

**ASUHAN KEPERAWATAN MATENITAS PASIEN POST OP SC
DI RUANG MAWAR RSUD CILACAP**

PENGKAJIAN POST NATAL

Nama Mahasiswa : Aan Mansuroh, S.Kep	NIM
Tempat Praktek : RSUD Cilacap	Tanggal : 11 Agustus 2024

I. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Minggu, 11 Agustus 2024 pukul 11.30 di ruang Mawar RSUD Cilacap

a. Data Umum

1. Identitas Klien

Insial Klien : Ny L
Umur : 23 tahun 11 bulan
Alamat : Jl Penetasan bulupayung, Kesugihan
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Islam
Suku Bangsa : Jawa
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan terakhir : SMK

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn M
Umur : 25 tahun
Alamat : Jl Penetasan bulupayung, Kesugihan
Pekerjaan : Karyawan Swasta
Agama : Islam
Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1. Alasan masuk RS

Ny. L datang ke RS rujukan dari PKM Kesugihan 1 dengan G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu dengan PEB presbo dengan keluhan pandangan

kabur sejak 3 hari SMRS, tekanan darah tinggi sejak sebulan SMRS, kedua kaki odema sejak 1 minggu SMRS.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ny L mengatakan nyeri di area luka jahitan operasinya, Pasien mengatakan nyeri di area luka jahit dan bertambah ketika bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat, Nyeri terasa tertusuk-tusuk, di area jahitan luka perut post op SC, Skala nyeri 6, Nyeri terasa hilang timbul.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien memiliki riwayat asma dengan pengobatan rutin, terakhir kambuh pada usia kehamilan 7 bulan

c. Data kesehatan

1. Data Obstetri

Nifas hari ke 1 P1A0

Menarche : usia 14 tahun

Menstruasi : siklus 28 hari dengan lama perdarahan 6 hari dan Ny L mengatakan tidak mengalami disminore saat haid.

Status Anak

No	Tipe Persalinan	Jenis Kelamin	BB Lahir	Komplikasi	Umur anak
1	SC	Laki laki	2000 gr	PEB dengan Presbo	1 hari

2. Riwayat kehamilan Sekarang

Ny L mengatakan rutin memeriksakan kandungannya 4x di PKM, 3x di dokter spesialis kandungan dan 1x di bidan. Ny L mengatakan pada awal tidak ada masalah dalam kehamilannya hanya sering mual saat awal hamil, namun di usia kehamilan 7 bulan asma nya kambuh. Ny L mengatakan BB sebelum hamil 49 kg dengan TB 149 cm dan BB saat Hamil 60 kg.

3. Riwayat Persalinan Sekarang

Ny L melakukan persalinan secara SC atas indikasi impending eklampsia, preeklampsia berat, presentasi bokong, insersi IUD

4. Laporam Operasi

Dilakukan tindakan Operasi SCTP IUD cito atas indikasi impending eklampsia dan dilahirkan bayi berjenis kelamin laki laki pada pukul 22.17

tanggal 10 Agustus dengan BB : 2000 gram, PB : 44 cm LK/LD 34/28
Apgar score : 5/6 . Jumlah perdarahan selama operasi kira kira 200 ml.

5. Riwayat KB

Ny L belum menggunakan KB apapun sebelumnya

6. Rencana KB

Saat ini pasien menggunakan KB IUD yang dipasang pada saat operasi SC

d. Pola Fungsional Gordon

1. Pola penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum melahirkan : Ny L mengatakan memeriksakan kehamilannya di bidan dan puskesmas secara rutin serta ketika sakit Ny L berobat ke puskesmas.

Saat dikaji : Ny L mengatakan mematuhi anjuran dari dokter dan perawat terkait kesehatannya terkait proses pemulihan setelah melahirkan

2. Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum melahirkan : Ny L mengatakan sempat mengalami mual dan muntah saat awal kehamilan namun tidak berlangsung lama, Ny L mengatakan nafsu makannya baik. Makan 3x sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk pauk dan minum sebanyak 6-8 gelas sehari. BB sebelum Hamil 48 kg.

