

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

| | | | |
|---------------------|---------|---------|-----------------------------|
| Kamar | / | Ruang | Kamar Edelweis no. 4 |
| : | | | 7 Maret 2021 |
| Tanggal masuk RS : | | | 8 Maret 2021 |
| Tanggal pengkajian: | | | Ny. N |
| Nama | inisial | klien | Tanggal 8 Maret 2021 pukul |
| : | | | 07.00 |
| Waktu pengkajian : | | | WIB |
| | | | 186007 |
| No. Rekam Medis : | | | 37 Tahun |
| Usia | : | | Pasar Senin, RT/RW 005/002, |
| Alamat | | | Negara Ratu, Sungkai Utara |
| : | | | Perempuan |
| | | | Menikah |
| Jenis | | kelamin | Islam |
| : | | | SMA |
| Status | | | Guru Honorer |
| : | | | |
| Agama | | | |
| : | | | |
| Pendidikan | | | |
| : | | | |
| Pekerjaan | | | |
| : | | | |

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke Rumah Sakit Umum Handayani pukul 10.00 WIB. Minggu 7 Maret 2021, klien datang dengan keluhan sakit pada perut bagian bawah menjalar sampai ke pinggang, skala nyeri 5, pasien membawa pengantar dari dr. Mahmud Sp.OG dengan diagnosa plasenta previa, usia kehamilan aterm cukup bulan, klien dilakukan tindakan *sectio caesarea* pada tanggal 7 Maret 2021 pukul 21.00 WIB, pasien mengatakan hamil anak ke 4, sebelumnya klien mengatakan tidak pernah mengalami tindakan *sectio caesarea*.

3. Riwayat kesehatan pada saat pengkajian

a. Keluhan Utama

Klien post *sectio caesarea* pada tanggal 8 maret 2021, pengkajian dilakukan setelah 8 jam post *sectio caesarea*. Pada saat pengkajian Klien mengeluh nyeri pada bagian luka sayatan post *sectio caesarea*, skala nyeri 8, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien tampak meringis, cemas ketika bergerak karena takut luka bekas Post SC terbuka, klien tampak gelisah dan merasa tidak nyaman karena nyeri yang ia rasakan.

b. Keluhan Penyerta

Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada bagian sayatan bekas luka post SC, klien mengatakan merasa mual, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien tampak lemah tidak bisa beraktivitas secara mandiri, aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

4. Pengkajian keperawatan

Penampilan umum :

Hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. N, yang diperoleh tingkat kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS E4V5M6 , tidak ada sianosis di bibir, kulit sawo matang, akral teraba dingin, klien tampak lemah, klien tampak gelisah, klien mengeluh tidak nyaman karena nyeri pada bagian luka post op, klien sulit bergerak karena adanya nyeri, tidak ada edema, tidak ada perdarahan, klien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, hipertiroid dan tidak memiliki riwayat penyakit lainnya, klien tidak merokok, klien sebelumnya tidak pernah memiliki riwayat pembedahan *sectio caesarea* pada kehamilan sebelumnya ini adalah kali pertama klien melakukan bedah *sectio caesarea*.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital :

TD : 140/100 mmHg

N : 110 kali/menit

S : 36,2⁰C

RR: 20 kali/menit

5. Pengkajian Respirasi

Dari hasil pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan pernafasan klien 20 kali/menit, tidak ada batuk, tidak ada suara nafas tambahan baik Wheezing maupun Ronchi, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, tidak ada sputum atau dahak yang mengganggu sistem respirasi klien.

6. Pengkajian Sirkulasi

Hasil pemeriksaan didapatkan denyut nadi klien 110 kali/menit (takikardia), tidak ada jantung berdebar-debar, pengisian kapiler < 3 detik, tidak ada perdarahan, klien tampak lemah, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, tidak ada parathesia.

7. Pengkajian nutrisi dan cairan

Hasil pengkajian klien mengatakan tidak nafsu makan dan tidak minat untuk makan, klien hanya menghabiskan sedikit porsi makanan yang disediakan oleh Rumah Sakit dengan frekuensi 4-5 sendok makan, klien mengatakan sudah minum sedikit-sedikit dengan jumlah 1.300 ml/hari, klien tidak ada sariawan, klien tidak ada gangguan menelan / kesulitan menelan, klien mengatakan tidak ada diare, bising usus normal 15x/menit, klien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan, klien diberikan cairan infus RL, intravena 20x tetes/menit.

