

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal Masuk : 21-10-2024 Tanggal Pengkajian : 21-10-2024
Jam Masuk : 04.55 wib Jam Pengkajian : 15.00 wib
Tempat : R. Drupadi II RSUD Jombang

4.1 Pengkajian

A. Data Subjektif

1. Biodata

Ibu	Penanggung Jawab
Nama : Ny. Y	Nama : Tn. R
Umur : 36 tahun	Umur : 40 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jombang	Alamat : Jombang

2. Alasan Utama/Alasan Masuk : Pasien mengatakan pada saat dirumah keluar lendir darah dari vagina pada tanggal 20-10-2024 pukul 22.00 dan perut terasa kencengkenceng namun tidak ada cairan yang merembes. Kemudian pasien datang ke IGD RSUD Jombang tanggal 21-10-2024 jam 04.55 rujukan dari Puskesmas Sumobito

dengan G2 P1001 Ab000 Uk 38/39 Mgg dengan THIU Letsu, Secondary Arrest e.c Power, Inpartu Kala I Fase Aktif, U>35 tahun, Skrining HPP (+), Skrining Asfiksia (+), PEB dan DM Gestasional, TBJ 2600gr. Pasien di pindahkan ke kamar bersalin pada pukul 07.00 wib di dapatkan pemeriksaan TD 160/100 mmHg dan denyut jantung janin 134x/menit serta HIS 10 menit 3x lama 40 detik, TFU 30 cm, dari hasil VT : 8 cm/50%/KET+/BOK/H-1, dan pada pukul 09.00 wib pasien menjalani operasi SC CITO. Kemudian pasien kembali ke ruangan pada pukul 10.30 wib. Keluhan utama yang di sampaikan pada saat melakukan pengkajian adalah terasa nyeri pada luka post operasi dengan skala 7, nyeri seperti tersayat, dan nyeri hilang timbul, semakin terasa nyeri ketika pasien bergerak.

3. Riwayat Menstruasi

- a. Menarche : usia 12 tahun
- b. Siklus : teratur, 28-30 hari
- c. Lama menstruasi : 5-7 hari
- d. Banyaknya ganti pembalut : 4-5 kali/hari
- e. Disminorea/tidak : disminorea

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Anak ke-	Tgl Lahir/Umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB	Keadaan	Keadaan	Laktasi
1	19-07-2021/3 tahun	38 mgg	Normal	Bidan	Bidan	Tidak	Tidak	50/3,5	Sehat	Sehat	Menyusui

5. Riwayat Persalinan Sekarang

- a. Tanggal/jam persalinan : 21-10-2024 / 09.00 wib
- b. Tempat persalinan : ruang operasi RSUD Jombang
- c. Penolong Persalinan : dokter
- d. Jenis persalinan : SC
- e. Komplikasi : px tidak mengalami komplikasi saat proses persalinan
- f. Keadaan Plasenta : utuh dan lengkap
- g. Tali pusat : utuh dengan panjang kurang lebih 50 cm
- h. Lama persalinan
 - 1) Kala I : 11 jam
 - 2) Kala II : 30 menit
 - 3) Kala III : 5 menit
 - 4) Kala IV : 2 jam post partum
- i. Jumlah Perdarahan : 250-300 ml
- j. Bayi
 - 1) BB : 3040 gram
 - 2) PB : 50 cm
 - 3) Apgar Score : 7-8
 - 4) Cacat bawaan : tidak ada
 - 5) Masa gestasi : 38-39 minggu

6. Riwayat Kesehatan Sekarang/yang lalu

- a. Jantung : px tidak memiliki riwayat penyakit jantung
- b. Hipertensi : px memiliki riwayat hipertensi
- c. Diabetes Melitus : px memiliki riwayat diabetes mellitus
- d. Ginjal : px tidak memiliki riwayat penyakit ginjal
- e. Asma : px tidak memiliki riwayat penyakit asma
- f. Hepatis : px tidak memiliki riwayat hepatitis
- g. Lain-lain : px tidak memiliki riwayat penyakit herpes

7. Riwayat KB : pasien mengatakan akan memakai KB IUD sekalian di pasang pada saat SC

8. Status Sosial dan Ekonomi

- a. Status perkawinan : kawin, jumlah : 1x
- b. Lama menikah : 4 tahun
- c. Umur menikah pertama kali : 32 tahun
- d. Kehamilan ini : di rencanakan
- e. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : senang
- f. Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami

9. Riwayat Psikososial

- a. Taking in : saat ini pasien pada fase taking in, pasien masih berfokus pada diri sendiri (nyeri post op) dan masih bergantung kepada orang lain untuk merawat bayi

b. Taking hold : -

c. Letting Go : -

10. *Activity Daily Living* (ADL)

a. Pola Makan & Minum

Frekuensi : setelah SC pasien belum boleh makan dan minum

Jenis : di RS px mendapatkan diet RKTPRG 2000 kkal

Porsi : 3x/hari

b. Pola Istirahat

Tidur siang : 1 jam

Tidur malam : 5-6 jam

Keluhan : tidak ada

c. Pola Eleminasi

BAB : setelah operasi px mengatakan belum BAB

BAK : setelah operasi pasien terpasang DC dengan output urine 700 cc berwarna kuning jernih

d. Persinal Hygiene

Mandi : setelah SC px hanya di seka

Ganti pakaian dan pakaian dalam : 1-2 kali/hari

e. Mobilisasi

Px mengatakan masih kesulitan untuk bergerak karena terasa nyeri pada luka SC utamanya saat bergerak dengan skala nyeri 7.

f. Aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT

Keluhan : tidak ada

Hubungan seksual : 1-2x/minggu

g. Menyusui

Keluhan : tidak ada, karena ASI pasien sudah keluar sedikit demi sedikit

h. Kebiasaan Hidup

Merokok : pasien tidak merokok

Minum minuman keras : pasien tidak mengonsumsi minuman keras

Konsumsi obat terlarang : pasien tidak mengonsumsi obat terlarang

Minum jamu : pasien tidak minum jamu

B. Data Objektif

1. Keadaan Umum : baik, pasien masih tampak sedikit lemas

Tingkat Kesadaran : compos mentis, GCS 456

2. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 140/85 mmHg

Nadi : 123x/menit

Suhu : 36,6°C

Respirasi : 20x/menit

Tinggi badan : 150 cm

Berat badan : sebelum hamil 55 kg, kenaikan BB selama hamil 9kg

LILA : 25 cm

3. Pemeriksaan Fisik

Postur tubuh : baik

Kepala : bulat, simetris, tidak ada lesi dan benjolan

Rambut : berwarna hitam, penyebaran merata, tidak ada ketombe, tidak berbau

Wajah : simetris, konjungtiva an anemis, sclera berwarna putih

Hidung : bersih, tidak terdapat polip, tidak terdapat secret

Gigi dan mulut : gigi pasien tampak bersih dan lengkap, mukosa bibir lembab

4. Leher

Kelenjar tiroid : tidak ada pembesaran

Kelenjar lymphe : tidak ada pembesaran

5. Payudara

Bentuk : bulat

Keadaan putting susu : menonjol

Areola : hiperpigmentasi

Colostrum : belum keluar

6. Abdomen

Linea nigra : terjadi hiperpigmentasi pada linea nigra

Bekas luka/operasi : terdapat bekas luka SC pada abdomen bawah sepanjang 10-13 cm secara horizontal, luka SC terbalut plester Opsite dengan kondisi bersih dan kering. Pasien mengatakan terasa nyeri pada area luka operasi dengan skala 7,

nyeri seperti tersayat, nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis dan bersikap protektif menghindari posisi nyeri.

7. Genetalia

- a. Varises : tidak terjadi varises pada vagina
- b. Oedema : tidak terjadi oedema pada vagina
- c. Pembesaran kelenjar bhartolini : tidak terjadi pembesaran
- d. Pengeluaran pervaginam : terdapat pengeluaran pervaginam berupa lochea rubra (100-150 ml)
- e. Bekas luka/jahitan perineum : tidak ada
- f. Bau : bau lochea pasien sedikit amis/anyir
- g. Anus : tampak bersih
- h. Hemoroid/tidak : tidak terdapat hemoroid

8. Tangan dan kaki

- a. Simestris/tidak : kondisi kedua tangan dan kaki pasien simetris
- b. Oedema : tidak ada edema
- c. Varises : tidak terdapat varises pada ekstremitas bawah
- d. Pergerakan : pergerakan px masih terbatas karena terasa semakin nyeri pada area luka SC jika pasien bergerak

