

## **BAB III**

### **ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

NO. REGISTER : 419xxx  
TANGGAL/JAM MASUK : 6 September 2023  
RUANG : Dewi Shinta

#### **A. PENGKAJIAN**

Pengkajian ini dilakukan secara anamnesa pada hari rabu, 6 september 2023 pada jam 14.00 WIB di RS Permata Bunda Purwodadi

##### **1. Anamnesa (Data Subjektif)**

###### a. Identitas/Biodata

- 1) Nama : Ny. F
- 2) Alamat : Taruman 02/01 Klambu
- 3) Umur : 21 tahun
- 4) Status : Menikah
- 5) Orang yang bertanggung jawab : Tn. B
- 6) Pekerjaan : Petani
- 7) Pendidikan : SMA

##### **2. Keluhan Utama**

Ny. F mengatakan nyeri diperut bekas operasi sectio caesura

### 3. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat Kesehatan sekarang

Ny. F mengatakan pada tanggal 6 September 2023 perutnya terasa kenceng kenceng, kaki membengkak, mulas dan keluar lendir warna kecoklatan dari vagina dan di bawa ke puskesmas setelah itu dilakukan pengecekan tanda tanda vital TD 117/80 mmHg, N 98 x/menit RR 22 x/menit SPO2 98%, setelah itu pemeriksaan kehamilan meliputi dilakukannya VT untuk memeriksa pembukaan servik atau leher rahim apakah sudah siap untuk proses kelahiran bayi atau belum, setelah dilakukan pemeriksaan ternyata didapatkan data klien G1P0A0 dengan kehamilan 39 minggu klien mengalami ketuban pecah dini kala 1 lama, oligohidramnion lalu dirujuk ke RS Permata Bunda Purwodadi dengan kenceng kenceng, kakinya membengkak, mulas dan keluar lendir warna kecoklatan dari kemudian pasien dilakukan pemeriksaan leopold 1-IV, TFU, DJJ dan pengeluaran pervagina dengan hasil TFU teraba 25 cm janin tunggal presentase bokong intra uteri hidup, HIS 2x10 menit, DJJ 142X/menit, pengeluaran per vagina lender dari hasil pemeriksaan kemudian harus dilakukan tindakan operasi sectio caesera pada jam 11.15 WIB. Klien dipindahkan diruangan dewi shinta untuk dilakukan perawatan. Bayi klien dirawat diruang yang sama dengan klien dan berat badan 3180 gram dan ASI klien lancar. Setelah efek anastesi habis klien mengatakan merasa nyeri dibagian abdomen bekas

operasinya. Klien mengatakan cemas dengan bekas operasinya. Klien juga mengeluh takut terjadi infeksi pada luka jahitan, klien mengatakan tidak mengetahui tentang cara perawatan luka post operasi, klien mengatakan susah tidur, klien tampak gelisah, klien merasa bingung, klien tampak tegang, klien mengatakan nyeri hilang timbul saat bergerak rasanya seperti disayat sayat, skala nyeri 5 dan tampak meringis menahan nyeri.

b. Riwayat Kesehatan dahulu

Ny. F mengatakan tidak ada riwayat penyakit menular seperti hepatitis, tbc, hiv/aids, dan tidak mempunyai riwaya penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes melitus dan asma

c. Riwayat Kesehatan keluarga

Ny. F mengatakan dari keluarga tidak ada yang menjalani operasi section caesera Ny. F juga mengatakan dari kealauarga tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti alergi, jantung, hipertensi, tuberculosis (TBC), kanker, diabetes melitus, penyakit kelamin, abortus dan sebagainya.

#### **4. Riwayat Menstruasi**

- a) Menarce : 14 tahun
- b) Siklus haid : teratur
- c) Lama haid : kurang lebih 1 minggu
- d) Masalah selama haid : Tidak ada

## 5. Riwayat Kehamilan

NY. F mengatakan ini adalah kehamilan pertama usia kehamilan saat melahirkan yaitu 38 minggu 2 hari Ny. F mengatakan hari pertama haid terakhir (HPHT) pada tanggal 31 desember 2022 dan taksiran persalinan atau hari perkiraan lahir (HPL) 6 September 2023 Ny.F mengatakan melakukan pemeriksaan Ante Natal Care (ANC) sebanyak 8 kali, dan tidak ada masalah Kesehatan.

