat (5)</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2. Libatkan sistem pendukung <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 2. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 4. Ajarkan perawatan payudara postpartum (misalnya memerah ASI)
3.	Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil</p> <p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kerusakan jaringan dari cukup meningkat (2) menjadi cukup membaik (4) 	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 4. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p>


		<p>5. Kerusakan lapisan kulit cukup meningkat (2) menjadi cukup membaik (4)</p> <p>6. Nyeri dari cukup meningkat (2) menjadi cukup membaik (4)</p>	<p>5. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan</p> <p>6. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik</p> <p>7. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>8. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
4.	Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan primer	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil</p> <p>Tingkat Infeksi (L. 14137)</p> <p>1. Nyeri dari cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4)</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>



		<p>2. Kadar sel darah putih dari cukup memburuk (2) menjadi cukup membaik (4)</p>	<p>2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></p>
--	--	---	---

E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan Hari ke-1


Hari ke-1					
No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	09.15 09.16 09.18 09.25 09.30 09.32 09.40 10.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi tanda-tanda vital ibu 5. Memonitor respon fisiologis (misalnya nyeri, perubahan uterus) 6. Memotivasi mobilisasi dini 6 jam post operasi 7. Mengajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi	Selasa, 23 Januari 2024/13.00 S : 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka post op dibagian perut bawah, nyeri disebabkan Post SC, nyeri memberat ketika bergerak dan membaik ketika pasien istirahat, rasa nyeri seperti disayat-saya, area nyeri diperut bagian bawah, dengan skala nyeri 5 (1-10), dan rasa nyeri yang hilang timbul 2. Pasien mengatakan tidak mengalami efek samping setelah diberikan analgesik O : Pasien tampak meringis dan sesekali memegang area luka post operasi. TD : 119/83 mmHg, N : 76x/menit, A : Nyeri akut belum teratasi	 Rizka Ayu N


			8. Memfasilitasi istirahat dan tidur	P : Intervensi dilanjutkan 1. Injeksi Ketorolac 30 mg/8 jam	
2.	Menyusui tidak efektif b.d anomali payudara ibu	10.00 10.02 10.10 10.12 10.15	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Mengidentifikasi keinginan dan tujuan menyusui 3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 4. Melibatkan sistem pendukung 5. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	Selasa, 23 Januari 2024/13.00 S : Pasien mengatakan ASI-nya sudah keluar walaupun sedikit, pasien tidak merasakan adanya bendungan yang nyeri di payudara O : Tidak terdapat bendungan ASI di payudara, payudara tampak masih sedikit kosong, puting pasien sebelah kanan tampak inverted, tampak areola kiri basah karena rembesan ASI, suplai ASI belum banyak dikarenakan hari ke-0 <i>post</i> SC A : Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan pasien untuk memerah ASI 2. Lakukan pijat oksitosin untuk membantu produksi ASI	 Rizka Ayu N

3.	Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis	09.20 09.27 09.35 09.39 11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Mennjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein 5. Memberikan antibiotik Ceftriaxone 1 gr via IV 	<p>Selasa, 23 Januari 2024/13.00</p> <p>S : Pasien mengatakan telah menjalani tindakan operasi <i>caesar</i> dan merasakan nyeri di perut bawah, pasien masih mengeluhkan nyeri diarea operasi</p> <p>O : Perut pasien tampak terbalut kassa, tidak ada rembesan, bagian kassa bersih</p> <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ganti balutan 2 hari post operasi 2. Injeksi ceftriaxone 1gr/12 jam 	 Rizka Ayu N
4.	Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan primer	11.00 11.05 12.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 	<p>Selasa, 23 Januari 2024/13.00</p> <p>S : Pasien mengatakan telah mendapatkan tindakan operasi SC pada hari Selasa, 24 Januari 2024, Pasien mengatakan masih merasakan nyeri diarea operasi.</p> <p>O : Luka terbalut kassa di perut dengan panjang \pm 25 cm, terpasang infus ditangan kiri dan tidak terdapat tanda infeksi pada area tusukan infus, terpasang DC dan tidak terdapat adanya kemerahan pada area yang terpasang DC, kadar</p>	 Rizka Ayu N



				leukosit 10,2 rb/uL A : Masalah resiko infeksi tidak terjadi, akan tetapi faktor resikonya masih ada P : Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	---	--

Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari ke-2

Hari Ke-2					
No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan nama
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	05.45 05.47 05.50 06.00 06.20 06.30	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Memberikan terapi <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri (1) Mengidentifikasi tanda-tanda vital ibu Memberikan analgetik asam 	Rabu, 24 Januari 2024/14.00 S : <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan nyeri pada luka post op dibagian perut bawah, nyeri diakibatkan <i>Post SC</i>, nyeri memberat ketika bergerak dan membaik ketika pasien istirahat, karakteristik nyeri seperti disayat-sayat, nyeri terasa diperut bagian bawah, skala nyeri sebelum dilakukan intervensi 1 : 3 (1-10), setelah dilakukan intervensi 1 : 1 (1-10), sebelum dilakukan intervensi 2 : 3 (1-10), setelah 	 Rizka Ayu N


		06.40	mefenamat 500 mg	dilakukan intervensi 2 : 2 (1-10), nyeri terasa hilang timbul	
		07.00	7. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	2. Pasien mengatakan tidak mengalami efek samping setelah diberikan analgesik	
		07.35	8. Memfasilitasi istirahat dan tidur	O : Pasien tampak meringis berkurang dan sesekali memegang area luka post operasi	
		13.00	9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri	terutama saat berjalan. TD : 132/73 mmHg, N :80x/menit,	
		13.20	10. Memberikan terapi <i>foot massage</i> (2)	A : Nyeri akut teratasi sebagian	
		13.30	11. Memonitor respon fisiologis (misalnya nyeri, perubahan uterus)	P : Intervensi dilanjutkan	
			12. Mengajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk, dan nafas dalam	1. Pemberian analgetik Asam Mefenamat 500 mg	
2.	Menyusui tidak efektif b.d anomali payudara ibu	10.14	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Rabu, 24 Januari 2024/14.00	 Rizka Ayu N
		10.15	2. Mengidentifikasi keinginan dan tujuan menyusui	S : Pasien mengatakan ASI-nya sudah keluar walaupun, pasien mengatakan payudaranya sudah mulai terisi namun tidak ada sumbaytan atau bendungan	
		10.20	3. Melakukan pijat oksitosin	O : Tidak terdapat bendungan ASI di payudara, payudara tampak sudah terisi, puting pasien	
		10.22	4. Mengajarkan keluarga untuk melakukan pijat oksitosis		


			<p>kepada pasien</p>	<p>sebelah kanan tampak inverted, tampak areola kiri basah karena rembesan ASI. Produksi ASI mulai banyak sehingga ASI sudah dapat diperah oleh ibu Saat dilakukan edukasi mengenai pijat oksitosin keluarga mampu memperhatikan dan mengulangi cara pewarnaan yang abru</p> <p>A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk memerah ASI 2. Anjurkan keluarga melakukan pijat oksitosin untuk membantu produksi ASI 	
--	--	--	----------------------	---	--


3.	Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis	10.00 10.05 10.15 11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Menanyakan terkait makanan tinggi kalori dan protein yang dikonsumsi 4. Memberikan Amoxicilin 500 mg via oral 	<p>Rabu, 24 Januari 2024/14.00</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri post operasi caesar dibagian perut bawahnya sudah berkurang, pasien mengatakan tidak ada rasa gatal pada daerah sekitar luka, pasien mengatakan mengonsumsi protein tambahan berupa putih telur yang dibawa dari rumah sebanyak 4 butir.</p> <p>O : Perut pasien tampak terbalut kassa, tidak ada rembesan, bagian kassa bersih</p> <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ganti balutan 2 hari <i>post</i> operasi 2. Pemberian antibiotik Amoxicilin 500 mg 	 Rizka Ayu N
4.	Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan primer	09.45 09.45 09.50	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik 2. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 	<p>Rabu, 24 Januari 2024/14.00</p> <p>S : Pasien mengatakan telah mendapatkan tindakan operasi SC pada hari Selasa, 24 Januari 2024. Pasien mengatakan nyeri di area operasi mulai berkurang.</p> <p>O : Luka terbalut kassa di perut dengan panjang ± 25 cm, sudah tidak terpasang infus dan kateter,</p>	 Rizka Ayu N


