

**BAB III**  
**LAPORAN KASUS DAN HASIL**

**A. Pengkajian**

**1. Anamnesa**

**Tabel 3. 1 Anamnesa**

<b>Identitas Pasien</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Nama	Ny. T	Ny. A
Umur	23 tahun	23 tahun
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Diagnosa medis	P1A0 partus prematurus dengan SC akibat PEB, KPD, dan fetal distress	P3A1 partus maturus dengan riwayat SC jarak dekat dan presentase kepala
Tgl Pengkajian	1 November 2024 08.00 WIB post operasi 5 jam	1 November 2024 13.00 WIB post operasi 4 jam

<p>Riwayat kesehatan sekarang</p>	<p>Di ruang nifas dilakukan pengkajian pada pukul 08.30 WIB post operasi 5 jam. Ibu mengatakan nyeri pada area bekas operasi. Ibu mengatakan nyeri jika bergerak ke kanan dan ke kiri. Skala nyeri 7.</p> <p>Klien masuk ke poned pada tanggal 31 Oktober 2024 pukul 23.37 WIB. Pasien masuk ke ponek karena ibu mengeluh mulas-mulas dan merasa keluar. Pasien mengatakan merasa pusing. Pasien masuk ke ruang operasi pukul 00.15 WIB dan selesai operasi pukul 01.38 WIB dan masuk ke ruang nifas pukul 05.00 WIB.</p>	<p>Klien dilakukan pengkajian pada tanggal 1 November 2024 pukul 13.00 WIB post operasi 4 jam. Ibu mengatakan nyeri pada bagian luka operasi seperti mengilu. Nyeri dirasakan bertambah jika bergerak ke kiri atau ke kanan. Berkurang jika ibu diam. Ibu mengatakan nyeri pada skala 6</p> <p>Klien masuk ke ruang nifas pada tanggal 31 Oktober 2024 pukul 09.00 WIB. Pasien masuk ke poned karena dijadwalkan SC indikasi presentase bokong dan riwayat SC jarak dekat. Dilakukan operasi tanggal 1 November 2024 pukul 06.00 WIB.</p>
-----------------------------------	---	---

## 2. Riwayat Kesehatan

**Tabel 3. 2 Riwayat Kesehatan**

<b>Alasan Masuk</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Riwayat kesehatan dahulu	Klien mengatakan sebelum hamil klien tidak memiliki riwayat hipertensi atau diabetes melitus. Ibu klien memiliki riwayat hipertensi.	Klien memiliki riwayat gastritis dan tekanan darah rendah
Riwayat Obstetri dan Ginekologi		
Riwayat kehamilan	Kehamilan pertama	Kehamilan ketiga
Riwayat kehamilan saat ini	Ibu hamil dengan usia kehamilan 35-36 minggu. Ini merupakan kehamilan pertama. Selama kehamilan keluhan yang dirasakan hanya kenaikan tekanan darah. Ibu rutin melakukan antenatal care di rumah sakit setempat. Ibu rutin mengonsumsi obat penurun tekanan darah, tablet Fe, asam folat serta kalsium.	Ibu hamil dengan usia kehamilan 38 – 39 minggu. Ini merupakan kehamilan keempat bagi ibu. Kehamilan pertama pada tahun 2019, kehamilan ke dua pada tahun 2021 dan kehamilan ke tiga pada tahun 2023 dan kehamilan terakhir 2024. Selama kehamilan tidak ada pemberat seperti muntah berlebih atau tekanan darah tinggi. Ibu rajin

	<p><b>HPHT</b> : 30 Februari 2024</p> <p><b>Usia kehamilan</b> : 35-36 minggu</p> <p><b>Taksiran partus</b> : 7 Desember 2024</p>	<p>melakukan antenatal care di bidan setempat. Ibu rutin mengkonsumsi tablet Fe, asam folat serta kalsium dan vitamin. Ibu melakukan antenatal care setiap bulan.</p> <p><b>HPHT</b> : 2 Januari 2024</p> <p><b>Usia kehamilan</b> : 39 – 38 minggu</p> <p><b>Taksiran partus</b> : 9 Oktober 2024</p>
<p>Riwayat persalinan saat ini</p>	<p><b>Kala I</b></p> <p>Pasien masuk ke poned karena ibu mengeluh mulas-mulas dan merasa keluar air-air. Pasien dilakukan DJJ 155x/menit. Dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 3 cm dan ketuban rembes berwarna kehijauan presentasi kepala. TD 140/75 mmHg, HR 94x/menit, suhu</p>	<p><b>Kala I</b></p> <p>Pasien masuk ke ruang nifas karena indikasi presentase bokong dan riwayat SC jarak dekat. Pasien dilakukan TFU 30 cm dan DJJ 144x/menit. Dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan 2 cm ketuban utuh dan presentase bokong. Pada riwayat persalinan</p>

	<p>36°C, RR 20x/menit. Pasien dilakukan operasi sesar dengan indikasi PEB dan fetal distress.</p> <p><b>Kala II</b></p> <p>Operasi dimulai pukul 00.45 WIB dengan anestesi spinal bayi lahir pukul 01.00 WIB. dengan jenis kelamin laki-laki BBL 2950 g dan PBL 48.5 cm.</p> <p><b>Kala III</b></p> <p>Plasenta lahir lengkap pada pukul 01.10 WIB dan tali pusat normal.</p> <p><b>Kala IV</b></p> <p>Observasi 2 jam post partum hingga pukul 03.10 didapatkan perdarahan sebanyak 100 cc dengan tanda-tanda vital TD 139/88 mmHg, HR 88x/menit, suhu 36.3°C, SpO<sub>2</sub> 98% dan TFU 1 jari</p>	<p>sebelumnya pasien dilakukan operase sesar.</p> <p><b>Kala II</b></p> <p>Operasi dimulai pukul 06.15 WIB dan bayi lahir puku 06.25 WIB dengan jenis kelamin Perempuan BBL 3000 g dan PBL 48 cm.</p> <p><b>Kala III</b></p> <p>Plasenta lahir lengkap dan tali pusat normal padal pukul 06.30</p> <p><b>Kala IV</b></p> <p>Klien dilakukan obsevasi selama 2 jam hingga pukul 08.30 didapatkan total perdarahan 150 cc dan TD 100/80 mmHg, HR 98x/menit, suhu 36°C, SpO<sub>2</sub> 100%, dan TFU 1 jari dibawah pusat.</p>
--	--	--

	dibawah pusat. Pukul 05.00 WIB klien dipindahkan ke ruang nifas.	
Riwayat menstruasi	Klien pertama kali menstruasi pada usia 15 tahun dengan periode 7 hari. Pasien mengganti pembalut 1 – 2 kali/hari.	Klien pertama kali menstruasi pada usia 12 tahun dengan periode 5 hari. Pasien mengganti pembalut 1-2 kali/hari.
Riwayat keluarga berencana	Belum pernah menggunakan	Pernah menggunakan KB pil hormon selama 1 tahun
Riwayat pernikahan	Pernikahan pertama bagi keduanya dan sudah berjalan 2 tahun.	Pernikahan kedua bagi istri dan suami. Pernikahan sudah berjalan 1 tahun.

