

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Tanggal : 7 April 2024

Jam : 11:13

1. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

a. Identitas klien

- 1) Nama : Ny. I
- 2) Umur : 26 tahun
- 3) Tempat tanggal lahir : Grobogan, 12 Mei 1997
- 4) Jenis kelamin : perempuan
- 5) Alamat : Mendung 3/10 Sumberjosari
Karangrayung
- 6) Pekerjaan : swasta
- 7) Suku/bangsa : jawa
- 8) Agama : islam
- 9) Status perkawinan : menikah
- 10) Pendidikan : SMA
- 11) Tanggal masuk : 06 April 2024 jam 20.00 WIB
- 12) No. Register : RG01691062

b. Identitas penanggung jawab

- a. Nama : Tn. M

- b. Umur : 33 tahun
- c. Jenis kelamin : laki-laki
- d. Alamat : Mendung 3/10 Sumberjosari
Karangrayung
- e. Pekerjaan : swasta
- f. Pendidikan : SD
- g. Status hubungan dengan pasien : suami

2. KELUHAN UTAMA

Nyeri di luka *post sectio caesarea*

3. RIWAYAT KESEHATAN

Masa lalu : pada tanggal 6 April 2024 jam 19.48 WIB klien merasakan kontraksi terus menerus. Sehingga klien memeriksakan diri ke puskesmas karangrayung 1. Ketuban klien rembes sehingga bidan di puskesmas karangrayung 1 menyarankan klien untuk segera melakukan *sectio caesarea* di RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi. Sebelumnya klien tidak meminum obat atau minuman apapun saat kontraksi terjadi.

Saat ini : pada tanggal 06 april 2024 jam 20.00 klien dirujuk ke RSUD Dr. R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi saat di IGD dengan diagnosa ketuban pecah dini, diperiksa data tanda-tanda vital dengan hasil :

TD : 142/91 mmHg

N : 90 x/ menit

RR : 20 x /menit

S :36°C

SpO2: 99 %

Klien mengatakan merasakan nyeri di perutnya, kaki dan badan sulit digerakkan. Setelah dari IGD klien dipindahkan ke ruang vk namun klien meminta untuk melahirkan secara *sectio caesarea* sehingga pada jam 02.00 WIB klien melakukan operasi *sectio caesarea*. Jam 03.40 WIB klien dipindahkan ke ruang dahlia untuk perawatan lebih lanjut dengan diagnosa ketuban pecah dini *post sectio caesarea*, dengan hasil pengkajian :

TD : 148/91 mmHg

N : 100 x/menit

RR: 20 x/menit

S : 36,5°C

SpO2 :99%

Pengkajian nyeri didapatkan hasil :

P : luka *post sectio caesarea*

Q: seperti di iris-iris

R: abdomen bagian bawah

S: skala nyeri 8

T: terus menerus

Klien cemas dan lelah karena bayi belum bisa menyusu, ASI belum keluar

4. RIWAYAT KEHAMILAN

Kehamilan G1P1A0, problem saat hamil ibu sering mual dan pusing. Kehamilan direncanakan. Telah melakukan ANC 6x dan USG 3x di puskesmas karangrayung 1 dengan hasil baik bayi sehat tidak terdapat kelainan, TFU : 32 cm, DJJ : 139x/menit teratur..

5. RIWAYAT PERSALINAN

Klien masuk kamar operasi tanggal 07 April 2024 jam 09:00 WIB, melahirkan secara *sectio caesarea* karena ketuban pecah dini, jam 10:30 WIB dipindahkan ke Dahlia. Operasi *sectio caesarea* dibantu oleh dokter.

6. DATA INFANT

Jenis kelamin, berat badan lahir : perempuan, berat badan lahir 3400 gr, panjang 50 cm, tidak ada kelainan, apgar score (9-9-10) Bayi belum bisa sucking (menghisap), belum bisa swallowing (menelan), belum bisa rooting (mencari/ memutar). Rencana akan diberikan ASI ekslusif oleh ibu.

7. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

a. Pola persepsi dan penanganan kesehatan

Sebelum sakit : klien belum mengetahui tentang cara menyusui

dan perawatan pada bayinya

Selama sakit : klien belum mengetahui tentang cara menyusui dan perawatan payudara

b. Pola nutrisi dan metabolism

Sebelum sakit : klien makan 3x sehari 1 porsi selalu habis, minum sehari kurang lebih 1500 ml

Selama sakit : klien makan 3x sehari 1 porsi selalu habis, minum sehari kurang lebih 1600 ml

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : klien BAB 1x sehari, BAK 6x sehari kurang lebih 1500 ml

Selama sakit : klien belum BAB , terpasang kateter 2000 ml

d. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri, mengerjakan pekerjaan rumah dan giat bekerja

Selama sakit : klien mengatakan baru bisa miring sebentar karena masih nyeri dan aktivitas lainnya masih dibantu keluarga, hanya bisa beraktivitas di atas tempat tidur.

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : klien tidur 7 jam setiap hari, kualitas tidur nyenyak

Selama sakit : klien tidur kurang lebih 5 jam setiap hari sering terbangun karena terkadang merasakan nyeri pada daerah operasi.

f. Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit : klien mampu berbicara dengan jelas, mudah dipahami dan bisa memahami saat orang lain berbicara

Selama sakit : klien mampu berbicara dengan jelas, mudah dipahami dan bisa memahami saat orang lain berbicara

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Sebelum sakit : klien sadar penuh, mampu menyebutkan namanya dan perannya sebagai istri

Selama sakit : klien sadar penuh, mampu menyebutkan namanya dan perannya sebagai ibu, mengetahui kondisinya setelah melakukan *sectio caesarea*

h. Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit :hubungan klien dan keluarga sangat baik

Selama sakit :hubungan klien dan keluarga sangat baik dan harmonis, suami dan keluarga selalu menemani saat di rumah sakit

i. Pola seksualitas dan reproduksi

Klien menstruasi pertama kali di usia 16 tahun, lama haid 7 hari.

Hari Pertama Haid Terakhir : 05 Juli 2023

Hari Perkiraan Lahir : 12 April 2024

j. Pola coping dan toleransi stress

Sebelum sakit : saat sedang ada masalah klien selalu mendiskusikan
dan menyelesaikan dengan suami dan keluarga

Selama sakit : klien belum bisa menyelesaikan masalahnya
kesulitan dalam menyusui bayinya, belum tahu cara
mengurangi nyerinya, sering bertanya kepada suami
dan perawat

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit : klien beribadah sesuai ajaran islam yaitu sholat 5
waktu, dan selalu berdoa setiap waktu

Selama sakit : klien belum bisa beribadah karena sulit bergerak
namun selalu berdoa setiap waktu dan sedang masa
nifas

8. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum : tampak lemah

Kesadaran : compos mentis

Tekanan darah : 148/91 mmHg

Nadi : 100 x/menit

Respiratory rate : 20 x/menit

Suhu : 36,5°C

SpO2 : 99%

Tinggi badan : 151 cm

Berat badan : 75 kg

b. Kepala

Inspeksi : bulat, kulit kepala bersih, rambut hitam panjang

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

c. Mata

Inspeksi : kelopak mata merah muda, gerakan mata sejajar (orthoporia), sklera berwarna putih, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, kantung mata menghitam

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

d. Hidung

Inspeksi : tidak terdapat secret, hidung bersih, tidak ada pembengkakan

Palpasi : tidak nyeri tekan

e. Mulut dan tenggorokan

Inspeksi : mulut bersih, lembab, gigi tersusun rapi, tidak terdapat caries gigi

Palpasi : tidak terdapat pembengkakan, tidak nyeri tekan

f. Leher

Inspeksi : simetris, tidak terdapat luka

Palpasi : tidak nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid

g. Telinga

Inspeksi : bersih, simetris, tidak ada serumen, tidak ada infeksi dan peradangan

Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak nyeri tekan

h. Dada dan axilla

Inspeksi : mammae membesar, areolla hiperpigmentasi, putting tidak terbenam (inverted), colostrum berwarna kuning

Palpasi : nyeri saat dipegang,, putting tidak lecet

i. Pernafasan

Inspeksi : simetris, pergerakan sesuai nafas, RR : 22 x/menit, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor

Auskultasi: vesikuler

j. Sirkulasi jantung

Inspeksi : simetris, tidak ada lesi

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba di tulang iga ke 4 dan 5

Perkusi : pekak

Auskultasi: suara 1 lub, suara 2 dub, tidak ada suara tambahan

k. Abdomen

Inspeksi :terdapat luka *post sectio caesaea*, tidak terdapat pembesaran hati, terdapat linea nigra, terdapat strie gravididarum, Tinggi Fundus Uteri 3 jari dibawah pusat

