

BAB III

LAPORAN KASUS

1. Pengkajian

a. Anamnesa

**Tabel 3. 1 Hasil Anamnesa Pasien dengan Post Operasi Sectio
Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK**

Identitas pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. D	Ny. W
No. Medrec	063321	057532
Umur	27 Tahun	16 Tahun
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	IRT	IRT
Alamat	Jl. Karasak cibintinu	Jl. Caringin no 17
Agama	Islam	Islam
Status marital	Menikah	Menikah
Tanggal masuk RS	24 Oktober 2022	08 November 2022
Tanggal pengkajian	24 Oktober 2022 jam 15.00	08 November 2022 jam 15.00
Diagnosa Medis	P ₂ A ₀ Post partus maturus dengan tindakan <i>sectio caesaria</i> atas indikasi bekas SC+letak sungsang bokong+polihidramnion.	P ₁ A ₀ Post partus maturus dengan tindakan <i>sectio caesaria</i> atas indikasi letak sungsang kaki + Resti usia <17 tahun + KPD
Keluhan utama	Klien mengeluh nyeri luka <i>Operasi Sectio Caesar</i>	Klien mengeluh nyeri luka <i>Operasi Sectio Caesar</i>
Riwayat kesehatan sekarang	Klien datang ke IGD RSUD Bandung Kiwari pada tanggal 24/10/2022 jam 07.00 dengan keluhan hamil 39-40 minggu dan letak bayi sungsang, Tinggi fundus uteri 29 cm, mules dirasakan jarang, pembukaan tidak ada, keluar air-air tidak ada.	Klien datang ke IGD RSUD Bandung Kiwari pada tanggal 08/11/2022 jam 05.00 dengan keluhan hamil 38-39 minggu dan letak bayi sungsang, tinggi fundus uteri 31 cm, klien sudah merasa mules namun belum ada pembukaan, ketuban sudah pecah 1 jam sebelum masuk RS. Sehari

	Klien direncanakan untuk operasi caesarea jam 11.00. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24/10/2022 pukul 15.00 klien post operasi <i>Sectio Caesar</i> 3 jam. Klien mengeluh nyeri pada area luka operasi <i>Sectio Caesar</i>, nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam, nyeri dirasakan di bagian bekas operasi di bagian perut bawah, skala nyeri 7, nyeri dirasakan bertambah apabila klien berubah posisi, berkurang jika istirahat, nyeri dirasakan menjalar sampai ke bagian belakang perut dan wajah pasien tampak meringis saat berubah posisi. Klien mengatakan masih kaku untuk bergerak karena nyeri.	sebelumnya klien periksa ke bidan dan posisi bayi sungsang dan disarankan untuk lahiran di Rumah Sakit. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 08/11/2022 pukul 12.00 klien post operasi <i>Sectio Caesar</i> 4 jam. Klien mengeluh nyeri pada area luka operasi <i>Sectio Caesar</i>, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian perut bawah bekas operasi, skala nyeri 9, nyeri dirasakan bertambah apabila klien bergerak dan berubah posisi, berkurang jika diam dan istirahat. Klien masih berbaring di tempat tidur, enggan untuk bergerak, wajah klien tampak gelisah dan kesakitan.
--	--	--

b. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

Tabel 3. 2 Riwayat Obstetri dan Ginekologi

	Pasien 1	Pasien 2
Riwayat Obstetri		
Riwayat kehamilan sebelumnya	Tahun 2014 melahirkan anak perempuan di RS dengan tindakan <i>Sectio Caesarea</i> dengan indikasi gagal induksi, Usia kehamilan 36 minggu, BB bayi 2400 gr. Kel hamil : mual	Klien hamil anak pertama dan tidak pernah keguguran.
Riwayat kehamilan sekarang	G2P1A0 gravida 39-40 minggu	G1P0A0 gravida 38-39 minggu
HPHT	30 Januari 2022	10 Februari 2022

Taksiran Partus	30 01 2022 +7 +9 $37\ 10\ 2022 = 7-11-2022$ 7 November 2022	10 02 2022 +7 +9 $17\ 11\ 2022$ 17 November 2022
Usia kehamilan	24-10-2022 30-01-2022 24 8 $=4 \times 8 + (1/3 \times 8) = 35$ 35 minggu + 24 hari = 38 minggu 3 hari	08-11-2022 10-02-2022 28 8 $=4 \times 8 + (1/3 \times 8) = 35$ 35 minggu + 28 hari = 39 minggu
Riwayat ANC	Klien melakukan ANC teratur di bidan terdekat. Kenaikan BB selama hamil 20 kg. Trimester 1: keluhan mual, muntah, dan pusing ringan. Klien mengkonsumsi vitamin yang diberikan oleh bidan. Trimester II: keluhan tidak ada, gerakan janin mulai dirasakan usia 20 minggu, klien mendapatkan suntik TT 1 usia 4 bulan, dan melakukan pemeriksaan USG 1 kali usia 5 bulan. Trimester III: klien merasakan kehamilannya agak berbeda dengan sebelumnya, klien sering merasakan bayinya menekan ke atas. Usia 7 bulan klien di imunisasi TT ke 2. Klien melakukan USG ke dokter kandungan sebanyak 2x pada usia 7 bulan dan 1 minggu sebelum melahirkan. Hasil pemeriksaan USG menyatakan posisi bayi sungsang bokong, menurut dokter bisa dilahirkan	Klien melakukan ANC teratur di bidan terdekat. Kenaikan BB selama hamil 22,7kg. Trimester 1: klien mengeluh pusing dan mual-mual. Klien mengkonsumsi vitamin yang diberikan oleh bidan. Trimester II: klien mengeluh pegal-pegal, gerakan janin mulai dirasakan usia 5 bulan, klien mendapatkan imunisasi TT 1x pada usia 6 bulan. Trimester III: klien mengeluh pegal-pegal, kaki terasa bengkok dan sulit tidur. Pada pemeriksaan usia 8 bulan posisi bayi sudah bagus, namun saat periksa kemarin sebelum melahirkan bidan mengatakan posisi bayi sungsang, kaki bayi berada dibawah sehingga bidan tidak sanggup dan menyarankan untuk ke RS. Selama hamil klien belum pernah di USG ataupun memeriksakan kandungannya ke dokter.

	normal namun karena melihat riwayat ibu pernah dilakukan Operasi <i>Sectio Caesar</i> sehingga dokter menyarankan untuk dilakukan Operasi <i>Sectio Caesar</i> kembali.	
Riwayat persalinan sekarang	Tanggal 24/10/2022 Jam 07.00 klien masuk IGD, mules dirasakan jarang, keluar air-air dari jalan lahir tidak ada, pembukaan tidak ada, TFU 29 cm, hasil pemeriksaan letak bayi sungsang, dan direncanakan SC. Jam 11.00 klien masuk ruang operasi Jam 11.25 bayi lahir letak bokong, jenis kelamin perempuan, apgar 8/9, ketuban dipecahkan jernih, BB.2.550 PB.46cm, kelainan tidak ada. Plasenta lahir komplit, jumlah perdarahan selama operasi 300cc.	Tanggal 08 November 2022 Jam 05.00 klien masuk IGD, mules ada, ketuban pecah 1 jam sebelum masuk RS, pembukaan tidak ada, hasil USG letak bayi sungsang kaki dan direncanakan Operasi <i>Sectio Caesarea</i>. Jam 08.20 klien masuk ruang operasi. Jam 09.05 bayi lahir dengan menarik kaki, jenis kelamin perempuan, Apgar skor 8/10, BB.3.120gram, PB.48, sisa ketuban jernih, plasenta komplit, jumlah perdarahan 300cc.
Riwayat Ginekologi		
Riwayat menstruasi	menarche usia 16 tahun dengan siklus 28 hari lama haid kurang lebih 5-6 hari. Tidak ada keluhan saat menstruasi.	menarche pada usia 14 tahun dengan siklus 28 hari lama haid kurang lebih 5-7 hari. Dismenore (+).
Riwayat perkawinan	Klien menikah usia 26 tahun, dan ini merupakan pernikahan kedua klien, sedangkan suami menikah pada usia 32 tahun dan merupakan pernikahan pertamanya. Pernikahan pertama klien usia 19 tahun.	Klien menikah usia 15 tahun, sedangkan suami menikah pada usia 19 tahun dan merupakan pernikahan pertama bagi klien dan suaminya.

Riwayat Keluarga berencana	Klien mengatakan dari persalinan pertama klien menggunakan KB suntik 3 bulan, pernah mencoba memakai IUD selama satu tahun namun tidak cocok ada keluhan perdarahan. Sekarang klien berencana untuk menggunakan KB suntik 3 bulan kembali.	Klien mengatakan sudah dipasang KB IUD saat operasi.
----------------------------	--	--

c. Hasil observasi dan pemeriksaan fisik

**Tabel 3. 3 Hasil Pemeriksaan Pasien dengan Post Operasi Sectio
Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK**

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum	baik	Pasien tampak lemah, sakit sedang
Kesadaran	compos mentis	compos mentis
TTV	: 110/80 mmHg : 92 x/menit : 36.6 °C : 20 x/menit	: 105/80 mmHg : 100 x/menit : 36.8 °C : 22 x/menit
BB sebelum hamil BB saat hamil Tinggi Badan	kg kg cm	g g cm
Sistem reproduksi	Payudara ayudara simetris, tidak ada pembengkakan pada payudara, puting payudara tampak sedikit kotor, puting menonjol, tampak keluar kolostrum saat payudara di tekan. Uterus konsistensi fundus teraba keras, setinggi 2 jari dibawah pusar. DRA (diastasis recti abdominis) tidak terkaji Vulva	Payudara Payudara simetris, tidak ada pembengkakan pada payudara, puting payudara tampak sedikit kotor, areola hitam, puting menonjol, tampak keluar cairan putih bening saat payudara di tekan. Uterus Konsistensi fundus teraba keras, setinggi 1 jari dibawah pusar. DRA (diastasis recti abdominis) tidak terkaji Vulva

	ulva terlihat kotor, lochea rubra, warna merah kehitaman, jumlah $\pm$ 40cc, bau anyir, konsistensi cair ada gumpalan.	Vulva terlihat kotor, lochea rubra, warna merah kehitaman, jumlah $\pm$ 50cc, bau anyir, konsistensi cair ada gumpalan hitam.
Sistem pernafasan	Pola nafas reguler, Respirasi 20x/menit, pengembangan paru simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, suara nafas vesikuler.	Respirasi 20 x/menit, irama reguler, bunyi dada resonan di semua lapang paru, dan bunyi pernapasan vesikuler. Tidak terdapat pernafasan cuping hidung, perkembangan dada/ekspansi paru sama.
Sistem kardiovaskuler	Konjungtiva an anemis, tidak terdapat distensi vena jugularis, akral hangat, nadi teratur, teraba kuat, N: 92x/menit, tidak terdengar bunyi jantung tambahan, tidak terdapat edema di kedua ekstremitas, tidak terdapat varises, <i>Homan's sign</i> negative, CRT <3 detik.	Konjungtiva an anemis, tidak terdapat sianosis pada kuku dan bibir, tidak ada peningkatan JVP, akral hangat, tidak ada nyeri tekan pada daerah dada, irama jantung reguler dan suara S1 dan S2 normal, akral teraba hangat, CRT <3 detik. nadi: 100x/menit teraba kuat dan reguler, suhu 36,5°C, tidak ada edema, tidak ada varises di vagina, tidak ada varises di ekstremitas, <i>Homan's sign</i> negatif.
Sistem pencernaan	Mukosa bibir lembab, terdapat karies pada gigi, perut tampak cembung lunak, tampak luka operasi melintang (sayatan panensteil) di bawah umbilikal kurang lebih 12 cm tertutup balutan transparan dressing. palpasi hepar tidak dilakukan karena terdapat luka jahitan di perut, klien mengeluh nyeri saat perut ditekan, tidak terdapat hemoroid, bising usus 4x/menit.	Mukosa bibir kering, terdapat karies pada gigi, klien sudah platus, tampak luka operasi melintang (sayatan panensteil) di bawah umbilikal kurang lebih 12 cm tertutup balutan transparan dressing. palpasi hepar tidak dilakukan karena terdapat luka jahitan di perut, klien mengeluh nyeri saat perut ditekan, tidak terdapat hemoroid, bising usus 8x/menit. Perkusi terdengar bunyi

	Perkusi terdengar bunyi timpani di kuadran atas abdomen. Klien mengatakan sudah platus.	timpani di kuadran atas abdomen.
Sistem perkemihan	Klien terpasang Folley catheter, urin 200ml.	Klien terpasang Folley catheter, urin 180ml
Sistem integumen	Terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum di bagian perut, turgor kulit elastis, terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing.	Terdapat terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum di bagian perut bawah dan selangkangan, turgor kulit elastis, terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing.
Ekstremitas atas	Kedua ekstremitas kanan dan kiri simetris, Tidak ada oedema. Pergerakan tangan kanan terbatas karena terpasang infus.	Terpasang infus di tangan kanan, Kedua ekstremitas kanan dan kiri simetris, Tidak ada oedema. Pergerakan tangan kanan terbatas karena terpasang infus.
Ekstremitas bawah	Ekstremitas kanan dan kiri simetris, Tidak ada oedema dan tidak ada varises. Pergerakan bebas, reflek patella +/- . <i>Homan's sign</i> negatif.	Ekstremitas kanan dan kiri simetris, Tidak ada oedema dan tidak ada varises. Pergerakan bebas, reflek patella +/- . <i>Homan's sign</i> negatif.
Aspek Psikososial Pola pikir dan persepsi Persepsi diri Gaya komunikasi	- Klien mengatakan anak pertamanya lahir SC, klien sudah tahu kalau sudah lahir SC kemungkinan harus SC lagi, sehingga klien sudah mempersiapkan dirinya untuk kelahiran sekarang. - Klien merasa senang jika anaknya nanti bisa pulang bersama dengannya. - Arah pembicaraan klien sesuai dengan yang ditanyakan perawat, bahasa	- Klien sempat ketakutan karena harus di operasi, klien tidak mengharapkan jenis kelamin apa pada bayinya karena ia menerima apapun yang diberi Allah. - Klien merasa senang karena anak pertamanya sudah lahir. - Arah pembicaraan klien sesuai dengan yang ditanyakan perawat, bahasa

Konsep diri	yang digunakan adalah bahasa indonesia dan bahasa sunda.	yang digunakan adalah bahasa indonesia dan bahasa sunda.
Gambaran diri		
Peran diri	Klien mengatakan merasa bangga karena bisa melahirkan.anak keduanya	Klien mengatakan merasa bangga karena bisa hamil dan melahirkan.
Ideal diri	Klien adalah seorang ibu dari kedua anaknya.	Klien adalah seorang istri, dan sekarang sudah menjadi seorang ibu.
Identitas diri	Klien ingin segera bertemu dengan anaknya	Klien ingin segera bertemu anaknya.
Harga diri	Klien seorang perempuan, dan sudah menikah 2x. Klien tidak merasa malu, klien percaya semuanya adalah yang terbaik untuknya.	Klien seorang perempuan, berusia 16 tahun, tinggal di Kota Bandung. Klien tidak merasa malu, klien selalu percaya diri menghadapi apapun.
Data spiritual	Klien beragama islam, tidak berkerudung, klien mengetahui kalau sekarang sedang masa nifas dan tidak diperbolehkan solat, namun klien selalu berdo'a untuk dirinya, anak dan keluarganya. Klien bersyukur dikelilingi oleh orang yang sayang kepadanya, yaitu suami yang menemaninya di RS dan orangtuanya yang membantu menjaga anak pertamanya di rumah.klien tidak merasa keberatan jika dirawat oleh petugas laki-laki.	Klien beragama islam dan bersyukur karena persalinannya lancar, ibu dan anak sehat. Klien dan suaminya tidak masalah jika diberikan perawatan medis oleh tenaga kesehatan laki-laki, klien mengatakan sebelumnya suka shalat 5 waktu namun kadang telat, sekarang klien baru melahirkan dan tidak diperbolehkan solat selama nifas. klien mengatakan akan dibantu oleh ibunya untuk merawat anaknya.

d. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. 4 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien dengan Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK

Pemeriksaan	Nilai Normal	Pasien 1	Pasien 2
Hemoglobin	12.3 – 15,3 gr/dl	13,4 gr/dl	13,9 gr/dl
Hematokrit	36.0 – 45,0 %	39,4 %	42,4 %
Leukosit	4.50 – 11.0 10 ³ /ul	16.800 ³ /ul	12.230 Sel/uL
Eritrosit	4.2 – 5.5 juta/ul	4.43 juta/ul	4.27 juta/ul
Trombosit	150 – 450 ribu/ul	217.000/ul	246.000 Sel/uL

Tabel 3. 5 Hasil USG dan CTG Pasien dengan Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK

Pasien 1	Pasien 2
• USG: gravida 39-40 minggu, Letak bokong, DJJ normal, TBBA 2570gr • CTG: Kategori 1	• USG: gravida 38-39 minggu, Letak kaki, DJJ normal, TBBA 3200 gr • CTG : Kategori 1

e. Terapi

Tabel 3. 6 Terapi Medis Pasien dengan Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK

	Nama Obat	Kegunaan	Dosis	Rute	Jam Pemberian
Pasien I	Paracetamol	Analgetik	4x1gr	IV	00-06-12-18
	Cefixim	Antibiotic	2x100 mg	PO	08-20
	Ondansetron	Antiemetic	4 mg	IV	bila mual
	Ketorolac	Antiinflamasi nonsteroid	3x1	Suppo	jam 14-22-06 (satu hari)
	Asamefenamat	Analgetik	3x500 mg	PO	14-22-06
Pasien 2	Paracetamol	Analgetik	3x1gr	IV	15-23-07
	Cefadroxil	Antibiotic	2x500 mg	PO	06-18
	Asamefenamat	Analgetik	3x500 mg	PO	15-23-07
	Ketorolac	Antiinflamasi nonsteroid	3x1	Suppo	jam 13-21-06 (satu hari)

2. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 3. 7 Diagnosa Keperawatan pada Pasien Post Operasi
Sectio Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK**

No	Pasien 1	Pasien 2
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi SC), dibuktikan dengan: Data Subjektif: - Klien mengatakan nyeri bekas Operasi <i>Sectio Caesarea</i> - Nyeri bertambah bila klien merubah posisi dan berkurang bila istirahat - Nyeri seperti tertusuk benda tajam - Nyeri dirasakan pada luka bekas operasi di perut bawah, menjalar ke bagian belakang perut. - Nyeri dirasakan menetap - Skala nyeri 7 (0-10) - Klien mengatakan masih kaku untuk bergerak Data Objektif: - Wajah klien tampak meringis menahan nyeri - Gerakan klien terbatas - Klien dengan P2A0 post op SC 3 jam - Terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing - TD : 110/80 mmHg - N : 92 x/menit - S : 36.6 °C - RR : 20 x/menit - Klien mendapatkan therapy analgetic supositoria dan asamefenamat oral.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi SC), dibuktikan Data Subjektif: - Klien mengeluh nyeri - Nyeri dirasakan bertambah apabila kilen bergerak dan berubah posisi, berkurang jika diam dan istirahat - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri dirasakan klien dibagian perut bawah bekas operasi - Skala nyeri 9 (0-10) - Nyeri dirasakan menetap Data Objektif: - wajah klien tampak gelisah dan kesakitan - klien enggan untuk bergerak dan masih berbaring di tempat tidur - Klien dengan P1A0 post op SC 4 jam - Terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing - TD : 105/80 mmHg - N : 100 x/menit - S : 36.6 °C - RR : 20 x/menit - Klien mendapatkan therapy analgetik ketorolac supositoria dan asam mefenamat oral.
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dibuktikan dengan: Data Subjektif: - Klien mengatakan nyeri bertambah apabila berubah posisi - Klien mengatakan masih kaku untuk bergerak Data Objektif:	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dibuktikan dengan: Data Subjektif: - Klien mengatakan nyerinya bertambah apabila bergerak Data Objektif: - klien enggan untuk bergerak

	- Gerakan klien terbatas - Klien Nampak meringis kesakitan ketika berubah posisi	- klien masih berbaring di tempat tidur - wajah klien tampak gelisah dan kesakitan
3	Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum, dibuktikan dengan: Data Subjektif: - Klien mengeluh nyeri perut bagian bawah di daerah bekas operasi. Data Objektif: - Terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing - Uterus teraba keras - TFU 2 jari di atas pusar - Lochea warna merah kehitaman, jumlah $\pm$ 40cc	Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum, dibuktikan dengan: Data Subjektif: - Klien mengeluh nyeri perut bagian bawah di daerah bekas operasi. Data Objektif: - Terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing - Uterus teraba keras - TFU 1 jari di atas pusar - Lochea warna merah kehitaman, jumlah $\pm$ 50cc
4	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, dibuktikan dengan: Data Subjektif: - Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi <i>Sectio Caesarea</i> Data Objektif: - Leukosit 16.800 - Pasien Post Op SC 3 jam - Terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm, luka ditutup dengan transparan dressing - Pasien terpasang infus - Pasien terpasang DC - Klien mendapatkan therapy cefixim 2x100mg	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, dibuktikan dengan: Data Subjektif: - Klien mengatakan nyeri dibagian perut bawah bekas operasi Data Objektif: - Leukosit 12.230 - Pasien Post Op SC 4 jam - Terdapat luka operasi dibagian perut melintang panjangnya 12 cm, luka ditutup dengan transparan dressing - Pasien terpasang infus - Pasien terpasang DC - Klien mendapatkan therapy Cefadroxil 2x500mg

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 8 Intervensi Keperawatan pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK

No	Dx. Keperawatan (SDKI, 2018)	Tujuan keperawatan (SLKI, 2018)	Intervensi (SIKI,2018)	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi SC)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Skala nyeri menurun (1-3 dari 0-10)	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik 5. Ajakarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	1. Mengetahui sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien 2. Reaksi nonverbal salah satu indikator penilaian nyeri. 3. Mengetahui tindakan yang akan diberikan untuk mengurangi nyeri pasien 4. Konsekuensi fisiologis tubuh terhadap nyeri diantaranya: sistem kardiovaskuler: peningkatan laju jantung dan tekanan darah; gangguan respirasi: adanya keterbatasan usaha respirasi (Khasana 2009) 5. Penanganan nyeri post SC berupa penanganan farmakologi

			• ajarkan doa menghilangkan nyeri • teknik relaksasi nafas dalam • teknik distraksi: terapi <i>Biologic Nurturing Baby Led Feeding</i> 6. Fasilitasi istirahat dan tidur Kolaborasi 7. Berikan therapy analgetik sesuai instruksi dokter: ketorolac suppositoria	dengan menggunakan analgesik, dan terapi non farmakologi dengan tujuan meningkatkan kemampuan klien sendiri untuk mengontrol nyerinya (Ryantama, 2018). 6. Menurut A'inurrohman & Mukhoiratin (2021), Terapi <i>Biologic Nurturing Baby Led Feeding</i> mengalihkan perhatian ibu dan membuat ibu fokus memperhatikan proses menyusui dan tidak memperhatikan rasa sakitnya. 7. Analgetik dapat memblok pembentukan prostaglandin dengan jalan menghambat enzim siklooksigenase pada daerah yang terluka dengan mengurangi pembentukan mediator nyeri (Rini & Susanti, 2018).
2	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik	Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Mengetahui sampai sejauh mana kemampuan klien dalam beraktivitas

	berhubungan dengan nyeri	meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kelemahan fisik menurun 2. Mampu berjalan dengan langkah yang efektif 3. Nyeri berkurang saat aktifitas	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi 3. Monitor keadaan umum sebelum mobilisasi Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	2. Mobilisasi meningkatkan sirkulasi darah sehingga mempercepat penyembuhan luka 3. Untuk memandirikan ibu dan meminimalkan terjadinya kelemahan fisik yang lebih lanjut 4. Dukungan keluarga akan memberikan semangat untuk ibu. 5. Meningkatkan pengetahuan ibu tentang pentingnya mobilisasi 6. memotivasi ibu untuk melakukan mobilisasi dini
3	Risiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi pasca partum	Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam diharapkan status pascapartum membaik, dengan kriteria hasil: 1. Pemulihan insisi meningkat 2. Nyeri insisi menurun	Perawatan pasca sectio caesarea Observasi 1. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan 2. Monitor TTV 3. Monitor respon fisiologis: nyeri, perubahan uterus dan lokea.	1. Pada multipara berisiko untuk mengalami perdarahan lebih tinggi. 2. Untuk mengetahui apakah terdapat tanda dan gejala hipovolemia : nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit,

		3. Jumlah dan warna lokea membaik 4. TTV membaik	4. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik 5. Diskusikan perasaan pasien terkait pembedahan 6. Motivasi mobilisasi dini 7. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi 8. Berikan dukungan menyusui Edukasi 9. Ajarkan perubahan posisi dan nafas dalam 10. Anjurkan ibu konsumsi nutrisi TKTP	3. Ibu post partum akan mengalami nyeri setelah melahirkan yang disebabkan oleh kontraksi uterus yang menyusut kembali ke ukuran semula seperti sebelum hamil (Wardani, 2019) 4. Mencegah risiko perdarahan dari luka 5. Agar pasien lebih tenang 6. Mobilisasi dapat meningkatkan peredaran darah 7. Merangsang keluarnya oksitosin yang dapat mencegah perdarahan pascapartum. 8. Hisapan bayi juga dapat merangsang keluarnya oksitosin. 9. Posisi menyusui yang benar dan tepat akan membuat ibu lebih rileks dan tenang. 10. Nutrisi TKTP mempercepat proses penyembuhan
4	Resiko Infeksi berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam tidak terjadi	Pencegahan infeksi Observasi	1. Mendeteksi dini adanya infeksi

	dengan tindakan invasive dan adanya luka <i>Sectio Caesarea</i>	infeksi, dengan kriteria : 1. Kebersihan tangan dan badan meningkat 2. Tidak terjadi tanda-tanda infeksi 3. Leukosit dalam batas normal	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Cuci tangan sesuai standar WHO sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan pasien 3. Lakukan perawatan luka dengan tehnik aseptik 4. Batasi jumlah pengunjung Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 8. Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi tinggi protein (mis : putih telur, ikan, daging)	2. Tangan merupakan anggota tubuh yang dominan kontak dengan pasien, tangan yang kotor merupakan salah satu agen infeksi nasokomial 3. Luka yang kotor menjadi tempat berkembangbiak bakteri atau mikroorganisme 4. Pengunjung yang banyak meningkatkan resiko peningkatan jumlah mikro organisme di sekitar lingkungan klien 5. Supaya klien mengetahui kapan harus ke unit pelayanan kesehatan dan infeksi tidak berlanjut 6. Tangan merupakan anggota tubuh yang dominan kontak dengan pasien, tangan yang kotor merupakan salah satu agen infeksi nasokomial 7. Mengetahui kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri dan perlahan melakukannya secara mandiri 8. Nutrisi tinggi protein membantu proses granulasi jaringan
--	---	--	---	---

			Kolaborasi 9. pemberian antibiotik	9. Antibiotik digunakan untuk perawatan profilaksis perioperatif, sedangkan antibiotik lanjutan untuk menekan atau menghentikan perkembangbiakan mikroorganisme berbahaya yang berada di dalam tubuh, mencegah terjadinya infeksi luka post operasi.
--	--	--	---	--

