

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA PERIODE *POSTPARTUM*

Nama Mahasiswa : Nila Nadiyah Khumairoh
Tempat Praktik : Ruang Sakinah 2A 1
Tanggal Praktik : 22 April – 12 Mei 2024
Tanggal Pengkajian : Rabu, 1 Mei 2024/1400 WIB

A. Pengkajian

1. Data Umum

Nama Klien : Ny. N
Usia Klien : 32 Tahun
Alamat : Mangsel dapokan rt 005/18 Margomulyo Seyegan Sleman
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku Bangsa : Jawa
Pendidikan : D3
Pekerjaan : Wiraswasta
Nama Suami : Tn. P
Status Obstetri: P1A0
Diagnosa Medis : Persalinan Post SC atas indikasi KPD (ketuban pecah dini)
No. RM : 69xxxx
Tanggal Masuk RS : 30 April 2024
Tanggal Persalinan : 01 Mei 2024/11.45 WIB

2. Keluhan Utama Saat Ini

- **Keluhan saat ini**

Klien mengatakan masih lemas dan gelisah menahan nyeri, karena perutnya terasa tidak nyaman habis dioperasi SC dan terasa nyeri pada luka jahitan hari ke 0 pada bagian perut. Klien juga mengatakan payudara terasa bengkak dan saat ditekan ASI keluar tetapi sedikit, klien mengatakan belum bisa bergerak setelah operasi.

Pengkajian Nyeri PQRST

- **P** = luka jahitan post SC hari ke 0
- **Q** = nyeri seperti cunut - cunut seperti disayat
- **R** = nyeri di sekitar perut sampai ke pinggang
- **S** = skala nyeri 7
- **T** = saat bergerak

- **Riwayat Penyakit sebelumnya**

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya.

- **Riwayat Persalinan dan kelahiran saat ini**

- Lamanya persalinan : 1 jam (Kala 2)
- Posisi Janin : Kepala janin sudah berada di bagian bawah
- Tipe Kelahiran : SC
- Masalah selama persalinan : Tidak ada masalah persalinan
- Riwayat penggunaan kontrasepsi : Pasien mengatakan tidak menggunakan kontrasepsi

3. Data Bayi

- Panjang Badan : 47 cm
- Berat Badan Lahir : 3010 gram
- Lingkar Kepala : 35 cm
- Lingkar Dada : 33 cm
- Lingkar lengan atas : 11 cm
- Lingkar Perut : 30 cm
- Jenis Kelamin bayi : Laki – laki

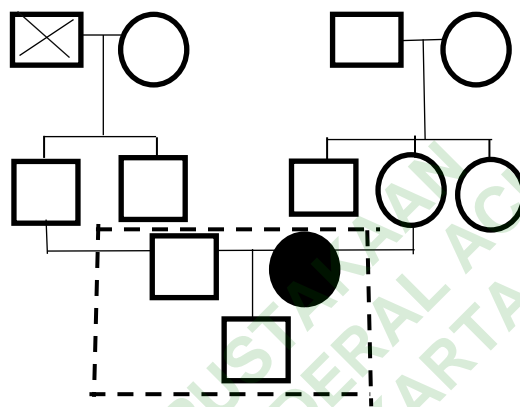
4. Keadaan Psikologis Ibu

Klien mengatakan merasa bahagia menyambut kelahiran anak pertamanya yang berjenis kelamin laki - laki.

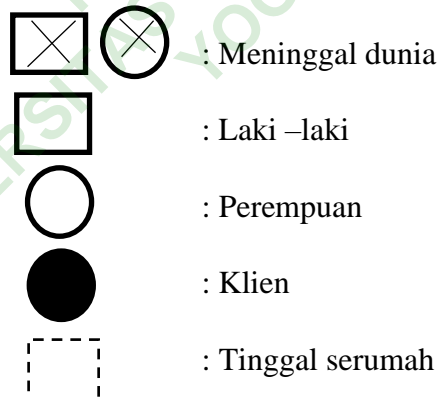
5. Riwayat Penyakit Keluarga (Genogram)

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit DM, Hipertensi maupun TBC, dan penyakit lainnya.