Saat dikaji : Klien mengatakan tidak mual dan tidak muntah, klien makan 3x sehari dengan porsi makanan RS dan menghabiskannya. Pasien mengatakan belum mengetahui tentang makanan apa saja yang harus dikonsumsi agar luka operasinya cepat membaik serta untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada ASI. BB saat hamil 60 kg

3. Pola Eliminasi

Sebelum melahirkan : Ny L mengatakan BAB 1 x sehari, BAK 5-6 x/hari pada kehamilan awal namun pada kehamilan sudah trisemester 3 Ny L sering BAK berwarna kuning jernih.

Saat dikaji : Ny L mengatakan belum BAB dan BAK menggunakan kateter urine

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Pola Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan minum		v			
Mandi				v	
Berpakaian		v			
BAB/BAK				v	
Mobilisasi				v	

Ket :

- 0 : Mandiri
- 1 : dengan bantuan orang lain
- 2 : dengan bantuan alat
- 3 : dengan bantuan alat dan orang lain
- 4 : ketergantungan penuh

5. Pola kognitif perseptual

Ny L mengatakan senang dan bersyukur akan kelahiran anaknya meskipun secara SC

6. Pola persepsi diri

Ny L mengatakan yakin luka operasi cepat membaik dan yakin bayinya sehat

7. Pola seksualitas dan reproduksi

Sebelum melahirkan : Ny L mengatakan selama hamil trisemester 1 dan 2 tidak melakukan hubungan seksual, hubungan seksual dilakukan pada trisemester 3

Saat dikaji : Ny L mengatakan suaminya mengerti tentang kondisinya sekarang dan tidak melakukan hubungan seksual karena sehabis operasi dan masih masa nifas

8. Pola mekanisme koping dan toleransi stress

Ny L mengatakan untuk menyelesaikan masalah akan berdiskusi dengan suami.

9. Pola istirahat dan tidur

Sebelum melahirkan : Ny L mengatakan dapat tidur dengan nyenyak 7-8jam/ 24 Jam.

Saat dikaji : Ny L mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka post operasi SC. Pasien tidur 5-6 jam.

10. Pola nilai dan keyakinan

Ny L beragama islam dan mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu dan berdoa agar bayi dan ibunya sehat.

11. Pola hubungan peran

Sebelum melahirkan : Ny L mengatakan berperan sebagai istri, melaksanakan peran sebagai istri dan melakukan pekerjaan rumah tangga, dan hubungan dengan anggota keluarga lainnya harmonis

Saat dikaji : Ny L mengatakan perannya sekarang bertamab menjadi ibu bagi anaknya

e. Data Psikososial

1. Adaptasi psikologis (Reva Rubin)

Ny L masih pada fase *Taking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Dibuktikan dengan Ny L mengeluh tidurnya kurang cukup karena masih merasa kelelahan dan nyeri post melahirkan secara SC

2. Bounding attachment

Bounding attachment pada Ny L masih pada tahap pengenalan, Ny L merasa sedih karena belum bisa bersama bayinya dikarenakan bayi Ny L dirawat di ruang perina ruangan yang berbeda dengan ibunya.

f. Pemeriksaan Fisik

1. Data Klinis

- a. Keadaan Umum : Cukup
- b. Kesadaran : CM
- c. Tanda Tanda vital : TD : 160/110 mmHg
N : 93x/menit
S : 36,6 C
RR : 20x/menit
SpO2 : 98%

2. Pemeriksaan fisik head to toe

- a. Kepala : Bentuk kepala mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi pada kulit kepala dan kulit bersih, tidak ada jejas dan nyeri tekan
- b. Rambut : Rambut pasien lurus dan berwarna hitam, rambut bersih tidak ada ketombe, rambut tidak rontok
- c. Mata : Kedua mata simetris, sklera tidak ikterik, konjunktiva tidak anemis, fungsi penglihatan masih baik.