## 6. Riwayat Persalinan

Riwayat kehamilan pasien G1P0A0, melakukan pemeriksaan kehamilan 6x dibidan dan 2x didokter kandungan, pasien mengatakan kandungannya tidak ada masalah

## 7. Data Infant

- a. Jenis kelamin : laki-laki
- b. Berat badan : 3180 gram
- c. Tinggi badan : 50 cm
- d. Kesulitan saat lahir : Tidak ada
- e. Dilakukan resusitasi atau tidak : Tidak appearance, pulse, activity, APGAR score 8
- f. Keberadaan sucking, rooting, dan swallowing reflek baik serta kuat
- g. Tidak ada kelainan kongenital
- h. Rencana diberi air susu ibu (ASI)

## 8. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

### a. Pola persepsi dan manajemen Kesehatan

Sebelum sakit : persepsi Ny. F terhadap penyakitnya reaksi saat interaksi kooperatif tidak ada gangguan konsep diri Ny. F mengatakan juga banyak beristirahat

Selama sakit : persepsi Ny. F terhadap penyakitnya : cobaan tuhan, reaksi saat interaksi kooperatif, ekspresi Ny. F terhadap penyakitnya diam dan tidak ada gangguan konsep diri Ny. F mengatakan banyak beristirahat karena nyeri bertambah Ketika dibuat bergerak

### b. Pola nutrisi dan metabolismik

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan nafsu makan baik, pola makan 3x sehari habis 1 porsi sedang, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan dan tidak ada masalah khusus

Selama sakit : Ny. F mengatakan nafsu makan baik, pola makan 3x sehari tetapi tidak habis 1 porsi sedang, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus

### c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan BAK lancar sehari lebih dari 7x, warna kuning pekat, bau khas urine dan tidak ada masalah khusus dan BAB lancar sehari 2x.

Selama sakit : Ny. F mengatakan bak frekuensi klien terpasang kateter, warna kuning pekat, bauk has urine dan tidak ada masalah khusus, volume urine 400 cc/3jam, klien belum BAB, terakhir BAB tanggal 05 agustus 2023 jam 15.00 WIB

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan tidur 5-7 jam/hari tidak ada gangguan tidur

Selama sakit : Ny. F mengatakan susah tidur 2-4 jam/hari, sering terbangun karena nyeri pada luka post operasi pada abdomen dan saat bayi menangis nyeri pada luka post operasi pada abdomen dan saat bayi menangis

e. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan aktivitasnya dalam sehari hari dilakukan sendiri dan tidak minta bantuan sama keluarganya kecuali kegiatan yang berat itu dia perlu bantuan kepada suami atau keluarganya

Selama sakit : Ny. F mengatakan aktivitasnya perlu dibantu oleh suami dan keluarga klien Ny. F juga mengatakan mudah letih, klien hanya bisa beraktivitas ringan seperti : berbaring ditempat tidur, menyusui dengan posisi bayi disamping klien

f. Pola persepsi dan kognitif

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan tidak ada masalah pada penglihatan, pendengaran, perasa, dan pembau, semua berfungsi dengan baik

Selama sakit : Ny. F mengatakan tidak ada masalah pada penglihatan, pendengaran, perasa, dan pembau, semua berfungsi dengan baik

g. Pola konsep diri

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan bawa bentuk tubuh yang sekarang beda dengan masalalunya, klien bersyukur dan senang dengan kondisinya yang sekarang

Selama sakit :

Body image : Ny. F mengatakan memiliki persepsi dan merasa bahwa bentuk dan penampilan sekarang berbeda dengan keadaan sebelumnya namun klien tidak menganggap hal tersebut masalah yang besar

Ideal diri : Ny. F mengatakan bersyukur dapat dikaruniai seorang anak atau keturunan

Harga diri : NY. F mengatakan senang dengan kondisinya yang sekarang, klien mersa sedikit cemas dirinya akan selalu memerlukan bantuan orang lain karena masih takut untuk bergerak

Peran : Ny. F mengatakan dengan kondisinya sekarang dia dapat melakukan peran yang dimilikinya baik sebagai orang tua, istri ataupun seorang ibu rumah tangga

Identitas diri : klien memandang dirinya berbeda dengan orang lain namun tidak mempermasalahkan hal itu karena setiap orang memiliki ciri dan khasnya masing-masing

h. Pola coping

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit berinteraksi dengan baik dan dapat menjawab semua pertanyaan yang diberikan