C. Pemeriksaan Penunjang

USG 21-10-2024 RSUD Jombang

S/T/H

Biometeri ~ 36/37 mmm

EFW 2.668 gr

Placenta Corpus Anterior =/ Gr III/ ketuban cukup

Laboratorium 21-10-2024

UL

Protein 2+

GDS 205 mg/dL

Laboratorium 21-10-2024 RSUD Jombang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hemoglobin	14.2	g/dL	11.7-15.5
Leukosit	15.45	$10^3/\text{ul}$	3.6 - 11
Hematokrit	42.4	%	35-47
Eritrosit	5.13	$10^6/\text{ul}$	3.8-5.2
MCV	82.7	fl	82-92
MCH	27.7	pg	27-31
MCHC	33.5	g/l	31-36
RDW-CV	16.3	%	11.5-14.5
Trombosit	342	$10^3/\text{ul}$	150-440
Eosinofil	1	%	2-4
Batang	-	-	3-5
Segmen	71	%	50-70
Limfosit	23	%	25-40
Monosit	5	%	2-8

D. Terapi Farmakologi

Pre Operasi

- Inj. IV MgSO₄ 4 gr initial dose, di lanjutkan SP MgSO₄ 1 gr/jam (IV) maintenance selama 1x24 jam
- Infus RL 1500 cc/ 24 jam
- Tab. Kalsium Laktat 2x500 mg (PO)
- Tab. Sulfat Ferrous 2x200 mg (PO)
- Tab. Metildopa 3x250 mg (PO)
- Tab. Nifedipine 3x10 mg (PO) bila TD diastole lebih dari 85 mmHg

Post Operasi

- Infus sterofundin 1000cc/24 jam

- Infus RD5 500cc/24 jam
- Inj. IV dexketoprofen 50mg/8 jam
- Inj. IV granisentron 1x3 mg
- Tab. Paracetamol 4x500 mg (PO)
- Inj. IV MgSO4 40% s/d 24 jam Post SC s/d jam 19.30
- Drip 2 amp oksitosin dalam RL 500cc/24 jam
- Inj. IV Asam Tranexamat 3x500 mg
- Inj. IV Metamizole 3x1 gr
- Inj. IV Metoclopramide 3x10 mg

4.2 Analisa Data

Tabel 4. 1 Analisa Data Pasien Post Partum SC

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengeluh terasa nyeri pada luka post operasi dengan skala 7 serta semakin terasa nyeri ketika pasien bergerak</p> <p>Data Objektif</p> <p>1. P : luka operasi Q : tersayat R : perut bagian bawah S : 7 T : hilang timbul dan semakin terasa nyeri ketika pasien mencoba bergerak</p> <p>2. Pasien tampak meringis menahan nyeri ketika bergerak</p> <p>3. Pasien tampak bersikap protektif menghindari posisi nyeri</p> <p>4. TD : 140/85 mmHg Nadi: 123x/menit Suhu : 36,6°C RR : 20x/menit</p>	<p>Tindakan operasi SC</p> <p>↓</p> <p>Terjadi trauma pada abdomen</p> <p>↓</p> <p>Terdapat luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Mengeluarkan mediator nyeri (prostaglandin, bradikinin)</p> <p>↓</p> <p>Terjadi respon nyeri</p> <p>↓</p> <p>MK : Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut (D.0077)

No.	Data	Etiologi	Masalah
2.	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada perut bagian bawah</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. Adanya balutan luka SC pada abdomen bawah pasien dengan panjang 10-13 cm, balutan luka tampak bersih dan kering</p> <p>2. Leukosit 15.450 (N= 4.000-11.000)</p> <p>3. S : 36,6°C</p>	<p>Tindakan operasi SC</p> <p>↓</p> <p>Terdapat luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Berpotensi sebagai <i>post de entry</i> kuman dan mikroorganisme</p> <p>↓</p> <p>MK : Resiko Infeksi</p>	Resiko Infeksi

4.3 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian, diketahui bahwa diagnosis keperawatan yang dapat di angkat yaitu :

1. (D.0077) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur operasi) di tandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat.
2. (D.0142) Resiko Infeksi berhubungan di tandai dengan efek prosedur invasif.