4. Implementasi

Tabel 3. 9 Implementasi pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK

No	Implementasi			
	Pasien 1		Pasien 2	
	Tgl Jam	Tindakan	Tgl Jam	Tindakan
1	24/10/2022 14:00	- Five moment cuci tangan Respon: Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. - Memberikan terapi kaltropen supositoria Respon: obat analgetik untuk meredakan nyeri post operasi - Membatasi jumlah penunggu sebanyak 1 orang Respon: pasien ditemani oleh suaminya - Menjelaskan cara-cara menghilangkan nyeri secara mandiri	08/11/2022 15:00	- Five moment cuci tangan Respon: Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. - Membatasi jumlah penunggu sebanyak 1 orang Respon: pasien ditemani oleh suaminya - Memberi terapi paracetamol injek 1gram Respon: obat analgetik, diberikan IV - Menjelaskan kepada klien pentingnya mobilisasi dan memotivasi klien untuk mobilisasi dini melakukan miring kiri dan kanan.
	15:00	- Mengajarkan pasien do'a penghilang nyeri dan teknik tarik nafas dalam. Respon: Pasien mempraktekkan tehnik Tarik nafas dalam dan mengikuti do'a yang di ajarkan petugas. - Mengajarkan pasien do'a penghilang nyeri dan teknik tarik nafas dalam.	15:30	- Menjelaskan kepada klien pentingnya mobilisasi dan memotivasi klien untuk mobilisasi dini melakukan miring kiri dan kanan. Respon: klien enggan untuk bergerak karena nyeri, klien hanya bisa bergeser sedikit. - Memonitor tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak dan nyeri
	15:10		16:00	

	15:20	- Menjelaskan kepada pasien pentingnya mobilisasi dan memotivasi klien untuk mobilisasi dini melakukan miring kiri dan kanan, duduk Respon: pasien mengerti penjelasan perawat mengenai pentingnya mobilisasi dini dan pasien akan belajar sedikit sedikit untuk miring kiri, miring kanan, duduk dan turun dari tempat tidur - Memonitor tanda-tanda vital Respon: Nadi 90x/mnt, TD : 110/70mmHg, R.24x/menit - Mengidentifikasi karakter dan skala nyeri Respon: nyeri berkurang, skala nyeri 6		Respon: tidak ada tanda infeksi di area luka - Memonitor perdarahan vagina - Respon: Lokea berwarna merah, pasien masih menggunakan pempers, setengah penuh. - Membantu pasien mengganti pempers dan melakukan vulva hygiene Respon: pempers diganti pembalut - Memonitor kontraksi uterus Respon: Kontraksi uterus kuat
	17:30	- Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal Respon: wajah pasien terlihat meringis - Memberi terapi paracetamol injek 1gram Respon: obat analgetik, diberikan IV - Memonitor tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak dan nyeri Respon: tidak ada tanda infeksi di area luka	18:00	- Mengkaji pengeluaran ASI Respon: puting menonjol, keluar cairan bening pada puting ketika di tekan.
	18:00	- Memonitor perdarahan Respon: Lokea berwarna merah, pembalut penuh	19:00	- Memberikan terapi cefadroxil 500mg Respon: obat antibiotik, diberikan per oral - Menjelaskan penyebab nyeri yang dirasakan ibu dan cara menghilangkan nyeri secara mandiri Respon: klien merasa nyeri karena ada luka operasi di perut. Cara menghilangkan nyeri bisa dengan teknik relaksasi nafas dalam, dan teknik distraksi.
	18:10	- Memonitor kontraksi uterus Respon: Kontraksi uterus kuat - Mengkaji pengeluaran ASI Respon: puting menonjol, keluar cairan kuning pada puting ketika di tekan.		- Mengajarkan klien do'a penghilang nyeri dan teknik tarik nafas dalam.

	20:00	- Memberikan terapi cefixim 100mg Respon: obat antibiotik, diberikan per oral		Respon: Klien mempraktekkan tehnik Tarik nafas dalam dan mengikuti do'a yang di ajarkan petugas - Memonitor nyeri pasien Respon: klien masih merasa nyeri, skala nyeri 9 (0-10), - Mengkaji TTV Respon: TD 110/80 N: 92 R: 20 S: 36.6
2	25/10/2022 14.00	- Five moment cuci tangan Respon: Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. - Memonitor TTV Respon: Nadi 92x/mnt, TD : 112/73mmHg, R.22x/menit - Memberikan terapi asam mefenamat 500mg Respon: obat analgetik untuk meredakan nyeri post operasi, diberikan per oral - Membatasi jumlah penunggu sebanyak 1 orang Respon: pasien ditemani oleh suaminya - Melakukan pengkajian eliminasi Respon: DC sudah dilepas, BAK BAB lancar - Mengevaluasi kemampuan mobilisasi pasien Respon: pasien sudah bisa duduk dikursi dan bisa berjalan ke kamar mandi dengan dibantu suami.	09/11/2022 15.00	- Five moment cuci tangan Respon: Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. - Membatasi jumlah penunggu sebanyak 1 orang Respon: pasien ditemani oleh ibunya. - Memberi terapi asam mefenamat 500mg Respon: obat analgetik, diberikan per oral. - Memonitor TTV Respon: Nadi 88x/mnt, TD : 100/73mmHg, R.22x/menit - Melakukan pengkajian eliminasi Respon: DC sudah dilepas, BAK lancar, BAB belum