Genogram :



Keterangan :



6. Riwayat Ginekologi

Riwayat Menstruasi teratur

HPHT : 21 Agustus 2023

HPL : 28 Mei 2024

Kunjungan selama kehamilan: 6 kali (2x Trimester 1, 1x Trimester 2, 3x Trimester 3)

Masalah Kehamilan

- Trimester 1 : Mual, muntah selama 2 bulan pertama, sakit kepala, dan sering buang air kecil.
- Trimester 2 : Kadang-kadang mual, kadang nyeri punggung, dan kaki terkadang kram.
- Trimester 3 : Nyeri punggung, nyeri perut, kenceng - kenceng

Obat – obatan yang dikonsumsi selama kehamilan : Asam folat, Vitamin C, Vitamin B12, Kalk, Kalsium Fe.

7. Riwayat Obstetri

Tabel 3.1 Riwayat Obstetri

No	JK	Cara lahir	Tempat persalinan	BB Lahir	Komplikasi selama persalinan	Keadaan saat ini	Umur/ tahun
1	L	SC	RS PKU Muh. Yogyakarta	3010	KPD	Baik	0 Bulan /2024

Tanda Tanda Vital

TD : 124/76 mmHg

Nadi : 91 x/menit

RR : 20 x/menit

Suhu : 36,6 °C

Spo 2 : 96 %

Ekstremitas : Akral hangat, CRT <2 detik

8. Riwayat Kesehatan Saat Ini

a. Pola Nutrisi

Sebelum operasi : Pasien makan 3 kali sehari

Sesudah Operasi : Pasien mengatakan nafsu makan berkurang karena nyeri pada perut

b. Pola Cairan dan elektrolit:

Sebelum operasi : Pasien mengatakan minum dalam 1 hari 1-2 liter

Sesudah operasi : Pasien saat ini terpasang infus RL 500 ml ditangan kiri dengan 20 tpm

c. Pola eliminasi

Sebelum operasi : Pasien BAK 3 – 4 kali sehari dan BAB 1 kali sehari.

Sesudah operasi : Pasien dalam sehari BAK sebanyak 490 cc dengan konsistensi warna jernih, terpasang DC. Pasien terakhir BAB sebelum dilakukan SC dan saat ini pasien belum BAB.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum operasi : Pasien dapat melakukan aktifitas secara mandiri

Sesudah operasi : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak belum bisa miring kiri kanan

e. Pola Istirahat tidur

Sebelum operasi : Pasien mengatakan tidur siang 1 – 2 jam, dan tidur malam 7 – 8 jam.

Sesudah operasi : Pasien mengatakan tidur siang 1 jam, tidur malam kurang lebih 6 jam, terkadang terbangun karena rasa nyeri timbul.

f. Pola Persepsi terhadap diri

Pasien mengatakan sangat berbahagia dengan kelahiran anak pertamanya, ibu sangat bersemangat untuk merawat anaknya sepenuh hati sebagai seorang ibu.

g. Pola Hubungan peran

Pasien mengatakan orang terdekatnya ialah suaminya

h. Pola Stress dan Koping

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah apapun. Pasien selalu berdiskusi dengan keluarganya terutama suaminya dalam hal pengambilan keputusan termasuk hal-hal yang dipikirkan.

9. Pemeriksaan Fisik

Meliputi :

- a. Kepala : Wajah simetris, rambut hitam bersih, konjungtiva tidak anemis, Sklera non ikterik, mulut simetris tidak kering, gigi putih, telinga bersih.

b. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada bekas luka pada leher

c. Dada dan Payudara

Payudara simetris, puting menonjol dan ASI keluar sedikit , tidak ada pembengkakan pada payudara, aerola (hiperpigmentasi).

d. Abdomen

Inspeksi : Terlihat striae gravidarum, Terdapat luka bekas SC sepanjang 15 cm tertutup balutan.

Auskultasi : Bising usus 18x/ menit

Palpasi : Tidak ada benjolan, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras (baik)

Perkusi : Timpani

e. Perineal

Lokhea berwarna merah (lokhea rubra) sebanyak 100 ml

f. Ekstremitas:

- Tidak ada edema/ varises
- Tidak ada bekas luka
- Tidak ada nyeri tekan dan nyeri betis
- Pasien belum mampu menggerakkan kaki dan tangan dan belum mampu berjalan

Kekuatan otot :

