

**ASUHAN KEPERAWATAN PASCA SECSIO CAESAREA ATAS
INDIKASI MAKROSOMIA PADA NY.T DIRUANG NIFAS
DI RSUD BENDAN KABUPATEN PEKALONGAN**

I. PENGKAJIAN

Riwayat Keperawatan

Tanggal masuk : 13 Januari 2016
Jam masuk : 11.50 WIB
Tanggal pengkajian : 13 Januari 2016
Jam pengkajian : 13.10 WIB
Diagnosa medis : P4A0 Post secsio caesarea atas indikasi makrosomia hari pertama

A. Biodata

1. Biodata klien

Nama : Ny.T
Umur : 29 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat : Pekajangan

2. Biodata penanggung jawab

Nama : Tn.A
Umur : 30 Tahun
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Pekajangan
Hub dgn klien : Suami klien

B. Riwayat Kesehatan Umum

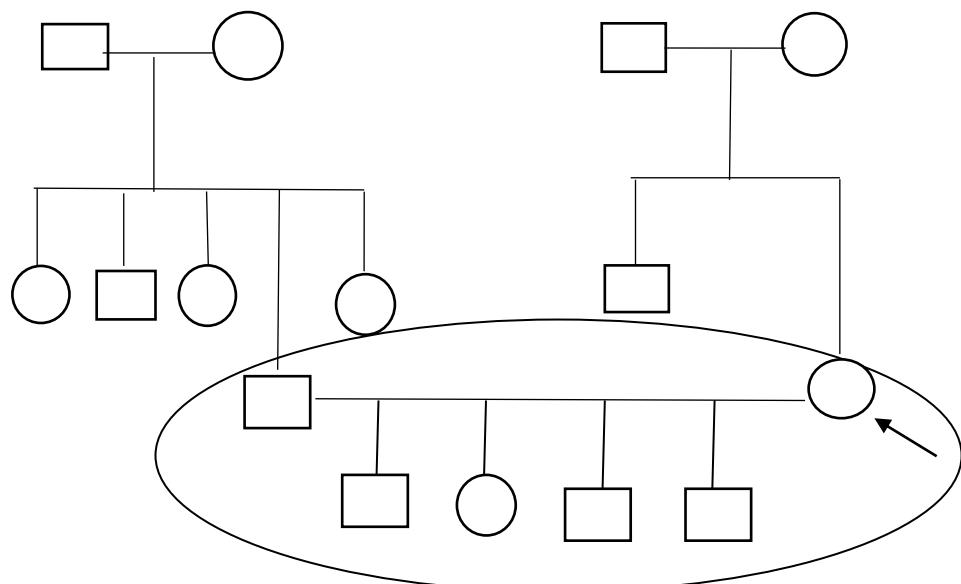
1. Riwayat Penyakit Kronis

Ds : Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti DM, Hipertensi, dan jantung.

2. Riwayat kesehatan keluarga (disertai genogram)

Ds : Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan / menular seperti hipertensi, DM, asma, jantung, dan klien mengatakan tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, hepatitis dan AIDS.

Genogram



Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

 : Klien

 : Tinggal 1 rumah

3. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan pada tanggal 10 Januari 2016 periksa di bidan Pekalongan, kemudian dianjurkan untuk USG mengenai posisi bayinya. Pada tanggal 11 Januari 2016 klien periksa ke dokter kandungan dan dibacakan hasil USG dengan hasil janin besar seberat 3,9 kg, dan pasien dirujuk untuk ke Rumah Sakit. Pada tanggal 12 Januari klien datang jam 08.00 WIB di RSUD Bendan Pekalongan berdasarkan rujukan dari dokter dengan G4P3A0 diagnosa hamil 41 minggu dengan indikasi bayi besar. Tanggal 13 Januari 2016 dokter anjurkan untuk melakukan operasi sesarea dan pasien pun menyetujui saran dari dokter. Jam 11.00 WIB pasien masuk ke IBS lalu keluar jam 13.00 WIB. Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 13 Januari 2016 jam 13.05 WIB.

4. Riwayat Alergi

Ds : Klien mengatakan tidak mempunyai alergi pada makanan, minuman maupun obat.

5. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

Ds : Klien mengatakan tidak ada kebiasaan yang mengganggu kesehatanya.