- d. Hidung : Tidak ada pembesaran polip, simetris, bersih, tidak ada nafas cuping hidung
- e. Mulut dan tenggorokan : tidak ada stomatitis, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada caries, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.
- f. Telinga : Tidak ada serumen dan tidak ada gangguan pendengaran.
- g. Dada :
- Jantung
- Inspeksi : Dada simetris, Ictus cordis tidak nampak
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5 mid clavicula sinistra
- Perkusi : suara Pekak
- Auskultasi : Suara S1 dan S2 Reguler, tidak ada suara tambahan
- Paru
- Inspeksi : Simestris, tidak ada retraksi dinding dada
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus teraba seimbang
- Perkusi : Suara sonor
- Auskultasi : Suara nafas vesikuler
- h. Payudara : bentuk payudara simestris dengan puting menonjol, ASI sudah keluar namun sedikit
- i. Abdomen “
- Keaadaan : Lembek
- Fundus Uteri: Tinggi : 2 jari
- Posisi : dibawah pusar
- Kontraksi : keras
- j. Genetalia :
- Lochea
- Jumlah : Pasien menggunakan pembalut dengan durasi ganti pembalut setiap 3-5 jam sekali
 - Warna : merah gelap (Lochea rubra)
 - Konsistensi : kental
 - Bau : Menyengat seperti mesntruasi
 - REEDA :

R : kemerahan : agak kemerahan

E : bengkak : Sedikit bengkak

E : echimosis : Tidak

D : discharge : Tidak

A : aproximate : Baik

Hemoroid : Tidak ada

k. Ekstermitas : Tidak ada edema, tidak ada varises

Tanda Homan's : negatif

l. Integumen : tidak ada tanda tanda Chloasma

g. Data Penunjang dan terapi

1. Laboratorium (Tanggal 11 Agustus 2024)

Pemeriksaan Laboratorium	Hasil	Satuan
Hematologi		
Darah Rutin		
Hemoglobin	11,5	g/dL
Leukosit	14600	/uL
Hematokrit	36,6	%
Eritrosit	4,29	Juta/uL
Trombosit	194000	/uL
Index Eritrosit		
MCV	85,3	fL
MCH	26,9	pg
MCHC	31,5	%
RDW-CV	14,9	%
Kimia Klinik		
Fungsi Hati		
Albumin	3,30	g/dL
Elektrolit		
Natrium	133	mEq/L
Kalium	4,4	mEq/L
Klorida	9,8	mEq/L

2. USG (Tanggal 10 Agustus 2024)

Janin Tunggal hidup intrauterine presentasi bokong

Biometri sesuai usia kehamilan 38 minggu 5 hari

EFW 2225 gr FHR 150 bpm

Plasenta berinsersi di fundus

Air Ketuban Cukup

3. Terap

Inj Ketorlac 30 mg/8 jam

Lanjut asam mefenamat 3 x 500 mg

Drip Oxytosin 20 iu 20 tpm

MgSO₄ 1 gr/jam s/d 24 jam (Syring Pump jalan 5 cc/jam)

Cefixime 2 x 200 mg

Dopamet 3 x 500 mg jika TD >140/90 mmHg

Nifedipin 3 x 10 mg jika TD >160/110 mmHg

h. Data Bayi

Lahir Bayi tanggal 10 Agustus 2024 jam 22.17 WIB

Berat Badan 2000 gram, Panjang Badan 44 cm

Lingkar Kepala 34 cm, lingkar dada 28 cm

Kelainan : Tidak ada

ANALISIS DATA

TGL/JAM	SYMPTOM (DO & DS)	ETIOLOGI	PROBLEM
11/8/2024 11.30	DS : ✓ Ny L mengeluhkan nyeri di area luka jahitan post operasi P : Ny L mengatakan nyeri di area luka jahit dan bertambah ketika bergerak dan nyeri berkurang ketika istirahat Q : Nyeri terasa seperti tertusuk tusuk R : Di area jahitan luka perut pos op SC S : Skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul ✓ Ny L mengatakan sulit tidur karena nyeri DO : ✓ KU : Cukup, Kesadaran : CM ✓ Ny L tampak menahan nyeri ✓ Ny L tampak gelisah dan meringis menahan nyeri, dan bersikap potektif terhadap nyeri ✓ TTV : TD : 160/110 mmHg, N : 93x/menit S: 36,5 C RR : 20x/menit SpO ₂ : 98%	Agen Pencedera Fisik	Nyeri Akut (D.0077)
11/8/2024 11.30	DS : ✓ Ny L mengatakan produksi ASI nya masih sedikit ✓ Ny L mengatakan bayinya dirawat di ruang perina ✓ Ny L mengatakan belum pernah memerah ASI DO : ✓ ASI tidak menetes/memencar ✓ Payudara terasa keras	Ketidakadekuatan Suplai ASI	Menyusui Tidak Efektif (D.0029)
11/8/2024 11.30	DS : Pasien mengatakan nyeri pada daerah post SC DO : 1. terdapat kemerahan di daerah sekitar luka operasi	Efek prosedur operasi SC	Risiko infeksi (SDKI D.0142)

