

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

1. Identitas pasien

Tanggal Pengkajian : 01 April 2019  
Nama Inisial Klien : Ny. W  
Umur : 38 tahun  
Alamat : Negara Ratu  
Status Pernikahan : Menikah  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Hindu  
Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

2. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Pasien datang ke Rumah Sakit pada tanggal 31 Maret 2019 jam 08.00 WIB, masuk ke ruang pondek dengan keluhan terasa mulas sejak kemarin riwayat sc 4 kali dan vakum 1 kali, pasien dilakukan operasi pada pukul 15.00 WIB karena Disproporsi Kepala Panggul

3. Keuhan Utama saat Pengkajian :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 1 April 2019 pukul 14.00 WIB. Klien mengatakan nyeri pada di perut bagian bawah post operasi sectio caesarea, klien mengatakan nyeri hilang timbul, klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan pergerakan, skala nyeri 5 (1-10), klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengatakan enggan untuk melakukan pergerakan, klien mengatakan belum menyusui bayinya, klien mengatakan ASI nya belum keluar, klien tampak

meringis, klien tampak gelisah, klien tampak berbaring ditempat tidur, klien tampak lemah, gerakan klien tampak terbatas, aktivitas klien tampak dibantu keluarga, payudara tampak bengkak dan putting menonjol, ASI tampak belum keluar, bayi tampak rewel.

## **B. Pengkajian Keperawatan**

### **1. Penampilan Umum**

Kesadaran klien composmentis dengan GCS normal 15 yaitu E4V5M6, tidak sianosis, akar hangat, turgor kulit elastis, klien tampak tidak rapih, tidak edema, tidak ada riwayat hipertensi, tidak ada riwayat diabetes melitus, tidak ada riwayat hipertiroid, tidak ada riwayat merokok, tidak ada riwayat penyakit, klien mempunyai riwayat pembedahan sebanyak 4 kali, tidak edema. Hasil tanda-tanda vital: tekanan darah 110/70 mmhg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,4°C.

### **2. Pengkajian Respirasi**

Pernapasan klien 20x/menit, tidak batuk, tidak ada suara napas tambahan baik wheezing maupun ronchi, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada sputum, tidak gelisah.

### **3. Pengkajian Sirkulasi**

Pengisian kapiler < 3 detik, klien tampak lelah, nadi 80 x/menit, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, tidak ada tanda-tanda perdarahan, tidak ada parestesia, dan tidak ada tanda bradikardi di maupun takikardi.

### **4. Pengkajian Nutrisi dan Cairan**

Berdasarkan hasil pengkajian pasien melaporkan merasa haus, berat badan klien 50 kg, klien tidak mengalami penurunan berat badan, tidak ada sariawan maupun gangguan menelan.

5. Pengkajian Eliminasi

Pada saat pengkajian klien terpasang kateter dengan volume urine 500 ml, klien mengatakan belum BAB, tidak ada disuria.

6. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengatakan enggan untuk melakukan pergerakan, gerakan klien terbatas, klien mengatakan hanya tidur sekitar 6 jam/hari, klien tidak menggunakan bantuan obat tidur, klien tampak lesu dan fisik lemah, kekuatan otot menurun, aktivitas klien di bantu oleh keluarga.

7. Pengkajian Neurosensori

Klien tidak mengeluh sakit kepala, tidak mengeluh sulit menelan, tidak batuk, klien tidak mengalami hematemesis dan klien mampu mengontrol pengeluaran saliva atau air liur.

8. Pengkajian Reproduksi dan Seksual

Pasien Post Sectio Caesarea, melahirkan anak ke 6, pengeluaran lokea banyak dan berwarna merah, tidak terjadi perdarahan.

9. Pengkajian Pasca Partum

Klien mengatakan belum menyusui bayinya, klien mengatakan ASI belum keluar, payudara bengkak dan nyeri saat disentuh, aerola dan puting tampak kotor, puting tampak meonjol.

10. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Klien mengeluh tidak nyaman karena nyeri di perut bagian bawah post operasi sectio caesarea, skala nyeri 5 (1-10), klien mengatakan nyeri hilang timbul, klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan pergerakan, klien tampak gelisah dan meringis, klien tidak mengeluh

gatal, tidak berkeringat dingin dan juga tidak menarik diri dari lingkungan sekitar.