Tangan kanan dan kiri : Kekuatan otot 5

Kaki kanan dan kiri : Kekuatan otot 3

5	5
3	3

10. Pemeriksaan Laboratorium Dan Diagnostik

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Dan Diagnostik

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
30 April 2024	Golongan darah	A+	-	-
	Hb	13.2 g/dl	12.0 – 15.0	Normal
	HMT	39 %	35 – 49	Normal
	Leukosit	11 $10^3/\mu l$	3,6 – 11	Normal
	Trombosit	250 $10^3/\mu l$	150-440	Normal
	PPT	13 detik	11 – 13	Normal
	APTT	31,6 detik	30 – 45	Normal
	Glukosa Sewaktu	122 mg/dl	74 – 140	Normal
	HbsAg	Non reaktif	-	-

11. Terapi Medis

Tabel 3.3 Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi Terapi
30 Mei 2024	Infus RI	IV	500 ml/20 tpm	Untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu
	Vit A	Oral	200.00 iu 1 x 1/24 jam Selama 2 hari	Suplementasi vitamin A pada wanita pasca melahirkan diharapkan dapat meningkatkan status vitamin A ibu, sehingga meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi
	Tramadol + Paracetamol	Oral	500 mg 3 x 1/8 jam (06.00, 15.00, 22.00)	Tramadol + paracetamol adalah obat untuk meredakan nyeri akut yang berat. Obat ini umumnya digunakan saat obat antinyeri lain tidak efektif dalam meredakan nyeri.
	Ampicilin	IV	1 gr 2 x 1/12 jam (12.00 dan 24.00)	Obat antibiotik untuk mencegah infeksi pada orang yang menjalani operasi jenis tertentu dan digunakan pada beberapa wanita hamil untuk mencegah penularan infeksi ke bayi saat lahir.
	Ketorolac	IV	30 mg 3 x 1/8 jam (08.00,	Obat ini digunakan untuk mengatasi nyeri. Obat ini digunakan, dan

		16.00 dan 24.00)	direkomendasikan untuk pasien yang mengalami nyeri sedang hingga berat
Pronalges	Rektal (dimasukkan ke dalam anus)	100 mg 2 x 1/12 jam (08.00 dan 20.00)	Obat yang digunakan untuk mengurangi nyeri ringan – sedang pasca operasi, pasca partum dan ortopedik

B. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nyaman pada bagian perutnya - Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut yang habis dioperasi SC <p>P = terdapat balutan tertutup jahitan post SC hari ke 0</p> <p>Q = nyeri seperti cunut – cunut seperti disayat</p> <p>R = nyeri di sekitar perut sampai ke pinggang</p> <p>S = skala nyeri 7</p> <p>T = Terus menerus</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis dan tampak gelisah - Pasien tampak masih lemas - Pasien tampak menahan nyeri <p>Hasi pemeriksaan TTV = TD : 124/76 mmHg , Nadi : 91 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,6 °C</p>	<p>Nyeri Akut (D.0079)</p>	<p>Agen Pencedera Fisik</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat ini asinya sudah keluar tetapi masih sedikit <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post SC hari ke 0 - Puting sudah menonjol - Areola (hiperpigmentasi). - Payudara teraba keras - Payudara terdapat bendungan tetapi saat ditekan asi menetes sedikit - Bayi dirawat di NICU 	<p>Menyusui Tidak Efektif (D.0029)</p>	<p>Ketidakadekuatan Suplai ASI</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak setelah operasi - Pasien mengatakan belum bisa miring kiri dan kanan <p>DO:</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>keengganan melakukan pergerakan</p>

	- Pasien tampak meringis saat bergerak dan tampak menahan nyeri		
DS:	- Pasien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi sc dengan skala nyeri 7	Risiko Infeksi (D.0142)	Tindakan Invasif
DO:	- Terdapat luka operasi (post SC) dengan luka terbalut kassa - Panjang luka ±15 cm - TFU 1 jari dibawah pusat - Disekitar luka tidak ada kemerahan, balutan luka masih tampak bersih dan basah - Pasien terpasang infus dan kateter urine		

C. Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) d/d pasien mengatakan nyeri skala 7 (D.0079)
2. Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan suplai ASI d/d pasien mengatakan asi sudah keluar tetapi masih sedikit (D.0029)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054)
4. Risiko infeksi b/d tindakan invasif d/d terdapat luka post sc terbalut kassa (D.0142).