8. Pengkajian Eliminasi

Hasil pengkajian 8 jam setelah post operasi *sectio caesarea* klien tampak terpasang kateter urine dengan volume urine 700 ml, klien tidak mengalami gangguan pada eliminasi, kandung kemih klien teraba kosong, tidak ada dysuria, warna urine kuning jernih, bau urine khas, klien juga mengatakan belum BAB selama post OP *sectio caesarea*, klien mampu mengontrol BAK maupun BAB.

9. Pengkajian Aktivitas Dan Istirahat

Klien 8 jam post operasi dengan anastesi spinal, klien pada saat pengkajian tampak lemah, klien sudah bisa sedikit menggerakkan kakinya, klien mengatakan nyeri saat bergerak dan klien cemas luka operasinya akan terbuka apabila klien banyak bergerak, klien tampak

gelisah, klien mengeluh susah tidur karena rasa nyeri di abdomen yang ia rasakan, frekuensi tidur 3-4 jam/hari, seluruh aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien merasa mual karena efek dari anestesi spinal, dengan frekuensi mual 3-4x/hari.

10. Pengkajian Neurosensori

Klien mengatakan sedikit pusing, tidak ada cedera medulla spinalis, tidak ada kesulitan menelan, klien tidak muntah darah (hematemesis).

11. Pengkajian Reproduksi dan seksual

Klien post *sectio caesarea* melahirkan anak ke empat, pengeluaran lochea rubra sedikit, kurang lebih 200 ml berwarna merah segar, tidak terjadi perdarahan.

12. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Klien mengatakan ini adalah kehamilan keempat (P4A0), kehamilan aterm cukup bulan, klien juga mengatakan ini adalah kehamilan yang diinginkan, klien mengatakan tidak pernah keguguran dan tidak pernah mengalami pembedahan *sectio caesarea* pada hamil sebelumnya, klien melahirkan bayi perempuan dengan cara *sectio caesarea*, panjang bayi 40 cm dan berat 3500 kg.

13. Pengkajian Pasca Partum

Hasil pengkajian 8 jam pasca operasi *sectio caesarea* klien mengeluh lelah, klien mengatakan merasa tidak nyaman pada perineum karena mengeluarkan darah, payudara tampak kencang dan bengkak, klien mengatakan payudaranya terasa nyeri ketika disentuh, bayi menghisap kurang lebih 1 menit per payudara, bayi menangis saat di susui, puting klien tampak masuk kedalam, ASI belum menetes.

14. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Saat di kaji klien mengeluh merasa tidak nyaman karena luka pada post operasi *sectio caesarea* dengan skala nyeri 8, klien tampak gelisah, klien tampak meringis, nyeri yang di rasakan hilang timbul, nyeri timbul pada saat klien melakukan pergerakan, dan nyeri hilang apabila klien istirahat.

15. Pengkajian Psikologi

Saat pengkajian klien tampak gelisah tetapi tidak tegang, kontak mata baik, dapat berkonsentrasi, klien merasa lemah, klien tidak merasa marah ataupun sedih, klien merasa senang karena klien melahirkan anak keempat berjenis kelamin perempuan karena ketiga anak klien sebelumnya berjenis kelamin laki-laki semua, klien juga mengatakan ini adalah bayi yang diinginkan dan dinantikan oleh keluarga.

16. Pengkajian Kebersihan Diri

Saat pengkajian klien mengatakan tidak mampu beraktivitas secara mandiri semua aktivitas dibantu oleh keluarga. Klien tampak sedikit berkeringat dan bau.

17. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Saat pengkajian di dapatkan hasil terdapat luka post operasi *sectio caesarea* sepanjang kurang lebih 10cm, tidak bernanah, dan tidak berbau. Klien tidak mengalami kejang, klien tidak merasa menggigil, akral teraba dingin, dengan suhu tubuh 36,2⁰C, klien juga dilakukan pemasangan tindakan invasif yaitu pemasangan infus dan kateter.