Selama sakit : klien tampak berinteraksi dengan baik dan dapat menjawab semua pertanyaan yang diberikan

i. Pola seksual reproduksi

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan sebelum sakit melakukan hubungan seksual

Selama sakit : Ny. F mengatakan ada perubahan pola seksual akibat aanya proses persalinan dan neri bekas jahitan luka sc. Jenis perubahan tidak melakukan hubungan seksual saat masa nifas, cara mengatasi melakukan hubungan seksual setelah masa nifas berakhir ( setelah 40 hari melahirkan)

j. Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan hubungan dengan keluarganya tidak ada masalah

Selama sakit : Ny. F hubungan dengan bayi sangat baik dan gembira, hubungan dengan keluarganya tidak ada masalah, Ny. F mengatakan ingin cepat pulang

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan melakukan ibadah shalat 5 waktu setiap hari

Selama sakit : Ny. F mengatakan beribadah ditempat tidur dibantu oleh suami dan keluarganya yang menjadi pendorong dan memotivasi

## 9. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Penampilan : rapi, tampak gelisah

Kesadaran : composmentis

GCS : E :4, V :5, M :6

b. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 117/80 mmhg

Respiratory rate : 22x/ menit

Nadi : 98 x/menit

Suhu : 36 c

c. Kepala

1) Rambut

Inspeksi : Bentuk kepala mesocephal, kulit kepala bersih tidak ada lesi, tidak ada ketombe,

warna rambut hitam, keadaan rambut kusam.

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

a. Mata

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, reflek pupil terhadap cahaya ada

b. Hidung

Inspeksi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada secret,simetris.

c. Mulut

Inspeksi :

Bibir pasien : tidak sianosis, mukosa bibir kering, tidak ada luka.

Gusi dan gigi : tidak ada kelainan, tidak ada caries gigi, ada karang gigi pada bagian gigi dalam.

Lidah : normal, ada bercak putih.

Rongga mulut : Tidak ada peradangan, tidak ada bau.

d. Telinga

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada nyeri.

e. Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada distensi vena jugularis.

## 2) Dada

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe

## 3) Payudara

Teraba kencang pada hari I post SC, pada hari ke I kolstrum produksi asi keluar sedikit dan II,III mulai keluar kolstrum produksi ASI meningkat

## 4) Putting

Putting menonjol, kondisi putting baik, pengeluaran kolostrum lancer bewarna kuning keemasan, kental, dan lengket

## 5) Jantung

Inspeksi : bentuk simetris, iktus cordis terlihat di ics V, terdapat denyut di ics II kanan dan kiri

Palpasi : iktus cordis teraba di ics ke 5, tidak terdapat pembesaran jantung anterior posterior

Perkusia : pekak

Auskultasi : reguler, tidak terdapat suara mur-mur maupun bising jantung

## 6) Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen bulat tidak ada bayangan vena dan tidak ada benjolan, tampak luka post op sc sepanjang 12 cm, sekitar luka tampak kemerahan, lokasi diperut, terdapat

linea nigra, terdapat striae gravidarum, diastasis rektus abdominalis 18x3, TFU 2 jari dibawah pusat, konsistensikeras, kontraksi uterus baik

Auskultasi : peristaltik usus 23x/menit

Palpasi : perut tegang, ada nyeri tekan, tidak ada massa/ benjolan, tidak teraba pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien

Perkusi : tidak ada nyeri ketuk atau redup

7) Ekstremitas

Superior : Simetris, kuku bersih dan pendek, tidak ada varises.

Inferior : Simetris kanan dan kiri adanya oedema pada kedua kaki tidak ada kelain.