Auskultasi :bising usus 16 x/menit

Palpasi : nyeri tekan di area luka *sectio cesarea*, konsistensi keras

Perkusi :tympani

Reedness :tidak terdapat kemerahan di area genetalia

Edema :tidak terdapat pembengkakan

Ecchymosis : bercak perdarahan berwarna merah muda

Discharge :tidak ada sekresi pengeluaran cairan, normal, tidak terdapat kelainan

Approximation:penyatuan jaringan tertutup

1. Ekstremitas

Inspeksi : seluruh badan dan kaki sulit digerakkan, terpasang selang infus di tangan sebelah kiri, tidak terdapat odema, warna kulit pucat

Palpasi : turgor kulit normal

Perkusii : -

Auskultasi: -

m. Genitalia

Inspeksi : terpasang cateter urine 2000 ml

9. TERAPI

Tabel 3.1 Terapi

Nama Obat	Rute	Aturan Pakai
Infus ringer laktat	IV	20 tpm
Ceftriaxone	IV	2 x 1 gram
Ketorolac	IV	3 x 30 mg
Ranitidin	IV	2 x 50 mg
Asam mefenamat	Oral	3 x 500 mg
Paracetamol	Oral	3 x 500 mg
Dexketoprofen	Oral	3 x 25 mg

10. PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	10.4	g/dL	11.7 - 15.5
Lekosit	13010	/uL	3600-11000
Trombosit	248000	/uL	150000-400000
Eritrosit	3.47	$10^6/uL$	3.9 – 5.2
Golongan darah	O/RH+		
HEMOSTASIS			
Masa Pembekuan (CT)	4`47``	Menit	2-6
Masa pendarahan (BT)	1`06``	Menit	0-6
KIMIA KLINIK			
Glukosa Darah Sewaktu	61	Mg/dL	70-140

B. ANALISA DATA

Tabel 3.3 Analisa Data

HARI / TANGGAL	DATA FOKUS	PROBLEM	PARAF DAN NAMA
Minggu, 07 April 2024	<p>DS : klien mengatakan nyeri di luka <i>post sectio caesarea</i></p> <p>P : luka <i>post sectio caesarea</i></p> <p>Q: seperti di iris-iris</p> <p>R: abdomen bagian bawah</p> <p>S: skala nyeri 8</p> <p>T: terus menerus</p> <p>DO : klien mengeluh nyeri, tampak meringis, menghindari nyeri waspada terhadap nyerinya, gelisah, frekuensi nadi meningkat , sulit tidur, pola nafas berubah, proses berpikir terganggu, berfokus pada diri sendiri</p> <p>N: 100 X/menit</p> <p>TD: 148/91 mmHg</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>SpO2 : 99%</p>	Nyeri Akut	Sintia
Minggu, 07 April 2024	<p>DS : klien mengatakan sulit menggerakkan badan dan kakinya, terasa nyeri,badan terasa lemas, cemas, badan terasa kaku</p> <p>DO : klien meringis saat menggerakkan badannya dan kakinya, ketakutan dan cemas saat akan bergerak, lemas, gerakan terbatas</p>	Gangguan mobilitas fisik	Sintia
Minggu, 07 April 2024	<p>DS : klien mengatakan merasa lelah dan cemas karena belum bisa memposisikan bayinya saat menyusui, bayi belum bisa menghisap, bayi menangis saat disusui</p>	Menyusui tidak efektif	Sintia

	<p>DO : klien terlihat cemas, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes, bayi belum bisa menghisap, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, intake bayi tidak adekuat, bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui, menolak untuk menghisap</p>		
Minggu, 07 April 2024	<p>DS : klien mengatakan selesai operasi <i>sectio caesarea</i></p> <p>DO : terdapat luka jahitan di area abdomen bagian bawah</p>	Risiko infeksi	Sintia