18. Pengobatan yang diberikan

- Infus RL (iv) : 20 tetes/menit
- Oxitoxin (drp) : 2 drp/hari
- Sepotaxim (iv) : 40mg 2x/hari
- Injeksi Asam Tranex (iv) : 500mg 3x/hari
- Injeksi keterolax (iv) : 30mg 3x/hari

19. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. N terdapat pada tabel dibawah ini :

Tabel 3.1

Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. N Post *Sectio Caesarea* di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Lampung Utara. Tanggal 8 Maret 2021

| Jenis Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan | Nilai Normal Perempuan |
|-------------------|-------------------|------------------------|
| Hemoglobin | 11,9 gr/Dl | 11-16mg/Dl |

| | | |
|--------------------|---------|---------------|
| Trombosit | 240 | 150-450 |
| Leukosit | 10.00 | 4.00-10.00 |
| Eritrosit | 4 | 3.50-5.00 |
| Gula Darah Sewaktu | 83mg/Dl | 100-200 mg/dL |
| Protein Urine | (-) | (-) |
| Rapid Antigen | (-) | (-) |

B. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data Keperawatan Maternitas Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus Post *SectioCaesarea* Terhadap Ny.N di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Lampung Utara. Tanggal 8 Maret 2021

| Tanggal | Data (DS/DO) | Masalah Keperawatan |
|--------------|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| 8 Maret 2021 | <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen bekas luka Post Operasi Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dirasakan klien mengatakan tidak nafsu makan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak meringis Klien tampak gelisah Frekuensi nadi klien meningkat (110x/menit) Frekuensi tidur 3-4 jam/hari Tekanan darah klien meningkat (140/100mmHg) Klien hanya menghabiskan sedikit porsi makanan yang disediakan oleh Rumah Sakit dengan frekuensi 4-5 sendok. | Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (pasca operasi) |
| 8 Maret 2021 | <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengeluh mual Klien mengatakan tidak minat untuk makan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak pucat Klien mengalami takikardia (110x/menit) frekuensi mual 3-4x/hari | Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (Anastesi) |
| 8 Maret 2021 | <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> klien mengeluh nyeri saat bergerak klien mengatakan merasa cemas saat bergerak <p>DO :</p> | Gangguan Mobilitas Fisik |

| | | |
|--------------|--|--|
| | 1. Fisik klien tampak lemah belum mampu miring kanan dan miring kiri | |
| 8 Maret 2021 | DS : - DO : 1. Payudara klien tampak bengkak 2. ASI klien tidak menetes 3. Bayi menghisap tidak terus menerus 4. Bayi menangis saat disusui | Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak |
| 9 Maret 2021 | DS : 1. klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri DO : 1. Klien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri. | Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan |
| 9 Maret 2021 | DS : 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. Klien mengeluh pola tidur berubah DO : 1. Frekuensi tidur 3-4 jam/hari | Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur |
| 9 Maret 2021 | DS : 1. Klien mengeluh tidak nafsu makan dan tidak minat untuk makan 2. Klien mengatakan hanya menghabiskan sedikit porsi makanan yang di sediakan oleh Rumah Sakit DO : 1. klien hanya menghabiskan 3-4 sendok makan dari porsi yang disediakan Rumah Sakit | Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) |

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Ny. N dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 3.3

Diagnosa Keperawatan Maternitas Pasien Dengan Gangguan kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus Post *Sectio Caesarea* Terhadap Ny. N di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Lampung Utara.
Tanggal 8 Maret 2021

| No. | Diagnosa Keperawatan |
|-----|---|
| 1. | Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (pasca operasi) ditandai dengan : - klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen bekas luka post operasi - klien tampak meringis, klien tampak gelisah - frekuensi nadi klien meningkat (110x/menit) - klien mengalami sulit tidur karena nyeri yang di rasakannya |

| | |
|----|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - tekanan darah klien meningkat (140/100mmHg) - nafsu makan klien berubah. |
| 2. | Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (Anastesi) ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh mual, klien mengatakan tidak minat untuk makan - klien tampak pucat, klien mengalami takikardia (110x/menit). |
| 3. | Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh nyeri saat bergerak - klien mengatakan merasa cemas saat bergerak - fisik klien tampak lemah. |
| 4. | Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - ASI klien tidak menetes - bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui. |
| 5. | Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - klien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri. |
| 6. | Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh sulit tidur - klien mengeluh pola tidur berubah. |
| 7. | Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh tidak nafsu makan dan tidak minat untuk makan - klien mengatakan hanya menghabiskan sedikit porsi makanan yang di sediakan oleh Rumah Sakit. |