8) Genitalia

Inspeksi : Klien terpasang selang kateter, pada hari pertama *post* SC tidak mengeluarkan darah genitalia tampak bersih, pada hari kedua *post* SC mulai mengeluarkan darah berwarna merah tua bercampur lendir atau gumpalan, ganti balut sehari 2-3x, konsisten encer dan berbau amis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada anus

## 10. Laporan Operasi

Nama : Ny. F  
 No rm : 419xxx  
 Umur : 21 tahun  
 Nama ahli anestesi : dr. R  
 Jenis anestesi : regional  
 Diagnose pembedahan : G1P0A0 KPD kala I Lama, Oligohidramnion  
 Diagnose pasca bedah : Oligohidramnion  
 Nama operasi : Sectio caesera trans peritoneal (SCTP)  
 Jaringan yang diinsisi : dinding abdomen, uterus  
 Tanggal operasi : 6 september 2023  
 Jam mulai operasi : 11.10 wib  
 Waktu selesai operasi : 12.00 wib

Klien tidur terlentang dalam sepinal anatesi. Dilakukan Tindakan antiseptic pada daerah abdomen dan sekitarnya, dibuat insisi diatas simpisis pubis dengan arah melintang sepanjang 12 cm

Kesan : KPD, Oligohidramnion  
 Rencana : section caesera

Setelah diyakini tidak terjadi perdarahan lagi maka dinding abdomen dijahit lapis demi lapis

## 11. Data Penunjang

### a. Hasil laboratorium

Nama : Ny. F

Tanggal : 6 september 2023

No rm : 419xxx

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
<b>Hematologic</b>			
Waktu pembekuan/CT	2,45	2-5	Menit
<b>Darah rutin</b>			
Hemoglobin	13.1	12-16	g/dl
Leukosit	12720	3600-11000	/ul
Hematokrit	39	37-43	%
Trombosit	4880000	150000-450000	/uL

**Tabel 3.1**

### b. Terapi/ obat yang diberikan

NO	Terapi	Dosis	Fungsi
1.	Rl	20 tpm	Sebagai sumber elektrolit dan air
2.	Ketorolac	3x30 mg	Meredakan nyeri sedang
3.	Ranitidine	2x1 ampul	Mengatasi asam lambung
4.	Asam mefenamat	3x1 (500 mg)	Untuk meredakan nyeri dan memberi rasa nyaman
5.	Ceftriaxone	2x1 gram	Membantu menghambat pertumbuhan dan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh

**Tabel 3.2**

## B. ANALISA DATA

NO	HARI/TGL	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI	TTD
I	Rabu , 6 september 2023	<p>Ds : Ny. mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi section caesera</p> <p>Ny. F mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan</p> <p>P : saat bergerak</p> <p>Q : seperti tersayat-sayat</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : 5</p> <p>T : hilang timbul</p>	<p>Nyeri akut</p> <p>F</p>	<p>agen</p> <p>pecedera fisik</p>	Enka

---

Do :

Ny. F terlihat

meringis

menahan

sakit dan

nyeri

Ny. F tampak

gelisah

TD : 117/80

mmHg

N : 98x/

menit

RR :

22x/menit

---

II Rabu, 6 Ds : Resiko Efek  
 september Ny. F infeksi prosedur  
 2023 mengatakan invasif  
 terdapat luka  
 post operasi  
 pada  
 perutnya,  
 luka masih  
 basah, pasien  
 takut terjadi  
 infeksi pada  
 lukanya

Do :

Ttv

Td : 117/80

---

---

mmHg

Rr : 22x/

menit

S : 36 C

N : 98 x/

menit

- Terdapat

luka insisi

post

operasi sc

di

abdomen

- Panjang

luka

sekitar 12

cm

- sekitar

luka

tampak

kemeraha

n

- lochea

rubra

- warna

darah

terang

- terdapat

jahitan

yang

---

---

				masih	
				basah	
III	Rabu,	6	Ds :	Ansietas	kurang
	september		Ny.	F	terpapar
	2023			mengatakan	informasi
				khawatir	
				dengan	
				jahitan	
				operasinya	
				robek jika	
				bergerak	
			Do:		
				- Tampak	
				gelistah	
				- klien	
				merasa	
				bingung	
				- klien	
				tampak	
				tegang	
				- klien	
				tampak	
				sulit tidur	
				- klien	
				tampak	
				pucat	

---

**Tabel 3.3**

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa keperawatan	Ttd
I	Rabu , 6 September 2023	Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik	Enka
II	Rabu, 6 September 2023	Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasife	Enka
III	Rabu, 6 September 2023	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	Enka