	2. Teraba hangat 3. Tampak sedikit bengkak		
--	---	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
2. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI
3. Risiko infeksi

INTERVENSI KEPERAWATAN

TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI (SDKI)	PARAF
11/8/24 11.40	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil.</p> <p>Tingkat nyeri (L.08068)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Keluhan nyeri menurun (5) ✓ Meringis menurun (5) ✓ Sikap Protektif menurun (5) ✓ Gelisah menurun (5) ✓ Kesulitan tidur menurun (5) 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat (foot massage)) 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9. Kolaborasi pemberian analgetik 	
11/8/24 11.40	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Keperawatan Menyusui Tidak Efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Status Menyusui (L.03029)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kemampuan Ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui 3. Berikan pendidikan Kesehatan tentang menyusui 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 5. Libatkan sistem pendukung: suami 6. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan 	

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tetesan/pancaran ASI meningkat (5) ✓ Suplai ASI adekuat meningkat (5) ✓ Kepercayaan diri ibu meningkat (5) 	<p>bayi</p> <p>7. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar</p> <p>8. Ajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>	
11/8/24 11.40	Risiko infeksi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kemerahan menurun ✓ Nyeri menurun ✓ Bengkak menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu 	

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TANGGAL/JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
11/8/2024 12.45	1,2,3	✓ Memonitor TTV	S : - O : KU : Cukup Kesadaran : CM TD : 119/81 mmHg N : 100x/menit S : 36,6 C RR : 20x/menit SpO2 : 98% TFU 2 jari di bawah pusat Kontraksi uterus keras	
11/8/2024 13.00	1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ✓ Mengidentifikasi skala nyeri ✓ Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ✓ Melakukan kolaborasi pemberian analgetik injeksi Ketorolac 30 mg 	<p>S : ✓ Ny L mengatakan nyeri pada luka jahitan post operasi SC, nyeri terjadi ketika bergerak dan berkurang ketika istirahat</p> <p>P : Nyeri dirasakan ketika bergerak atau aktivitas</p> <p>Q : nyeri terasa seperti ditusuk</p> <p>R : Nyeri bagian perut bawah luka jahitan operasi SC</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : ✓ Ny L terlihat meringis kesakitan</p>	
11/8/2024 13.10	2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi ✓ Mengidentifikasi tujuan dan keinginan menyusui ✓ Memonitor Pengeluaran ASI ✓ Menjelaskan manfaat menyusui bagi Ibu dan Bayi ✓ Berikan kesempatan untuk bertanya ✓ Melibatkan sistem pendukung: suami 	<p>S : ✓ Ny. L mengatakan ASI nya belum keluar banyak masih sedikit</p> <p>✓ Ny L mengatakan belum tau cara menyusui yang benar, cara memerah ASI yang benar dan manfaat menyusui</p> <p>✓ Ny L mengatakan bingung bagaimana cara menyusui anaknya yang terpisah ruangan dengan nya</p> <p>✓ Suami Ny L bertanya bagaimana cara</p>	