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut (D.0079)	Setelah dilakukan keperawatan diharapkan Kontrol nyeri (L.08063) menurun dengan kriteria hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 2. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi meningkat 3. Keluhan nyeri menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, skala dan intensitas nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraupetik 3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri berikan terapi murrotal Al – Qur'an) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian analgesik (Injeksi IV Keterolac 30 mg/8 jam)
2	Menyusui tidak efektif (D.0029)	Setelah dilakukan keperawatan diharapkan Status Menyusui (L.03029) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat dari meningkat 3. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat	Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi keinginan dan tujuan menyusui Terapeutik 3. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 4. Libatkan sistem pendukung (mis, suami, keluarga) Edukasi 5. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 6. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar 7. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 8. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)



3 Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan selama 3×24 jam diharapkan (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil :	Mobilitas Fisik	Dukungan Mobilisasi (I.05173)
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik maupun pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum dilakukan mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk di


			sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
4	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan selama 3×24 jam diharapkan Tingkat Infeksi Pencegahan (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Kultur area luka membaik 	Infeksi Pencegahan (I.14539) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Perawatan Luka (I.14565) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih

-
- nontoksik, sesuai kebutuhan
5. Bersihkan jaringan nekrotik
 6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
 7. Pasang balutan sesuai jenis luka
 8. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
1. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
 2. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi
- Edukasi**
3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 4. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
 5. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
- Kolaborasi**
6. Kolaborasi pemberian antibiotik, 2 jam sebelum tindakan (Injeksi IV Ampicilin 1gr/12 jam)
-

E. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi



Hari Pertama				
Diagnosa	Tanggal/ Waktu	Implementasi	Evaluasi	Ttd
Nyeri Akut	Rabu 1 Mei 2024		Rabu 1 Mei 2024	 Nila
	13.00	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas nyeri S : Pasien mengatakan nyeri post SC O : Pasien tampak meringis	S : - Pasien mengatakan masih nyeri post SC	
	13.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri S : - O : Skala nyeri 7	- Pengkajian nyeri PQRST =	
	13.10	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri S : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak O : Pasien tampak nyeri saat bergerak	P : luka jahitan post SC Q : nyeri seperti cenus-cenus	
	13.30	4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi murottal Al – Qur'an surat Ar - Rahman) S : Pasien mau diberikan terapi murrotal – al qur'an O : Sebelum diberikan terapi murottal Al – qur'an selama 30 menit skala nyeri pasien 7 dan sesudah dilakukan terapi murottal Al – qur'an selama 30 menit skala nyeri berkurang menjadi 6	R : nyeri di sekitar post sc S : skala nyeri 6 T : hilang timbul O : - Pasien tampak meringis dan lemah - Skala nyeri 7 turun menjadi 6	
14.15	5. Memberikan injeksi IV ketorolac 30 mg : S : Pasien mengatakan nyeri 6 O : Kolaborasi injeksi IV (Ketorolac 30 mg)	- Pasien sangat kooperatif A : - Nyeri akut pada pasien belum teratasi P : Intervensi yang dilanjutkan 1. Monitor skala nyeri 2. Kolaborasi pemberian analgesik (Ketorolac 30 mg, tramadol + paracetamol 500 mg) 3. Lanjutkan intervensi pemberian terapi murottal Al – Qur'an surat -Ar Rahman		
Menyusui tidak efektif	Rabu, 01 Mei 2024 14.20	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	Rabu, 01 Mei 2024 Jam 21.00 S:	


		S: Pasien mengatakan bersedia untuk mendapatkan edukasi O:-	- Pasien mengatakan asinya baru keluar sedikit dan belum banyak	Nilai
14.23		2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui S: Pasien mengatakan sangat ingin menyusui anaknya secara eksklusif sampai 6 bulan O:-	- Pasien mengatakan saat dilakukan pemerah asi masih terasa sakit	
14.25		3. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui S: Pasien mengatakan bahwa dirinya percaya diri untuk menyusui anaknya O: -	O: - Saat diberikan edukasi pasien dan keluarga tampak antusias untuk mendengarkan dan memperhatikan dengan baik	
14.30		4. Melibatkan sistem pendukung (mis, suami, keluarga) S: Pasien mengatakan suami dan keluarganya selalu mendukung semua keputusannya O: -	- Saat diberikan edukasi pasien dan keluarga mulai memahami dan tahu bagaimana cara memposisikan bayi saat menyusui dan cara untuk memperlancar produksi asi	
14.35		5. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi S: Pasien mengatakan paham setelah diberikan edukasi O: -	A: - Masalah menyusui efektif belum teratasi	
15.00		6. Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (<i>lacth on</i>) dengan benar (posisi saat ibu terlentang) S: - O: Pasien tampak memperhatikan dan paham tentang posisi menyusui yang benar	P: Intervensi yang dilanjutkan 1. Damping ibu dalam pemberian ASI Eksklusif pada bayi	
Gangguan Mobilitas Fisik	Rabu 1 Mei 2024 18.00	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak O: Pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak	Rabu 1 Mei 2024 21.00 S: - Pasien mengatakan sudah bisa miring kiri dan	 Nilai
	18.05	2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)		