Adapun dari 7 Diagnosa Keperawatan yang ditegakkan pada Ny.N penulis memprioritaskan 4 Diagnosa Keperawatan yang dapat dilihat pada tabel 3.4 dibawah ini :

Tabel 3.4
 Prioritas Diagnosa Keperawatan Maternitas Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman pada Kasus Post *SectioCaesarea* Terhadap Ny. N di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Lampung Utara. Tanggal 8 Maret 2021

| No. | Diagnosa Keperawatan |
|-----|---|
| 1. | Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (pasca operasi) ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen bekas luka post operasi - klien tampak meringis, klien tampak gelisah - frekuensi nadi klien meningkat (110x/menit) - klien mengalami sulit tidur karena nyeri yang di rasakannya - tekanan darah klien meningkat (140/100mmHg) - nafsu makan klien berubah. |
| 2. | Nausea berhubungan dengan Faktor Psikologis (Anastesi) ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh mual, klien mengatakan tidak minat untuk makan - klien tampak pucat - klien mengalami takikardia (110x/menit). |
| 3. | Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh nyeri saat bergerak - klien mengatakan merasa cemas saat bergerak - fisik klien tampak lemah. |
| 4. | Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan payudara bengkak ditandai dengan : <ul style="list-style-type: none"> - ASI klien tidak menetes - bayi menghisap tidak terus menerus, bayi menangis saat disusui. |

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Asuhan Keperawatan Maternitas Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus Post *Sectio Caesarea* Terhadap Ny.N di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Lampung Utara. Tanggal 8 Maret 2021

| Tanggal | No. Diagnosa | Luaran | Intervensi |
|--------------|--------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 Maret 2021 | Nyeri Akut | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, Tingkat nyeri teratasi, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Kesulitan tidur menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Nafsu makan membaik | Manajemen Nyeri : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6) Fasilitasi istirahat dan tidur 7) Jelaskan strategi meredakan nyeri 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9) Kolaborasi pemberian analgetik |
| 8 Maret 2021 | Nausea | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, Tingkat Nausea teratasi, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual menurun 2. Nafsu makan meningkat 3. Pucat membaik 4. Takikardia membaik | Manajemen Mual : 1) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan, aktivitas, dan tidur) 2) Identifikasi faktor penyebab mual 3) Monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 4) Monitor asupan makanan dan kalori 5) Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 6) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 7) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan |

| | | | |
|--------------|--------------------------|---|--|
| | | | rendah lemak |
| 8 Maret 2021 | Gangguan Mobilitas Fisik | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam, Mobilitas Fisik teratasi, dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Kecemasan menurun 3. Kelemahan fisik menurun | Dukungan Mobilisasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor TTV 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 5) Fasilitasi melakukan pergerakan 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur). |
| 8 Maret 2021 | Menyusui Tidak Efektif | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x24 jam, Status Menyusui teratasi, dengan kriteria hasil: 1. Tetesan/pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat 3. Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat 4. Hisapan bayi meningkat 5. Bayi menangis setelah menyusu menurun | Edukasi Menyusui : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Berikan konseling menyusui 3) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4) Ajarkan perawatan payudara postpartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5) Ajarkan perawatan payudara postpartum (<i>breast care</i>) |

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Maternitas Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman pada Kasus Post *Sectio Caesarea* Terhadap Ny. N di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi, Lampung Utara. Tanggal 8 Maret 2021