TANGGAL/JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
			agar ASI Ny L keluar banyak ✓ Payudara teraba keras ✓ ASI tidak menetes deras ✓ Ny L terlihat cemas dan khawatir O :	
11/8/2024 13.30	3	✓ Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya ✓ Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan ✓ Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	S : ✓ Ny L mengatakan takut bergerak karena sakit ✓ Ny L mengatakan nyeri jika bergerak ✓ Ny L mengatakan belum tau tujuan dan cara mobilisasi yang boleh dilakukan setelah tindakan operasi SC ✓ Ny L terlihat Bedrest ✓ Ny L tampak melakukan pergerakan sebatas kaki dan tangan O : ✓ Ny L terlihat masih lemah	
11/8/2024 14.30	1	✓ Memonitor efek samping penggunaan analgetik ✓ Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat (foot massage)) ✓ Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ✓ Menjelaskan strategi meredakan nyeri ✓ Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	S : ✓ Ny L mengatakan nyeri berkurang setelah diberi obat ✓ Ny L mau jika diberikan terapi pijat foot massage ✓ Ny L mengatakan badan rileks setelah dipijat ✓ Ny L mengatakan menjadi sedikit tau tentang penyebab dan pemicu nyeri setelah diberikan penjelasan ✓ Ny L mengatakan sedikit tahu sekarang cara meredakana nyeri ✓ Ny L mengatakan akan memonitor nyeri secara mandiri ✓ Ny L terlihat rileks ketika diberikan terpai foot message O :	

TANGGAL/JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ny L menyimak saat penjelasan tentang penyebab dan pemicu nyeri serta strategi menangani nyeri ✓ Keluhan meringis kesakitan berkurang 	
11/8/2024 14.45	2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memberikan pendidikan kesehatan tentang menyusui ✓ Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar ✓ Menajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin 	<p>S : <ul style="list-style-type: none">✓ Ny L mengatakan ingin tahu bagaimana cara agar ASI yang dihasilkan banyak✓ Ny L mengatakan bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang menyusui</p> <p>O : Ny L tampak memperhatikan penjelasan yang diberikan</p>	
11/8/2024 15.00		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengajukan melakukan mobilisasi dini ✓ Mengajarkan mobilisasi sederhana yg harus dilakukan 	<p>S : Ny L mengatakan setelah diberi obat ia mau melakukan mobilisasi miring kanan dan kiri</p> <p>O : Ny L tampak berbaring ke arah kanan kemudian bergantian miring ke arah kiri</p>	
11/8/2024 15.10		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik ✓ Memberikan perawatan kulit pada area oedema ✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dan mempertahankan teknik aseptik pada pasien. ✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa luka operasi dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. 	<p>S : Ny. L mengatakan nyeri pada daerah luka bekas operasi.</p> <p>O : Tampak luka sedikit bengkak dan kemerahan pada sekitar balutan, suhu tubuh = 36,6 °C dan suhu kulit daerah sekitar luka op = 37,3 °C</p> <p>O : Mengganti perban pada daerah luka insisi</p> <p>O : Ny. L tampak kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis</p>	

TANGGAL/JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
		✓ Kolaborasi pemberian antibiotik	O : Memberikan obat Cefixime 2 x 200 mg.	
12/8/2024 14.00	1,2,3	✓ Memonitor TTV	S : - O : KU : Cukup Kesadaran : CM TD : 110/70 mmHg N : 64x/menit S : 36,6 C RR : 20x/menit SpO2 : 98% TFU 3 jari dibawah pusar Kontraksi uterus keras	
12/8/2023 14.30	1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri dan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ✓ Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat (foot massage)) ✓ Menganjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri ✓ Melakukan kolaborasi pemberian analgetik Asam Mefenamat 500mg 	S : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ny L mengatakan nyeri sudah berkurang P : aktivitas dan istirahat Q : seperti ditusuk R : perut bawah bekas luka post operasi SC S : skala nyeri 3 T : Hilang timbul ✓ Ny L mengatakan merasa nyerinya berkurang setelah dilakukan foot massage dan minum obat pereda nyeri ✓ Ny L mengatakan suaminya menirukan memijat kaki semalam ketika Ny L merasa kesakitan ✓ Ny L tampak rileks dan lebih nyaman setelah dilakukan foot massage ✓ Keluhan meringis kesakitan sudah berkurang O :	
12/8/2024 15.00	2	✓ Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar	S : ✓ Ny L mengatakan ASI nya sudah mulai keluar dan sudah bisa pemerah ASI	