#### 11. Pengkajian Psikologis

Klien tampak tegang dan gelisah, klien mengatakan khawatir karena ASI nya belum keluar. Klien dapat berkonsentrasi dan mengikuti instruksi perawat dengan baik, suara klien tidak bergetar, kontak mata baik. Klien tidak menangis, tidak marah, klien tidak panik.

#### 12. Pengkajian Tumbuh Kembang

Klien tidak mengalami pertumbuhan fisik yang terganggu, tidak primaturis, dan klien mengatakan tidak ada kelainan genetik.

#### 13. Pengkajian Kebersihan Diri

Klien tampak tirah baring sehingga klien tidak mampu mandi dan membersihkan diri saecara mandiri, klien mandi dengan cara di lap dengan kain basah oleh keluarganya.

#### 14. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Dari hasil pengkajian di peroleh hasil bahwa klien tidak kejang, turgor kulit elastis, pasien dalam kondisi pasca operasi ada luka sayatan sepanjang  $\pm 10$  cm, ada kemerahan pada kulit di area luka operasi ,kulit terasa hangat, pasien tidak menggigil, suhu klien 36,4 °C.

## 15. Pemeriksaan Laboratorium

**Tabel 3.1**

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny.W Dengan Persalinan Sectio Caesarea  
Di ruang Kebidanan Mayjend HM Ryacudu Tanggal 1-3 April 2019

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai normal
1	Hemoglobin	10,6 g/dl	11-16 gr/Dl
2	Leukosit	8,200 $\mu$ L	4.00 - 10.00 $\mu$ L
3	Trombosit	167 $\mu$ L	150 - 450 $\mu$ L
4	Eritrosit	4 $\mu$ L	3.50 - 5.00 $\mu$ L
5	Gula darah sewaktu	131 mg/dl	100 - 200 mg/dl

## 16. Pengobatan

## a. Tanggal 1 April 2019

- 1) Infus RL : 20 Tpm
- 2) Ceftriaxone : 500 g/12 jam (IV)
- 3) Injeksi ketorolak : 300 mg / 8 jam (IV)
- 4) Pemberian Asamefenamat : 1 tab / oral / 8 jam

**C. Analisa Data****Tabel 3.2**

Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Post Sectio Caesarea Terhadap Ny.W Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 1-3 April 2019

TGL/JAM NO DX	DATA	MASALAH
1/04/2019 18.30 I	<b>DS :</b> 1. Klien mengeluh nyeri di perut bagian bawah post	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)

	<p>sectio caesarea</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>3. Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>4. Klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis menahan luka post sectio caesarea</li> <li>2. Skala nyeri 5 (1-10)</li> <li>3. Klien tampak gelisah</li> </ol>	
<p>1/04/2019 19.00 <b>II</b></p>	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>2. Klien mengatakan enggan untuk melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak berbaring diatas tempat tidur</li> <li>2. Aktivitas klien tampak dibantu keluarga</li> <li>3. Gerakan klien tampak terbatas</li> <li>4. Klien tampak lemah</li> </ol>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri saat bergerak</p>
<p>1/04/2019 19.30 <b>III</b></p>	<p><b>DS :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan belum menyusui bayinya</li> <li>2. Klien mengatakan ASI nya belum keluar</li> </ol> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Payudara tampak bengkak</li> <li>2. Asi tampak belum kelua</li> <li>3. Bayi tampak rewel</li> </ol>	<p>Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak</p>

## D. Rencana Keperawatan

**Tabel 3.3**  
Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi Pada Neonatus  
Dengan Persalihan Sectio Caesarea Terhadap Ny.W Di Ruang Kebidanan RSD Mayjend HM Ryacudu  
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 1-3 April 2019

Diagnosa Keperawatan <b>1</b>	SLKI <b>2</b>	SIKI <b>3</b>
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<b>Tingkat Nyeri :</b> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	<b>Manajemen Nyeri :</b> 1. Identifikasi lokasi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik non farmokologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)
Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri saat bergerak	<b>Mobilitas Fisik :</b> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun	<b>Dukungan Mobilisasi :</b> 1. Identifikasi keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi 3. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6. Anjurkan mobilisasi dini 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi,

1	2	3
Menyusui tidak efektif b.d payudara bengkak	<b>Status Menyusui :</b> 1. Perlekatan bayi ada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Tetesan/pancaran ASI meningkat 4. Suplai ASI adekuat meningkat 5. Kepercayaan diri ibu meningkat 6. Kelelahan maternal menurun	berjalan sesuai toleransi) <b>Edukasi Menyusui :</b> 1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 2. Berikan konseling menyusui 3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Ajarkan perawatan payudara post partum ( mis. perawatan payudara)

## E. Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 3.4**

Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Pasien Post Sectio Caesrea terhadap Ny.W Di Ruang Kebidanan Di RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Hari Pertama, 01 April 2020

<b>NO. DX</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Evaluasi</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	<p>Pukul : 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengidentifikasi lokasi nyeri</li><li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li><li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>4. Memberikan teknik non farmokologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</li></ol>	<p>Pukul : 15.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien mengeluh nyeri di perut bagian bawah post sectio caesarea</li><li>2. Klien mengatakan nyeri timbul saat melakukan pergerakan</li></ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Klien tampak meringis</li><li>2. Klien mampu mengikuti yang diajarkan oleh perawat teknik relaksasi nafas dalam</li><li>3. Skala nyeri 5 (1-10)</li><li>4. Klien mampu mengenali kapan nyeri terjadi</li><li>5. Tanda-tanda vital<ol style="list-style-type: none"><li>a. TD : 110/70 mmHg</li><li>b. RR : 20x/m</li></ol></li></ol>

1	2	3
		<p>c. N : 80x/m d. S : 36,4<sup>0</sup>C</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Berikan teknik non farmokologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</li> </ol> <div style="text-align: right;">   <b>Sindi Dwi Apriani</b> </div>
2	<p>Pukul : 16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi</li> <li>3. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>6. Menganjurkan mobilisasi dini</li> </ol>	<p>Pukul : 16.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan takut ntuk melakukan pergerakan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/U lemah</li> <li>2. Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> <li>3. Saat memiringkan badan kekiri dan kekanan klien tampak dibantu keluarga</li> </ol>

1	2	3
	<p>7. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p>	<p>4. Kekuatan otot</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Ajarkan dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) ambulasi sederhana yang harus</li> </ol> <div style="text-align: right;">   <b>Sindi Dwi Aprian</b> </div>
3	<p>Pukul : 18.00 WIB 1. Mendukung ibu meningkatkan</p>	<p>Pukul : 18.30 WIB S :</p>

1	2	3
	<p>kepercayaan diri dalam menyusui</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memberikan konseling menyusui</li> <li>3. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>4. Mengajarkan perawatan payudara post partum ( pijat payudara)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan ASI belum keluar</li> <li>2. Klien mengatakan payudara terasa nyeri saat dilakukan pemijatan payudara</li> <li>3. Klien mengatakan belum menyusui bayinya</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mengerti yang diajarkan oleh perawat cara perawatan payudara</li> <li>2. Payudara tampak bengkak</li> <li>3. Klien belum paham dengan hal yang diajarkan oleh perawat</li> <li>4. Bayi tampak rewel</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>2. Berikan konseling menyusui</li> <li>3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</li> <li>4. Ajarkan perawatan payudara post partum ( pijat payudara)</li> </ol> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <b>Sindi Dwi Apriani</b> </div>

Hari kedua, 2 April 2019

<b>NO. DX</b>	<b>Implementas</b>	<b>Evaluasi</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	<p>Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmokologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</li> </ol>	<p>Pukul : 09.30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang</li> <li>2. Klien mengatakan masih terasa nyeri saat melakukan pergerakan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kliem mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri</li> <li>2. Klien tampak tampak meringis</li> <li>3. Skala nyeri 3 (1-10)</li> <li>4. Tanda –tanda vital               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TD :120/80 mmHg</li> <li>b. RR : 18x/m</li> <li>c. N : 86x/m</li> <li>d. S : 36<sup>0</sup>C</li> </ol> </li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Berikan teknik non farmokologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</li> </ol>

1	2	3
		 <b>Sindi Dwi Apriani</b>
2	<p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi</li> <li>3. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Mengajarkan dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) ambulasi sederhana yang harus</li> </ol>	<p>Pukul : 10.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah dapat miring kanan dan kiri secara mandiri</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/U sedang</li> <li>2. Klien tampak melakukan pergerakan miring kanan dan kiri</li> <li>3. Klien tampak duduk ditempat tidur dibantu oleh keluarga</li> <li>4. Kekuatan otot</li> </ol> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Monitor kondisi umum saat melakukan mobilisasi</li> <li>3. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>

1	2	3
		<p>5. Ajarkan dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) ambulansi sederhana yang harus</p> <div style="text-align: right;">   <b>Sindi Dwi Apriani</b> </div>
3	<p>Pukul : 11.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>2. Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat payudara)</li> </ol>	<p>Pukul : 12.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan ASI sudah mulai keluar sedikit-sedikit</li> <li>2. Klien mengatakan setelah dilakukan pijatan payudara, ASI mulai keluar</li> <li>3. Klien mengatakan sudah mulai menyusui bayinya</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Payudara tampak bengkak dan penuh</li> <li>2. ASI tampak keluar tapi belum banyak</li> <li>3. Bayi tampak menangis saat disusui</li> <li>4. Klien sudah mulai paham dengan hal yang diajarkan oleh perawat</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ol>

1	2	3
		<p data-bbox="1308 347 1998 416">2. Mengajarkan perawatan payudara post partum (pijat payudara)</p>  <p data-bbox="1711 576 1962 608"><b>Sindi Dwi Apriani</b></p>

Hari Ketiga, 3 April 2019

NO. DX	Implementasi	Evaluasi
1	2	
1	<p>Pukul :15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik non farmokologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</li> </ol>	<p>Pukul : 15.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah tidak nyeri diperut bagian bawah post operasi sectio caesarea</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien tampak rileks</li> <li>2. Skala nyeri 1 (1-10)</li> <li>3. Tanda-tanda vital               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TD : 120/70 mmHg</li> <li>b. RR : 20x/m</li> <li>c. N : 80xm</li> <li>d. S :36<sup>0</sup>C</li> </ol> </li> </ol> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <div style="text-align: right;">   <b>Sindi Dwi Apriani</b> </div>
2	<p>Pukul : 16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor kondisi umum saat melakukan</li> </ol>	<p>Pukul : 16.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah dapat berjalan</li> </ol>

1	2	3
2	<p>mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Mengajarkan dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) ambulasi sederhana yang harus</li> </ol>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. K/U baik</li> <li>2. Klien tampak sudah dapat berjalan ke kamar mandi sendiri</li> <li>3. Pergerakan bebas</li> <li>4. Kekuatan otot</li> </ol> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p> <div style="text-align: right;">   <b>Sindi Dwi Apriani</b> </div>
3	<p>Pukul : 17.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>2. Mengajarkan 4 posisi dan perlekatan yang benar</li> <li>3. Mengajarkan perawatan payudara post partum ( pijat payudara)</li> </ol>	<p>Pukul : 17.15 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan ASI sudah keluar</li> <li>2. Klien mengatakan menyusui bayinya dengan posisi miring ke kiri atau miring ke kanan</li> <li>3. Klien mengatakan bayi menyusu 8x/sehari</li> <li>4. Klien mengatakan bayi menyusu selama ± 5 menit</li> <li>5. Klien mengatakan merasa puas dengan proses menyusui</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mampu melakukan perawatan</li> </ol>

1	2	3
		<ol style="list-style-type: none"><li>2. payudara secara mandiri</li><li>3. Payudara sudah tidak bengkak</li><li>4. ASI tampak memancar</li><li>5. Bayi sudah tidak rewel</li><li>6. Bayi mampu refleks menghisap</li></ol> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p> <div style="text-align: right;"> <b>Sindi Dwi Apriani</b></div>