**Tabel 3.4**

### D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari/Tgl	NO.Dx	SLKI	SIKI	TTD
Rabu, 6 september 2023	Nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisik	Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam tingkat nyeri (D. 0077)	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi 5) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,kualitas, intensitas nyeri 4) Keluhan nyeri kepala menurun 5) Meringis menurun 6) Gelisah menurun 7) Ketegangan otot menurun	Enka Observasi 5) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,kualitas, intensitas nyeri 4) Keluhan nyeri kepala menurun 5) Meringis menurun 6) Gelisah menurun 7) Ketegangan otot menurun 8) Monitor keberhasilan terapi komplomenter yang diberikan Terapeutik

- 5) Atur posisi senyaman mungkin
  - 6) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat)
  - 7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
  - 8) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

4) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

- 5) Anjurkan teknik kompres hangat untuk mengurangi rasa nyeri

## Kolaborasi

- Kolaborasikan pemberian analgentik

Rabu, 6 september 2023 Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasife (D.0142) Tingkat (L.14137) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam Pencegahan (I.14539) 2) Monitor Diharapkan infeksi tanda gejala lokal dan sistemik Enka

---

tingkat infeksi menurun ditandai dengan Kriteria hasil	Terapeutik				
10) Kebersihan tangan meningkat	5) Batasi jumlah pengunjung				
11) Kebersihan tangan meningkat	6) Berikan perawatan kulit pada daerah edema.				
12) Nafsu makan meningkat	7) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien				
13) Demam menurun	8) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi				
14) Kemerahan menurun	Edukasi				
15) Nyeri menurun	4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi ajarkan cara memeriksa luka				
16) Bengkak menurun	5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan				
Vesikel menurun	Kolaborasi				
	Kolaborasi				
	pemberian obat				
	injeksi, Jika perlu				
Rabu, 6 september 2023	Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080)	Tingkat Ansietas (L.09093)	Reduksi Observasi	Ansietas	Enka
		Setelah dilakukan intervensi	4) Identifikasi saat tingkat ansietas		

---

---

selama 3x24 jam	berubah (mis.
Diharapkan	kondisi, waktu,
tingkat ansietas	stresor)
menurun	5) Identifikasi
ditandai dengan	kemampuan
Kriteria hasil :	mengambil
15) Verbalisasi	keputusan
kebingungan	6) Monitor tanda-
menurun	tanda ansietas
16) Verbalisasi	(verbal dan
khawatir	nonverbal)
akibat	Terapeutik
kondisi yang	12) Ciptakan
dihadapi	suasana
menurun	terapeutik untuk
17) Perilaku	menumbuhkan
gelisah	kepercayaan
menurun	13) Temani pasien
18) Perilaku	yanng
tegang	mengurangi
menurun	kecemasan, jika
	memungkinkan
	14) Tempatkan
	barang pribadi
	yang mmemberi
	kenyamanan
	Edukasi
	9) Anjurkan
	keluarga untuk
	tetap bersama
	pasien, jika
	perlu
	10) Latih kegiatan
	pengalihan
	untuk
	mengurangi

---

ketegangan 1) Latih teknik relaksasi Kolaborasi  3) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
--

**Tabel 3.5****E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Hari/tgl	No. dx	Tindakan	Respon hasil	TTD
Rabu, 6 september 2023	I	Mengobservasi keadaan umum dan tanda tanda vital	Ds :  klien mengatakan nyeri diperut bekas operasi section caesera  Do :  Ny. F tampak meringis Td : 117/98 mmHg N : 80 x/ menit S : 36 c Rr : 22x/ menit	Enka
	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, dan intensitas nyeri	Ds :  klien mengatakan nyeri di bagian perut bekas operasi post sectio caesera dan nyeri bertambah saat bergerak  P : nyeri saat bergerak Q : seperti tersayat sayat R : perut bagian bawah S : 5 T : hilang timbul Do :  klien tampak meringis menahan nyeri	Enka

I	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri	Ds : Klien mengatakan takut bergerak karena jika bergerak nyerinya akan bertambah Do : klien tampak meringis menahan nyerinya	Enka
I	Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Ds : Klien mengatakan takut untuk bergerak Do : Klien tampak menangis menahan nyeri dan sesekali memejamkan matanya	Enka
I	Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Ds : klien mengatakan sering terbangun dan tidurnya apabila nyerinya muncul dan mendengar bayinya menangis Do : klien tampak terbaring lemas ditempat tidur	Enka
I	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Ds : klien mengatakan sudah mengerti dan mau mencoba Do : klien tampak mengerti yang diajarkan	Enka
I	Memberikan Teknik kompres hangat untuk meredakan nyeri	Ds : klien mengatakan nyerinya masih terasa P : saat bergerak Q : seperti tersayat sayat R : perut bagian bawah S : 5 turun ke 4 T : hilang timbul Do :	Enka