	08.00 Respon: Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. - Memonitor TTV Respon: Nadi 85x/mnt, TD : 118/85 mmHg, R: 20x/menit - Memberikan terapi cefixim 100mg Respon: antibiotik, diberikan secara per oral - Membatasi jumlah penunggu sebanyak 1 orang Respon: pasien ditemani oleh suaminya - Memonitor tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak dan nyeri Respon: tidak ada tanda infeksi di area luka - Melakukan perawatan luka dan mengganti perban Respon: luka kering, dibersihkan dengan cairan NaCl 0,9% dan ditutup dengan transparan dressing. - Memonitor perdarahan vagina Respon: Lokea berwarna merah, klien sudah mandi dan mengganti pembalutnya. - Mengevaluasi kemampuan mobilisasi pasien Respon: pasien sudah bisa berjalan ke kamar mandi sendiri. - Melakukan pengkajian nyeri Respon: pasien mengatakan nyeri skala 4 (0-10) - Memantau kemampuan menyusui ibu 09:00	08.00 Respon: Perawat melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. - Memonitor TTV Respon: : Nadi 90x/mnt, TD : 108/85 mmHg, R: 20x/menit - Membatasi jumlah penunggu sebanyak 1 orang Respon: pasien ditemani oleh ibunya - Memonitor tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak dan nyeri Respon: tidak ada tanda infeksi di area luka - Melakukan perawatan luka dan mengganti perban Respon: luka kering, dibersihkan dengan cairan NaCl 0,9% dan ditutup dengan transparan dressing. - Memonitor perdarahan vagina Respon: Lokea berwarna merah, klien sudah mandi dan mengganti pembalutnya. - Mengevaluasi kemampuan mobilisasi pasien Respon: pasien sudah bisa duduk, berjalan ke kamar mandi masih dibantu. - Melakukan pengkajian nyeri 08:30 09:00
--	--	---

	10:00	Respon: klien terlihat sudah bisa menyusui dengan teknik <i>biologic nuctural baby led feeding</i>, - Mengidentifikasi perasaan klien saat menyusui		Respon: pasien mengatakan nyeri skala 5 (0-10) - Memantau kemampuan menyusui ibu
	11:00	Respon: klien merasa senang melihat pergerakan bayinya saat menyusui, klien Nampak tenang saat menyusui bayinya - Menganjurkan klien untuk makan sayur dan makanan tinggi protein untuk meningkatkan produksi ASI dan mempercepat penyembuhan. Respon: klien mengatakan akan melakukannya. - Memonitor skala nyeri Respon: skala nyeri 1 (0-10)	10.20	Respon: klien dibantu oleh ibunya dalam menyusui bayi, klien menyusui dengan posisi setengah duduk dan punggung bersandar ke kasur, posisi <i>biologic nuctural baby led feeding</i> - Mengidentifikasi perasaan klien saat menyusui Respon: klien mengatakan merasa nyaman menyusui dengan posisi tersebut, tidak pegal, nyeri tidak begitu terasa. - Menganjurkan klien untuk makan sayur dan makanan tinggi protein untuk meningkatkan produksi ASI dan mempercepat penyembuhan. Respon: klien mengatakan akan melakukannya. - Memonitor skala nyeri Respon: skala nyeri 3 (0-10)

5. Evaluasi

**Tabel 3. 10 Hasil Evaluasi pada Pasien Post Operasi Sectio
Caesarea Di Ruang Andromeda RSBK**

No	Hasil Evaluasi			
	Tgl Jam	Pasien 1	Tgl Jam	Pasien 2
1	24/10/ 2022 Jam 20.00	DX 1 S : Pasien mengatakan nyeri di area luka operasi, skala nyeri 6 O : Pasien masih meringis, TD :120/70, N: 80 A : nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi I : Ajarkan teknik menyusui <i>biologic nuctural baby led feeding</i> apabila bayinya sudah rawat gabung. Lanjutkan pemberian analgetik sesuai advis dokter DX 2 S : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang pentingnya mobilisasi dini post operasi O : klien mampu mika miki A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Anjurkan pasien untuk meningkatkan mobilisasi seperti duduk di tempat tidur. DX 3 S : - O :, lokea berwarna merah, pembalut penuh, kontraksi uterus kuat. A : Risiko perdarahan teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan I : Monitor keadaan lokea dan masase uterus.	08/11/ 2022 Jam 19.30	DX 1 S : pasien mengatakan nyeri berkurang apabila minum obat setelah kurang lebih 2 jam nyeri lagi, skala nyeri 9 O: pasien tampak kesakitan, TD :95/70, N: 112 R: 22x/menit A : nyeri akut belum teratasi P : lanjutkan intervensi I : Ajarkan teknik menyusui <i>biologic nuctural baby led feeding</i> apabila bayinya sudah rawat gabung. Lanjutkan pemberian analgetik sesuai advis dokter DX 2 S : Pasien mengatakan takut untuk bergerak O : klien enggan untuk bergerak A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

		DX 4 S : - O : tidak ada tanda infeksi area luka, luka tertutup transparan dressing A : Risiko infeksi teratasi sebagian P : lanjut intervensi I : monitor tanda dan gejala infeksi ajarkan cara mencuci tangan yang benar anjurkan meningkatkan asupan nutrisi tinggi protein	I : Berikan motivasi kepada pasien untuk mobilisasi dini Ajarkan pasien untuk mika miki Minta dukungan keluarga DX 3 S : - O : , lokea berwarna merah, pembalut penuh, kontraksi uterus kuat. A : Risiko perdarahan teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan I : Monitor keadaan lokea dan masase uterus. DX 4 S : - O : tidak ada tanda infeksi area luka, luka tertutup transparan dressing A : Risiko infeksi teratasi sebagian P : lanjut intervensi I : monitor tanda dan gejala infeksi ajarkan cara mencuci tangan yang benar anjurkan meningkatkan asupan nutrisi tinggi protein
--	--	---	--