		S: Pasien mengatakan akan melakukan pergerakan miring kanan dan kiri menggunakan siderails O: Terpasang siderails pada tempat tidur pasien		kanan dengan bantuan siderails
	18.10	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan S: Pasien mengatakan untuk sementara ADL dibantu oleh keluarga O: -		O: - Pasien tampak sudah bisa miring kiri dan kanan A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
	18.15	4. Anjurkan melakukan mobilisasi dini S: Pasien mengatakan akan melakukan mobilisasi dini secara mandiri O: pasien tampak kooperatif		P: Intervensi yang dilanjutkan Ajarkan mobilisasi (duduk di tempat tidur dan disisi tempat tidur)
	18.17	5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miring kiri dan miring kanan) S: Pasien mau mencoba miring kiri dan kanan O: -		
Risiko infeksi	Rabu 1 Mei 2024	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S: O: Kondisi balutan pada luka operasi tampak bersih dan tidak ada kemerahan disekitar balutan	Rabu 1 Mei 2024 21.00	
	18.30		S:	- Pasien mengatakan nyeri luka post SC
	18.33	2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien S: - O: Sudah cuci tangan sebelum dan sesudah bertemu dengan pasien		- Pasien mengatakan sudah paham tentang tanda dan gejala infeksi
	18.35	3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi S: pasien mengatakan paham setelah diberikan penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi O: -		- Pasien mengatakan akan mempertahankan kondisi balutan agar tetap kering
	18.38	4. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar S: Pasien dan keluarga sudah paham tentang cara mencuci tangan dengan baik dan benar O: pasien dan keluarga dapat mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar		O: - - Kondisi balutan luka tampak bersih - Tidak ada kemerahan disekitar balutan luka
	18.40	5. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi S: Pasien mengatakan belum paham O: Pasien tampak belum paham		A: Tidak ada tanda – tanda infeksi pada luka P: Intervensi yang dilanjutkan 1. Monitor ttv 2. Monitor nyeri Perawatan luka







Nila

Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	Ttd
Nyeri Akut	Kamis 2 Mei 2024 07.00	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas nyeri S : Pasien mengatakan nyeri post SC O : Pasien tampak meringis	Kami 2 Mei 2024 14.00 S : - Pasien mengatakan masih nyeri post SC - Pengkajian nyeri PQRST = P : luka jahitan post SC Q : nyeri seperti cenus-cenus seperti disayat R : nyeri di sekitar post sc S : skala nyeri 3 T : hilang timbul O : - Pasien tampak meringis dan lemah - Pasien sangat kooperatif A : - Nyeri akut pada pasien teratasi Sebagian (Skala nyeri menurun menjadi 3) P : - Intervensi yang dilanjutkan 1. Monitor skala nyeri 2. Kolaborasi pemberian injeksi IV (Ketorolac 30 mg) 3. Lanjutkan intervensi pemberian terapi murottal Al – Qur'an Surat Ar – Rahman	 Nila
	07.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri S : - O : Skala nyeri 5		
	07.15	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri S : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak O : -		
	07.20	4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi murottal Al – Qur'an surat Ar- Rahman) S : Pasien mengatakan saat nyeri tarik nafas dalam O : Sebelum diberikan terapi murottal Al – qur'an selama 30 menit skala nyeri pasien 5 dan sesudah dilakukan terapi murottal Al – qur'an selama 30 menit skala nyeri berkurang menjadi 3		
	08.00	5. Memberikan injeksi IV Keterolac 30 mg S : Pasien mengatakan nyeri skala 3 O : Kolaborasi injeksi IV (Ketorolac 30 mg)		
Menyusui tidak efektif	Kamis 2 Mei 2024 09.00	1. Mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui S: Pasien mengatakan sudah percaya diri dengan dirinya O:	Kamis 2 Mei 2024 14.00 S: - Pasien mengatakan asinya sudah	 Nila
	09.10	2. Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga		