6. Riwayat sosial

Ds : Klien mengatakan tidak mempunyai kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, seperti dengan keluarga dan tetangga.

7. Keluhan utama yang dirasakan sekarang:

- Ds : klien mengatakan nyeri pada bekas operasi
P : Bekas operasi sc
Q : Tertusuk-tusuk
R : Nyeri perut bagian bekas operasi
S : Skala 5
T : Saat beraktifitas dan bergerak

8. Personal hygiene

- Ds : Klien mengatakan sebelum sakit klien mandi 3xsehari, gosok gigi 2xsehari, mencuci rambut dan menggunting kuku saat sudah kotor, dan selama di rumah sakit di ruang nifas klien hanya dilap.

9. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi – metabolismik (porsi dan jenis)

- Ds : Klien mengatakan tidak ada diet khusus. Klien sehari makan 3x sehari habis 1 porsi, dan tidak ada pantangan apapun, dan saat mengkaji klien, klien belum mendapat asupan nutrisi.

10. Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi

Pola defekasi

- Ds : Klien mengatakan selama dirawat di RSUD Bendan ruang nifas klien belum BAB.

Pola berkemih.

- Do : terpasang DC ukuran 18 dengan urin tertampung 100cc dari masuk OK 11.00 WIB sampai jam 13.10 WIB.

11. Riwayat keperawatan untuk pola aktifitas latihan

- Ds : Saat ini klien dalam beraktivitas dibantu keluarganya seperti berpakaian, BAB, BAK.

- Do : Tingkat fungsi aktivitas 2 memerlukan bantuan minimum.

12. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat dan tidur

Ds : Menurut klien tidur klien sekitar +8 jam perhari, tidak ada kebiasaan khusus klien sebelum klien tidur. Setelah operasi belum terkaji

13. Kebutuhan Peningkatan Pengetahuan masa post partum.

Ds : Menurut klien, klien sudah mengetahui tentang cara personal hygiene yang benar karena sudah diajarkan oleh perawat.

14. Adaptasi psikologis masa post partum

Ds : Menurut klien, klien sudah siap menjadi ibu, klien belum mengetahui tentang perawatan tali pusat dan ASI eksklusif.

15. Riwayat keperawatan untuk nilai / kepercayaan

Ds : Klien mengatakan selama dirawat di RSUD Bendan ruang nifas, klien belum pernah melakukan ibadah seperti sholat karena klien masih nifas, klien mengatakan tidak mempunyai kepercayaan khusus mengenai kehamilan ataupun mitos proses persalinan.

C.Riwayat Kebidanan/Obstetrik

Status Obstetrikus : P4A0 post partum hari ke 1

1. Riwayat menstruasi

- a. Menarche : pada umur 13 tahun
- b. Lama haid : 7 hari
- c. Siklus haid : 28 hari
- d. Jumlah : -
- e. Keluhan : sakit perut

2. Riwayat pernikahan

- a. Status : menikah
- b. Umur waktu menikah yang pertama kali : 21 tahun
- c. Berapa kali menikah : 1x
- d. Lama menikah dengan suami yang sekarang : 8 tahun

3. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Umur	Jenis kelamin	Kondisi saat ini	Kehamilan	Persalinan	Nifas
1	7th	Laki laki	Baik	9 bulan	Ditolong bidan	Terjadi pembengkakan payudara, menyusui hanya 1 minggu
2	3th	Perempuan	Baik	9 bulan	Ditolong bidan	Terjadi pembengkakan payudara, menyusui hanya 2 bulan
3	1th	Laki laki	Baik	9 bulan	Ditolong bidan	Terjadi pembengkakan payudara, menyusui hanya 1 bulan
4	1 jam	Laki laki	Baik	10 bulan	Ditolong dokter	Terjadi pembengkakan payudara

4. Riwayat KB

- a. Metode KB yang pernah digunakan : KB suntik
- b. Lama penggunaan : 1 tahun
- c. Keluhan : -
- d. Rencana KB yang akan datang : Klien merencanakan akan menggunakan KB IUD.