Catatan Perkembangan Hari Pertama

| Masalah Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
|---------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Nyeri Akut | Pukul : 09:00 WIB 1. Mengidentifikasi nyeri (skala nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) 2. Menanyakan klien apakah bergerak membuat nyeri bertambah 3. Memantau apakah ada efek samping penggunaan analgetik 4. Mengontrol lingkungan sekitar pasien (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 5. Menganjurkan klien untuk istirahat dan tidur yang cukup 6. Memberi penjelasan strategi untuk mengurangi rasa nyeri 7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 8. Berkolaborasi dalam pemberian obat ketorolac 30mg melalui intra vena, asam tranex 500mg melalui intra vena, sepotaxim 40mg melalui intra vena 9. Mengukur tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan | Pukul : 09:30 WIB S: 1. Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen bekas luka Post Operasi (skala nyeri : 6, frekuensi : hilang timbul, kualitas : seperti di tusuk-tusuk, intensitas nyeri: hanya pada bagian abdomen bekas luka post operasi, nyeri timbul apabila klien bergerak dan nyeri hilang apabila klien istirahat) O : 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Klien masih sulit tidur karena rasa nyeri yang dirasakan 4. Klien masih tidak nafsu makan 5. Tanda-tanda vital : a. TD : 130/90 mmHg b. S : 36,5 °C c. N : 98x/menit d. RR : 18x/menit A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Kaji skala nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Mengkolaborasi pemberian analgetik 5. Periksa tanda-tanda vital Perawat Desi Rahmawati |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| Nausea | <p>Pukul : 09 : 45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan apakah ada dampak mual terhadap nafsu makan, aktivitas, dan tidur klien 2. Menanyakan apa faktor penyebab mual yang dirasakan klien 3. Memantau mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 4. Memberikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 5. Menganjurkan klien untuk istirahat dan tidur yang cukup 6. Menganjurkan klien makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak | <p>Pukul : 10: 10 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih mengeluh mual 2. Klien mengatakan masih tidak nafsu makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak pucat 2. Denyut nadi pasien membaik (100x/menit) <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 2. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |
| Gangguan Mobilitas Fisik | <p>Pukul 10 : 25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi penjelasan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Menganjurkan klien untuk melakukan mobilisasi dini 3. Memasang pagar tempat tidur 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana(menggerakkan ekstremitas, miring kanan dan miring kiri) 5. Melibatkan keluarga untuk memantu pasien dalam melakukan pergerakan 6. Memantau kondisi klien selama melakukan mobilisasi | <p>Pukul 10 : 45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan merasa cemas saat bergerak <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik klien tampak lemah 2. klien hanya mampu menggerakkan kaki dan miring kanan kiri) <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2. Monitor mobilisasi sederhana yang telah dilakukan klien 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |
| Menyusui tidak efektif | <p>Pukul 11 : 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan apakah klien siap menerima informasi yang akan diberikan perawat terkait dengan menyusui dan perawatan | <p>Pukul 11 : 30 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paudara klien tampak bengkok |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memberikan konseling menyusui dan perawatan payudara 3. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayinya dan manfaat perawatan payudara | <ol style="list-style-type: none"> 2. ASI klien masih tidak menetes 3. Bayi menghisap tidak terus menerus 4. Bayi masih menangis saat disusui <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan konseling perawatan payudara 2. Ajarkan perawatan payudara postpartum (breash care) 3. monitor pengeluaran ASI <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |
|--|--|---|