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.4 Diagnosa Keperawatan

HARI / TANGGAL	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	DAN NAMA	PARAF
Minggu, 07 April 2024	1	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berpikir terganggu (D.0077)	Sintia	
Minggu, 07 April 2024	2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah (D.0054)	Sintia	
Minggu, 07 April 2024	3	Menyusui tidak efektif ditandai dengan kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan teknik menyusui ditandai dengan kelelahan maternal, kecemasan maternal, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes, intake bayi tidak adekuat, bayi menghisap tidak terus menerus (D.0029)	Sintia	

Minggu, 07 April 2024 4 Risiko Infeksi berhubungan dengan Sintia efek prosedur invasif (D.0142)

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

NO DX	TUJUAN	SIKI		PARAF DAN NAMA
		MAYOR	DISARANKAN	
1	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil (L.08066):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Bersikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Frekuensi nadi menurun f. Tekanan darah menurun g. Pola nafas membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri. c. Identifikasi respon nyeri non verbal. d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan strategi meredakan nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. 	Sintia

2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Dengan kriteria hasil (L.05042):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat d. Nyeri menurun e. Kecemasan menurun f. Kaku sendi menurun g. Gerakan terbatas menurun h. Kelemahan fisik menurun 	Dukungan Ambulasi (I.06171)	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi d. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (misalnya tongkat, kruk) b. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi b. Anjurkan melakukan ambulasi dini 	Sintia
---	--	-----------------------------	---	--------

			c. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).	
3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status menyusui membaik. Dengan kriteria hasil (L.03029): a. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat b. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat c. Tetesan /pancaran ASI meningkat d. Kepercayaan ibu meningkat	Edukasi Menyusui (I.12393)	<p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui.</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya.</p> <p>d. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.</p> <p>e. Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga,</p>	Sintia

	e. Hisapan bayi meningkat f. Kelelahan maternal menurun g. Kecemasan maternal menurun h. Bayi rewel menurun	tenaga kesehatan dan masyarakat.
		Edukasi a. Berikan konseling menyusui. b. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi. c. Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan (lactation) dengan benar. d. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa atau baby oil. e. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. Breast care, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.14137): a. Demam menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi sintia a. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau). b. Monitor tanda-tanda infeksi. Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan.

-
- | | |
|--|--|
| <p>b. Kemerahan menurun</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. Bengkak menurun</p> <p>e. Kebersihan badan meningkat</p> | <p>b. Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan.</p> <p>c. Bersihkan jaringan nekrotik.</p> <p>d. Berikan salep yang sesuai kekulit/lesi, jika perlu.</p> <p>e. Pasang balutan sesuai jenis luka.</p> <p>f. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.</p> <p>g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.</p> <p>h. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, vitamin C, zinc, asam amino) sesuai kondisi.</p> |
|--|--|

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.
- c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

HARI/ TANGGAL	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF DAN NAMA
Minggu, 07 April 2024 Jam 11: 30	1	<p>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>b. Mengidentifikasi skala nyeri.</p>	<p>S : klien mengatakan nyeri di luka <i>post sectio caesarea</i></p> <p>P : luka <i>post sectio caesarea</i></p> <p>Q: seperti di iris-iris</p> <p>R: abdomen bagian bawah</p> <p>S: skala nyeri 8</p> <p>T: terus menerus</p> <p>O : klien mengeluh nyeri, tampak meringis, menghindari nyeri waspada terhadap nyerinya, gelisah, frekuensi nadi meningkat , sulit tidur, pola nafas berubah, proses berpikir terganggu, berfokus pada diri sendiri</p> <p>N: 100 X/menit</p> <p>TD: 148/91 mmHg</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>SpO2 : 99%</p>	Sintia
Jam 11.33	1	<p>a. Memberikan teknik non farmakologis</p> <p>b. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p>	<p>S: Klien mengatakan belum bisa melakukan teknik relaksasi distraksi</p> <p>O: klien bingung dan bertanya tentang cara relaksasi</p>	Sintia

Jam 11.35	1	a. Mengkolaborasikan pemberian analgetik ketorolac 30 mg dan asam mefenamat 500 mg b. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	S: klien bersedia diberikan injeksi ketorolac dan obat oral asam mefenamat O : klien bersedia, tidak ada efek samping saat injeksi dan obat oral yang diberikan	Sintia
Jam 11.37	2	a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	S: klien mengatakan sulit menggerakkan badan dan kakinya, terasa nyeri, badan terasa lemas, cemas, badan terasa kaku O : klien meringis saat menggerakkan badannya dan kakinya, ketakutan dan cemas saat akan bergerak, lemas, gerakan terbatas klien	Sintia
	2	a. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi b. Menganjurkan melakukan ambulasi dini	S : klien mengatakan belum mengetahui, ingin diajarkan ambulasi dini O : klien bersedia diajarkan dan dijelaskan tentang ambulasi	Sintia
	2	a. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi,	S : klien bersedia diajarkan untuk bergerak miring kanan dan kiri O : klien melakukan gerakan sesuai perintah, bisa miring secara perlahan	Sintia

			berjalan sesuai toleransi).	
Jam 11:40	3	a.	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. b. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui	<p>S : klien mengatakan merasa lelah dan cemas karena belum bisa memposisikan bayinya saat menyusui, bayi belum bisa menghisap, bayi menangis saat disusui O : klien terlihat cemas, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes, bayi belum bisa menghisap, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, intake bayi tidak adekuat, bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui, menolak untuk menghisap</p>
Jam 11.43	3	a.	Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Memberikan kesempatan untuk bertanya	<p>S : klien bersedia diberikan pendidikan kesehatan dan cara menyusui O : klien memperhatikan dengan seksama, banyak bertanya tentang cara memposisikan bayinya</p>
Jam 12.15	3	a.	Memberikan konseling menyusui.	<p>S : klien mengatakan mau diberikan konseling menyusui</p>

		b. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi.	O : saat dijelaskan klien mampu memahami dan bersedia
Jam 12.40	3	a. Mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan lactation dengan benar. b. Mengajarkan perawatan payudara post partum (mis. Breast care, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	S : klien bersedia diajarkan cara menyusui dan cara membersihkan area payudara O : klien masih kesulitan dalam memposisikan bayinya
Jam 12.45	4	a. Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) c. Memonitor tanda-tanda infeksi	S : klien mengatakan selesai operasi <i>sectio caesarea</i> O : Terdapat luka jahitan di area abdomen bagian bawah
	4	a. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi d. Mengajurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	S : klien mengatakan belum mengetahui tanda dan gejala infeksi O : klien bingung tidak bisa menjelaskan tanda dan gejala serta makanan yang harus dikonsumsi setelah sc
Senin, 08 April 2024	1	a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Mengidentifikasi skala nyeri	S : klien mengatakan nyeri di luka <i>post section caesarea</i> P : luka <i>post sectio caesarea</i> Q : seperti di iris-iris R : abdomen bagian bawah S : skala nyeri 6

				T: terus menerus O : nyeri berkurang, tampak meringis menurun, menghindari nyeri waspada terhadap nyerinya, gelisah, frekuensi nadi meningkat N: 98 x/menit, tekanan darah TD: 140/89 mmHg RR: 20 x/menit S : 36,7°C SpO2 : 99 %
Jam 08.33	1	a. Memberikan teknik non farmakologis b. Memfasilitasi istirahat dan tidur	S: Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik relaksasi distraksi O: klien bisa melakukan relaksasi distraksi dengan benar	Sintia
Jam 08.40	1	a. Mengkolaborasikan pemberian analgetik ketorolac 30 mg dan asam mefenamat 500 mg b. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	S: klien bersedia diberikan injeksi ketorolac dan obat oral asam mefenamat O : klien bersedia, tidak ada efek samping saat injeksi dan obat oral yang diberikan	Sintia
Jam 08.43 10.12	2	a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	S: klien mengatakan sudah bisa menggerakkan badan dan kakinya secara perlahan, nyeri berkurang, badan terasa lemas O : klien tidak terlalu meringis seperti kemarin saat	Sintia

				menggerakkan badannya dan kakinya, gerakan masih terbatas	
Jam 10.15	2	a.	Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).	S : klien bersedia diajarkan untuk bergerak miring kanan dan kiri O : klien melakukan gerakan sesuai perintah, bisa miring secara perlahan dan dibantu oleh keluarga	Sintia
		b.	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.		
Jam 10.20	2	a.	Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	S : klien mengatakan sudah mengetahui prosedur dan	Sintia
		a.	Menganjurkan melakukan ambulasi dini	O : klien memahami pentingnya ambulasi dini setelah dijelaskan tentang ambulasi dan diajarkan ambulasi	
Jam 11.28	3	a.	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	S : klien mengatakan sudah tidak cemas tidak kaku memposisikan bayinya O : klien tenang, bayi	Sintia
		b.	Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui	mampu melekat pada payudara ibu, ASI menetes sedikit, bayi bisa menghisap	
Jam 11.30	3	b.	Mendukung ibu meningkatkan	S : klien mengatakan masih takut	Sintia