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. HPHT : 06 April 2015
- b. TP : 09 Januari 2016
- c. Umur kehamilan : 40 Minggu 8 Hari
- d. Kehamilan ini direncanakan : ya, kehamilan direncanakan

e. Riwayat ANC (antenatal care) pada kehamilan ini

N O	ANC	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1.	Frekuensi	3x	3x	3x
2.	Tempat	Bidan	Bidan	Bidan
3.	Keluhan	Mual, lemas	Tidak ada	Tidak ada
4.	Hasil	Gerakan janin belum terasa	Gerakan janin sudah terasa	Gerakan janin sudah terasa. Pada tanggal 10 Januari 2016 USG dengan hasil janin besar, seberat 3,9 kg.
5.	Pesan	Istirahat, makan yang bergizi	Istirahat yang cukup,makan yang bergizi	Istirahat, bila melakukan aktivitas jangan terlalu berat
6.	Imunisasi TT	TT1	TT2	-
7.	Tablet Fe	30 tablet	30 tablet	

6. Riwayat persalinan sekarang

- a. Jenis persalinan : Seksio sesarea
- b. Penolong : Dokter
- c. Tempat : Rumah Sakit
- d. Proses dan lama persalinan : 2 jam

- e. Masalah persalinan : Janin besar
f. Kondisi bayi : Sehat, jenis kelamin laki-laki, lingkar kepala 33cm, berat badan 3,900 gram, panjang 50cm, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat, bayi menangis spontan

D. Pemeriksaan Fisik

1. Parameter umum

Keadaan umum	: Baik
Kesadaran	: Compos Mentis
Tekanan darah	: 110/80mmHg
Suhu	: 36,6 ° C
Nadi	: 80x/mnt
RR	: 20x/mnt
BB sekarang	: 85kg
BB sebelum hamil	: 60 kg
TB	: 155cm

6. Alat Bantu Yang Digunakan:

Ds : Klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu apapun.

7. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Kepala & Leher

Kepala :

Bentuk normal, tidak ada massa dan tidak ada keluhan apapun.

Muka :

Muka tampak pucat dan tidak ada cloasma gravidarum.

Mata :

Letak simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor dan reflek terhadap cahaya positif.

Telinga:

Letak simetris, pina sejajar, dan tidak tampak secret.

Hidung :

Letak simetris, mukosa kering lembab dan tidak tampak secret.

Mulut & Tenggorokan:

Mukosa bibir lembab, tidak ada sumbing dan tidak ada masalah gigi ataupun lainnya.

Leher :

Tidak ada pembesaran kalenjar limfe, tidak ada pembesaran vena jagularis dan tidak ada pembesaran kalenjar tyroid.

Dada :

Bentuk dada normal, simetris dan gerakan dada normal.

Payudara:

Letak payudara simetris terdapat hiperpigmentasi dan puting susu menonjol.

Paru-paru :

Respiratory Rate : 20x/menit

Abdomen :

Terdapat linea nigra dan strie gravidarum, luka bekas operasi SC tertutup kasa bersih, balutan bersih, luka vertikal, tidak ada rembesan darah/ cairan, luka tidak kemerahan dan gatal.

Uterus : TFU :2 jari di atas pusat, konsistensi keras, posisi uterus ditengah.

Genitalia :

Tidak ada varises vagina, terdapat lokhea rubra 1 pembalut, bau khas darah. Keadaan perineum utuh dan tidak ada jahitan, Anus normal serta tidak ada masalah lainnya.

Punggung :

Nampak tulang belakang simetris dan tidak ada masalah lainnya.

Ekstremitas :

Ekstremitas atas : capillary refill 2 detik, tangan teraba hangat

Ekstremitas bawah : tidak ada edema dan varises pada kaki, kaki teraba hangat

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Nama pasien : Ny. T

Alamat : Pekajangan

Tanggal permintaan : 13 Januari 2016

Jenis hasil	Hasil	Satuan		Nilai Rujukan
HEMATOLOGI				
DARAH RUTIN				
Hemoglobin	11,7	Gr/dL	L	11,5-16,5
Hematoksit	34,1	%	L	35,0-49,0
Leukosit	11.7	10 ³ /uL	H	4,0-10,0
Trombosit	371	10 ³ /uL		150-500
ERITROSIT	4,3	10 ⁶ /uL	L	4,4-6,0
INDEX ERITOSIT				
MCV	79,3	FL	L	79,0-99,0
MCH	24,9	Pg	L	27,0-31,0
MCHC	31,4	G/Dl	L	33,0-37,0
RDW-CV	16,9	%	H	11,5-14,5
RDW-SD	46	FL		33-34
PDW	9,8.	FL	H	9,0-13,0
MPV	9,5	FL	H	7,9-11,1
P-LCR	21,3	%	H	15,0-25,0
PT (waktu protombin)	10,6	Detik		11-15