4.4 Intervensi Keperawatan



Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan Pasien Post Partum SC



Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
<p>Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat.</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non-verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu



Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
(D.0142) Resiko infeksi d.d efek prosedur invasive	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: a. Nyeri menurun b. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (1.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 2. Batasi jumlah pengunjung dan petugas 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan Edukasi : 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi




4.5 Implementasi Keperawatan


Tabel 4. 3 Implementasi Keperawatan Pasien Post Partum SC





Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
(D.0077) Nyeri Akut	21-10- 2024	16.00	<p>Mengukur TTV dan melakukan observasi terhadap nyeri yang di rasakan oleh pasien termasuk mengobservasi respon nyeri non verbal yang tampak pada pasien.</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 135/80 mmHg</p> <p>N : 115x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,8C</p> <p>P : tindakan operasi</p> <p>Q : tersayat</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : 7</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Pasien tampak meringis ketika bergerak, bersikap protektif menghindari nyeri.</p>	 Annisa
(D.0077) Nyeri Akut	21-10- 2024	16.10	<p>Memberikan penjelasan kepada pasien terkait strategi atau cara yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, yaitu dapat dengan melakukan mobilisasi dini pasca operasi secara bertahap, dengan di kombinasikan aromaterapi lavender selama 20 menit dengan diffuser.</p>	 Annisa


Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
			Hasil : Pasien kooperatif, pasien mengatakan dapat memahami penjelasan perawat dengan baik.	
(D.0077) Nyeri Akut	21-10- 2024	16.15	<p>Memberikan dan mengajarkan kepada pasien mengenai teknik non farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri, yaitu dengan mobilisasi dini yaitu miring kanan dan miring kiri dengan di kombinasikan aromaterapi lavender selama 20 menit, melalui diffuser yang di letakkan pada ruangan tersebut, 4 jam sebelum diberikan terapi farmakologi. Latihan bergerak karena kemungkinan ada kelemahan otot karena efek anestesi.</p> <p>Hasil : Pasien kooperatif dan pasien dapat melakukan teknik mobilisasi dini dengan benar saat di damping perawat maupun saat pasien mempraktikkan secara mandiri.</p>	 Annisa
(D.0077) Nyeri Akut	21-10- 2024	16.35	<p>Mengukur TTV pasien dan mengevaluasi keluhan nyeri pasien setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini kombinasi aromaterapi lavender</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 138/83 mmHg</p> <p>N : 119x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,8C</p> <p>P : tindakan operasi</p> <p>Q : tersayat</p> <p>R : perut bagian bawah</p>	 Annisa



Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
			<p>S : 6</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Pasien mengatakan menjadi sedikit lebih rileks setelah diberikan aromaterapi lavender , pasien juga mengatakan masih terasa nyeri, dan pasien tampak meringis serta bersikap protektif menghindari nyeri.</p>	
(D.0142) Resiko Infeksi	21-10- 2024	17.25	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi pada area balutan luka pasien dan meminta keluarga untuk selalu menjaga kebersihan dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Hasil : tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada balutan luka pasien, balutan luka tampak bersih dan kering, keluarga pasien kooperatif dan memahami penjelasan perawat dengan baik. Total skor REEDA yaitu 0</p>	 Annisa
(D.0142) Resiko Infeksi	21-10- 2024	17.30	<p>Menganjurkan pasien dan keluarga untuk membatasi jumlah kunjungan keluarga atau kerabat dan berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jenis diet yang akan diberikan kepada pasien sesuai kondisinya</p> <p>Hasil : pasien dan keluarga memahami penjelasan perawat dan bersedia untuk melakukan anjuran yang telah diberikan, selama di rumah sakit pasien mendapatkan diet RKTTPRG 2000 kkal</p>	 Annisa
(D.0077)	21-10- 2024	20.00	<p>Menginjeksikan obat metamizole 1 gr per iv kepada pasien</p>	


Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
Nyeri Akut			Menginjeksikan Metoclopramide 10 mg per iv Menginjeksikan Asam Tranexamat 500 mg Hasil : injeksi lancar, pasien mengatakan sedikit terasa sakit saat obat di injeksikan	 Annisa
(D.0077) Nyeri Akut	22-10-2024	08.00	Mengukur TTV dan melakukan observasi terhadap nyeri yang di rasakan oleh pasien termasuk mengobservasi respon nyeri non verbal yang tampak pada pasien Hasil : TD : 135/80 mmHg N : 115x/menit RR : 20x/menit S : 36,8C P : tindakan operasi Q : tersayat R : perut bagian bawah S : 5 T : hilang timbul Pasien tampak sesekali meringis ketika bergerak menahan nyeri dan sikap protektif mulai berkurang.	 Annisa
(D.0077) Nyeri Akut	22-10-2024	08.05	Memberikan dan mengajarkan kepada pasien mengenai teknik non farmakologis yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri yaitu dengan mobilisasi dini yaitu latihan duduk baik di sanga maupun tidak, pasien mulai melakukan latihan turun	

Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
			<p>dari tempat tidur dan memulai untuk berjalan dibantu perawat dengan di kombinasikan aromaterapi lavender selama 20 menit melalui diffuser yang di letakkan pada ruangan tersebut, 4 jam sebelum diberikan terapi farmakologi.</p> <p>Hasil : Pasien kooperatif dan pasien dapat melakukan teknik mobilisasi dini dengan benar dan dibantu oleh perawat.</p>	Annisa
(D.0077) Nyeri Akut	22-10- 2024	08.25	<p>Mengukur TTV pasien dan mengevaluasi keluhan nyeri pasien setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini kombinasi aromaterapi lavender</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 132/81 mmHg</p> <p>N : 115x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,8C</p> <p>P : tindakan operasi</p> <p>Q : tersayat</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : 4</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan mobilisasi dini serta kombinasi aromaterapi lavender, meringis dan sikap protektif mulai berkurang.</p>	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
(D.0077) Nyeri Akut	22-10- 2024	10.00	Melepas kateter pasien Hasil : pasien tampak meringis kesakitan dilepas kateter	 Annisa
(D.0077) Nyeri Akut	22-10- 2024	12.00	Memberikan obat oral paracetamol 1000 mg, SF 1 tablet, nifedipine 10 mg, Furosemide 40 mg Hasil : pasien kooperatif mau meminum obat	 Annisa
(D.0142) Resiko Infeksi	22-10- 2024	12.05	Memonitor tanda dan gejala infeksi pada area balutan luka pasien Hasil : tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada balutan luka pasien, balutan luka tampak bersih dan kering, tidak terdapat rembesan darah maupun cairan. Total skor REEDA yaitu 0	 Annisa
(D.0077) Nyeri Akut	23-10- 2024	08.00	Mengukur TTV dan melakukan observasi terhadap nyeri yang di rasakan oleh pasien termasuk mengobservasi respon nyeri non verbal yang tampak pada pasien Hasil : TD : 130/82 mmHg N : 98x/menit RR : 20x/menit S : 36,8C P : tindakan operasi	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
			<p>Q : tersayat</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : 4</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Pasien tampak meringis berkurang, dan sikap protektif berkurang.</p>	
(D.0077) Nyeri Akut	23-10- 2024	08.10	<p>Memberikan dan mengajarkan kepada pasien mengenai teknik non farmakologis yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri yaitu dengan mobilisasi dini berjalan secara mandiri tanpa bantuan, dengan di kombinasikan aromaterapi lavender selama 20 menit melalui diffuser yang di letakkan pada ruangan tersebut.</p> <p>Hasil : Pasien kooperatif dan pasien dapat melakukan teknik mobilisasi dini dengan benar secara mandiri</p>	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
(D.0077) Nyeri Akut	23-10- 2024	08.30	<p>Mengukur TTV pasien dan mengevaluasi keluhan nyeri pasien setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini kombinasi aromaterapi lavender</p> <p>Hasil :</p> <p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S : 36,8C</p> <p>P : tindakan operasi</p> <p>Q : tersayat</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan mobilisasi dini serta kombinasi aromaterapi lavender, meringis dan sikap protektif mulai berkurang.</p>	 Annisa
(D.0142) Resiko Infeksi	23-10- 2024	09.30	<p>Mengganti balutan luka SC pasien dan memonitor tanda- tanda infeksi pada area luka pasien</p> <p>Hasil : kondisi luka pasien baik, tidak terdapat rembesan darah atau cairan, tidak ada kemerahan, dan luka sudah dibalut dengan opsite yang baru dengan kondisi bersih dan kering. Total skor REEDA yaitu 0</p>	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan TTD
(D.0142) Resiko Infeksi	23-10- 2024	09.45	Menganjurkan pasien meningkatkan konsumsi makanan yang mengandung rendah kalori, tinggi protein dan rendah garam (RKTPRG) serta menganjurkan pasien untuk kontrol jahitan tepat waktu sesuai dengan jadwal yang telah diberikan Hasil : pasien kooperatif dan memahami penjelasan perawat, pasien bersedia untuk control sesuai dengan jadwal yang sudah ada.	 Annisa