2	25/10/ 2022 Jam 19.30	DX 1 S : pasien mengatakan nyeri luka operasi mulai berkurang , klien mengatakan nyaman menyusui bayinya dan bayinya pun mau menyusui. O: Nadi 80x/mnt, TD : 120/80mmHg, Skala nyeri 4(0-10), meringis saat bergerak berkurang A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Teknik menyusui <i>biologic nucturing baby led feeding</i> di lanjutkan Terapi analgetik injek diganti oral (sesuai advis) DX 2 S : Pasien mengatakan bergerak sudah lebih enak O : klien bisa turun dari tempat tidur, duduk dikursi dan berjalan ke kamar mandi dengan dibantu suaminya. A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : motivasi pasien untuk meningkatkan mobilisasi dengan berjalan ke luar kamar. DX 3 S : - O : lokea berwarna merah, pembalut sudah diganti, kontraksi uterus kuat. A : Risiko perdarahan teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan I : Monitor keadaan lokea dan masase uterus.	09/11/ 2022 Jam 20.00	DX 1 S : klien mengatakan nyeri, skala nyeri 6 O: Nadi 92x/mnt, TD : 110/80mmHg, klien masih meringis A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan I : Teknik menyusui <i>biologic nucturing baby led feeding</i> di lanjutkan Terapi analgetik injek diganti oral (sesuai advis) Anjurkan keluarga yang sudah berpengalaman untuk mendampingi pasien DX 2 S : Pasien mengatakan sudah bisa berubah posisi O : pasien masih banyak berbaring di tempat tidur, sudah bisa mika miki A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : motivasi pasien untuk meningkatkan mobilisasi dengan belajar duduk dan
---	--------------------------------	---	--------------------------------	--

		DX 4 S : - O : tidak ada tanda infeksi area luka, luka tertutup transparan dressing A: Risiko infeksi teratasi sebagian P : lanjut intervensi I : monitor tanda dan gejala infeksi anjurkan meningkatkan asupan makanan tinggi protein seperti telur lanjutkan pemberian antibiotik oral		berjalan ke kamar mandi. DX 3 S : - O : lokea berwarna merah, pembalut sudah diganti, kontraksi uterus kuat. A : Risiko perdarahan teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkan I : Monitor keadaan lokea dan masase uterus. DX 4 S : - O : tidak ada tanda infeksi area luka, luka tertutup transparan dressing A: Risiko infeksi teratasi sebagian P : lanjut intervensi I : monitor tanda dan gejala infeksi anjurkan meningkatkan asupan makanan tinggi protein seperti telur lanjutkan pemberian antibiotik oral
3	26/10/2022 Jam 12.00	DX 1 S : klien mengatakan merasa nyaman dan tenang saat	10/11/2022 Jam 12.00	DX 1 S : klien mengatakan saat menyusui dengan posisi yang

	menyusui bayinya dengan posisi yang di ajarkan petugas. Skala nyeri 1 (dari 0-10) O: Nadi 90x/mnt, TD : 105/70mmHg, ibu tampak lebih nyaman dan tenang A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Anjurkan ibu untuk menggunakan teknik menyusui <i>biologic nuctural baby led feeding</i> agar ibu tidak merasa pegal saat menyusui dan lebih rileks Ajarkan ibu cara perawatan bayi di rumah Anjurkan ibu untuk istirahat apabila bayi tidur DX 2 S : Pasien mengatakan sudah bisa berjalan keluar kamar O : pasien bisa berjalan keluar kamar namun masih pelan-pelan. A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi I : Anjukan pasien untuk memulai aktifitas kecil yang ringan Ingatkan pasien untuk tidak mengangkat barang berat. DX 3 S :- O : lokea berwarna merah, pembalut sudah diganti, kontraksi uterus kuat. A : Risiko perdarahan tidak terjadi. P : Monitor tanda perdarahan secara mandiri.	di ajarkan petugas nyerinya dirasakan berkurang. Skala nyeri 3 (dari 0-10) O: Nadi 82x/mnt, TD : 95/64mmHg, ibu tampak lebih nyaman A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Anjurkan ibu untuk menggunakan teknik menyusui <i>biologic nuctural baby led feeding</i> agar ibu tidak merasa pegal saat menyusui dan lebih rileks Anjurkan keluarga untuk selalu mengawasi pasien saat menyusui bayinya. Ajarkan ibu cara perawatan bayi di rumah Anjurkan ibu untuk istirahat apabila bayi tidur DX 2 S : Pasien mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi O : pasien bisa berjalan ke kamar mandi dengan sedikit bantuan.
--	--	--

		DX 4 S : - O : tidak ada tanda infeksi area luka, luka kering ditutup transparan dressing A: Risiko infeksi tidak terjadi P : monitor tanda dan gejala infeksi secara mandiri anjurkan meningkatkan asupan makanan tinggi protein seperti telur anjurkan pasien untuk tetap menjaga kebersihan diri ingatkan pasien untuk kontrol dan mengganti balutan luka sesuai jadwal.	A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi I : Anjukan pasien untuk meningkatkan mobilisasi bertahap Anjurkan pasien memulai aktifitas kecil yang ringan Ingatkan pasien untuk tidak mengangkat barang berat. DX 3 S : - O : lokea berwarna merah, pembalut sudah diganti, kontraksi uterus kuat. A : Risiko perdarahan tidak terjadi. P : Monitor tanda perdarahan secara mandiri. DX 4 S : - O : tidak ada tanda infeksi area luka, luka kering ditutup transparan dressing A: Risiko infeksi tidak terjadi P : monitor tanda dan gejala infeksi secara mandiri
--	--	--	--

				· anjurkan meningkatkan asupan makanan tinggi protein seperti telur · anjurkan pasien untuk tetap menjaga kebersihan diri · ingatkan pasien untuk kontrol dan mengganti balutan luka sesuai jadwal.
--	--	--	--	---