APTT	32.0	Detik		20-32
INR	0.92	Detik		0.9-1.15
Glukosa sewaktu	105	Mg/dL		70-140

b. Therapi

Medical Management	Tanggal Terapi	Penjelasan secara umum	Cara pemberian
Terapi parenteral infus RL 20 tetes/menit makrodrip 1cc equivalen 20 tetes	13 januari 2016	Untuk kebutuhan cairan elektrolit	Infus di berikan melalui vena

c. Obat-obatan

Tanggal	Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Fungsi
13 Januari 2016	Obat injeksi Ketorolac	2x30mg	Per IV	Ketorolac merupakan obat analgesik non-narkotika. Obat ini merupakan obat anti-inflamasi nonsteroid yang menunjukkan aktivitas antipiretik yang lemah dan anti-inflamasi. Ketorolac menghambat sintesis

				prostalgin dan dapat dianggap sebagai analgesik yang berkerja parifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiant.
13 Januari 2016	Obat injeksi Cefotaxime	2x1000 mg	Pemberian melalui intravena	Cefotaxime adalah kelompok obat yang disebut cephalosporin antibiotics. Cefotaxime berkerja dengan cara memperlambat dan memecah dinding sel untuk membunuh bakteri. Cefotaxime digunakan digunakan untuk jenis infeksi bakteri atau mencegah infeksi bakteri sebelum, selama atau setelah pembedahan tertentu.

II. ANALISA DATA

Data	Etiologi	Problem
<p>1.DS: klien mengatakan nyeri pada bekas operasi.</p> <p>P: bekas operasi SC</p> <p>Q: seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri perut bagian bekas operasi</p> <p>S: skala 5</p> <p>T: saat beraktifitas dan bergerak</p> <p>DO: klien tampak menahan nyeri</p>	Nyeri akut	Agens cidera fisik
<p>2.DS: ibu klien mengatakan bila bergerak atau aktivitas nyerinya muncul.</p> <p>DO: aktivitas klien tampak dibantu, klien tampak menahan nyeri</p>	Hambatan mobilitas fisik	Nyeri

<p>3.DS: klien menggatakan terdapat luka dibagian perutnya bekas operasi</p> <p>DO: tampak ada luka dibagian perut bagian bawah bekas operasi, balutan bersih.</p> <p>Leukosit : 11.7 $10^3/\mu\text{L}$</p>	Resiko infeksi	Prosedur invasif
<p>4.DS: Klien menggatakan belum mengetahui tentang perawatan tali pusar dan ASI ekslusif</p> <p>DO: klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang perawatan tali pusar dan ASI ekslusif</p>	Kurang pengetahuan	Defisiensi kognitif

III. PRIORITAS MASALAH

- 1.Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik
- 2.Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri
- 3.Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif
- 4.Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan defisiensi kognitif

IV. RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Ny.T

Umur : 29 tahun

Diagnosa Medis : P4A0 Post sc indikasi makrosomia hari pertama

N o	Tgl	Diagnosa keperawatan	Rencana tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasinoal	Paraf
1.	Rabu, 13 Janua ri 2016 10.00	Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam, diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil: a. Klien mengatakan nyeri perutnya berkurang b. Skala nyeri	1.Kaji keluhan nyeri - Pencetus nyeri - Kualitas nyeri - Wilayah nyeri - Skala nyeri - Waktu nyeri 2.Kaji keadaan umum klien	1.Untuk mengetahui tingkat nyeri klien 2.Untuk mengetahui keadaan umum klien 3.Ajarkan teknik non	