			kepercayaan diri dalam menyusui	menggendong bayinya saat menyusui O : klien masih ragu saat akan menyusui	
Jam 11.36	3	a.	Mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan lactation dengan benar. a. Mengajarkan perawatan payudara post partum (mis. Breast care, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	S : klien bersedia diajarkan cara menyusui dan cara membersihkan area payudara O : klien mulai bisa memposisikan bayinya	Sintia
Jam 12.40	4	a.	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi b. Mengajurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	S : klien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi O : klien sudah paham setelah diberikan penjelasan tentang tanda gejala infeksi dan makanan yang harus dikonsumsi agar terhindar dari infeksi	Sintia
	4	a.	Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan. b. Membersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan. c. Membersihkan jaringan nekrotik. d. Memberikan salep yang sesuai kekulit/lesi, jika perlu.	S : klien mengatakan ingin balutnya diganti dan dibersihkan O : klien bersedia diganti balutnya, mau dijarkan untuk ganti balut secara mandiri	Sintia

		e. Memasang balutan sesuai jenis luka. f. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. c. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.	
Selasa, 09 April 2024 Jam 09: 30	1	a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Mengidentifikasi skala nyeri	<p>S : klien mengatakan nyeri di area <i>post section caesarea</i> P : jahitan <i>post sectio caesarea</i> Q: seperti di iris-iris R: abdomen bagian bawah S: skala nyeri 4 T: hilang timbul O : nyeri berkurang, meringis menurun, menghindari nyeri waspada terhadap nyerinya menurun, gelisah frekuensi nadi menurun N: 87 X/menit TD: 126/90 mmHg RR: 20 x/menit S :36,6°C SpO2 : 98%</p>
Jam 10.15	2	a. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke	<p>S : klien mengatakan sudah bisa miring kanan kiri, duduk dan berjalan perlahan O : klien bisa duduk dan berjalan perlahan tanpa bantuan keluarga</p>

			kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
		b.	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.
Jam 10.30	3	a.	Mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan lactation dengan benar S : klien mengatakan tidak kesulitan lagi dalam memposisikan bayinya O : klien sudah bisa memposisikan bayinya, klien tenang, bayi mampu melekat pada payudara ibu, ASI menetes, bayi bisa menghisap
Jam 11.00	4	a.	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi b. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. S : klien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi O : klien sudah paham, bersedia meawat lukanya secara mandiri

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

HARI/ TANGGAL	NO DX	EVALUASI	PARAF DAN NAMA
Senin, 07 April 2024	1 Jam 13.30 WIB	<p>S : klien mengatakan nyeri di luka <i>post section caesarea</i></p> <p>P : luka <i>post sectio caesarea</i></p> <p>Q: seperti di iris-iris</p> <p>R: abdomen bagian bawah</p> <p>S: skala nyeri 8</p> <p>T: terus menerus</p> <p>O : klien mengeluh nyeri, tampak meringis, menghindari nyeri waspada terhadap nyerinya, gelisah, frekuensi nadi meningkat</p> <p>N: 100 X/menit,</p> <p>TD: 148/91 mmHg</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>SpO2 : 99%</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Mengidentifikasi skala nyeri. c. Memberikan teknik non farmakologis d. Memfasilitasi istirahat dan tidur e. Mengkolaborasikan pemberian analgetik ketorolac 30 mg dan asam mefenamat 500 mg f. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 	Sintia
Jam 13. 38 WIB	2	S : klien mengatakan sulit menggerakkan badan dan kakinya, terasa nyeri,badan terasa lemas, cemas, badan terasa kaku	Sintia

O : klien meringis saat menggerakkan badannya dan kakinya, ketakutan dan cemas saat akan bergerak, lemas, gerakan terbatas

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

- a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- d. Mengajurkan melakukan ambulasi dini
- e. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
- f. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- g. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Jam 13.40 3 WIB **S** : klien mengatakan merasa lelah dan cemas karena belum bisa memposisikan bayinya saat menyusui, siap diberikan edukasi menyusui