		10.00 12.00	4. Melakukan <i>bladder training</i> 5. Melepas kateter dan infus	tidak ada tanda infeksi pada area bekas penusukan infus dan pemasangan kateter, tidak ada ruam. A : Masalah resiko infeksi tidak terjadi, akan tetapi faktor resikonya masih ada P : Lanjutkan intervensi	
--	--	----------------	--	---	--

Tabel 3. 8 Implementasi dan Evaluasi Hari Ke-3

No	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf dan Nama
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	08.00 08.12 08.15 10.00 12.00 12.10	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Memberikan terapi <i>foot massage</i> untuk mengurangi nyeri 5. Memberikan asam mefenamat 500 mg via oral 6. Memonitor efek samping	Kamis, 25 Januari 2024/14.00 S : 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka <i>post op</i> SC dibagian perut bawah, nyeri Post SC, nyeri memberat ketika bergerak dan membaik ketika pasien istirahat, terasa seperti disayat-sayat, nyeri terasa dierut bagian bawah, skala nyeri sebelum dilakukan intervensi : 2 (1-10) dan setelah dilakukan intervensi : 1 (1-10), rasa nyeri hilang timbul 2. Pasien mengatakan tidak mengalami efek	

		12.15	<p>penggunaan analgetik</p> <p>7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>samping setelah diberikan analgesik</p> <p>O : Pasien tampak segar dan tidak memperlihatkan sikap protektif terhadap area yang dirasa nyeri.</p> <p>TD : 136/72 mmHg, N : 85x/menit,</p> <p>A : Nyeri akut teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pulang. Kontrol sesuai jadwal dan lanjutkan strategi untuk mengurangi nyeri.</p>	
2.	Menyusui tidak efektif b.d anomali payudara ibu	09.10 09.12 10.00	<p>1. Mengidentifikasi keinginan dan tujuan menyusui</p> <p>2. Meminta keluarga untuk melakukan pijat oksitosik kepada pasien</p> <p>3. Membantu pasien dalam cara memerah ASI</p>	<p>Kamis, 25 Januari 2024/14.00</p> <p>S : Pasien mengatakan ASI-nya sudah keluar, pasien tidak merasakan adanya bendungan yang nyeri di payudara</p> <p>O : Tidak terdapat bendungan ASI di payudara, payudara tampak terisi dan penuh, puting pasien sebelah kanan tampak inverted, tampak areola kiri basah karena rembesan ASI, suplai ASI sudah banyak dan ibu sudah memerah ASI untuk diberikan kepada bayinya.</p> <p>A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian.</p> <p>P : Hentikan informasi. Pasien pulang</p>	 Rizka Ayu N

				<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk memerah ASI 2. Lakukan pijat oksitosin untuk membantu produksi ASI dirumah 	
3.	Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis	08.30 08.35 08.37 08.40 08.45 08.47 08.50 08.55 11.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan 4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 5. Memasang balutan sesuai jenis luka 6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein 9. Memberikan Amoxicilin 500 mg via oral 	<p>Kamis, 25 Januari 2024/14.00</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri dibagian operasi caesar diperut sudah jauh berkurang, pasien juga mengatakan sudah bisa bergerak ke ruang bayi untuk menemui bayinya.</p> <p>O : Pada perut pasien terdapat luka dengan panjang \pm 25 cm, luka tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada pus, tidak ada perdarahan yang muncul setelah dilakukan perawatan luka, penyatuan jaringan pada luka baik.</p> <p>A : Masalah gangguan integritas jaringan teratasi sebagian</p> <p>P : Hentikan intervensi. Pasien pulang. Lakukan kontrol sesuai advice dokter. Perhatikan kondisi balutan dan kondisi luka.</p>	 Rizka Ayu N

4.	Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan primer	09.15 09.20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	<p>Kamis, 25 Januari 2024/14.00</p> <p>S : Pasien mengatakan telah mendapatkan tindakan operasi SC pada hari Selasa, 24 Januari 202. Pasien mengatakan nyeri diarea operasi mulai berkurang.</p>	 Rizka Ayu N

		10.00	3. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	<p>O : Luka terbalut kassa di perut dengan panjang \pm 25 cm, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada tubuh pasien.</p> <p>A : Masalah resiko infeksi tidak terjadi, akan tetapi faktor resikonya masih ada</p> <p>P : Hentikan intervensi. Pasien pulang. Lakukan kontrol sesuai advice dokter.</p>	
--	--	-------	--	---	--