			<p>berkurang (5 menjadi 0)</p> <p>c. Wajah tidak meringis kesakitan</p> <p>d. Klien tampak rileks</p>	<p>farmakologis</p> <p>4.Kolaborasi pemberian obat analgetik</p>	<p>4.Untuk mengatasi nyeri</p>	
2.	13 Janua ri 2016	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu mobilisasi secara mandiri dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Klien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri</p> <p>b. Klien dapat mengerti tujuan dari peningkatan</p>	<p>1.Kaji tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas</p> <p>2.Bantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas secara bertahap</p> <p>3.kaji TD sebelum mobilisasi</p>	<p>1.Untuk meningkatkan mobilisasi klien</p> <p>2.Untuk klien beristirahat secara optimal</p> <p>3.Membantu klien menggerakan anggota badannya dan membantu klien agar mampu melakukan aktivitas</p>	

			mobilitas		mandiri	
--	--	--	-----------	--	---------	--

3.	13 Januari 2016	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	Klien tidak akan menunjukan tanda-tanda infeksi pada luka SC selama dalam perawatan dengan kriteria hasil: a. Luka klien bersih, kering tidak ada tanda-tanda infeksi	1.Pantau tanda dan gejala infeksi 2.Kaji TTV dan keadaan umum klien	1.Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi 2.Mengetahui keadaan umum klien 3.Ajarkan cara pencegahan infeksi kepada klien dan keluarga	
----	-----------------	--	--	--	---	--

4.	13 Januari 2016	Kurang pengetahuan berhubungan dengan defensi kognitif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x15 menit masalah pada perawatan tali pusar dan ASI ekslusif dapat teratasi dengan KH: - klien akan tau pengertian tentang perawatan tali pusar dan ASI ekslusif - klien agar bisa mandiri melakukan tindakan yang telah diberikan	1.Kaji sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang cara perawatan tali pusar dan ASI ekslusif 2.Beri pendidikan kesehatan tentang cara perawatan tali pusar dan ASI ekslusif	1.Untuk mengetahui apakah klien sudah mengetahui tentang perawatan tali pusar dan ASI ekslusif 2.Untuk mengetahui apakah klien sudah tau tentang cara perawatan tali pusar dan ASI ekslusif	
----	-----------------	--	---	---	--	--

V. CATATAN KEPERAWATAN

Nama : Ny.T

Umur : 29 Tahun

Diagnosa Medis :P4A0 Post sc dengan indikasi makrosemia hari pertama

Tgl/jam	No.D x	IMPLEMENTASI	RESPON KLIEN	PARAF
13 Januari 2016 09.00	3 1 3 2	1. Mengobservasi keadaan umum klien 2. Mengkaji skala nyeri klien 3. Memonitoring TTV 4. Mengajarkan teknik non farmakologis	S: - O: Composmenthis S: P: Bekas operasi sc Q: Tertusuk-tusuk R: Nyeri perut bagian bekas operasi S: Skala 5 T: Saat beraktifitas dan bergerak S: -TD: 110/80 mmHg S: 36,6°C N: 80x/mnt RR: 20x/mnt O: Composmenthis S: Klien mengatakan bisa melakukannya O: Klien tampak meniru yang diajarkan perawat	

	2	5. Mengajarkan teknik non farmakologis	S: Klien mengatakan memahami yang diajarkan perawat O: Klien mengerti	
	2	6.Melakukan vulva hygiene	S: Klien mengatakan bersedia dibersihkan daerah vaginanya O: Vagina tampak kotor	
	2	7. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi / menggerak-gerakan kakinya	S: Klien menggatakan belum bisa berpindah posisi O: Karena baru selesai operasi sc	
	2	8.Mengajari klien memenuhi kebutuhan aktivitas mobilisasi	S: Klien menggatakan memahami yang perawat ajarkan O: Klien mengerti	
12.00		9. Memberikan injeksi ketorolac dan injeksi cefotaxime	S: Klien menggatakan nyerinya masih terasa O: Klien diberikan injeksi ketorolac dan injeksi cefotaxime	

14 Januari 2016 08.30	1	1. Mengobservasi keadaan umum klien	S: - O: Composmenthis	
	3	2.Memonitoring TTV	S: O: -TD: 110/80 mmHg S: 36,2°C N: 82x/mnt RR: 20x/mnt	
	1	3.Mengkaji nyeri	S: Klien menggatakan nyeri pada bagian bekas post operasi O: P: Bekas operasi sc Q: Tertusuk-tusuk R: Nyeri perut bagian bekas operasi S: Skala 4 T: Saat beraktifitas dan bergerak	
	3	4.Memeantau tanda dan gejala infeksi	S: - O: Tidak ada tanda-tanda infeksi	
	2	5.Melepas selang kateter	S: Klien menggatakan mau dilepas selang kateternya O: urin tertampung 250cc	

	3	<p>6. Memotivasi pecegahan infeksi kepada klien dan keluarga klien dengan cara menganjurkan klien untuk makan yang bergizi</p> <p>7. Memberikan injeksi ketorolac dan injeksi cefotaxime</p>	<p>S: Klien menggatakan akan makan secara teratur, 3x sehari dan makan buah-buahan</p> <p>O: Klien tampak makan buah</p> <p>S: Klien menggatakan nyerinya masih terasa</p> <p>O: Klien diberikan injeksi ketorolac dan injeksi cefotaxime</p>	
	3	8. Mengevaluasi dan mengajarkan kembali teknik relaksasi nafas dalam	<p>S: Klien menggatakan masih ingat cara teknik nafas dalam dan mempraktikkan ketika nyeri</p> <p>O: Klien kooperatif</p>	
	2	11. Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi	<p>S: Klien menggatakan sudah bisa mulai duduk sendiri walaupun belum sepenuhnya mandiri</p> <p>O: Klien tampak melakukan posisi duduk sendiri</p>	
	4	12. Memberikan pendidikan kesehatan tentang ASI eksklusif	<p>S: Klien menggatakan mau diberi pendidikan kesehatan tentang ASI ekslusif</p> <p>O: Klien tampak kooperatif saat diberi penyuluhan</p>	

15 Januari 2016	3	1. Memonitoring TTV	S: - O: -TD: 110/80 mmHg S: 36,2°C N: 82x/mnt RR: 20x/mnt	
		1 2. Mengkaji nyeri	S: klien mengatakan nyeri sudah berkurang pada bagian bekas post operasi O: P: Bekas operasi sc Q: Tertusuk-tusuk R: Nyeri perut bagian bekas operasi S: Skala 3 T: Saat beraktifitas dan bergerak	
		3 4. Memantau tanda dan gejala infeksi	S: Klien mengatakan lukanya kering O: Tidak ada gejala tanda-tanda infeksi	
		2 5. Membantu pasien berjalan pelan-pelan sebagai latihan fisik	S: klien mengatakan mau berjalan pelan-pelan walaupun masih dibantu O: klien tampak bisa berjalan walaupun sedikit dibantu	

	2	<p>6. Mengevaluasi dan mengajarkan kembali teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>7. Mengevaluasi dan mengajarkan kembali teknik manajemen distraksi</p> <p>8. Memberikan injeksi ketorolac dan injeksi cefotaxime</p>	<p>S: Klien menggatakan masih ingat cara teknik nafas dalam dan mempraktikan ketika nyeri O: Klien kooperatif</p> <p>S: Klien menggatakan masih ingat cara relaksasi progresif dan mempraktikan ketika nyeri datang O: Klien kooperatif</p> <p>S: Klien menggatakan nyerinya masih terasa O: Klien diberikan injeksi ketorolac dan injeksi cefotaxime</p>	
	4	<p>9. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan tali pusar</p>	<p>S: Klien menggatakan mau diberi pendidikan kesehatan tentang perawatan tali pusar O: Klien tampak kooperatif saat diberi penyuluhan</p>	

a. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama :Ny.T

Umur :29 tahun

Diagnosa Medis : P4 A0 Post sc dengan indikasi makrosomia

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Perkembangan(S O A P)	Paraf
13 Januari 2016	1. Nyeri berhubungan dengan agens cidera fisik	S: klien mengatakan badan masih lemas dan nyeri bila digerakan P: Bekas operasi sc Q : Seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri perut bagian bekas operasi S : Skala 5 T : Saat beraktifitas dan bergerak O: klien tampak meringis menahan sakit diperutnya A: masalah belum teratasi -pasien belum berani bergerak bebas P: Lanjutkan intervensi 1.kaji skala nyeri klien 2.kaji keadaan umum klien 3.ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 4.ajarkan teknik menejemen distraksi 5.kolaborasi pemberian obat analgetik	

	<p>2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri</p> <p>3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif</p>	<p>S: klien mengatakan sudah bisa menggerak-gerakan kakinya O: klien tampak cemas dan menahan nyeri di perutnya A: masalah teratasi sebagian P: Pertahankan intervensi 1.kaji tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas/mobilisasi 2.bantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari 3.berikan motivasi kepada klien</p> <p>S: - O: tidak tampak tanda-tanda infeksi TD: 110/80 Mmhg N: 80 x/menit Rr: 20x/menit S: 36,⁰C Leukosit 11,7 10²/uL (4,0-10,0) A: Masalah teratasi P: Pertahankan intervensi 1.pantau tanda gejala infeksi 2.kaji TTV dan KU klien 3.berikan cara pencegahan</p>	
--	---	---	--

		<p>infeksi kepada klien dan keluarga</p> <p>4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan defisiensi kognitif</p> <p>S: klien mengatakan belum tau cara perawatan tali pusat O:Klien tampak kebingungan -klien tampak sering bertanya A:masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi -kaji tingkat pengetahuan klien</p>	
14 Januari 2016		<p>1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik</p> <p>S: klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sc P: Bekas operasi sc Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Nyeri perut bagian bekas operasi S: Skala 4 T: Saat beraktifitas dan bergerak O: klien tampak meringis menahan nyeri A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.kaji skala nyeri klien 2.kaji keadaan umum klien 3.ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 4.ajarkan teknik menejemen distraksi 5.kolaborasi pemberian</p>	

		<p>obat analgetik</p> <p>S: klien mengatakan bisa berposisi duduk</p> <p>O: klien tampak semangat dalam berlatih</p> <p>A: masalah teratasi sebagian -pasien belum bisa turun dari bed dan berjalan</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.kaji tingkat kemampuan klien untuk beraktivitas/mobilisasi 2.bantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari 3.ajarkan klien mobilisasi <p>S: Klien menggatakan lukanya kering</p> <p>O: tidak tampak tanda-tanda infeksi</p> <p>TD: 110/80 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p> <p>S: 36,6°C</p> <p>Leukosit $11,7 \cdot 10^9/\mu\text{L}$ (4.0-10,0)</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.pantau tanda gejala 	
--	--	---	--

		<p>infeksi</p> <p>2.kaji TTV dan KU klien</p> <p>3.berikan cara pencegahan infeksi kepada klien dan keluarga</p> <p>4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan defisiensi kognitif</p> <p>S: klien mengatakan sudah sedikit mengetahui cara perawatan tali pusat</p> <p>O:Klien tampak sudah tidak kebingungan lagi</p> <p>A:masalah teratas sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi -kaji pengetahuan klien lebih lanjut</p>	
15 Januari 2016	1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera fisik</p> <p>S: klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sc</p> <p>P: Bekas operasi sc</p> <p>Q: Tertusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri perut bagian bekas operasi</p> <p>S: Skala 3</p> <p>T: Saat beraktifitas dan bergerak</p> <p>O: klien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>A: masalah teratas sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.kaji skala nyeri klien</p>	

		<p>2.kaji keadaan umum klien</p> <p>3.kolaborasi pemberian obat analgetik</p> <p>2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri</p> <p>S: klien mengatakan sudah bisa berdiri, berjalan dan aktivitas mandiri</p> <p>O: klien tampak bisa berjalan tanpa bantuan keluarganya</p> <p>A: masalah teratas</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <p>3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif</p> <p>S: klien mengatakan lukanya baik-baik saja</p> <p>O: tidak tampak tanda-tanda infeksi</p> <p>TD: 120/80 Mmhg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p> <p>S: 36,4°C</p> <p>Leukosit $11,7 \cdot 10^9/\mu\text{L}$ (4,0-10,0)</p> <p>A: Masalah teratas</p> <p>P: Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.pantau tanda gejala infeksi 2.kaji TTV dan KU klien 3.berikan cara pencegahan infeksi kepada klien dan keluarga klien 	
--	--	---	--

	<p>4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan defisiensi kognitif</p>	<p>S: klien menggatakan ASI nya sudah keluar O: memberikan pendidikan kesehatan tentang ASI ekslusif A: masalah teratasi P: hentikan intervensi</p>	
--	---	--	--