### 1. Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik

**Tabel 3. 3 Hasil observasi dan Pemeriksaan Fisik**

<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Keadaan umum	Baik	Baik
Kesadaran	Compos Mentis	Compos Mentis
GCS	E4M6V5	E4M6V5
Tanda-tanda vital	TD 130/75 mmHg, HR 96x/menit, suhu 36.7°C, RR 21x/menit, dan SpO <sub>2</sub> 100%.	TD 100/75 mmHg, 83x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36.9°C dan SpO <sub>2</sub> 98%.
Pertumbuhan fisik	BB sebelum hamil : 59 kg BB hamil : 68 kg	BB sebelum hamil : 53 kg BB hamil : 60 kg

	TB : 154 cm BMI : 28,67	TB : 158 cm BMI : 24,03
Sistem pernapasan	RR 22x/menit, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, klien mengatakan tidak ada sesak, bunyi nafas vesikuler, dan pengembangan dada simetris.	RR 22x/menit, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, klien mengatakan tidak ada sesak, bunyi nafas vesikuler, dan pengembangan dada simetris.
Sistem kardiovaskuler	Nadi 96x/menit,(Savita et al., 2023) CRT < 2 detik, warna bibr merah muda, suhu 36.7°C, konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat edema pada ekstremitas, akral hangat, tidak terdapat peningkatan vena jugularis, homan sign (-).	Nadi 83 x/menit, CRT < 2 detik, warna bibr merah muda, suhu 36.9°C, konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat edema pada ekstremitas, akral hangat, tidak terdapat peningkatan vena jugularis, homan sign (-).
Sistem pencernaan	Mukosa bibir pucat dan tampak kering. BU 8x/menit, nafus makan baik, belum buang air besar sejak melahirkan, abdomen teraba lembut, DRA 3 jari.	Bibir tampak pucat dan tampak kering. BU 10x/menit. Belum BAB sejak melahirkan, abdomen teraba lembut, DRA 2 jari.
Sistem perkemihan	Klien terpasang dc kateter dan tidak ada keluhan nyeri. Kandung kemih teraba kosong. DC urin berisi 350 cc/jam	Klien terpasang dc kateter dengan pengeluaran urin 450 cc/4 jam dan tidak ada keluhan nyeri. Kandung kemih teraba kosong.
Sistem persarafan	Fungsi pendengaran, penglihatan, pengecapan	Fungsi pendengaran, penglihatan, pengecapan

	baik dibuktikan dengan klien masih bisa menjawab pertanyaan dengan jelas, reflek patella (+).	baik dibuktikan dengan klien masih bisa menjawab pertanyaan dengan jelas, reflek patella (+).												
Sistem endokrin	Tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid dan kelenjar getah bening.	Tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid dan kelenjar getah bening.												
Sistem reproduksi	<p>1. Mamae</p> <p>Bentuk puting menonjol berwarna kehitaman, puting tampak kotor, payudara sedikit bengkak, belum ada pengeluaran kolstrum dan asi saat ditekan aerola.</p> <p>2. Uterus</p> <p>TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras</p> <p>3. Vulva</p> <p>Vulva dipenuhi darah, lochea berwarna merah kehitaman. Jumlah perdarahan 200 cc sejak kala IV.</p>	<p>1. Mamae</p> <p>Bentuk puting menonjol berwarna kehitaman, puting tampak kotor, payudara tampak bengkak, sudah ada pengeluaran kolstrum dan asi saat ditekan aerola.</p> <p>2. Uterus</p> <p>TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba keras</p> <p>3. Vulva</p> <p>Vulva dipenuhi darah, lochea berwarna merah kehitaman, jumlah perdarahan 150 cc sejak kala IV.</p>												
Sistem musculoskeletal	<p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Pada</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; text-align: center;">4</td> </tr> </table> <p>ekstremitas atas mampu</p>	Pada	5	5		4	4	<p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Pada</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; text-align: center;">4</td> </tr> </table> <p>ekstremitas atas mampu</p>	Pada	5	5		4	4
Pada	5	5												
	4	4												
Pada	5	5												
	4	4												

	digerakan. Pada ekstremitas bawah mampu digerakan namun pelan-pelan karena masih mengilu. Sudah tidak ada kebas pada area ekstremitas.	digerakan. Pada ekstremitas bawah mampu digerakan namun pelan-pelan karena masih mengilu. Sudah tidak ada kebas pada area ekstremitas.
Sistem integumen	Areola kehitaman, terdapat linea nigra pada perut, terdapat luka bekas operasi sc yang tertutup perban.	Areola kehitaman, terdapat linea nigra pada perut, terdapat luka bekas operasi sc yang tertutup perban.

## 2. Riwayat ADL (*activity daily living*)

**Tabel 3. 4 Activity Daily Living**

Riwayat ADL	Pasien 1		Pasien 2	
	Sebelum hamil	Selama hamil	Sebelum hamil	Selama hamil
<b>Nutrisi</b>				
a. Makan				
- Frekuensi	3x /hari	3-4x /hari	2-3x /hari	3x /hari
- Jenis	Nasi, sayur, ayam	Nasi, sayur, ayam	Nasi, sayur, ayam	Nasi, sayur, ayam
- Makanan yang disukai	Semua suka	Semua suka	Semua suka	Semua suka
- Makanan yang tidak disukai	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
- Alergi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
- Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
b. Minum				
- Frekuensi	4-8 gelas /hari	5-9 gelas /hari	7-8 gelas /hari	7-8 gelas /hari

- Jenis - Keluhan	Air putih Tidak ada	Air putih Tidak ada	Air putih Tidak ada	Air putih Tidak ada
<b>Eliminasi</b>				
a. BAB				
- Frekuensi	1x /hari	1x /hari	1-2x /hari	1-2x /hari
- Warna	Coklat	Coklat	Coklat	Coklat
- Bau	Khas	Khas	Khas	Khas
- Konsistensi	Lunak	Lunak	Lunak kadang keras	Lunak
- Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
b. BAK				
- Frekuensi	Sering (1500- 1600 ml/hari)	Sering (1600- 1700 ml/hari)	Sering (1500- 1600 ml/hari)	Sering (1600- 1700 ml/hari)
- Warna	Kuning jernih	Kuning jernih	Kuning jernih	Kuning jernih
- Bau	Khas	Khas	Khas	Khas
- Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
<b>Personal hygiene</b>				
a. Mandi	1x /hari	1x /hari	1x /hari	1x /hari
b. Gosok gigi	2x / hari	2x /hari	2x /hari	2x /hari
c. Keramas	2x /minggu	2x /minggu	1x /minggu	1x /minggu
d. Gunting kuku	2x /Bulan	2x /bulan	1x /minggu	1x /minggu
e. Vulva gygiene	sering	Sering	sering	sering
<b>Istirahat Tidur</b>				
a. Waktu tidur	22.00 malam Tidak tidur siang Malam 8-9 jam	22.00 malam Tidak tidur siang Malam 9 jam	22.00 malam Tidak tidur siang 7-8 jam Tidak ada	21.00 Tidak tidur siang 8-9 jam

b. Lama tidur/hari	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
c. Kebiasaan pengantar tidur	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
d. Kebiasaan saat tidur	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
e. keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Terkadang tidak nyaman karena perut yang membesar
<b>Gaya hidup</b>				
a. Kegiatan sehari-hari	Berjualan di rumah	Berjualan di rumah	Klien adalah IRT Senam dan jalan pagi	Tidak bekerja selama hamil
b. Olahraga	Jogging	Jalan pagi	Tidak ada	Senam hamil dan jalan pagi
c. Keluhan	Tidak ada	Tidak ada		Tidak ada

### 3. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Pasien 1	Ket	Pasien 2	Ket	Nilai normal
<b>Hematologi</b>					
Hemoglobin	13.4	Normal	11.6	Rendah	12.0-15.0
Leukosit	14.030	Tinggi	20.230	Tinggi	3.600-10.600
Eritrosit	4.98	Normal	4.16	Normal	3.80-5.20
Hematocrit	40.7	Normal	35.00	Normal	35-49
Trombosit	239.000	Normal	248.000	Normal	