		<p>S: Pasien mengatakan suaminya selalu mendukung dirinya</p> <p>O:</p> <p>3. Mengajarkan posisi menyusui saat duduk dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar</p> <p>S: pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: pasien dapat melakukan dengan baik dan benar</p>	<p>keluar lumayan banyak</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan pasien makannya banyak dan sudah makan buah-buahan dan kacang hijau untuk merangsang agar asinya lancar</p> <p>O:</p> <p>- Keluarga memperhatikan setiap prosedur saat dilakukan pemijatan agar keluarga dapat melakukan secara mandiri</p> <p>A: Masalah keperawatan menyusui tidak efektif teratasi Sebagian (ASI sudah keluar)</p> <p>P: Intervensi yang dilanjutkan</p> <p>1. Dampingi ibu dalam pemberian ASI eksklusif</p>	
Gangguan Mobilitas Fisik	Kamis 2 Mei 2024	<p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>O: Pasien tampak meringis saat bergerak</p> <p>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan menggunakan siderails</p> <p>O: Pasien tampak sudah bisa miring kiri dan kanan</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>S: Pasien mengatakan keluarga membantu pasien dalam mobilisasi</p> <p>O: -</p> <p>4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S: Pasien mengatakan paham yang apa dikatakan perawat</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p> <p>5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p>	<p>Kamis 2 Mei 2024 Jam 14.00</p> <p>S:</p> <p>- Pasien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur dan disamping tempat tidur</p> <p>O:</p> <p>- Pasien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur dan disisi tempat tidur</p> <p>A:</p> <p>- Masalah mobilitas fisik teratasi sebagian</p>	 Nila

	10.13	S: Pasien mengatakan akan melakukan mobilisasi dini secara mandiri dibantu oleh keluarga O: Pasien tampak antusias	(Pasien suda bisa duduk) P: Intervensi yang dilanjutkan	
	10.15	6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur dan disisi tempat tidur) S: Pasien mau mecoba duduk ditempat tidur O: -	1. Ajarkan mobilisasi (pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan)	
Risiko infeksi	Kamis 2 Mei 2024	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik S: O: kondisi balutan tampak bersih	Kamis 2 Mei 2024 Jam 14.00 S: - Pasien mengatakan selalu mempertahankan balutan agar tidak basah	 Nila
	10.30			
	10.33	2. Memonitor kondisi luka dan balutan S: O: Kondisi balutan tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar balutan	O: - Kondisi balutan bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka - Pasien dapat melakukan cara mencuci tangan dengan baik dan benar	
	10.35	3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi S: Pasien mengatakan paham apa yang dikatakan perawat O: pasien sudah paham tentang tanda dan gejala infeksi		
	10.37	4. Mereview kembali tentang cara mencuci tangan dengan benar S: O: Pasien tampak melakukan dengan baik dan benar		
	10.40	5. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) S: - O: Luka berwarna kemerahan, Panjang kurang lebih 15 cm, tidak berbau	O: - Kateter urin dan infus sudah dilepas	
	10.42	6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan S: - O: Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	A: - Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian (Tidak ada tanda-tanda infeksi)	
	10.45	7. Bembersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan S: - O: Luka dibersihkan dengan cairan Nacl	P: Intervensi yang dilanjutkan 1. Monitor ttv 2. Monitor skala nyeri 3. Perawatan luka	
	10.47	8. Memasang balutan sesuai jenis luka S: O: menutup luka dengan kassa		
	10.50	9. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka S: O: saat perawaatan luka sudah mempertahankan prinsip steril		
	10.52	10. Memberikan injeksi IV Ampicillin 1 gr S: O: kolaborasi pemberian obat Ampicilin 1 gr		