O : klien terlihat cemas, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes, bayi belum bisa menghisap, klien ingin menyusui bayinya

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

- a. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- b. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui
- c. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan

		d. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan e. Memberikan kesempatan untuk bertanya f. Memberikan konseling menyusui. g. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi. h. Mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan lacth on dengan benar. i. Mengajarkan perawatan payudara post partum (mis. Breast care, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
Jam 13.45 4 WIB	S : klien mengatakan selesai operasi <i>sectio caesarea</i>	O : Terdapat luka jahitan di area abdomen bagian bawah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau) b. Memonitor tanda-tanda infeksi c. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi d. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
Selasa, 08 April 2024	S : klien mengatakan nyeri di luka <i>post Sintia section caesarea</i>	P : luka <i>post sectio caesarea</i> Q: seperti di iris-iris R: abdomen bagian bawah S: skala nyeri 6 T: terus menerus O : nyeri berkurang, tampak meringis menurun, menghindari nyeri waspada terhadap nyerinya, gelisah, frekuensi nadi meningkat N: 98 x/menit, TD: 140/89 mmHg RR: 20 x/menit

S : 36,7 °C

SpO2 : 99%

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

- a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - b. Mengidentifikasi skala nyeri
 - c. Memberikan teknik non farmakologis
 - d. Mengkolaborasikan pemberian analgetik ketorolac 30 mg dan asam mefenamat 500 mg
-

Jam 12.15 2 WIB **S :** klien mengatakan sudah bisa Sintia menggerakkan badan dan kakinya secara perlahan, nyeri berkurang, badan terasa lemas

O : klien tidak terlalu meringis seperti kemarin saat menggerakkan badannya dan kakinya, gerakan masih terbatas

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dihentikan

- a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
 - c. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).
 - d. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.
 - e. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
 - f. Mengajurkan melakukan ambulasi dini
-

Jam 12.20 3 WIB	S : klien mengatakan merasa lelah dan cemas karena belum bisa memposisikan bayinya saat menyusui, siap diberikan edukasi menyusui O : klien terlihat cemas, bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes, bayi belum bisa menghisap, klien ingin menyusui bayinya A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui c. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui d. Mengajarkan posisi menyusui dan perlekatan lacth on dengan benar. e. Mengajarkan perawatan payudara post partum (mis. Breast care, memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
Jam 12.30 4 WIB	S : klien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi O : klien sudah paham setelah diberikan penjelasan tentang tanda gejala infeksi dan makanan yang harus dikonsumsi agar terhindar dari infeksi A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi b. Mengajurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein c. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan d. Membersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan e. Membersihkan jaringan nekrotik

		<p>f. Memberikan salep yang sesuai kekulit/lesi, jika perlu</p> <p>g. Memasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>h. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>i. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p>
Rabu, 09 April 2024	11.00 WIB	<p>S : klien mengatakan nyeri di luka <i>post section caesarea</i></p> <p>P : luka post sectio caesarea</p> <p>Q: seperti di iris-iris</p> <p>R: abdomen bagian bawah</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: terus menerus</p> <p>O : nyeri berkurang, tampak meringis menurun, menghindari nyeri waspada terhadap nyerinya, gelisah, frekuensi nadi meningkat</p> <p>N: 87 X/menit,</p> <p>TD: 126/90 mmHg</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>S :36,6°C</p> <p>SpO2 : 98%</p> <p>A : Masalah teratas</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
Jam 11.10 WIB	2	<p>S : klien mengatakan sudah bisa miring Sintia kanan kiri, duduk dan berjalan perlahan</p> <p>O : klien bisa duduk dan berjalan perlahan tanpa bantuan keluarga</p> <p>A : Masalah teratas</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
Jam 11.20	3	<p>S : klien mengatakan tidak kesulitan lagi Sintia dalam memposisikan bayinya</p> <p>O : klien sudah bisa memposisikan bayinya, klien tenang, bayi mampu melekat pada payudara ibu, ASI menetes, bayi bisa menghisap</p> <p>A : Masalah teratas</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>

Jam 11.30 WIB	4	S : klien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi O : klien sudah paham, bersedia merawat lukanya secara mandiri A : Masalah teratas P : Intervensi dihentikan
---------------	---	--