MCV	81.7	Normal	84.2	Normal	150.000-
MCH	26.9	Normal	28	Normal	450.000
MCHC	32.9	Normal	33.2	Normal	80-100
					26-34
					32-36
<b>Gula Darah</b>					
Gula darah sewaktu	101	Normal	Tidak dilakukan tes		74 – 106
<b>Urin Kimia</b>					
Warna	Kuning	Normal	Tidak dilakukan tes urin		Kuning
Kekeruhan urine	Jernih	Normal			Jernih
Berat jenis	1.010	Normal			1.001-1.035
pH	6.0	Normal			4.6-8.0
Protein	2+/200	Abnormal			Negatif
Glukosa Urin	Negatif	Normal			Negatif
Bilirubin Urin	Negatif	Normal			Negatif
Urobilinogen	Normal	Normal			Negatif
Keton Urin	Negatif	Normal			Negatif
Leukosit Urin	500	Tinggi			<7.4
Nitrit Urin	Negatif	Normal			Negatif
Darah samar urin	1+/0.1	Tinggi			<10

## 5. Terapi

**Tabel 3. 6 Terapi Obat**

	<b>Nama Obat</b>	<b>Manfaat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Rute</b>
<b>Pasien 1</b>	Ringer Laktat	Cairan kristaloid membantu mengembalikan volume cairan tubuh yang hilang akibat perdarahan selama persalinan	500 cc/20 gtt	IV

	Ceftriaxone	Antibiotik ceftriaxone memiliki efek antibakterial dengan spektrum luas, aktif terhadap bakteri gram positif dan gram negatif, serta bakteri aerob. Antibiotik ini bekerja dengan cara menghambat sintesis mukopeptida yang diperlukan untuk pematangan dinding sel bakteri, yaitu menghambat reaksi transpeptidase tahap ketiga dalam rangkaian reaksi pematangan sel di perlukan antibiotik profilaksis yang berspektrum luas untuk mencakup bakteri patogen penyebab timbulnya infeksi luka pasca operasi (Rochmah et al., 2024).	2x1 gr	IV
	Ketorolac	Ketorolac digunakan sebagai analgetik pasca operasi derajat sedang sampai berat sebagai obat tunggal maupun sebagai kombinasi dengan opioid. ]. Onset pemberian ketorolac adalah 10 menit dengan durasi kerja selama 6 – 8 jam. Ketorolac juga memiliki efek samping yang lebih ringan, tidak muncul depresi ventilasi atau kardiovaskular, dan hanya memiliki sedikit atau tidak ada efek pada dinamika saluran empedu. Kelebihan yang dimiliki oleh ketorolac menjadikan obat ini lebih dipilih dibandingkan obat analgetik opioid lain yang menimbulkan spasme pada perut (Octasari & Inawati, 2021).	2x1 gr	IV
	Dopamet	Metildopa merupakan golongan agonis alfa-2sentral. Metildopa merupakan terapi utama yang digunakan untuk preeklampsia ringan-sedang	1x1 25 ml	Oral

		karena paling ama(Indratmoko et al., 2017)n dan tidak menimbulkan efek samping pada ibu dan janin (21). Metildopa memiliki mekanisme kerja dengan menstimulasi reseptor alfa-2 sentral sehingga menurunkan aliran simpatetik dari pusat vasomotor di otak yang mengakibatkan meningkatnya aktivitas parasimpatetik yang berpengaruh pada penurunan denyut jantung (22). Selain menggunakan pengobatan tunggal, terdapat juga penggunaan kombinasi yang diberikan.		
	MgSO <sub>4</sub>	Magnesium sulfat (MgSO <sub>4</sub> ) adalah antagonis kalsium yang bekerja di otot polos pembuluh darah yang akan menyebabkan penurunan kalsium intraseluler sehingga akan terjadi relaksasi arteri, meredakan vasospasme, dan menurunkan tekanan darah arteri, seperti aorta serta pembuluh resisten yang lebih kecil termasuk mesenterika, otot rangka, uterus, dan arteri serebral. Penggunaan MSO <sub>4</sub> efektif mengurangi risiko kejang pada 48 jam postpartum (Nomor, 2019).	3x30 mg	IV
	Aspilet	Aspirin dosis rendah dapat menghambat vasokonstriksi yang diperantarai tromboksan dan mencegah gangguan transformasi arteri spiralis, sehingga meminimalisasi perkembangan preeklampsia (Iskandar et al., 2017)	1x1 25 ml	Oral
<b>Pasien 2</b>	Ringer laktat	Cairan kristaloid membantu mengembalikan volume cairan tubuh yang hilang akibat perdarahan selama persalinan		

	Ceftriaxone	Antibiotik ceftriaxone memiliki efek antibakterial dengan spektrum luas, aktif terhadap bakteri gram positif dan gram negatif, serta bakteri aerob. Antibiotik ini bekerja dengan cara menghambat sintesis mukopeptida yang diperlukan untuk pematangan dinding sel bakteri, yaitu menghambat reaksi transpeptidase tahap ketiga dalam rangkaian reaksi pematangan sel di perlukan antibiotik profilaksis yang berspektrum luas untuk mencakup bakteri patogen penyebab timbulnya infeksi luka pasca operasi (Rochmah et al., 2024).	2x1 gr	IV
	Ketorolac	Ketorolac digunakan sebagai analgetik pasca operasi derajat sedang sampai berat sebagai obat tunggal maupun sebagai kombinasi dengan opioid. ]. Onset pemberian ketorolac adalah 10 menit dengan durasi kerja selama 6 – 8 jam. Ketorolac juga memiliki efek samping yang lebih ringan, tidak muncul depresi ventilasi atau kardiovaskular, dan hanya memiliki sedikit atau tidak ada efek pada dinamika saluran empedu. Kelebihan yang dimiliki oleh ketorolac menjadikan obat ini lebih dipilih dibandingkan obat analgetik opioid lain yang menimbulkan spasme pada perut (Octasari & Inawati, 2021).	2x1 gr	IV

## 6. Aspek Psikososial

**Tabel 3. 7 Tabel Aspek Psikososial**

Aspek Psikososial	Pasien 1	Pasien 2
-------------------	----------	----------

<b>Pola Pikir</b>	Pasien mengatakan kelahiran anak pertamanya ini banyak terjadi hal yang tidak disangka namun merasa bersyukur keduanya bisa selamat.	Pasien mengatakan merasa bersyukur atas kelahiran anaknya. Ini merupakan anak kedua dari pernikahannya yang kedua.
<b>Persepsi Diri</b>	Pasien mengatakan untuk program hamil kedepannya harus lebih diperhatikan dan berhati-hati	Pasien mengatakan sempat khawatir dengan proses persalinan anak keempatnya karena pertama kali merasakan hamil dengan posisi sungsang.
<b>Konsep Diri</b>	klien merupakan seorang istri dan ibu. Klien mengatakan merasa senang dan berharap bisa menjadi ibu dan istri yang baik.	Klien merupakan seorang istri dan ibu, klien tidak merasa sedih dengan perubahan fisiknya selama kehamilan dan setelah proses persalinan saat ini, dan merasa senang juga bersyukur dengan keadaan saat ini
<b>Gaya Komunikasi</b>	Arah pembicaraan klien sesuai dengan pertanyaan yang ditanyakan, Bahasa yang digunakan adalah Bahasa Indonesia	Arah pembicaraan klien sesuai dengan pertanyaan yang ditanyakan, Bahasa yang digunakan adalah Bahasa indonesia