klien tampak kooperatif			
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds : Klien mengatakan tidur susah tidur Do : klien tampak lemas dan terbaring ditempat tidur	Enka
I	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Ds : Klien mengatakan akan melakukan teknik kompres hangat secara mandiri jika nyerinya muncul Do : klien tampak bersemangat	Enka
II	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Ds : klien mengatakan bersedia lukanya dilihat Do : klien tampak mengizinkan melihat lukanya - Sekitar luka tampak kemerahan - warna darah terang - terdapat jahitan yang masih basah	
II	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Ds : klien mengatakan tidak tau Tanda dan gejala infeksi Do : klien tampak memahami apa yang dijelaskan	
II	Menjelaskan cara cuci tangan yang benar	Ds : klien mengatakan ingin tau cara mencuci tangan dengan benar Do : klien tampak memahami apa	

yang diajarkan		
II	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Ds : klien mengatakan tidak tau cara mengganti perban luka operasi Do : klien tampak memahami apa yang disampaikan
II	Mengajarkan cara meningkatkan asupan makanan	Ds : klien mengatakan tidak tau makanan apa yang harus dimakan agar jahitannya cepat kering Do : klien tampak memahami apa yang di sampaikan
III	mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah	Ds : klien mengatakan cemas dengan bekas operasinya Caesera Do : Klien tampak gelisah
III	Monitor tanda-tanda ansietas	Ds : klien mengatakan khawatir setelah bekas operasinya dan susah tidur Do : klien tampak bingung
III	menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Ds : Klien mengatakan ingin cerita keluhannya dengan perawat Do : klien tampak ingin bercerita
III	memahami situasi yang membuat ansietas	Ds : klien mengatakan memahami yang diajarkan Do :

		mendengarkan dengan penuh perhatian	klien tampak memahami		
III	menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	Ds : klien mengatakan keluarga bersedia menemaninya Do : klien tampak bersemangat	Enka		
III	melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds : klien mengatakan masih cemas takut untuk bergerak Do : klien tampak cemas	Enka		
III	melatih teknik relaksasi	Ds : klien mengatakan mau diajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasannya Do : klien tampak bersedia	Enka		
Kamis, 7 septemb er 2023	I	Mengobservasi keadaan umum dan tanda tanda vital	Ds : klien mengatakan masih sedikit nyeri luka post operasi sc dibagian perut dan nyeri bertambah saat bergerak P : nyeri saat bergerak Q : seperti tersayat sayat R : perut bagian bawah S : 4 T : hilang timbul Do : klien tampak meringis menahan nyeri Td : 120/80 mmHg S : 36 c N : 80 x/menit	Enka	

Rr : 20 x/menit			
I	Mengidentifikas i lokasi, karakteristik, dan intensitas nyeri	Ds : klien mengatakan nyeri di bagian perut bekas operasi post sectio caesara dan nyeri saat bergerak P : nyeri saat bergerak Q : seperti tersayat sayat R : perut bagian bawah S : 4 T : hilang timbul Do : klien tampak lemas	Enka
I	Mengidentifikas i faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Ds : klien mengatakan sudah agak mendingan dari pada kemarin Do : klien tampak rileks	Enka
I	Mengidentifikas i respon nyeri non verbal	Ds : klien mengatakan sudah belajar bergerak seperti berjalan Do : klien tampak membaik	
I	Mengidentifikas i pengaruh nyeri pada kualitas hidup	Ds : klien mengatakan mulai agak terbiasa dengan kondisinya sebagai ibu Do : klien tampak kooperatif	Enka
I	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Ds : klien mengatakan melakukan apa yang diajarkan Do : klien tampak mengerti	Enka