4.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 4 Evaluasi Keperawatan Pasien Post Partum SC

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan Jam		
		21-10-2024 (19.00 wib)	22-10-2024 (14.30 wib)	23-10-2024 (12.30 wib)
1.	(D.0077) Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat.	S : pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi O : TD : 138/83 mmHg N : 119x/menit RR : 20x/menit S : 36,8C P : tindakan operasi Q : tersayat	S : pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi mulai berkurang O : TD : 132/81 mmHg N : 115x/menit RR : 20x/menit S : 36,8C P : tindakan operasi Q : tersayat R : perut bagian bawah	S : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O : TD : 130/80 mmHg N : 92x/menit RR : 20x/menit S : 36,8C P : tindakan operasi Q : tersayat

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan Jam		
		21-10-2024 (19.00 wib)	22-10-2024 (14.30 wib)	23-10-2024 (12.30 wib)
		R : perut bagian bawah S : 6 T : hilang timbul - Pasien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak - Pasien bersikap protektif dengan menghindari posisi nyeri	S : 4 T : hilang timbul - Tampak meringis berkurang - Sikap protektif berkurang	R : perut bagian bawah S : 3 T : hilang timbul - Meringis berkurang - Sikap protektif berkurang
			A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1-7 manajemen nyeri	A : Masalah nyeri akut teratasi P : Hentikan intervensi, pasien dianjurkan untuk melakukan mobilisasi mandiri ketika di rumah
2.	(D.0142) Resiko Infeksi di tandai dengan efek prosedur invasif.	S : Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada perut bagian bawah	S : Pasien mengatakan balutan luka operasi pada perut bagian bawah bersih	S : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah balutan lukanya di ganti

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal dan Jam		
		21-10-2024 (19.00 wib)	22-10-2024 (14.30 wib)	23-10-2024 (12.30 wib)
	O :	O :	O :	
	1. Adanya balutan luka SC pada abdomen bawah pasien dengan panjang 10-13 cm, balutan luka tampak bersih dan kering	1. Balutan luka SC pada abdomen bawah pasien tampak bersih dan kering	1. Kondisi luka pasien baik, tidak terdapat rembesan darah atau cairan, tidak ada kemerahan	
	2. Leukosit 11.850/uL (N = 4.000-11.000)	2. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi di area sekitar balutan luka	2. Kondisi balutan luka tampak kering dan bersih	
	3. S : 36,5	3. S : 36,6	3. S : 36,5	
	4. Skor REEDA	4. Skor REEDA	4. Leukosit 12.890/uL (N = 4.000 – 11.000)	
	R : 0	R : 0	5. Skor REEDA	
	E : 0	E : 0	R : 0	
	E : 0	D : 0	E : 0	
	D : 0	A : 0	E : 0	
	A : 0	Total skor = 0	D : 0	
	Total skor = 0		A : 0	
			Total skor = 0	
	A : Masalah resiko infeksi belum teratasi	A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian	A : Masalah resiko infeksi teratasi	
	P : Lanjutkan intervensi 1-4 pencegahan infeksi	P : Lanjutkan intervensi 1-4 pencegahan infeksi	P : Hentikan intervensi, pasien dianjurkan untuk selalu menjaga kebersihan area sekitar luka dan menjaga agar	

No.	Diagnosa	Tanggal dan Jam		
Keperawatan	21-10-2024 (19.00 wib)	22-10-2024 (14.30 wib)	23-10-2024 (12.30 wib)	balutan luka tetap bersih dan kering. Serta menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan rendah kalori, tinggi protein, rendah garam (RKTPRG) untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

4.7 Keterbatasan Studi Kasus

Masalah psikologis yaitu diagnosa ansietas tidak di angkat