### 7. Aspek Spiritual

**Tabel 3. 8 Aspek Spiritual**

Pasien 1	Pasien 2
----------	----------

<p>Klien mengatakan yakin bahwa anak adalah titipan dari Allah. Sebelum melahirkana klien rutin solat 5 waktu. Setelah melahirkan yang dilakukan adalah berdoa dan berdzikir.</p>	<p>Klien mengatakan yakin anak itu adalah titipan dari Allah. Klien sebelum melaksanakan proses persalina melaksanakan sholat 5 waktu dan berdzikir saat merasa tegang sebelum operasi. Untuk sekarang ibadah yang dilakukan adalah berdoa dan membaca al-quran.</p>
---	--

## ANALISA DATA

**Tabel 3. 9 Tabel Analisa Data**

<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
<p><b>Nyeri akut D.0077</b></p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan nyeri jika bergerak ke kanan dan ke kiri.</li> <li>- Skala nyeri 7</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah klien tampak meringis</li> <li>- Klien tampak fokus pada diri sendiri</li> <li>- P1A0</li> <li>- Pasien post sc 5 jam</li> <li>- Terdapat luka operasi</li> </ul>	<p><b>Nyeri akut D.0077</b></p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan nyeri pada bagian luka operasi seperti mengilu.</li> <li>- Nyeri dirasakan bertambah jika bergerak ke kiri atau ke kanan. Berkurang jika ibu diam.</li> <li>- Ibu mengatakan nyeri pada skala 6.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu sudah tidak tampak meringis.</li> <li>- P3A1</li> <li>- Pasien post sc 4 jam</li> <li>- Terdapat luka operasi</li> </ul>
<p><b>Risiko Infeksi D.0142</b></p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka insisi post operasi SC</li> </ul>	<p><b>Risiko Infeksi D.0142</b></p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka insisi post operasi SC</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka tertutup perban dan tidak ada rembesan</li> <li>- Leukosit 14.030</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka tertutup perban dan tidak ada rembesan</li> <li>- Leukosit 20.230</li> </ul>
<p><b>Risiko Perdarahan D.0012</b></p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu post sc</li> <li>- TFU 1 jari dibawah pusat</li> <li>- Kontraksi uterus terabas keras</li> <li>- Vulva dipenuhi darah, lochea berwarna merah kehitaman</li> <li>- Jumlah lokia 200 cc</li> <li>- TD 130/75 mmHg, HR 96x/menit, suhu 36.7°C, RR 21x/menit, dan SpO2 100%.</li> <li>- Tidak menyusui bayi</li> <li>- Pemberian MgSO4</li> </ul>	<p><b>Risiko Perdarahan D.0012</b></p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu post sc</li> <li>- TFU 1 jari dibawah pusat</li> <li>- Kontraksi uterus terabas keras</li> <li>- Vulva dipenuhi darah, lochea berwarna merah kehitaman</li> <li>- Jumlah lokia 150 cc</li> <li>- TD 100/75 mmHg, 83x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36.9°C dan SpO<sub>2</sub> 98%.</li> <li>- Menyusui bayinya</li> </ul>
<p><b>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi D.0017</b></p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD 130/75 mmHg</li> <li>- HR 96x/menit</li> <li>- Protein urin 2+/200</li> <li>- Leukosit urin 500</li> <li>- pH urin 6.0/3+</li> </ul>	<p><b>Menyusui Tidak Efektif D.0029</b></p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan sudah tau caranya menyusui</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat pengeluaran ASI saat aerola ditekan</li> <li>- Suplai ASI adekuat</li> </ul>
<p><b>Menyusui Tidak Efektif D.0029</b></p> <p>DS :</p>	<p>-</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu mengatakan belum mencoba menyusui bayi karena dirawat terpisah dan bayi lahir premature.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengeluaran ASI dari payudara kanan dan kiri belum ada</li> <li>- Ibu tampak masih focus pada diri sendiri</li> <li>- Bentuk puting menonjol berwarna kehitaman, puting tampak kotor, payudara sedikit bengkak, belum ada pengeluaran kolstrum dan asi saat ditekan aerola</li> </ul>	
---	--

## B. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 3. 10 Tabel Diagnosa Keperawatan**

No	Pasien 1	Pasien 2
1.	Nyeri akut berhubungan dengan terputus konitnuitas jaringan post <i>caesarean section</i> dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada area bekas operas	Nyeri akut berhubungan dengan terputus konitnuitas jaringan post <i>caesarean section</i> dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada area bekas operas
2.	Risiko Perdarahan dibuktikan dengan involusi uterus ditandai dengan kontraksi Rahim yang keras dan TFU 1 jari diatas pusat	Risiko Perdarahan dibuktikan dengan involusi uterus ditandai dengan kontraksi Rahim yang keras dan TFU 1 jari diatas pusat
3.	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invansif ditandai dengan terdapat luka post operasi SC	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invansif ditandai dengan terdapat luka post operasi SC

3.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan . TD 130/75 mmHg, HR 96x/menit,	Menyusui efektif berhubungan dengan
4.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan bayi dan ibu rawat pisah	



### C. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 11 Tabel Rencana Keperawatan

DX keperawatan	Tujuan	Pasien 1	
		Intervensi	Rasional
<b>D.0077 Nyeri akut</b>	<p><b>L.08066 Tingkat Nyeri</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri berkurang</li> <li>- Wajah klien tidak meringis</li> <li>- TTV dalam rentang normal (TD 120/80 mmHg, Nadi 60 -100x/menit, Respirasi 16-24 x/menit, suhu 36,5 – 37,5)</li> </ul>	<p><b>I.08238 Manajemen Nyeri</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan terhadap nyeri</li> <li>2. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tarik napas dalam</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</li> <li>5. Jelaskan dan ajarkan strategi meredakan nyeri tarik napas dalam</li> </ol>	<p><b>I.08238 Manajemen Nyeri</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dengan mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang nyeri, perawat dapat memberikan informasi yang tepat dan relevan mengenai jenis-jenis nyeri, penyebabnya, serta cara pengelolaannya. Ini membantu pasien memahami kondisi mereka dengan lebih baik dan mengurangi kecemasan.</li> <li>2. Dengan mengetahui hubungan antara intensitas nyeri dan kualitas hidup, dapat merancang strategi manajemen nyeri yang lebih efektif. Ini termasuk penggunaan terapi yang tepat untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas hidup pasien</li> <li>3. Teknik tarik napas dalam merupakan intervensi mandiri keperawatan dimana perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri menurun menjadi 4</li> <li>- Ibu mampu duduk dan berjalan</li> </ul>	<p>Kolaborasi</p> <p>6. Anjurkan pemberian analgetik (ketorolac 3x30 mg)</p>	<p>inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan untuk merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri (Agnesia &amp; Ayranti, 2022)</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Untuk memberikan pengetahuan kepada ibu sehingga ibu memahami kondisi fisiologis saat ini.</p> <p>5. Teknik relaksasi napas dalam dilakukan dengan cara menarik nafas dalam dari hidung dengan hitungan 1,2,3. Lalu tahan nafas 5-10 detik lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6. Pemberian ketorolac sebagai analgetik pasca operasi bertujuan untuk mengurangi nyeri, mengurangi kebutuhan opioid, meningkatkan mobilitas, mempercepat pemulihan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan demikian, ketorolac menjadi pilihan penting dalam manajemen nyeri pasca operasi.</p>
<b>D.0012 Risiko Perdarahan</b>	<b>L.02017 Tingkat Perdarahan L.07061 Status</b>	<b>I.02067 Pencegahan perdarahan Perawatan pasca persalinan</b>	<b>I.02067 Pencegahan perdarahan dan I.07225 Perawatan pasca persalinan</b>