TANGGAL/JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) ✓ Melibatkan sistem pendukung: suami 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ny L mengatakan suaminya melakukan pijat oksitosin sesuai yang diajarkan kemaren ✓ ASI sudah keluar <p>O : ✓ Ny L mampu memerah ASI untuk bayinya di Ruang perina</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Payudara terasa lembek ✓ Ny L mempraktekan 4 posisi menyusui dengan menggunakan guling kecil 	
12/8/2024 15.30	3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anjurkan melakukan mobilisasi dini ✓ Ajarkan mobilisasi sederhana yg harus dilakukan 	<p>S : ✓ Ny L mengatakan sudah bisa duduk sendiri dan berdiri dengan bantuan orang lain</p> <p>O : ✓ Ny L tampak duduk di tempat tidur dengan kegiatan memerah ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ny L mampu makan dan minum secara mandiri 	
12/8/2024 15.40		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik ✓ Memberikan perawatan kulit pada area oedema ✓ Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dan mempertahankan teknik aseptik pada pasien. ✓ Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa luka operasi dan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. 	<p>S : Ny. L mengatakan nyeri pada daerah luka bekas operasi.</p> <p>O : Tampak luka sedikit bengkak dan kemerahan pada sekitar balutan, suhu tubuh = 36,6 °C dan suhu kulit daerah sekitar luka op = 36,7 °C</p> <p>O : Mengganti perban pada daerah luka insisi</p> <p>O : Ny. L tampak kooperatif dan memperhatikan penjelasan dari penulis</p>	

TANGGAL/JAM	NO DX	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
		✓ Kolaborasi pemberian antibiotik	O : Memberikan obat Cefixime 2 x 200 mg.	
13/8/2024 14.00	1,2,3	✓ Memonitor TTV	S : - O : KU : Cukup Kesadaran : CM TD : 131/87mmHg N : 73x/menit S : 36,6 C RR : 20x/menit SpO2 : 98%	
13/8/2024 14.15	1	✓ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri dan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ✓ Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat (foot massage))	S ; ✓ Ny L mengatakan nyeri sudah berkurang, kadang dilakukan aktivitas nyeri sudah tidak terasa P : aktivitas dan istirahat Q : seperti ditusuk R : perut bawah bekas luka post operasi SC S : skala nyeri 2 T : Hilang timbul ✓ Ny L mengatakan foot massage sangat membantu mengurangi rasa nyerinya O : ✓ Ekspresi meringis kesakitan sudah tidak ada	
13/8/2024 15.00	3	✓ Mengajarkan mobilisasi sederhana yg harus dilakukan	S : ✓ Ny L mengatakan sudah dapat berjalan pelan pelan sendiri O : ✓ Ny L sudah bisa berjalan sendiri di sekitar ruangan dan melakukan aktivitas dengan bantuan minimal	

EVALUASI TINDAKAN KEPERAWATAN

TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI (SOAP)	PARAF
11/8/2024 16.00	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik	<p>S : ✓ Ny L mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah diberi obat dan merasa rileks setelah dilakukan foot massage</p> <p>P : Aktivitas dan Bergerak</p> <p>Q : Seperti ditusuk tusuk</p> <p>R : Perut bagian bawah luka post operasi SC</p> <p>S : 4</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>✓ Ny L mengatakan sedikit tahu tentang penyebab dan pemicu nyeri, cara meredakan serta cara memonitor nyeri</p> <p>O : ✓ Keluhan meringis kesakitan berkurang</p> <p>KU : Cukup</p> <p>Kesadaran : CM</p> <p>TD : 119/81 mmHg</p> <p>N : 100x/menit</p> <p>S : 36,6 C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SpO2 : 98%</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri dan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>✓ Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat (foot massage))</p> <p>✓ Anjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>✓ Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>✓ Monitor TTV</p>	
11/8/2024 16.00	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	<p>S : ✓ Ny. L mengatakan ASI nya belum keluar banyak masih sedikit</p> <p>✓ Ny L mengatakan ingin tahu bagaimana cara agar ASI yang dihasilkan banyak dan cara menyusui yang benar</p> <p>O : ✓ ASI tidak menetes deras</p> <p>✓ Payudara teraba keras</p>	