Hari Ketiga				
Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	Ttd
Nyeri Akut	Jum'at 3 Mei 2024 07.00	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas nyeri S : Pasien mengatakan nyeri post SC sedikit berkurang O : -	Jum'at 3 Mei 2024 14.00 S : - Pasien mengatakan nyeri post SC berkurang - Pengkajian nyeri PQRST = P : luka jahitan post SC Q : nyeri seperti cecut-cecut seperti disayat R : nyeri di sekitar post sc S : skala nyeri 2 T : hilang timbul O : - Pasien sangat kooperatif A : - Nyeri akut pada pasien teratasi P : Intervensi dihentikan	 Nila
	07.03	2. Mengidentifikasi skala nyeri S : - O : Skala nyeri 3		
	07.05	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri S : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat duduk O : -		
	07.07	4. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi murottal Al – Qur'an Surat Ar - Rahman) S : Pasien mengatakan saat nyeri tarik nafas dalam O : Sebelum diberikan terapi murottal Al – qur'an selama 30 menit skala nyeri pasien 3 dan sesudah dilakukan terapi murottal Al – qur'an selama 30 menit skala nyeri berkurang menjadi 2		
	08.00	5. Memberikan injeksi IV ketorolac 30 mg S : Pasien mengatakan nyeri skala 2 O : Kolaborasi injeksi IV (Ketorolac 30 mg)		
Menyusui tidak efektif	Jum'at, 03 Mei 2024 10.00	1. Mendukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui S : - Pasien mengatakan sudah percaya diri dengan dirinya O : -	Jum'at, 03 Mei 2024 Jam 14.00 S : - Pasien mengatakan asinya sudah keluar lumayan banyak - Keluarga pasien mengatakan pasien makannya banyak dan sudah makan buah-buahan dan kacang hijau untuk merangsang agar asinya lancar	 Nila
	10.05	2. Melibatkan sistem pendukung: suami, keluarga S : - Pasien mengatakan suaminya selalu mendukung dirinya O : -		
	10.10	3. Mengajarkan posisi menyusui saat duduk dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar S :		

		<p>pasien mengatakan sudah paham</p> <p>O: pasien dapat melakukan dengan baik dan benar</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga memperhatikan setiap prosedur saat dilakukan pemijatan agar keluarga dapat melakukan secara mandiri <p>A: Masalah keperawatan menyusui tidak efektif teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
Gangguan mobilitas fisik	Jum'at 3 Mei 2024	<p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak sudah berkurang</p> <p>O: Pasien tampak sudah tidak menahan nyeri</p> <p>11.00</p> <p>2. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah bisa miring kiri dan kanan menggunakan siderails dan sudah bisa duduk ditempat tidur/sisi tempat tidur</p> <p>O: Pasien tampak sudah bisa miring kiri dan kanan, dan duduk ditempat tidur</p> <p>11.05</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>S: Pasien mengatakan keluarga membantu pasien dalam mobilisasi</p> <p>O: -</p> <p>11.10</p> <p>4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S: Pasien mengatakan paham yang apa dikatakan perawat</p> <p>O: Pasien tampak kooperatif</p> <p>11.12</p> <p>5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>S: Pasien mengatakan akan melakukan mobilisasi dini secara mandiri dibantu oleh keluarga</p> <p>O: Pasien tampak antusias</p> <p>11.15</p> <p>6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan)</p> <p>S: Pasien mau mencoba (pindah dari tempat tidur ke kursi dan berjalan e kamar mandi)</p> <p>O: -</p> <p>11.17</p>	<p>Jum'at 3 Mei 2024 Jam 14.00</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah bisa pindah dari tempat tidur ke kursi roda dan berjalan ke kamar mandi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah bisa berpindah tempat dan berjalan <p>A: Masalah gangguan mobillitas fisi sudah teratasi (pasie sudah bisa pindah dari tempat tidur ke kursi roda dan bisa jalan ke kamar mandi)</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	 Nila
Resiko Infeksi	Jum'at 3 Mei 2024	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>11.30</p> <p>S:-</p> <p>O: Kondisi balutan tampak bersih</p>	<p>Jum'at 3 Mei 2024 Jam 14.00</p> <p>S:</p>	 Nila

	2. Memonitor kondisi luka dan balutan	
11.32	S:- O: Kondisi balutan bersih dan kering, tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka	- Pasien mengatakan sudah memahami untuk cara merawat lukanya saat sudah dirumah nanti
11.35	3. Mereview kembali tentang cara mencuci tangan dengan benar S: pasien mengatakan selalu mencuci tangan terlebih dahulu saat akan membersihkan sekiat area luka dengan menggunakan tissue basah O: Pasien tampak melakukan dengan baik dan benar	- Pasien mengatakan akan selalu mencuci tangan terlebih dahulu saat akan menyentuh area balutan luka operasi
	O:	- Pasien tampak sudah paham - Kondisi balutan luka bersih dan kering serta tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar luka, sudah tidak terpasang kateter urine dan infus
		A: Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi
		P: Intervensi dihentikan