	<p><b>Kenyaman Pascapartum</b></p> <p>diharapkan tingkat perdarahan menurun dan tingkat kenyamanan pascapartum meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontraksi uterus terabas keras</li> <li>- Pengeluaran lochea berkurang</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala pendarahan</li> <li>2. Monitor nilai hematokrit dan hemoglobin</li> <li>3. Monitor keadaan lochea</li> <li>4. Monitor status pencernaan</li> <li>5. Monitor tanda homan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan</li> <li>7. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tanda bahaya nifas</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan bahwa perdarahan tidak terus menerus dan mulai terhenti secara berkala.</li> <li>2. Memastikan pasien tidak sampai mengalami anemia.</li> <li>3. Memastikan pengeluaran lochea normal dan sesuai dengan kondisi ibu dari jumlah dan warnanya.</li> <li>4.</li> <li>5. Tanda homan yang positif mengidentifikasi adanya trombosis</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kandung kemih yang penuh akan membuat penilaian kontraksi uterus bias karena kandung kemih menekan uterus.</li> </ol>
--	---	--	---

			<p>7. Ambulasi dini dilakukan untuk mempercepat involusio uteri dan pengeluaran lochea. Selain itu ambulasi dini akan mempercepat rawat inap.</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Bertujuan agar pasien dan keluarga mampu melakukan deteksi dini.</p>
<p><b>Risiko infeksi b.d efek prosedur invansif d.d terdapat luka post operasi SC</b></p>	<p><b>(L.14137) Tingkat infeksi</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan:</p>	<p><b>I.14558 Perawatan Area Insisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak atau tanda-tanda dehisen alau visen</li> <li>2. Monitor proses penyembuhan area insisi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat</li> <li>4. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih</li> </ol>	<p><b>I.14558 Perawatan Area Insisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mendeteksi adanya kemungkinan infeksi pada area tersebut.</li> <li>2. Untuk memastikan tidak ada abnormalitas dalam proses penyembuhan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Perawatan luka menggunakan larutan NaCl 0,9% karena larutan NaCl 0.9% merupakan larutan fisiologis dan tidak</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terjadi demam</li> <li>- Tidak timbul tanda-tanda infeksi seperti (REEDA) pada area luka insisi</li> <li>- Kadar leukosit menurun</li> </ul>	<p>5. Ganti balutan luka sesuai jadwal</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi</p> <p>7. Ajarkan cara merawat area insisi</p>	<p>akan membahayakan jaringan luka. Sehingga dalam hal ini larutan NaCl 0,9% efektif dalam penyembuhan luka (Absari &amp; Riyanti, 2020).</p> <p>4. Agar area yang sudah bersih tidak terkontaminasi dengan area yang belum bersih.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5. Agar tidak terjadi rembes pada luka</p> <p>6. Agar pasien dan keluarga mampu melakukan perawatan luka sesuai dengan anjuran secara mandiri</p>
<p><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi</b></p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria</p>	<p><b>Perawatan sirkulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Monitor sirkulasi perifer (edema tungkai)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>2. Anjurkan minum obat penurun tekanan</p>	<p><b>Perawatan sirkulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Tujuan dari GCS adalah untuk menentukan tingkat kesadaran pasien, memahami ada tidaknya cedera otak akut. Ujian GCS terdiri dari tiga bagian yaitu mata, kata dan gerak/motorik (mata,</p>

	<p>hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan sistolik membaik</li> <li>2. Tekanan darah diastolic membaik</li> </ol>	<p>darah</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kolaborasi pemberian obat antihipertensi yaitu Dopamet 3x500 mg PO</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat antiplatelet dengan Aspilet 1x1 mg PO</li> <li>5. Kolaborasi pemberian obat anti konvulsan dengan MgSO4 40% 1x1 dripp RL</li> </ol>	<p>verbal dan motorik) (Handoko et al., n.d.).</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Terapi antihipertensi sangat diperlukan agar tekanan darah menurun (130-150 mmHg untuk sistolik dan 80-90 mmHg untuk diastolik) dan terkontrol dengan baik (Tahar, et. al., 2021)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menurunkan tekanan darah dengan mekanisme memicu timbulnya refleks baroreseptor yang meningkatkan aktivitas saraf simpatik di otak melalui pengaktifan reseptor alfa 1 pada otot dan pembuluh darah yang mengakibatkan terjadinya vasokonstriksi sehingga resistensi perifer meningkat.</li> <li>4. Obat antiplatelet mencegah sel darah yang disebut trombosit saling menyatu</li> </ol>
--	---	--	--

			<p>dan membentuk gumpalan. Kedua jenis obat ini efektif untuk mencegah pembentukan gumpalan atau menghentikan pertumbuhan gumpalan.</p> <p>5. Mekanisme kerja obat Antikonvulsan ini yang terpenting ada dua, yaitu untuk mencegah timbulnya letupan depolarisasi eksekutif pada neuron dan fokus epilepsi serta mencegah terjadinya letupan depolarisasi pada neuron normal akibat pengaruh dari fokus epilepsi.</p>
<p><b>D.0029</b> <b>Menyusui</b> <b>tidak efektif</b></p>	<p><b>L.03029</b> <b>Status Menyusui</b> Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam status menyusui membaik</p>	<p><b>I.12393 Edukasi Menyusui</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</li> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (Leaflet)</li> <li>4. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> </ol>	<p><b>I.12393 Edukasi Menyusui</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk merancang materi yang sesuai dengan tingkat pemahaman ibu dan keluarga.</li> <li>2. Untuk mengetahui bagaimana pola pikir Ibu terhadap keinginan menyusui pada anaknya sehingga saat pemberian edukasi</li> </ol>

	<p>dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI dapat keluar</li> <li>- Ibu mengetahui cara menyusui bayi</li> </ul>	<p>5. Libatkan sistem pendukung: suami dan keluarga</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>7. Ajarkan 4 posisi menyusui dan ajarkan perlekatan (latch on) dengan benar</p> <p>8. Ajarkan perawatan payudara postpartum pada ibu dan keluarga (breast care &amp; pijat oksitosin)</p>	<p>dapat menyesuaikan dengan keinginan ibu</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3. Leaflet merupakan media yang mudah diakses dan dibawa ke mana-mana. Informasi yang disajikan dalam format ringkas dan jelas memudahkan pasien untuk memahami dan mengingat pesan-pesan penting terkait kesehatan.</p> <p>4. Dukungan kepada ibu untuk menyusui yang diberikan oleh tenaga kesehatan akan menambah kepercayaan diri ibu</p> <p>5. Dukungan suami dan keluarga akan menambah kepercayaan diri ibu untuk menyusui bayi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6. Menjelaskan pada ibu bahwa menyusui bermanfaat bagi ibu sebagai KB alami dan membantu kontraksi Rahim sehingga</p>
--	--	--	--

			<p>perdarahan akan segera selesai. Bagi bayi bermanfaat untuk memberikan nutrisi secara maksimal dengan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama</p> <p>7. Dengan memahami empat posisi menyusui dan teknik perlekatan yang benar, ibu dapat meningkatkan kenyamanan selama proses menyusui serta memastikan bahwa bayi mendapatkan ASI secara efektif. Ini sangat penting untuk kesehatan dan perkembangan optimal bayi serta kesejahteraan ibu.</p> <p>8. Edukasi perawatan payudara pada ibu serta keluarga akan membantu menghindari dari komplikasi pada payudara dan membantu ibu dalam proses produksi ASI.</p>
--	--	--	--