I	Memberikan Teknik kompres hangat untuk meredakan nyeri	Ds : klien mengatakan membaik setelah diajari melakukan kompres hangat Do : klien tampak kooperatif S : 4 turun 3	Enka
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds : klien mengatakan tidur kurang lebih 4-6 jam/hari Do : klien tampak tenang	Enka
I	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Ds : klien mengatakan melakukan yang dijarkan kemarin Do : klien tampak kooperatif	Enka
II	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Ds : klien mengatakan tau sedikit tanda dan gejala infeksi Do : klien tampak bingung	Enka
II	Menjelaskan cara cuci tangan yang benar	Ds : klien mengatakan bisa melakukan cuci tangan dengan benar Do : klien tampak mengerti	Enka
II	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Ds : klien mengatakan mau diganti balut luka dan cara merawat luka post sc Do : klien tampak kooperatif	Enka
II	Mengajarkan cara meningkatkan	Ds : klien mengatakan tau yang makanan yang harus dimakan	Enka

		asupan makanan	Do :	
			klien tampak tenang	
III	mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah	Ds : klien mengatakan cemasnya berkurang Do : klien tampak tenang		Enka
III	menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Ds : klien mengatakan nyaman dengan lingkungan sekitar Do : klien tampak nyaman		Enka
III	memahami situasi yang membuat ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian	Ds : klien mengatakan paham dengan yang diajarkan Do : klien tampak memahami		Enka
III	menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	Ds : klien mengatakan keluarga mendukung klien agar cepat sembuh Do : klien tampak senang		Enka
III	melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds : klien mengatakan melakukan pengalihan dengan melihat bayinya sudah lebih baik Do : klien tampak tenang		Enka
III	melatih teknik relaksasi	Ds : klien mengatakan sudah bisa melakukannya Do: klien tampak kooperatif		Enka
Jum'at, I	Mengobservasi	Ds :		Enka

8 septemb er 2023	keadaan umum dan tanda tanda vital	klien mengatakan mendingan nyeri luka post op caeseranya  P : nyeri saat bergerak Q : seperti tersayat sayat R : perut bagian bawah S : 3 T : hilang timbul Do : klien tampak lemas Td : 120/80 mmHg Rr : 20 x/ menit N : 80 x/ menit S : 36 c	agak
I	Mengidentifikas i lokasi, karakteristik, dan intensitas nyeri	Ds :  klien mengatakan nyeri di bagian perut bekas operasi post sectio caesera agak mendingan  P : nyeri saat bergerak Q : seperti tersayat sayat R : perut bagian bawah S : 3 T : hilang timbul Do :  klien tampak membaik	Enka
I	Mengidentifikas i faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Ds :  klien mengatakan sudah lebih baik dari pada kemarin  Do :  klien tampak rileks	Enka
I	Mengidentifikas i respon nyeri non verbal	Ds :  klien mengatakan sudah bisa belajar berjalan  Do :  klien tampak membaik	Enka
I	Mengidentifikas	Ds :  Enka	

	i pengaruh nyeri pada kualitas hidup	klien mengatakan mulai agak terbiasa dengan kondisinya sebagai ibu Do : klien tampak mengerti	
I	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	Ds : klien mengatakan melakukan apa yang diajarkan jika nyeri mucul Do : klien tampak mendingan	Enka
I	Memberikan Teknik kompres hangat untuk meredakan nyeri	Ds : klien mengatakan sudah mendingan nyerinya Do : klien tampak membaik S : 3 turun ke 2	Enka
I	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds : klien mengatakan sudah bisa tidur agak nyenyak kurang lebih 4-7jam/hari Do : klien tampak membaik	Enka
I	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Ds : klien mengatakan memonitor nyerinya secara mandiri Do : klien tampak kooperatif	Enka
II	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Ds : klien mengatakan sudah tau tanda dan gejala infeksi Do : klien tampak memahami	Enka
II	Menjelaskan cara cuci tangan yang benar	Ds : klien mengatakan sudah bisa melakukan cuci tangan dengan benar	Enka

		Do : klien tampak mengerti yang diajarkan	
II	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Ds : klien mengatakan mau diajarkan luka post op caeseranya  Do : klien tampak kooperatif - tidak ada kemerahan - tidak ada rembesan - balutan luka tampak kering - tidak ada Bengkak disekitar luka	Enka
II	Mengajarkan cara meningkatkan asupan makanan	Ds : klien mengatakan tau makanan yang harus dimakan tinggi kalori dan protein  Do: klien tampak mengerti	Enka
III	mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah	Ds : klien mengatakan cemasnya berkurang  Do : klien tampak tenang	Enka
III	menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Ds : klien mengatakan nyaman ketika bercerita dengan keluhannya  Do : klien tampak lega	Enka
III	memahami situasi yang membuat ansietas	Ds : klien mengatakan memahami situasi yang dialaminya  Do : klien tampak kooperatif	Enka

perhatian			
III	menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	Ds : klien mengatakan keluarga mendukungnya untuk sembuh Do : klien tampak senang	Enka
III	melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds : klien mengatakan melatih ketegangannya dengan melihat bayi Do : klien tampak memahami	Enka
III	melatih teknik relaksasi	Ds : klien mengatakan melakukan teknik relaksasi Ketika cemas muncul Do : klien tampak mengerti	Enka

**Tabel 3.6****F. EVALUASI**

NO	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
I	Rabu, 6 September 2023	<p>S : klien mengatakan nyeri di bagian perut bekas operasi post sectio caesara dan nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>P : nyeri saat bergerak</p> <p>Q : seperti tersayat sayat</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : 5</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : klien tampak meringis menahan sakit dan nyeri - klien tampak gelisah</p> <p>TD : 117/80 mmHg</p> <p>N : 98x/ menit</p>	Enka

---

		RR : 22x/menit
		A : masalah belum teratasi
		P : lanjutkan intervensi
		- melakukan kompres hangat
II	S	: Ny. F mengatakan terdapat luka Enka post operasi pada perutnya, luka masih basah, pasien takut terjadi infeksi pada lukanya
	O :	
		- Terdapat luka insisi post operasi sc di abdomen
		- Panjang luka sekitar 12 cm
		- sekitar luka tampak kemerahan
		- Ilochea rubra
		- warna darah terang
		- terdapat jahitan yang masih basah
	A :	masalah belum teratasi
	P :	lanjutkan intervensi
		- jelaskan tanda dan gejala infeksi
		- ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
		- anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
III	S	: klien mengatakan takut dengan Enka jahitan operasinya robek jika bergerak
	O :	
		- Tampak gelisah
		- Ny. F merasa bingung-
		- klien tampak tegang
		- klien tampak sulit tidur
		- klien tampak pucat
	A :	masalah belum teratasi
	P :	lanjutkan intervensi

---

			- ajarkan teknik relaksasi
I	Kamis ,7 september 2023	S : klien mengatakan nyerinya sedikit Enka	
		menurun	
		P : nyeri saat bergerak	
		Q : seperti tersayat sayat	
		R : perut bagian bawah	
		S : 3	
		T : hilang timbul	
		O : klien tampak tenang	
		Td : 120/80 mmHg	
		N : 85 x/menit	
		S : 36 c	
		Rr : 20 x/menit	
		A : lanjutkan intervensi	
		P : pertahankan intervensi	
		- manajemen nyeri	
		- melakukan kompres hangat	
II		S : klien mengatakan balutan sedikit Enka kotor	
		O :	
		- sekitar luka tampak kemerahan	
		- warna darah terang	
		- terdapat jahitan yang masih basah	
		A : masalah belum taratasi	
		P : lanjutkan intervensi	
		- ganti balut luka	
III		S : klien mengatakan masih cemas Enka dengan bekas operasinya	
		O : klien tampak cemas	
		A : lanjutkan intervensi	
		P : pertahankan intervensi	
		- melakukan teknik relaksasi	
I	Jum'at , 8 september 2023	S : klien mengatakan nyeri dibagian Enka perut sudah mendingan nyeri saat bergerak	
		Q : seperti tersayat sayat	

---

	<p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : 2</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : klien tampak segar</p> <p>Td : 110/75 mmHg</p> <p>S : 36,5 c</p> <p>N : 80 x/ menit</p> <p>Rr : 20 x/ menit</p> <p>A : masalah sudah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>
II	<p>S : klien mengatakan mengerti tanda Enka dan gejala infeksi, melakukan cuci tangan 6 langkah, mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>O : klien tampak mengerti dan paham</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat luka bekas operasi</li> <li>- balutan luka tampak kering</li> <li>- tidak ada rembesan,</li> <li>- tidak ada Bengkak disekitar luka.</li> </ul> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- melakukan cuci tangan 6 langkah</li> <li>- mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- mengerti tanda dan gejala infeksi</li> </ul>
III	<p>S : klien mengatakan sudah tidak Enka cemas</p> <p>O : klien tampak tenang</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>

---

Tabel 3.7