Catatan perkembangan hari kedua

| Masalah Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
|---------------------|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| Nyeri Akut | <p>Pukul : 14 : 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur skala nyeri 2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur yang cukup 4. Berkolaborasi dalam pemberian obat ketorolac 30mg melalui intra vena, asam tranex 500mg melalui intra vena, sepotaxim 40mg melalui intra vena 5. Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan | <p>Pukul : 15 : 00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih mengeluh nyeri (skala nyeri 4) <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih tampak meringis 2. Klien sudah tidak tampak gelisah 3. Klien masih sulit tidur 4. Klien masih tidak nafsu makan 5. Tanda-tanda vital : TD : 120/90 mmHg N : 96x/menit S : 36,5 °C RR : 18/menit <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji skala nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Kolaborasi pemberian analgetik 4. Periksa tanda-tanda vital <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nausea | <p>Pukul : 15 : 15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 2. Menganjurkan klien istirahat dan tidur yang cukup 3. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak | <p>Pukul : 15 : 45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh masih sedikit merasa mual 2. Klien mengatakan sudah sedikit nafsu makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak lagi tampak pucat 2. Denyut nadi pasien normal (96x/menit) <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan makanan dalam jumlah kecil tapi menarik 2. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak. <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |
| Gangguan Mobilitas Fisik | <p>Pukul : 16 : 15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan 2. Memantau mobilisasi sederhana yang telah dilakukan klien (duduk ditempat tidur) 3. Memantau kondisi klien selama melakukan mobilisasi | <p>Pukul : 16 : 45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih sedikit mengeluh nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan tidak lagi merasa cemas saat bergerak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik klien masih tampak lemah 2. Klien sudah bisa duduk ditempat tidur <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2. Monitor mobilisasi sederhana yang telah dilakukan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| Menyusui Efektif Tidak | Pukul : 17 : 00 WIB 1. Memberikan klien informasi tentang cara perawatan payudara 2. Mengajarkan perawatan payudara (breash care) kepada klien 3. Memantau keluarnya ASI klien | Pukul : 17 : 30 WIB S : - O : 1. Payudara klien tampak masih sedikit bengkak 2. ASI klien sudah menetes sedikit 3. Bayi menghisap masih tidak terus menerus 4. Bayi tidak nangis lagi saat disusui A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor perawatan payudara (breash care) yang telah dilakukan klien 2. Monitor pengeluaran ASI Perawat Desi Rahmawati |
|---------------------------|---|--|

Catatan perkembangan hari ketiga

| Masalah Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
|---------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Nyeri Akut | Pukul : 21 : 00 WIB 1. Mengukur skala nyeri 2. Menganjurkan klien istirahat dan tidur yang cukup 3. Berkolaborasi dalam pemberian obat ketorolac 30mg melalui intra vena, asam tranex 500mg melalui intra vena, sepotaxim 40mg melalui intra vena 4. Memeriksa tanda-tanda vital | Pukul : 21 : 30 WIB S : - O : 1. Klien tidak lagi mengeluh nyeri, klien tidak lagi memegang perutnya (skala nyeri 2) 2. Klien tidak tampak gelisah 3. Klien tidak sulit tidur 4. Klien sudah nafsu makan 5. Tanda-tanda vital : TD: 120/90 mmHg N : 96x/menit S : 36,5 °C RR: 18/menit A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi Perawat Desi Rahmawati |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Nausea | <p>Pukul : 12 : 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik tapi sering 2. Menganjurkan klien istirahat dan tidur yang cukup 3. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak | <p>Pukul : 12 : 45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah tidak mengalami mual 2. Klien mengatakan sudah nafsu makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak lagi tampak pucat 2. Denyut nadi pasien normal (96x/menit) <p>A :</p> <p>Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |
| Gangguan Mobilitas Fisik | <p>Pukul : 13 : 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2. Memonitor mobilisasi sederhana yang telah dilakukan klien(berpindah posisi dari tempat tidur ke kursi, dalam berjalan perlahan 3-4 langkah) 3. Memantau kondisi klien selama melakukan mobilisasi | <p>Pukul : 13 : 15 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan tidak lagi merasa cemas saat bergerak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik klien tidak lemah 2. Klien sudah mampu berpindah posisi dari tempat tidur ke kursi dan berjalan perlahan 3-4 langkah <p>A :</p> <p>Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |
| Menyusui tidak efektif | <p>Pukul : 13 : 35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau perawatan payudara (breash care) yang telah dilakukan klien 2. Memantau pengeluaran ASI klien | <p>Pukul : 14 : 55 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Payudara klien tidak lagi tampak bengkak 2. ASI klien sudah menetes banyak 3. Bayi menghisap terus menerus frekuensi kurang lebih 6 menit 4. Bayi tidak nangis lagi saat disusui dengan frekuensi menyusui 6x/hari |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>5. klien sudah bisa melakukan perawatan payudara secara mandiri</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">Perawat Desi Rahmawati</p> |
|--|--|---|