		<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (<i>latch on</i>) dengan benar ✓ Ajarkan perawatan payudara post partum (memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin) ✓ Libatkan sistem pendukung: suami 	
11/8/2024 16.00	Risiko infeksi	<p>S : Ny L mengatakan nyeri dibagian luka bekas op.</p> <p>O : Bengkak pada luka post SC sudah berkurang dan kemerahan di sekitar balutan, suhu daerah sekitar luka operasi 37,3°C.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi dengan melakukan pencegahan infeksi dan pemberian antibiotik.</p>	
12/8/2024 16.00	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik	<p>S : ✓ Ny L mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>P : aktivitas dan istirahat</p> <p>Q : seperti ditusuk</p> <p>R : perut bawah bekas luka post operasi SC</p> <p>S : skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O : ✓ Ny L tampak rileks dan lebih nyaman setelah dilakukan foot massage</p> <p>✓ Keluhan meringis kesakitan sudah berkurang</p> <p>KU : Cukup</p> <p>Kesadaran : CM</p> <p>TD : 110/70 mmHg</p> <p>N : 64x/menit</p> <p>S : 36,6 C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SpO2 : 98%</p> <p>TFU 3 jari dibawah pusar</p> <p>Kontraksi uterus keras</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>A : Lanjutkan intervensi</p> <p>P : ✓ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri dan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>✓ Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat (foot massage))</p>	

		✓ Monitor TTV	
12/8/2024 16.00	Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI	S : ✓ Ny L mengatakan ASI sudah keluar deras ✓ Ny L mengatakan suami rutin melakukan pijat oksitosin O : ✓ ASI keluar deras ✓ Ny L sudah mampu memerah ASI A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi	
12/8/2024 16.00	Risiko infeksi	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan sudah bisa duduk sendiri dan berdiri dengan bantuan orang lain O : Luka post SC sudah tidak terlihat bengkak dan tidak kemerahan lagi, suhu daerah sekitar luka operasi 36,9°C. A : Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi dengan pemberian antibiotik.	
13/8/2024 16.00	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik	S : ✓ Ny L mengatakan nyeri sudah berkurang, kadang dilakukan aktivitas nyeri sudah tidak terasa P : aktivitas dan istirahat Q : seperti ditusuk R : perut bawah bekas luka post operasi SC S : skala nyeri 1 T : Hilang timbul O : ✓ Ekspresi merimgis kesakitan sudah tidak ada KU : Cukup Kesadaran : CM TD : 121/90 mmHg N : 80 x/menit S : 36,6 C RR : 20x/menit SpO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P Lanjutkan intervensi perawatan ✓ Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat (foot massage))	

PERMOHONAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : AAN MANSUROH
NIM : 41121232029
No. HP : 0813-4100-0736
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Ny. L post Sectio caesarea dengan Menerapkan Mobilisasi Dini Untuk Menurunkan Nyeri di RSUD Cilacap

Bermaksud akan melakukan kegiatan penelitian sebagai rangkaian studi saya Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap. Dalam penelitian ini, peneliti tidak bekerja sendiri melainkan dibantu oleh asisten penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk MENERAPKAN Mobilisasi Dini Untuk Menurunkan Nyeri. Peneliti mohon kesediaan ibu untuk menjadi anaknya menjadi pasien kelolaan dalam studi kasus ini. Tindakan ini semata-mata hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan saja tanpa maksud lain dan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian penjelasan saya sampaikan, atas bantuan, dukungan dan kesediaan ibu, peneliti ucapkan terima kasih.

Peneliti

AAN MANSUROH
NIM. 41121232029

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : AAN MANSUROH
NIM : 41121232029

Untuk mengisi daftar pertanyaan penelitian yang diajukan oleh mahasiswa Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap tanpa prasangka dan paksaan. Jawaban yang diberikan hanya semata-mata untuk keperluan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan kami buat.

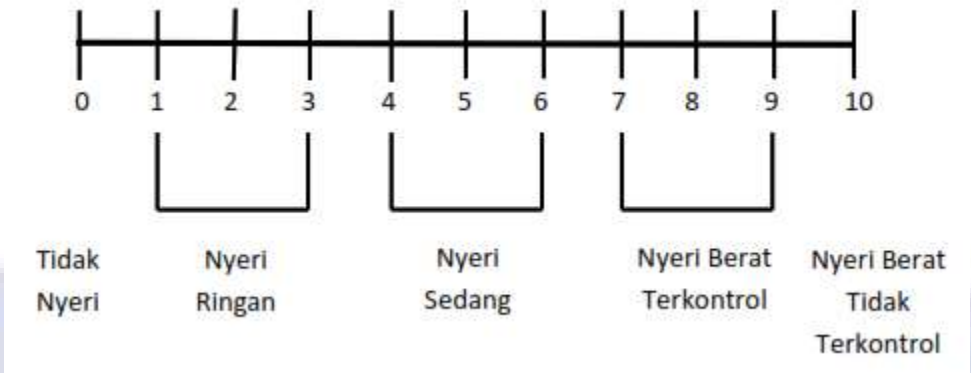
Cilacap, 2024
Pasien Kelolaan

.....