DX keperawatan	Tujuan	Pasien 2	
		Intervensi	Rasional
<b>D.0077 Nyeri akut</b>	<p><b>L.08066 Tingkat Nyeri</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri berkurang</li> <li>- Wajah klien tidak meringis</li> <li>- TTV dalam rentang normal (TD 120/80 mmHg, Nadi 60 -100x/menit, Respirasi 16-24 x/menit, suhu 36,5 – 37,5)</li> </ul>	<p><b>I.08238 Manajemen Nyeri</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan terhadap nyeri</li> <li>8. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tarik napas dalam</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</li> <li>11. Jelaskan dan ajarkan strategi meredakan nyeri tarik napas dalam</li> </ol> <p>Kolaborasi</p>	<p><b>I.08238 Manajemen Nyeri</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Dengan mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang nyeri, perawat dapat memberikan informasi yang tepat dan relevan mengenai jenis-jenis nyeri, penyebabnya, serta cara pengelolaannya. Ini membantu pasien memahami kondisi mereka dengan lebih baik dan mengurangi kecemasan.</li> <li>8. Dengan mengetahui hubungan antara intensitas nyeri dan kualitas hidup, dapat merancang strategi manajemen nyeri yang lebih efektif. Ini termasuk penggunaan terapi yang tepat untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kualitas hidup pasien</li> <li>9. Teknik tarik napas dalam merupakan intervensi mandiri keperawatan dimana perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri menurun menjadi 4</li> <li>- Ibu mampu duduk dan berjalan</li> </ul>	12. Anjurkan pemberian analgetik (ketorolac 3x30 mg)	<p>bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan untuk merileksasikan ketegangan otot yang menunjang nyeri (Agnesia &amp; Ayranti, 2022)</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Untuk memberikan pengetahuan kepada ibu sehingga ibu memahami kondisi fisiologis saat ini.</p> <p>11. Teknik relaksasi napas dalam dilakuna dengan cara menarik nafas dalam dari hidung dengan hitungan 1,2,3. Lalu tahan nafas 5-10 detik lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>12. Pemberian ketorolac sebagai analgetik pasca operasi bertujuan untuk mengurangi nyeri, mengurangi kebutuhan opioid, meningkatkan mobilitas, mempercepat pemulihan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan demikian, ketorolac menjadi pilihan penting dalam manajemen nyeri pasca operasi.</p>
<b>D.0012 Risiko Perdarahan</b>	<b>L.02017 Tingkat Perdarahan L.07061 Status</b>	<b>I.02067 Pencegahan perdarahan Perawatan pasca persalinan I.07225 Observasi</b>	<b>I.02067 Pencegahan perdarahan dan I.07225 Perawatan pasca persalinan</b>

	<p><b>Kenyaman Pascapartum</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dan tingkat kenyamanan pascapartum meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah dalam rentan normal</li> <li>- Kontraksi uterus terus menurun</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala pendarahan</li> <li>2. Monitor nilai hematokrit dan hemoglobin</li> <li>3. Monitor keadaan lochea</li> <li>4. Monitor status pencernaan</li> <li>5. Monitor tanda homan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan</li> <li>7. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tanda bahaya nifas</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan bahwa perdarahan tidak terus menerus dan mulai terhenti secara berkala.</li> <li>2. Memastikan pasien tidak sampai mengalami anemia.</li> <li>3. Memastikan pengeluaran lochea normal dan sesuai dengan kondisi ibu dari jumlah dan warnanya.</li> <li>4.</li> <li>5. Tanda homan yang positif mengidentifikasi adanya trombosis</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kandung kemih yang penuh akan membuat penilaian kontraksi uterus bias karena kandung kemih menekan uterus.</li> </ol>
--	---	---	---

	<p>hingga 4 jari dibawah pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengeluaran lochea berkurang</li> <li>- Lochea berwarna merah segar</li> </ul>		<p>7. Ambulasi dini dilakukan untuk mempercepat involusio uteri dan pengeluaran lochea. Selain itu ambulasi dini akan mempercepat rawat inap.</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Bertujuan agar pasien dan keluarga mampu melakukan deteksi dini.</p>
<p><b>Risiko infeksi b.d efek prosedur invansif d.d terdapat luka post operasi SC</b></p>	<p><b>(L.14137) Tingkat infeksi</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p>	<p><b>I.14558 Perawatan Area Insisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>8. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak atau tanda-tanda dehisen alau visen</p> <p>9. Monitor proses penyembuhan area insisi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>10. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat</p> <p>11. Usap area insisi dari area yang bersih menuju area yang kurang bersih</p>	<p><b>I.14558 Perawatan Area Insisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>7. Untuk mendeteksi adanya kemungkinan infeksi pada area tersebut.</p> <p>8. Untuk memastikan tidak ada abnormalitas dalam proses penyembuhan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>9. Perawatan luka menggunakan larutan NaCl 0,9% karena larutan NaCl 0.9% merupakan larutan fisiologis dan tidak</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terjadi demam</li> <li>- Tidak timbul tanda-tanda infeksi seperti (REEDA)</li> </ul> <p>Kadar leukosit menurun</p>	<p>12. Ganti balutan luka sesuai jadwal</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>13. Ajarkan meminimalkan tekanan pada tempat insisi</p> <p>Ajarkan cara merawat area insisi</p>	<p>akan membahayakan jaringan luka. Sehingga dalam hal ini larutan NaCl 0,9% efektif dalam penyembuhan luka (Absari &amp; Riyanti, 2020).</p> <p>10. Agar area yang sudah bersih tidak terkontaminasi dengan area yang belum bersih.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>11. Agar tidak terjadi rembes pada luka</p> <p>Agar pasien dan keluarga mampu melakukan perawat luka sesuai dengan anjuran secara mandiri</p>
<p><b>D.0028</b></p> <p><b>Menyusui efektif berhubungan dengan</b></p>	<p><b>L.03029 Status Menyusui</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan status menyusui</p>	<p><b>I.03135 Promosi ASI Eksklusif dan I.03134 Pijat Laktasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kebutuhan laktasi bagi ibu postnatal</li> <li>- Monitor kondisi mammae dan puting</li> </ul>	<p><b>I.03135 Promosi ASI Eksklusif dan I.03134 Pijat Laktasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk mengetahui kelancaran proses laktasi pada ibu</li> </ul>

	<p>membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tetetsan atau pancaran asi meningkat</li> <li>- Suplai ASI meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pengetahuan ibu mengenai menyusui</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan dengan keluarga tentang ASI eksklusif</li> <li>- Posisikan ibu dengan nyaman</li> <li>- Pijat mulai dari kepala, leher, bahu, punggung, dan payudara</li> <li>- Pijat dengan lembut</li> <li>- Pijat secara rutin setiap hari</li> <li>- Libatkan suami dan keluarga</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan ibu menyusui sesegera mungkin setelah menyusui</li> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pijat laktasi</li> <li>- Jelaskan manfaat pijat laktasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan tidak ada tanda abnormalita yang menjadi penghambat dalam menyusui dan pijat laktasi</li> <li>- Mengidentifikasi pengetahuan ibu mengenai menyusui</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan keluarga sangat berpengaruh dalam keberhasilan ASI eksklusif</li> <li>- Memastikan klien dalam posisi yang nyaman</li> <li>- Memijat secara berurutan</li> <li>- Untuk membuat ibu rileks dan nyaman</li> <li>- Memberikan efek nyaman pada ibu sehingga pengeluaran ASI lancar</li> </ul>
--	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Agar suami atau keluarga terdekat mampu membantu ibu dalam proses pijat laktasi</li></ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Menyusui sesegera mungkin pada bayi memiliki manfaat yang baik bagi ibu dan bayi</li><li>- Agar klien mengetahui tindakan yang akan dilakukan</li><li>- Pijat laktasi memberikan manfaat relaksasi bagi ibu sehingga ibu nyaman dan pengeluaran hormon oksitosin lancar yang akan membantu pengeluaran ASI</li></ul>
--	--	--	--

#### D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 12 Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Pasien 1				Pasien 2			
Tgl/Jam	DX	Implementasi	Evaluasi	Tgl/Jam	DX	Implementasi	Evaluasi
1/1/2024 09.00 PO 6 jam	2	- Membimbing klien melakukan miring kiri dan kanan <b>R/</b> klien masih kesulitan untuk melakukan miring kiri dan kanan.	<b>S:</b> - Keluarga mengatakan memahami cara melatih ekstremitas <b>O:</b> - Keluarga mampu mengulagi cara melatih ekstremitas	1/11/24 13.00 PO 4 jam	2	- Memeriksa TFU dan kontraksi uterus <b>R:</b> Kontraksi teraba keras dan TFU 1 jari dibawah pusat. Ibu mengatakan merasa mulas namun sedikit.	<b>S :</b> - Klien sudah mampu miring kiri dan kanan <b>O :</b> - TFU 1 jari dibawah pusat - Kontraksi uterus teraba keras - Perdarahan masih ada lokia berwarna merah segar
09.06 12.00	3	- Mengajarkan keluarga mendeteksi dini adanya rembesan pada perban luka <b>R/</b> keluarga dan pasien memahami materi yang disampaikan - Memberikan terapi farmakologi MgSO <sub>4</sub> ,	<b>A:</b> - Diagnosa nyeri akut, resiko perdarahan, menyusui tidak efektif dan resiko perfusi serebral belum teratasi <b>P:</b>	13.15		- Mengidentifikasi kemampuan ambulasi ekstremitas meliputi abduksi dan aduksi <b>R :</b> klien sudah mampu melakukan abduksi dan aduksi serta mengangkat kaki	- TD 105/88 mmHg HR 80x/menit, suhu 36,0 °C.

13.00	1,3,4	<p>dopamet, aspilet dan ketorolac</p> <p><b>R:</b> klien mengatakan skala nyeri 6</p> <p>- Melakukan pemeriksaan TFU dan lokia</p> <p><b>R:</b> TFU 1 jari dibawah pusat teraba keras dan lokie berwarna merah 15 cc</p>	<p>- Lanjutkan intervensi manajemen nyeri, pencegahan perdarahan, pencegahan infeksi, perawatan sirkulasi dan edukasi menyusui.</p>	14.30	3	<p>- Membimbing klien untuk melakukan miring kiri dan kanan</p> <p><b>R :</b> klien sudah mampu melakukan miring kiri dan kanan</p> <p>- Memberikan edukasi tanda infeksi pada area luka post SC</p> <p><b>R:</b> klien dan keluarga memahami tanda infeksi.</p>	<p><b>A :</b></p> <p>- Diagnosa nyeri akut, risiko perdarahan, risiko infeksi dan menyusui efektif belum teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <p>- Intervensi manajemen nyeri, pencegahan perdarahan, perawatan area insisi, promosi ASI eksklusif dan pijat laktasi dilanjutkan</p>
13.25	2	<p>- Membimbing ibu untuk posisi miring kiri dan kanan</p> <p><b>R:</b> klien terlihat mampu miring kiri dan kanan tapi pasien tampak banyak meringis dan</p>		14.40	1	<p>- Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p><b>R:</b> klien mampu mengulangi teknik napas dalam secara mandiri</p>	

		mengatakan takut luka jahitannya terbuka					
2/11/24 08.00	1	- Mengkaji tanda - tanda vital dan skala nyeri <b>R</b> : TD 127/84 mmHg, HR 112x/menit dan suhu 36.5°C.	<b>S</b> : - Klien mengatakan nyeri pada skala 4 - Klien mengatakan tidak ada bengkak pada aera ekstremitas - Klien mengatakan pengeluaran darah berwarna merah segar dan menggantu pembalu 1 kali dari semalam	2/11/24 10.00	2	- Memeriksa TFU dan kontraksi uterus <b>R</b> : Kontraksi teraba keras dan TFU 2 jari dibawah pusat. Ibu mengatakan darahnya warna merah dan mengganti pembalut sehari sekali. - Mengidentifikasi kemampuan klien dalam mobilisasi dini post operasi 24 jam <b>R</b> : pasien sudah mampu miring kiri dan kanan, pasien	<b>S</b> : - Klien mengatakan nyeri bekas operasi mulai berkurang <b>O</b> : - TFU 1 jari dibawah pusat - Kontraksi uterus teraba keras - Perdarahan masih ada lochea berwarna merah dengan jumlah sekitar 20 cc - TD 105/88 mmHg HR 80x/menit, suhu 36,0 °C.
08.10	4	- Mengkaji adanya edema pada ekstremitas <b>R</b> : Ibu mengatakan tidak edema pada ekstremitas		10.15			
08.15	2		<b>O</b> :	11.00			

PO 29 Jam	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji kemampuan klien dalam ambulasi dini <b>R:</b> klien sudah mampu menggerakkan ekstremitas bawah namun belum mencoba untuk duduk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TFU 2 jari dibawah pusat</li> <li>- Kontraksi uterus teraba keras</li> <li>- Klien nampak lebih segar</li> <li>- Klien mampu menggerakkan ekstremitas bawah meliputi abduksi dan aduksi</li> </ul>	12.00	1&3	<ul style="list-style-type: none"> <li>belum mampu melakukan duduk di atas kasur.</li> <li>- Membimbing ibu teknik ambulasi duduk di kasur <b>R:</b> klien mampu duduk dikasur dengan menurunkan kaki</li> <li>- Memberikan obat analgetic drip RL 20 tpm dan ceftriaxone IV <b>R:</b> klien mengatakan nyeri berkurang skala 3</li> <li>- Mengidentifikasi kemampuan mobilisasi dini</li> </ul>	<p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa nyeri akut dan risiko perdarahan belum teratasi</li> <li>- Diagnosa defisit perawatan diri dan menyusui tidak efektif sudah teratasi</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dan pencegahan perdarahan dilanjutkan</li> <li>- Intervensi edukasi menyusui dan dukungan</li> </ul>
09.00	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membimbing ibu teknik ambulasi duduk di kasur dan teknik miring kiri dan kanan <b>R :</b> klien mampu duduk di kasur dan melakukan miring kiri dan kanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu melakukan miring kiri dan kanan serta duduk diatas kasur</li> <li>- Lochea berwarna merah segar</li> <li>- Klien mampu mengulangi cara</li> </ul>	13.00	2		
				13.45			

11.00	1,3,4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan MgSO<sub>4</sub>, dopamet, ceftriaxon dan ketoprofen</li> <li><b>R:</b> terapi farmakologi sudah diberikan skala nyeri 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>perlekatan dan cara menyimpan ASI</li> <li><b>A :</b></li> <li>- Diagnosa nyeri akut, resiko perdarahan, menyusui tidak efektif dan resiko perfusi serebral belum teratasi</li> <li><b>P :</b></li> <li>- Intervensi manajemen nyeri, pencegahan perdarahan, edukasi menyusui dan perawatan sirkulasi dilanjutkan.</li> </ul>	14.00	4	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>R:</b> klien sudah mampu berjalan ke kamar mandi tanpa bantuan</li> <li>- Melakukan edukasi ASI eksklusif dan kontrak waktu untuk pijat laktasi</li> <li><b>R:</b> klien dan keluarga memahami pemberian ASI eksklusif. Pijat laktasi dijadwalkan sehabis ashar</li> <li>- Melakukan intervensi pijat payudara</li> <li><b>R:</b> klien Nampak rileks dan pengeluaran ASI sudah banyak</li> </ul>	perawatan diri dihentikan.
12.00	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa kontraksi uterus dan TFU</li> <li><b>R:</b> kontraksi uterus teraba keras dan TFU 2 jari dibawah pusat.</li> </ul>					
13.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji pengeluaran lokia</li> <li><b>R:</b> lokia berwarna merah segar dan</li> </ul>					

13.15		<p>ganti pembalut sebanyak 2 kali perdarahan 35 cc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan edukasi menyusui pada pasien</li> </ul> <p><b>R:</b> klien dan keluarga memahami cara perlekatan menyusui dan cara penyimpanan ASI.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemeriksaan TFU dan lokia</li> </ul> <p><b>R:</b> TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi teraba keras dan lokie berwarna merah segar</p>	
3/11/24 08.11	1&4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji TTV</li> </ul> <p><b>R:</b> TD 141/90 mmHg, HR 90x/menit, dan suhu 36.9°C.</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada skala 3</li> <li>- Klien mengatakan tidak ada bengkak pada aera ekstremitas</li> </ul>	3/11/24 08.30  09.45	1  2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa TTV pasien</li> </ul> <p><b>R:</b> TD 109/88 mmHg, HR 78 x/menit dan suhu 36.3 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan klien teknik mobilisas</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan keluhan pusing tidak ada nyeri juga sudah jauh berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mampu berjalan mengelilingi</li> </ul>

08.15	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji adanya edema pada ekstremitas</li> <li><b>R:</b> tidak ada edema pada ekstremitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pengeluaran darah berwarna merah segar dan mengganti pembalu 1 kali dari semalam sekitar 25 cc.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>duduk mandiri dan mencoba berdiri di samping kasur</li> <li><b>R:</b> klien terlihat mampu duduk dan berdiri disamping kasur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kamar dan berjalan dari kasur ke kamar mandi.</li> <li>- TD 109/88 mmHg, HR 78 x/menit dan suhu 36.3 °C</li> <li>- Kontraksi uterus teraba keras dan TFU 2 jari dibawah pusat</li> <li>- Pengeluaran lochia berwan merah sebanyak 25 cc/ dalam 12 jam</li> </ul>
08.30	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji kemampuan ambulasi</li> <li><b>R:</b> Ibu sudah mampu duduk namun belum mencoba berdiri dan jalan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>O :</b></li> <li>- TFU 2 jari dibawah pusat</li> <li>- Kontraksi uterus teraba keras</li> </ul>	10.15	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji pengeluaran lochea</li> <li><b>R:</b> ibu baru ganti pembalut 1 dalam waktu &lt;24 jam dan warna lochea merah segar.</li> <li>- Memberikan analgetik dan antibiotic melalui IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>A :</b></li> <li>- Diagnosa nyeri akut dan risiko perdarahan belum teratasi.</li> <li><b>P :</b></li> </ul>
08.45	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu ibu untuk berdiri disamping kasur dan berjalan disekitar kamar</li> <li><b>R:</b> Ibu mengatakan belum mampu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu melakukan miring kiri dan kanan serta duduk diatas kasur</li> <li>- Lochea berwarna merah segar</li> </ul>	11.30	1		

08.50	2	berjalan karena pusing - Memeriksa kontraksi uterus, TFU dan pengeluaran lochea <b>R:</b> pengeluaran lochia berwarna merah segar, ibu mengganti pembalut satu kali sehari, perdarahan 20 cc kontraksi uterus teraba keras dan TFU 2 jari dibawah pusat.	<b>A :</b> <b>A :</b> - Diagnosa nyeri akut, resiko perdarahan, resiko infeksi, menyusui tidak efektif dan resiko perfusi serebral sudah teratasi <b>P :</b> - Intervensi manajemen nyeri, pencegahan perdarahan, pencegahan infeksi, edukasi menyusui dan	12.00	1&3	<b>R:</b> ibu tampak tenang dan tidak ada keluhan alergi - Memberikan obat ketorolac dan ceftriaxone IV <b>R:</b> ibu mengatakan tidak merasa demam dan nyeri berkurang	- Intervensi manajemen nyeri, pencegahan infeksi dan pencegahan perdarahan dilanjutkan.
12.00	4	- Memberikan terapi obat MgSO4, dopamet dan ketoprofen		14.00	2	- Membimbing ibu belajar jalan dari kasur ke kamar mandi <b>R:</b> ibu mampu berjalan secara perlahan, keluhan pusing disangkal - Memeriksa kontraksi uterus dan TFU	

13.00	1	<p><b>R:</b> terapi obat sudah diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji skala nyeri klien</li> </ul> <p><b>R:</b> pasien mengatakan nyeri di skala 3.</p>	perawatan sirkulasi dilanjutkan.			<p><b>R:</b> kontraksi teraba keras dan TFU 2 jari dibawah pusat.</p>	
3/11/2024 14.30	1&4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa TTV</li> </ul> <p><b>R:</b> TD 130/90 mmHg, HR 86x/menit dan suhu 36,3°C</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada skala 2</li> <li>- Klien mengatakan tidak ada bengkak pada aera ekstremitas</li> <li>- Klien mengatakan pengeluaran darah berwarna merah segar dan</li> </ul>	3/11/2024 08.00	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa TTV</li> </ul> <p><b>R:</b> TD 108/80 mmHg, HR 80x/menit dan 36.3°C.</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu berjalan sendiri ke kamar mandi</li> </ul>
14.45	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji pengeluaran lochea dan kontraksi uterus</li> </ul> <p><b>R:</b> kontraksi uterus teraba keras, TFU 3 jari dibawah pusat</p>		09.37	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji pengeluaran lokia dan kontraksi uterus</li> </ul> <p><b>R :</b> lokia berwarna merah kecoklatan dan mengganti</p>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah bisa berjalan sendiri</li> <li>- Lokia berwarna merah segar</li> <li>- Kontraksi uterus teraba keras</li> </ul>

15.00	2	<p>dan pengeluaran lochea berwarna merah segar. Ibu mengatakan mengganti pembalut sekali dalam sehari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji kemampuan mobilisasi dini hari ke 3</li> </ul> <p><b>R:</b> klien sudah mampu berjalan sendiri ke kamar mandi.</p>	<p>menggantu pembalut sehari</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TFU 3 jari dibawah pusat</li> <li>- Kontraksi uterus teraba keras</li> <li>- Klien nampak lebih segar</li> <li>- Klien mampu berjalan dari kasur ke kamar mandri</li> <li>- Lochea berwarna merah segar</li> </ul>	11.00	2	<p>pembalut 1 kali sehari dan kontraksi uterus teraba keras dan TFU 4 jari dibawah pusat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kemampuan mobilisasi klien</li> </ul> <p><b>R:</b> klien sudah mampu berjalan seperti biasa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TFU 3 jari dibawah pusat</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa nyeri akut dan risiko perdarahan sudah teratasi</li> </ul> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi di hentikan</li> </ul>
15.15	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan edukasi cara perawatan luka selama di rumah</li> </ul> <p><b>R:</b> klien dan keluarga memahami cara</p>	<p><b>A :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa nyeri akut, resiko perdarahan, resiko infeksi, menyusui</li> </ul>				

		merawat luka di rumah.	<p>tidak efektif dan resiko perfusi serebral sudah teratasi</p> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri, BABpencegahan perdarahan, pencegahan infeksi, edukasi menyusui dan perawatan sirkulasi dihentikan.</li> </ul>				
--	--	------------------------	--	--	--	--	--