INSTRUMEN PENELITIAN SKALA PENGUKURAN NYERI

Tanggal Pengkajian:.....

Petunjuk : Lingkarilah nomor/skala yang sesuai dengan yang anda rasakan dengan patokan 0 untuk tidak nyeri dan 10 untuk nyeri sangat hebat.



Skala Numerik atau Numerical Rating Scale (NRS)

- Keterangan :
- 0 : Tidak Nyeri
 - 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
 - 4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
 - 7-9 : Nyeri berat terkontrol : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.
 - 10 : Nyeri berat tidak terkontrol : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Lampiran-5 SOP Terapi Mobilisasi Dini

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP) MOBILISASI DINI
PENGERTIAN	Mobilisasi dini post sectio caesarea adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan sectio caesarea.
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none">1. Mempercepat penyembuhan luka2. Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi3. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli4. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit
INDIKASI	Pasien dengan post sectio caesarea
PRA INTERAKSI	<ol style="list-style-type: none">1. Berikan salam, panggil klien dengan namanya2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien/ keluarga3. Jelaskan tujuan tindakan kepada pasien / keluarga4. Minta persetujuan pasien5. Jaga privacy klien
PELAKSANAAN	<ol style="list-style-type: none">1. Tahap pra interaksi<ol style="list-style-type: none">a. Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakanb. Melihat data atau riwayat SC pasienc. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawatd. Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dinie. Mencuci tangan2. Tahap orientasi<ol style="list-style-type: none">a. Memberikan salam dan memperkenalkan dirib. Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktuc. Menjelaskan tujuan dan prosedurd. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien3. Tahap kerja Pada 6 jam pertama post SC<ol style="list-style-type: none">a. Menjaga privasi pasienb. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenangc. Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menitd. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku

	<p>selama setengah menit</p> <ul style="list-style-type: none">e. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atasf. Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kalig. Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki <p>Pada 6-10 jam berikutnya</p> <ul style="list-style-type: none">a. Latihan miring kanan dan kirib. Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain <p>24 jam post SC</p> <ul style="list-style-type: none">a. Posisikan semi fowler 30-400 secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahanb. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk <p>Hari ke 2 post SC</p> <ul style="list-style-type: none">a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan <p>Hari ke 3 post SC</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantaib. Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur.
EVALUASI DAN TINDAK LANJUT	<ul style="list-style-type: none">1. Melakukan evaluasi tindakan2. Menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga3. Salam terapeutik dengan klien4. Mencuci tangan

Lampiran-6 Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI MOBILISASI DINI
(Diisi oleh Peneliti)

No. Resp. :
Inisial Resp. :

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Pasien pada 6 jam pertama post operasi mampu:		
a.	Menekuk dan meluruskan lengan tangan kanan di atas tempat tidur		
b.	Menekuk dan meluruskan lengan tangan kiri di atas tempat tidur		
c.	Menekuk dan meluruskan lutut kaki kiri di atas tempat tidur		
d.	Menekuk dan meluruskan lutut kaki kanan di atas tempat tidur		
e.	Meluruskan kedua tangan di atas kepala di tempat tidur		
2	Pasien pada 12 jam post operasi mampu melakukan posisi miring kiri dan miring kanan selama 5 menit		
3	Pasien 24 jam pertama post operasi mampu duduk dengan bersandar dengan posisi semi flower 30° - 40 °		
4	Hari Ke-2 Post OP duduk secara mandiri dan perlahan kaki diturunkan		
5	Hari ke 3 post SC: Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai		
6	Hari ke 3 post SC: Berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga		