

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Pada bab ini Penulis akan menguraikan hasil dan pembahasan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Ny. “N” P1A0 Dengan Risiko Infeksi Luka Perineum Pada Ibu *Post Partum* Spontan Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2023” yang telah dilaksanakan mulai tanggal 13-19 April 2023, dengan 1 orang pasien yang diberikan fokus intervensi asuhan keperawatan dan fokus intervensi perawatan luka perineum untuk mencegah risiko infeksi pada luka perineum. Pelaksanaan studi kasus ini berlangsung 5 hari dengan 2 hari di rumah sakit dan 3 hari di rumah pasien (*home visit*), didapatkan hasil yaitu :

4.1.1 Hasil pengkajian

a. Pengkajian

Tabel 4. 1 Pengkajian Ibu

Data Ibu (1)	Hasil (2)
Identitas pasien	Pasien bernama Ny. N dengan usia 25 Tahun. No. Register 392030, Pendidikan terakhir pasien SMK dan bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga yang beralamatkan di Jl. Sentral Utara RT.01/RW.03, Sukapura, Kiaracandong dan dilakukan pengkajian pada hari Kamis, 13 April 2023 pukul 13.00 WIB dengan diagnosa medis BCB BMK Lahir Spontan letak kepala + LGA.
Riwayat kesehatan	a. Keluhan utama : Pasien mengatakan sulit buang air kecil dan nyeri pada bagian luka jahit di jalan lahir. b. Riwayat kesehatan sekarang : Pasien Ny. N P1A0 mengatakan 1 hari sebelum masuk RS merasa mulas sehingga pasien pergi ke bidan dan dilakukan induksi, tetapi karena pembukaan tidak kunjung meningkat akhirnya pasien disarankan untuk dirujuk ke RSUD Kota

Bandung. Pada tanggal 12 April 2023 pukul 01.30 WIB keluar cairan banyak dari jalan lahir disertai lendir darah. Pasien dibawa ke IGD pukul 09.00 WIB dan dilakukan pemasangan infus RL 20 gtt/menit. Pasien ditransfer ke Ruang Tulip (VK) pukul 10.00 WIB kemudian ada peningkatan pembukaan, pada pukul 20.35 WIB lahirlah seorang bayi laki-laki secara spontan dengan luka episiotomi medial atas indikasi bayi besar (LGA). Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sulit buang air kecil, saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit-sedikit. Pasien mengeluh berkemih dengan cara mengejan, keluhan dirasakan sejak malam hari setelah persalinan. Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka saat berkemih dan bergerak, rasa nyeri seperti tersayat benda tajam tetapi tidak begitu hebat, skala nyeri 3 (1-10). Hasil observasi kandung kemih teraba penuh dan keras. TTV : TD : 118/76 mmHg, N: 82x/menit, R: 18x/menit, S: 36,5 °C. Pasien tampak meringis pada saat bergerak dan gelisah.

c. Riwayat kesehatan dahulu :

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit, seperti tekanan darah tinggi, gula, jantung. Pasien juga mengatakan tidak pernah dirawat di RS dan pasien tidak ada alergi terhadap obat-obatan tertentu.

d. Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan keluarganya sehat, tidak ada yang menderita penyakit menurun, seperti tekanan darah tinggi, gula, dan jantung. Pasien juga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular, seperti tuberkulosis, hepatitis atau penyakit menular seksual.

e. Riwayat ginekologi

Riwayat menstruasi :

Pasien mengatakan pertamakali haid pada umur 14 tahun dengan siklus haid teratur 24 hari, pasien biasanya mendapati menstruasi selama 5 hari. Pasien mengeluh kram perut dan nyeri hebat ketika awal-awal haid, sekarang sudah tidak.

Riwayat pernikahan :

Pasien mengatakan statusnya sudah menikah. Usia keduanya saat menikah 24 tahun. Pernikahan tersebut sudah berusia 1 tahun dan merupakan pernikahan pertama bagi keduanya.

Riwayat keluarga berkencana (KB) :

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan kontrasepsi. Keluarga mengatakan mendukung apapun keputusan pasien. Pasien berencana akan menggunakan kontrasepsi jenis IUD.

f. Riwayat obstetri

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu :

Pasien mengatakan ini merupakan kehamilan, persalinan dan nifas yang pertama.

Riwayat kehamilan sekarang :

Riwayat P1A0, hari pertama haid terakhir pada 02 Juli 2022 dengan taksiran persalinan 09 April 2023. Persalinan terjadi di 12 April 2023. Keluhan saat hamil, pasien merasa mual-mual pada awal kehamilan. ANC 11x di Bidan dan puskesmas. Pasien sudah melakukan imunisasi TT 2x. Obat yang dikonsumsi ada tablet Fe dan kalsium.

Riwayat persalinan sekarang :

	Persalinan spontan dengan masa gestasi 40-41 minggu yang ditolong oleh bidan. Lama persalinan kala I tidak terkaji, kala II (20 menit), kala III (5 menit), dan kala IV tidak terkaji. Keadaan ketuban jernih dengan plasenta 500 gr.																
Pola aktivitas sehari-hari	Saat dirumah sakit pasien terpasang DC dikarenakan pasien kesulitan BAK, urin berwarna kuning bercampur <i>lochea</i> dengan pengeluaran 1.700ml. Pasien mandi 1x/hari dengan di seka, dan mengganti pakaian dalam ketika mengganti pembalut Pasien baru dilakukan <i>vulva hygiene</i> oleh perawat sebanyak 1x dan belum mengetahui mengenai perawatan luka/ <i>vulva hygiene</i> .																
Pemeriksaan fisik	Keadaan umum : Kesadaran pasien Compos Mentis, GCS: 15. TD: .118/76 mmHg N: 82x/mnt, R: 18x/mnt, S: 36,5°C. Genetalia : Vulva/vagina tampak kotor dan terpasang kateter. Tampak <i>lochea</i> rubra, berbau khas, berwarna merah, jumlah ± 150 ml, pembalut tampak penuh dan belum diganti selama 7 jam. Terdapat luka episiotomi medial, jahit jelujur ± 5 , luka masih basah. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk (R : terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1. E : terdapat pembengkakan pada perineum dan atau vulva antara 1-2cm dari laserasi dengan nilai 2. E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D : terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1. A : terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan pada bagian luka dengan nilai 2). Tidak terdapat hemoroid.																
Data psikologis	Status emosional : Emosi pasien stabil, pasien mengatakan merasa sangat senang karena mendapat sesuatu yang baru dalam hidupnya dan pasien merasa bahagia dengan perubahan statusnya menjadi seorang ibu. Fase post partum : Pasien berada pada fase <i>taking in</i> : Pasien mengatakan sudah bisa merawat bayi karena sering merawat anak kakanya, pasien kesulitan melakukan pergerakan karena luka jahitannya sakit dan terpasang DC.																
Pemeriksaan penunjang	Laboratorium (Darah) : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pemeriksaan</th> <th>Hasil</th> <th>Satuan</th> <th>Nilai Normal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leukosit</td> <td>H 13.51</td> <td>$10^3/\mu\text{L}$</td> <td>3.6-11.0</td> </tr> </tbody> </table>	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Leukosit	H 13.51	$10^3/\mu\text{L}$	3.6-11.0								
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal														
Leukosit	H 13.51	$10^3/\mu\text{L}$	3.6-11.0														
Therapi	a. Terapi farmakologi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nama Obat</th> <th>Dosis</th> <th>Rute</th> <th>Kegunaan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cefadroxil</td> <td>2x500 mg</td> <td>Oral</td> <td>Antibiotik untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri.</td> </tr> <tr> <td>Paracetamol</td> <td>3x500 mg</td> <td>Oral</td> <td>Analgesik untuk meredakan sakit kepala, nyeri ringan hingga sedang dan demam.</td> </tr> <tr> <td>SF</td> <td>1x1 mg</td> <td>Oral</td> <td>Suplemen zat besi untuk mengobati atau mencegah kekurangan kadar zat besi dalam darah.</td> </tr> </tbody> </table>	Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan	Cefadroxil	2x500 mg	Oral	Antibiotik untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri.	Paracetamol	3x500 mg	Oral	Analgesik untuk meredakan sakit kepala, nyeri ringan hingga sedang dan demam.	SF	1x1 mg	Oral	Suplemen zat besi untuk mengobati atau mencegah kekurangan kadar zat besi dalam darah.
Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan														
Cefadroxil	2x500 mg	Oral	Antibiotik untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri.														
Paracetamol	3x500 mg	Oral	Analgesik untuk meredakan sakit kepala, nyeri ringan hingga sedang dan demam.														
SF	1x1 mg	Oral	Suplemen zat besi untuk mengobati atau mencegah kekurangan kadar zat besi dalam darah.														

Laxadyn Syrup	2x1 mg	Oral	Obat untuk mengatasi susah buang air besar (konstipasi)
Ethigobal	3x500 mg	Oral	Mengatasi nyeri akibat kerusakan saraf dan anemia megalobastik.
Urotractin	3x400 mg	Oral	Obat untuk mengurangi gejala infeksi saluran kemih.
Misoprostol	2x1 tab	Oral	Obat untuk menangani ulkus peptikum dan menangani pendarahan <i>post partum</i> .

b. Therapi non farmakologi

Kegiatan	Manfaat
Perawatan luka perineum	Mengurangi rasa nyeri, mempercepat penyembuhan dan mencegah infeksi.
Relaksasi nafas dalam	Menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.
Mobilisasi dini	Mempercepat penyembuhan luka dan memulihkan kondisi tubuh pasien.
<i>Kegel exercise</i>	Meningkatkan kekuatan otot panggul dan mampu memperlancar pengeluaran urin.

Tabel 4. 2 Pengkajian Bayi

Data Bayi (1)	Hasil (2)																					
Identitas bayi	By. Ny. N, berjenis kelamin laki-laki lahir pada tanggal 12 April 2023 pukul 20.35 WIB. No. Register 772030. Berat badan 3.81091gr, panjang badan 52 cm. Dilakukan pengkajian pada tanggal 13 April 2023.																					
APGAR score	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>1 menit</th> <th>5 menit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Appearance</i> (colour = warna kulit)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><i>Pulse</i> (heart rate = denyut nadi)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><i>Grimace</i> (refleks terhadap rangsangan)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><i>Activity</i> (tonus otot)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><i>Respiration</i> (usaha bernafas)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Jumlah</td> <td>8</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	1 menit	5 menit	<i>Appearance</i> (colour = warna kulit)	1	2	<i>Pulse</i> (heart rate = denyut nadi)	2	2	<i>Grimace</i> (refleks terhadap rangsangan)	2	2	<i>Activity</i> (tonus otot)	1	2	<i>Respiration</i> (usaha bernafas)	2	2	Jumlah	8	10
Kriteria	1 menit	5 menit																				
<i>Appearance</i> (colour = warna kulit)	1	2																				
<i>Pulse</i> (heart rate = denyut nadi)	2	2																				
<i>Grimace</i> (refleks terhadap rangsangan)	2	2																				
<i>Activity</i> (tonus otot)	1	2																				
<i>Respiration</i> (usaha bernafas)	2	2																				
Jumlah	8	10																				

Pemeriksaan fisik	<p>Kesadaran bayi menangis dan aktif-sadar, hasil TTV: Suhu: 36.50C, HR: 44x/mnt, Pernafasan: 130x/mnt. Lingkar kepala: 34 cm, sedikit lonjong, fontanel anterior 2,5 cm, fontanel posterior 0,5 cm. kulit kemerahan, terdapat vernik kaseosa, tidak terdapat milia, tampak lanugo lembut, tipis, dan halus. Bercak mongolia tidak ada, tanda lahir tidak ada, dan bayi tidak ikterik. Rambut hitam, halus dan bersih, bulu mata lentik keatas, alis berwarna hitam, simetris dan distribusi merata. Kuku jari lengkap berjumlah 10, bersih, dan kuku panjang.</p> <p>Payudara simetris, terdapat areola berwarna coklat, terdapat puting susu. Panjang penis 3 cm, lebar 1 cm, testis sudah berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya. Refleks pelindung (+), refleks makan (+), refleks bernafas (+), indera khusus (+).</p>
--------------------------	---

b. Analisa data

Tabel 4. 3 Analisa Data

No	Data	Kemungkinan penyebab	Masalah
(1)	(2)	(3)	(4)
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ada luka jahitan pada jalan lahir. - Pasien mengatakan belum ganti pembalut selama \pmselama 7 jam. - Pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan luka jahit di jalan lahir. - Pasien mengatakan belum mengetahui nutrisi yang dapat mempercepat penyembuhan luka. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka episiotomi medial. - Tampak jahit jelujur ± 5 - Genetalia tampak kotor. - Tampak pengeluaran <i>lochea</i> rubra, berbau khas, jumlah ± 150 ml. - Luka masih basah. - Ada nyeri tekan pada luka. - Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk. · R : terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1. · E : terdapat pembengkakan pada perineum dan atau vulva antara 1-2cm dari laserasi dengan nilai 2. · E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. · D : terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1. 	<p><i>Post partum</i> spontan ↓ Perubahan fisiologis ↓ Vagina dan perineum ↓ <i>Personal hygiene</i> kurang baik ↓ Genetalia kotor ↓ Risiko infeksi</p>	<p>Risiko infeksi (D.01142)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> · A : terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan pada bagian luka dengan nilai 2. - TTV : <ul style="list-style-type: none"> · TD : 118/76 mmHg. · R : 18x/menit. · N : 82x/menit. - S : 36,5 °C. 		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit buang air kecil. - Pasien mengatakan saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit-sedikit. - Pasien mengeluh berkemih dengan cara mengejan. - Keluhan yang dirasakan pasien sejak malam hari setelah persalinan ± 11jam setelah persalinan. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah. - Pasien terpasang kateter dengan pengeluaran urin 1.700 ml. - Kandung kemih teraba penuh dan keras. 	<p><i>Post partum</i> Spontan ↓ Perubahan fisiologis ↓ Vagina dan perineum ↓ Episiotomi ↓ Udem perineal ↓ Obstruksi pada uretra ↓ Kerusakan saraf simpatis ↓ Relaksasi otot sfingter internal menurun ↓ Retensi urin</p>	Retensi urin (D.0050)
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan saat berkemih dan bergerak. - Pasien mengatakan rasa nyeri seperti tersayat benda tajam tetapi tidak begitu hebat <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak luka episiotomi medial. - Pasien tampak meringis saat bergerak dan gelisah. - Skala nyeri 3 (1-10) - TTV : TD : 118/76 mmHg, R : 18x/menit, N : 82x/menit, S : 36,5 °C. 	<p><i>Post partim</i> Spontan ↓ Vagina dan perineum ↓ Episiotomi ↓ Nyeri akut</p>	Nyeri akut (D.0077)

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 4 Diagnosa Keperawatan

No. (1)	Diagnosa (2)
1	(D.0142) Risiko infeksi ditandai dengan pasien mengatakan ada luka jahitan pada jalan lahir, pasien mengatakan belum ganti pembalut \pm selama 7 jam, tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur ± 5 , genetalia tampak kotor, tampak pengeluaran <i>lochea</i> rubra, berbau khas, jumlah ± 150 m, luka masih basah, ada nyeri tekan pada luka. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk. (R : terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1. E : terdapat pembengkakan pada perineum

	dan atau vulva antara 1-2cm dari laserasi dengan nilai 2. E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D : terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1. A : terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan pada bagian luka dengan nilai 2). TTV : TD : 118/76 mmHg, R : 18x/menit, N : 82x/menit, S : 36,5 °C.
2	(D.0050) Retensi urin berhubungan dengan disfungsi neurologis ditandai dengan pasien mengatakan sulit buang air kecil, saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit-sedikit, pasien mengeluh berkemih dengan cara mengejan, pasien sulit BAK \pm 11jam setelah persalinan, kandung kemih teraba penuh dan keras, pasien tampak gelisah, pasien terpasang kateter dengan pengeluaran urin 1.700 ml.
3	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan saat berkemih dan bergerak, skala nyeri 3 (1-10), tampak luka episiotomi medial, pasien tampak meringis saat bergerak, TD : 118/76 mmHg, R:18x/menit, N: 82x/menit, S : 36,5 °C.

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4. 5 Perencanaan Keperawatan

No (1)	Diagnosa Keperawatan (2)	Perencanaan		
		Tujuan (3)	Intervensi (4)	Rasional (5)
1	Risiko infeksi ditandai dengan pasien mengatakan ada luka jahitan pada jalan lahir, pasien mengatakan belum ganti pembalut \pm selama 7 jam, tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur \pm 5, genitalia tampak kotor, tampak pengeluaran <i>lochea</i> rubra, berbau khas, jumlah \pm 150 m, luka masih basah, ada nyeri tekan pada luka. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk. (R : terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1. E : terdapat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.09097) 1) Tidak ada tanda-tanda infeksi (demam, nyeri, kemerahan dan bengkak) 1) Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) 1. Monitor TTV pasien. 2. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama tinggi protein. Perawatan perineum (I.07225)	1. Mengetahui keadaan umum pasien. 2. Mengetahui tanda dan gejala infeksi. 3. Mencegah penyebaran mikroorganisme . 4. Meningkatkan penyembuhan danmenghindari infeksi pada luka perineum. 5. Mengetahui tanda dan gejala infeksi. 6. Menvegah penyebaran mikroorganisme 7. Makanan tinggi protein dapat mempercepat penyembuhan luka.









<p>pembengkakan pada perineum dan atau vulva antara 1-2cm dari laserasi dengan nilai 2. E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D : terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1. A : terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan pada bagian luka dengan nilai 2). TTV : TD : 118/76 mmHg, R : 18x/menit, N : 82x/menit, S : 36,5 °C.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Inspeksi insisi atau robekan perineum. 9. Fasiitasi dalam membersihkan perineum. 10. Pertahankan perineum tetap kering. 11. Berikan posisi nyaman. 12. Bersihkan area perineum secara teratur. 13. Berikan pembalut yang menyerap cairan. 14. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai perawatan luka perineum yang dapat dilakukan pasien ketika berada di rumah. 15. Berikan obat sesuai advice dokter (cefadroxil 2x500 mg rute oral, laxadyn syrup 2x1 mg rute oral). 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Mengetahui bagaimana keadaan luka. 9. Memudahkan pasien dalam membersihkan perineum. 10. Perineum yang lembab dapat menunjang perkembangan bakteri. 11. Posisi yang nyaman dapat memberikan kenyamanan bagi pasien. 12. Mencegah terjadinya infeksi. 13. Menjaga perineum agar tetap kering. 14. Menambahkan pengetahuan pasien dan keluarga dalam merawat luka perineum. 15. Cefadroxil : antibiotik untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri. Laxadyn syrup dapat mengatasi susah buang air besar (konstipasi).
<p>2 (D.0050) Retensi urin berhubungan dengan disfungsi neurologis ditandai dengan pasien mengatakan sulit buang air kecil, saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit-sedikit, pasien mengeluh</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan eliminasi urin membaik. Dengan kriteria hasil (L.04034) :</p>	<p>Perawatan kateter urin (I.04164)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kepatenan kateter urin. 2. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih. 3. Monitor kebocoran kateter, selang <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah terjadinya kebocoran. 2. Mengetahui tanda dan infeksi saluran kemih. 3. Mencegah terjadinya kebocoran kateter.










berkemih dengan cara mengejan, pasien sulit BAK ±11jam setelah persalinan, kandung kemih teraba penuh dan keras, pasien tampak gelisah, pasien terpasang kateter dengan pengeluaran urin 1.700 ml..	2) Sensasi berkemih meningkat.	dan kantung urine.	
	3) Distensi kandung kemih menurun.	4. Monitor <i>input</i> dan <i>output</i> cairan.	4. Mengetahui dan menganalisis keseimbangan cairan.
	4) Volume residu urin menurun.	5. Gunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine.	5. Mencegah penyebaran infeksi.
		6. Pastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai.	6. Mencegah terjadinya sumbatan aliran pada selang kateter.
		7. Kosongkan kantung urin jika kantung urin telah terisi setengahnya.	7. Mencegah urin terisi penuh.
		8. Jaga privasi selama melakukan tindakan.	8. Mempertahankan privasi pasien.
		9. Lakukan <i>bladder training</i> .	9. Mengembalikan fungsi kandung kemih.
		10. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan risiko sebelum pemasangan kateter.	10. Menambah pengetahuan pasien
		11. Berikan <i>Health promotion</i> mengenai infeksi saluran kemih dan kegel exercise.	11. Menambah pengetahuan pasien serta meningkatkan kekuatan otot panggul dan memperlancar pengeluaran urin.
		12. Berikan obat sesuai <i>advice</i> dokter (Urotractin 3x400 mg rute oral, Ethigobal 3x500 mg rute oral, misoprostol 2x1 tab rute oral).	12. Urotractin : Obat untuk mengurangi gejala infeksi saluran kemih. Ethigobal : Mengatasi nyeri akibat kerusakan saraf dan anemia megalobastik. Misoprostol :

				Obat untuk menangani ulkus peptikum dan menangani pendarahan <i>post partum</i> .
2	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan saat berkemih dan bergerak, skala nyeri 3 (1-10), tampak luka episiotomi medial, pasien tampak meringis saat bergerak, TD : 118/76 mmHg, R:18x/menit, N: 82x/menit, S : 36,5 °C.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil (L.08066) : 1) Pasien mengatakan keluhan nyeri menurun. 2) Keluhan nyeri meringis menurun. 3) Pasien menunjukkan sikap protektif menurun. 4) Pasien tampak tidak gelisah.	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Monitor TTV 5. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. 6. Fasilitasi istirahat tidur 7. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 8. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri. 9. Berikan analgetik sesuai <i>advice</i> dokter (PCT 3x500 mg, Ethigobal 3x500 mg dan SF 1X1 mg rute oral).	1. Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Mengetahui tingkat cedera yang dirasakan pasien 3. Mengurangi faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan. 4. Mengetahui keadaan umum pasien. 5. Teknik non farmakologis dapat mengurangi nyeri. 6. Kebutuhan tidur pasien dapat terpenuhi. 7. Pasien dapat mengetahui penyebab nyeri. 8. Teknik non farmakologi dapat mengurangi nyeri. 9. Analgetik dapat mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien.

4.1.4 Pelaksanaan Keperawatan


Tabel 4. 6 Pelaksanaan Keperawatan

No.	Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Kamis 13 April 2023 09.30 WIB s/d 09.55 WIB.	2	2.8 Menjaga privasi pasien selama melakukan tindakan. E/ Sampiran tertutup.	
2		2.10	Menjelaskan tujuan, manfaat prosedur dan risiko sebelum pemasangan kateter. E/ Pasien dan keluarga dapat memahami penjelasan perawat, pasien bersedia untuk dilakukan tindakan pemasangan kateter.	
3		2.5	Menggunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urin dan memasang kateter urin. E/ Perawat mencuci tangan, kateter terpasang dengan pengeluaran ± 1700 ml.	
4		2.6	Memastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai. E/ Urine bag terpasang disisi bed pasien.	
5		2.1,2,3	Memonitor kepatenan kateter urin, selang dan kantung urin. E/ Urin dapat keluar dengan lancar, tidak terdapat kebocoran pada kateter.	
6		2.4	Memonitor <i>input</i> dan <i>output</i> cairan. E/ Pasien mengatakan tadi malam minum sekitar 4 gelas dan pasien tidak dapat berkemih, setelah terpasang kateter tampak pengeluaran urin ± 1700 ml. IWL = $15 \times \text{BB} : 24 \text{ Jam}$. = $15 \times 90 : 24 = 56,3 \text{ cc/jam}$. Dalam 24 jam = $56,3 \times 24 = 1.351 \text{ cc}$ <i>Intake</i> = minuman + infus + makanan + hasil oksidasi. = $960 \text{ cc} + 1500 \text{ cc} + 500 \text{ cc} + 300 \text{ cc}$ = 3.260 cc <i>Output</i> = urin + lochea + IWL = $1700 \text{ C} + 150 \text{ CC} + 1.351 \text{ cc}$ = 3.201 cc Balance cairan = <i>input</i> - <i>output</i> = $3.260 \text{ cc} - 3.201 \text{ cc}$ = $+ 59 \text{ ml}$.	
7		2.7	Mengosongkan kantung urin. E/ urin ± 1500 ml dikosongkan.	
8	10.00 WIB	1	1.4 Mempertahankan teknik aseptik. E/ perawat sudah mencuci tangan dan menggunakan <i>handscoon</i> .	

9	10.05 WIB		1.8	Menginspeksi insisi perineum. E/ Tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur ± 5 , genitalia tampak kotor, tampak pengeluaran <i>lochea rubra</i> , berbau khas, jumlah ± 150 ml, luka masih basah, ada nyeri tekan pada luka. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk. (R : terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1. E : terdapat pembengkakan pada perineum dan atau vulva antara 1-2cm dari laserasi dengan nilai 2. E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D : terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1. A : terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan pada bagian luka dengan nilai 2).	
10	10.10 WIB		1.12, 1.13	Membersihkan area perineum dan memberikan pembalut yang menyerap cairan. E/ Perineum sudah dibersihkan , pembalut 42 cm terpasang.	
11	10.20 WIB		1.5	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. E/ Pasien mengatakan dapat memahami penjelasan dari perawat, pasien dapat menjelaskan ulang apa yang sudah perawat jelaskan.	
12	10.30 WIB		1.3	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. E/ Perawat mencuci tangan menggunakan sabun.	
13	13.00 WIB		3.4	Memonitor TTV pasien. E/ TD : 118/76 mmHg, N: 82x/menit, R: 18x/menit, S: 36,5°C.	
14	13.05 WIB	3	3.1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri. E/ Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka saat bergerak dan berkemih, pasien tampak meringis pada saat bergerak, pasien tampak gelisah.	
15	13.10 WIB		3.2	Mengidentifikasi skala nyeri. E/ Pasien mengatakan nyeri tidak begitu hebat, skala nyeri 3 (1-10).	
16	13.15 WIB		3.8	Mengajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam dan mobilisasi dini untuk mengurangi nyeri). E/ Pasien kooperatif, pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 2 (0-10). Posisi pasien duduk.	
17	14.00 WIB	2,3	2.12, 3.9	Memberikan obat sesuai <i>advice</i> dokter. E/ Urotrraction 3x400 mg rute oral, Ethigobal 3x500 mg rute oral, PCT 3x500 mg rute oral diberikan.	

4.1.5 Evaluasi Sumatif (Catatan Perkembangan)

Tabel 4. 7 Catatan Perkembangan

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
Jum'at 14-04-2023 11.00 WIB	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kemarin minum 5 gelas tidak penuh, pasien mengatakan jam 7 pagi minum sebanyak 2 gelas. Urin pagi hari \pm1200. - Pasien mengatakan hari ini sudah diperbolehkan pulang tetapi masih harus menggunakan kateter. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pengeluaran urin pada pukul 11.00 WIB \pm500 ml - Tampak terpasang infus RL 20 tpm. <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor kepatenan kateter urin. 2.2 Monitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih. 2.3 Monitor kebocoran kateter, selang infus dan kantung urin. 2.4 Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan. 2.5 Gunakan teknik aseptik selama perawatan. 2.6 Pastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian. 2.7 Kosongkan kantung urin jika kantung urin telah terisi setengahnya. <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Memonitor kepatenan kateter urin. 2.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih. 2.3 Memonitor kebocoran kateter, selang infus dan kantung urin. 2.4 Memonitor intake dan output cairan. 2.5 Menggunakan teknik aseptik selama perawatan. 2.6 Memastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian. 2.7 Mengosongkan kantung urin jika kantung urin telah terisi setengahnya. <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Urin tampak keluar dengan lancar dan tidak ada sumbatan pada selang. 2.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi saluran kemih dibuktikan dengan warna urin kuning bercampur lochea, tidak terdapat nyeri panggul. 2.3 Tidak terdapat kebocoran pada kateter, selang infus, dan urine bag. 	

2.4 Hasil perhitungan :

$$IWL = 15 \times BB : 24 \text{ Jam.}$$

$$= 15 \times 90 : 24 = 56,3 \text{ cc/jam.}$$

$$\text{Dalam 24 jam} = 56,3 \times 24 = 1.351 \text{ cc}$$

Intake = minuman + infus + makanan + hasil oksidasi.

$$= 1.100\text{cc} + 1500 \text{ cc} + 500 \text{ cc} + 300 \text{ cc}$$

$$= 3.400 \text{ cc}$$

$$\text{Output} = \text{urin} + \text{lochea} + \text{IWL}$$

$$= 1700 \text{ C} + 150 \text{ CC} + 1.351 \text{ cc}$$

$$= 3.201 \text{ cc}$$

$$\text{Balance cairan} = \text{input} - \text{output}$$

$$= 3.400 \text{ cc} - 3.201 \text{ cc}$$

$$= + 199 \text{ ml.}$$

2.5 Perawatan mencuci tangan dan menggunakan handscoon ketika membuang urin dan membersihkan selang kateter.

2.6 Urine bag tampak sudah diletakkan dibawah ketinggian yaitu digantung pada samping bed pasien.

2.7 Urin 500 ml dikosongkan.

R : Intervensi dilanjutkan

Jum'at
14-04-2023
13.00 WIB

3

S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada bagian luka.

O :

- Skala nyeri masih sama seperti kemarin yaitu 2 (1-10).
- Pasien tampak meringis pada saat bergerak dan gelisah.

A : Masalah teratasi sebagian.

P :

3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri.

3.2 Identifikasi skala nyeri.

3.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

3.5 Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi nafas dalam dan mobilisasi sasadini.

3.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

I :

3.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri.

3.2 Mengidentifikasi skala nyeri.


3.3 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.


3.5 Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi nafas dalam dan mobilisasi dini.


3.7 Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.


E :


3.1 Pasien mengatakan merasa nyeri pada bagian luka jahitan, nyeri dirasa seperti tersayat benda tajam, nyeri hilang timbul.



		<p>3.2 Pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 1 (1-10) setelah dilakukan relaksasi nafas dalam dan berlajar berjalan dengan membawa urine bag.</p> <p>3.3 Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika melakukan pergerakan yang terlalu cepat, dan berkurang ketika istirahat.</p> <p>3.5 Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah melakukan relaksasi nafas dalam, dan pasien mengatakan sudah mampu berjalan meskipun harus pelan-pelan dengan membawa kateter.</p> <p>3.7 Pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat bahwasanya nyeri yang dirasakan pasien yaitu karena luka jahitan yang belum kering dan kurangnya melakukan pergerakan.</p> <p>R : Intervensi dilanjutkan.</p>	
Jum'at 14-04-2023 11.30 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum mengganti pembalut selama ± 5 jam. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genetalia tampak kotor. - Tampak pengeluaran <i>lochea rubra</i>, berbau khas, jumlah ± 150 ml. - Luka masih basah. - Ada nyeri tekan pada luka. <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda-tanda vital. 1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi. 1.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. 1.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. 1.8 Inspeksi insisi atau robekan perineum. 1.12 Bersihkan area perineum secara teratur. 1.13 Berikan pembalut yang menyerap cairan. <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Memonitor tanda-tanda vital. 1.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi. 1.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. 1.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. 1.8 Menginspeksi insisi atau robekan perineum. 1.12 Membersihkan area perineum secara teratur. 1.13 Memberikan pembalut yang menyerap cairan. <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 TTV : TD : 124/76 mmHg, R: 18x/menit, N: 84x/menit, S :36,6 °C. 1.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi seperti demam, TD menurun, nadi melemah, lochea berbau busuk, bernanah dan kotor. 1.3 Perawat mencuci tangan setelah melakukan perawatan luka perineum. 	

		<p>1.4 Perawat mencuci tangan sebelum melakukan perawatan luka perineum dan menggunakan handcoon steril.</p> <p>1.8 Tampak luka episiomi medial, jahit jelujur ± 5, luka masih tampak basah. Penilaian REEDA = 5 yang artinya penyembuhan luka kurang baik. (R : terdapat kemerahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi laserasi dengan nilai 1. E : terdapat pembengkakan pada perineum <1 cm dari laserasi dengan nilai 1. E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D : terdapat pengeluaran serum dengan nilai 1. A : terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan pada bagian luka dengan nilai 2).</p> <p>1.12 Perineum sudah dibersihkan, pasien mengatakan merasa lebih nyaman.</p> <p>1.13 Perawat membantu pasien menggunakan pembalut ukuran 42 cm.</p> <p>R : Intervensi dilanjutkan.</p>	
(Home Visit)	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kemarin minum 6 gelas penuh, pasien mengatakan dari jam 5 pagi minum sebanyak 1 gelas. Urin pagi hari 1300 ml. - Pasien mengatakan belum mengetahui bagaimana cara <i>bladder training</i>. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pengeluaran urin pada pukul 09.00 WIB 100 ml. - Pasien tidak terpasang infus. <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <p>2.1 Monitor kepatenan kateter urin.</p> <p>2.2 Monitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih.</p> <p>2.3 Monitor kebocoran kateter, selang infus dan kantung urin.</p> <p>2.4 Monitor intake dan output cairan.</p> <p>2.5 Gunakan teknik aseptik selama perawatan.</p> <p>2.6 Pastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian.</p> <p>2.7 Kosongkan kantung urin jika kantung urin telah terisi setengahnya.</p> <p>2.9 Lakukan <i>Bladder Training</i>.</p> <p>I :</p> <p>2.1 Memonitor kepatenan kateter urin.</p> <p>2.2 Memonitor tanda & gejala infeksi saluran kemih.</p> <p>2.3 Memonitor kebocoran kateter, selang infus dan kantung urin.</p> <p>2.4 Memonitor intake dan output cairan.</p> <p>2.5 Menggunakan teknik aseptik selama perawatan.</p> <p>2.6 Memastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian.</p> <p>2.7 Mengosongkan kantung urin jika kantung urin telah terisi setengahnya.</p> <p>2.9 Melakukan <i>bladder training</i>.</p>	

<p>(Home Visit) Minggu 16-04-23 10.30 WIB</p>	3	<p>E :</p> <p>2.1 Urin tampak keluar dengan lancar dan tidak ada sumbatan pada selang.</p> <p>2.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi saluran kemih dibuktikan dengan warna urin kuning bercampur <i>lochea</i>, tidak terdapat nyeri panggul.</p> <p>2.3 Tidak terdapat kebocoran pada kateter dan <i>urine bag</i>.</p> <p>2.4 Hasil perhitungan :</p> <p>IWL = 15 x BB : 24 Jam. = 15 x 90 : 24 = 56,3 cc/jam. Dalam 24 jam = 56,3 x 24 = 1.351 cc <i>Intake</i> = minuman + makanan + hasil oksidasi. = 1.750cc + 500 cc + 300 cc = 2.550 cc <i>Output</i> = urin + <i>lochea</i> + IWL = 1400 C + 50 CC + 1.351 cc = 3.801 cc <i>Balance cairan</i> = <i>input</i> – <i>output</i> = 2.550 cc – 3.801 cc = - 251 ml.</p> <p>2.5 Perawatan mencuci tangan dan menggunakan <i>handsoon</i> ketika membuang urin dan membersihkan selang kateter.</p> <p>2.6 <i>Urine bag</i> tampak sudah diletakkan dibawah ketinggian yaitu dibawah tempat tidur pasien</p> <p>2.7 Urin 100 ml dikosongkan.</p> <p>2.9 Pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat dan akan melakukan buka tutup kateter setiap 4 jam sekali, pasien tampak mampu melakukan klem pada kateter secara mandiri.</p>	
		<p>R : Intervensi dihentikan</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka sudah menurun, tetapi masih sedikit linu ketika bergerak.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 1 (1-10). - Pasien tidak tampak meringis pada saat bergerak dan tidak gelisah. <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <p>3.8 Ajarkan teknik non farmakologi yang dapat dilakukan ketika pasien merasakan nyeri kembali seperti kompres hangat, relaksasi nafas dalam, mobilisasi dini, minyak essensial oil, dll).</p> <p>I :</p> <p>3.8 Mengajarkan teknik non farmakologi yang dapat dilakukan ketika pasien merasakan nyeri kembali seperti kompres hangat, relaksasi nafas dalam, mobilisasi dini, minyak essensial oil, dll).</p> <p>E :</p>	

		3.8 Pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat dan dapat menjelaskan ulang apa yang telah dijelaskan.	
		R : Intervensi dihentikan	
(Home Visit)	1	S :	
Minggu		- Pasien mengatakan baru mengganti pembalut 2 jam yang lalu.	
16-04-23		- Pasien mengatakan belum mengetahui cara perawatan luka jahit di jalan lahir.	
09.30 WIB		O :	
		- Genetalia tidak tampak kotor.	
		- Tampak pengeluaran <i>lochea saguinolenta</i> , berbau khas, jumlah ± 50 ml.	
		- Luka masih basah.	
		- Ada nyeri tekan pada luka.	
		A : Masalah teratasi sebagian.	
		P :	
		1.1 Monitor tanda-tanda vital.	
		1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi.	
		1.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.	
		1.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.	
		1.8 Inspeksi insisi atau robekan perineum.	
		1.12 Bersihkan area perineum secara teratur.	
		1.13 Berikan pembalut yang menyerap cairan.	
		1.14 Ajarkan pasien dan keluarga mengenai perawatan luka perineum.	
		I :	
		1.1 Memonitor tanda-tanda vital.	
		1.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi.	
		1.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.	
		1.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.	
		1.8 Menginspeksi insisi atau robekan perineum.	
		1.12 Membersihkan area perineum secara teratur.	
		1.13 Memberikan pembalut yang menyerap cairan.	
		1.14 Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai perawatan luka perineum.	
		E :	
		1.1 TTV : TD : 120/80 mmHg, R: 18 x/menit, N: 84x/menit, S :36,4°C.	
		1.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi seperti demam, TD menurun, nadi melemah, <i>lochea</i> berbau busuk, bernanah dan kotor.	
		1.3 Perawat mencuci tangan setelah melakukan perawatan luka perineum.	
		1.4 Perawat mencuci tangan sebelum melakukan perawatan luka perineum dan menggunakan <i>handcoon</i> steril.	
		1.8 Tampak luka episiomi medial, jahit jelujur ± 5 , luka masih tampak basah. Penilaian REEDA = 2 yang artinya penyembuhan luka kurang baik. (R: tidak terdapat kemerahan dengan nilai 0. E:	

		terdapat pembengkakan pada perineum <1 cm dari laserasi dengan nilai 1. E: tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D: tidak terdapat pengeluaran dengan nilai 0. A: dengan nilai 1).	
		1.12 Perineum sudah dibersihkan, pasien mengatakan merasa lebih nyaman.	
		1.13 Perawat membantu pasien menggunakan pembalut ukuran 23 cm.	
		1.14 Pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat dan dapat menjelaskan ulang apa yang telah dijelaskan.	
		R : Intervensi dilanjutkan.	
(Home Visit)	1	S :	
Selasa		- Pasien mengatakan baru mengganti pembalut 1 jam yang lalu.	
18-04-23		O :	
15.00 WIB		- Genetalia tidak tampak kotor.	
		- Tampak pengeluaran <i>lochea saguinolenta</i> , berbau khas, jumlah ± 10 ml.	
		- Luka mulai mengering	
		- Nyeri tekan pada luka berkurang.	
		A : Masalah teratasi sebagian.	
		P :	
		1.1 Monitor tanda-tanda vital.	
		1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi.	
		1.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.	
		1.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.	
		1.8 Inspeksi insisi atau robekan perineum.	
		1.12 Bersihkan area perineum secara teratur.	
		1.13 Berikan pembalut yang menyerap cairan.	
		I :	
		1.1 Memonitor tanda-tanda vital.	
		1.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi.	
		1.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.	
		1.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.	
		1.8 Menginspeksi insisi atau robekan perineum.	
		1.12 Membersihkan area perineum secara teratur.	
		1.13 Memberikan pembalut yang menyerap cairan.	
		E :	
		1.1 TTV : TD : 124/80 mmHg, R: 19 x/menit, N: 82x/menit, S :36,5°C.	
		1.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi seperti demam, TD menurun, nadi melemah, lochea berbau busuk, bernanah dan kotor.	
		1.3 Perawat mencuci tangan setelah melakukan perawatan luka perineum.	
		1.4 Perawat mencuci tangan sebelum melakukan perawatan luka perineum dan menggunakan handcoon steril.	

		<p>1.8 Tampak luka episiomi medial, jahit lurus ± 5, luka tampak mulai mengering. Penilaian REEDA = 0 yang artinya penyembuhan luka baik. (R : tidak terdapat kemerahan dengan nilai 0. E : tidak terdapat pembengkakan dengan nilai 0. E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D : tidak terdapat pengeluaran dengan nilai 0. A : penyatuan luka baik dengan nilai 0).</p> <p>1.12 Perineum sudah dibersihkan, pasien mengatakan merasa lebih nyaman.</p> <p>1.13 Perawat membantu pasien menggunakan pembalut ukuran 23 cm.</p> <p>R : Intervensi dilanjutkan.</p>	
(Home Visit)	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum mengetahui mengenai infeksi saluran kemih dan kegel exercise. <p>O : Pasien tampak kebingungan.</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>2.11 Berikan <i>health promotion</i> mengenai ISK dan kegel exercise</p> <p>I :</p> <p>2.11 Memberikan <i>health promotion</i> mengenai ISK dan kegel exercise</p> <p>E :</p> <p>2.11 Pasien mengatakan paham dengan penjelasan dari perawat dan dapat menjelaskan ulang apa yang sudah dijelaskan. Pasien tidak tampak kebingungan</p> <p>R : Intervensi dihentikan.</p>	
(Home Visit)	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan baru mengganti pembalut 4 jam yang lalu. - Pasien mengatakan belum mengetahui lebih jelas mengenai nutrisi yang baik untuk mempercepat penyembuhan luka. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genetalia tidak tampak kotor. - Tampak pengeluaran <i>lochea sanguinolenta</i>, berbau khas, jumlah ± 20 ml. - Luka mulai mengering - Tidak terdapat nyeri tekan pada luka. <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P :</p> <p>1.1 Monitor tanda-tanda vital.</p> <p>1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi.</p> <p>1.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.</p> <p>1.4 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.</p> <p>1.8 Inspeksi insisi atau robekan perineum.</p> <p>1.12 Bersihkan area perineum secara teratur.</p> <p>1.13 Berikan pembalut yang menyerap cairan.</p>	

1.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama tinggi protein.

I :

- 1.1 Memonitor tanda-tanda vital.
- 1.2 Memonitor tanda dan gejala infeksi.
- 1.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien.
- 1.4 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- 1.8 Menginspeksi insisi atau robekan perineum.
- 1.12 Membersihkan area perineum secara teratur.
- 1.13 Memberikan pembalut yang menyerap cairan.
- 1.7 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama tinggi protein.


E :

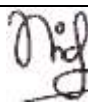
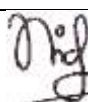
- 1.1 TTV : TD : 122/82 mmHg, R: 18x /menit, N: 80x/menit, S :36,7°C.
- 1.2 Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi seperti demam, TD menurun, nadi melemah, lochea berbau busuk, bernanah dan kotor.
- 1.3 Perawat mencuci tangan setelah melakukan perawatan luka perineum.
- 1.4 Perawat mencuci tangan sebelum melakukan perawatan luka perineum dan menggunakan handcoon steril.
- 1.8 Tampak luka episomi medial, jahit jelujur ± 5 , luka tampak mulai mengering. Penilaian REEDA = 0 yang artinya penyembuhan luka baik. (R : tidak terdapat kemerahan dengan nilai 0. E : tidak terdapat pembengkakan dengan nilai 0. E : tidak terdapat bercak perdarahan dengan nilai 0. D : tidak terdapat pengeluaran dengan nilai 0. A : penyatuan luka baik dengan nilai 0).
- 1.12 Perineum sudah dibersihkan, pasien mengatakan merasa lebih nyaman.
- 1.13 Perawat membantu pasien menggunakan pembalut ukuran 23 cm.
- 1.7 Pasien mengatakan paham dengan penjelasan serta anjuran dari perawat dan pasien dapat menjelaskan ulang apa yang sudah dijelaskan.

R : Intervensi dihentikan

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 8 Evaluasi Keperawatan

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
Minggu 16-042023 11.30 WIB	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka menurun. - Pasien mengatakan terkadang masih merasa linu saat bergerak terutama saat berjalan. 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan paham mengenai teknik yang dapat dilakukan ketika merasakan nyeri kembali. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak tampak gelisah. - Pasien tidak tampak meringis - TTV : TD : 120/80 mmHg, R: 18 x/menit, N: 84x/menit, S :36,4°C. <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
Selasa 18-04-2023 16.00 WIB	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan paham dan sudah mengetahui tentang infeksi saluran kemih yang dapat terjadi setelah pemasangan kateter dan sudah mengetahui cara melakukan kegel exercise. - Pasien mengatakan sudah ada keinginan untuk berkemih. - Pasien mengatakan setelah BAK merasa lega. - Pasien mengatakan dapat berkemih dengan lancar. - Pasien mengatakan telah melakukan jadwal berkemih yang teratur yaitu 4 jam sekali. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : TD : 124/80 mmHg, R: 19x/menit, N: 82x/menit, S :36,5°C. - Palpasi kandung kemih tidak teraba. - Tidak terpasang kateter. - Urin berwarna kuning jernih bercampur <i>lochea</i>. - Pasien tampak nyaman. <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>	
Rabu 19-04-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka jahitan. - Pasien mengatakan sudah mengetahui cara perawatan luka jahit di jalan lahir dan dapat melakukannya secara mandiri. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : TD : 122/82 mmHg, R: 18x /menit, N: 80x/menit, S :36,7°C. - Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi seperti demam, TD menurun, nadi melemah, lochea berbau, bernanah dan kotor. - Tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur ± 5, genitalia sudah dibersihkan, luka sudah mulai mengering, tidak ada nyeri tekan pada luka. - Penilaian REEDA = 0 yang artinya penyembuhan luka baik. <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P : Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan diri, memenuhi kebutuhan nutrisi, anjurkan sering membersihkan luka perineum dan melakukan kontrol rutin sesuai anjuran.</p>	

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. N selama 5 hari dimana 2 hari dilakukan asuhan keperawatan di rumah sakit dan 3 hari dilakukan secara *home visit*. Pada pembahasan ini ditemukan permasalahan yang muncul serta membandingkan tinjauan teori dengan studi kasus dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan yang diangkat, perencanaan keperawatan, serta implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan persetujuan *informed consent* yang diberikan hingga evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan kepada Ny. N dengan paritas primipara P1A0 didapatkan bahwa terdapat luka episiotomi medial pada bagian perineum atas indikasi *Large for Gestasional Age (LGA)* atau bayi besar. Menurut tinjauan teori Felicitas (2017), bahwa episiotomi dapat dilakukan untuk menghindari robekan hingga ke daerah anus dan berhubungan dengan ukuran janin yang lebih besar sehingga tekanan dan regangan pada perineum juga lebih besar. Hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari Vaice (2023) yang dilakukan di RSUD Awet Muda Kabupaten Lombok Barat, didapatkan hasil uji Chi Square diperoleh $p\text{-value } 0,001 < \alpha (0,05)$, maka ada hubungan secara signifikan antara paritas dengan kejadian robekan perineum pada ibu bersalin dan Hasil uji Chi Square diperoleh $p\text{-value } 0,002 < \alpha (0,05)$, maka H_0 ditolak, disimpulkan bahwa ada hubungan secara signifikan antara berat badan lahir dengan kejadian robekan perineum pada ibu bersalin. Kemudian data bayi menunjukkan BB bayi saat lahir

adalah 3.810gr dengan usia kehamilan ibu yaitu 40-41 minggu, berdasarkan teori kurva pertumbuhan janin (Lubchenco) maka BB bayi menurut usia kehamilan dapat digolongkan Besar Masa Kehamilan (BMK), karena bayi lahir dengan BB diatas percentil ke 90 pada kurva pertumbuhan janin.

Data pola aktivitas pasien menunjukkan bahwa selama di rumah sakit pasien baru dilakukan *vulva hygiene* oleh perawat sebanyak 1x dan belum mengetahui mengenai perawatan luka perineum. Kemudian data pemeriksaan fisik genetalia khususnya vulva/vagina tampak kotor dan terpasang kateter. Tampak *lochea rubra*, berbau khas, berwarna merah, jumlah ± 150 ml, pembalut tampak penuh dan belum diganti selama 7 jam. Terdapat luka episiotomi medial, jahit jelujur ± 5 , luka masih basah. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk. Menurut tinjauan teori Zubaidah dkk (2021) bahwa luka yang dirawat dengan tidak baik dapat mengakibatkan kondisi perineum yang terkena *lochea* dan lembab akan sangat menunjang perkembangbiakan bakteri yang dapat menyebabkan infeksi pada luka perineum. Kemudian hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (2020), berdasarkan hasil Uji Fisher's Exact Test, didapatkan nilai *P Value* adalah 0,001, sedangkan nilai α adalah 0,05 artinya ada hubungan pengetahuan ibu nifas tentang *vulva hygiene* dengan tingkat kesembuhan luka perineum pada ibu di RB Ibu Bertha Kota Pasuruan. Apabila ibu mempunyai pengetahuan yang baik tentang *vulva hygiene* maka hal tersebut akan mempengaruhi tingkat kesembuhan luka ibu, proses penyembuhan luka akan lebih cepat dan dapat terhindar dari infeksi perineum. Perawatan perineum dianjurkan khususnya bagi ibu yang mendapat jahitan untuk menutup episitomi atau robekan

dan jika perineum sangat lecet atau bengkak. Tujuan dasar dari perawatan perineum adalah untuk mengurangi rasa nyeri, mempercepat penyembuhan, dan mencegah infeksi (Ratnawati, 2018).

Data psikologis pasien menunjukkan bahwa pasien berada pada fase *taking in* (hari ke1-2), pasien mengatakan sudah bisa merawat bayi karena sering merawat anak kakanya, pasien kesulitan melakukan pergerakan karena luka jahitannya sakit dan terpasang DC, kemudian pasien juga belum mengetahui mengenai asupan nutrisi yang baik untuk mempercepat penyembuhan luka. Menurut tinjauan teori Purwanto dkk (2018), pada fase *taking hold* ibu sudah mulai mandiri namun masih memerlukan bantuan. Tugas tenaga kesehatan adalah mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, senam nifas, memberikan *health promotion* yang dibutuhkan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain. Berdasarkan teori tersebut Penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu *health promotion* kepada pasien pada hari ke-3 nifas.

Hasil laboratorium yang dilakukan pada Ny.N didapatkan data bahwa terjadi peningkatan leukosit dengan hasil $13,51 \cdot 10^3/uL$ dengan nilai normal $3,6- 11,0 \cdot 10^3/uL$ namun untuk data lain seperti hemoglobin, eritrosit, hematokrit, dan trombosit dalam batas normal sesuai dengan nilai rujukan rumah sakit. Menurut tinjauan teori Leniwita & Anggraini (2019) pada *early post partum* jumlah leukosit meningkat dari $15.000/mm^3$ bisa mencapai hingga nilai $25.000/mm^3$ atau hingga nilai $30.000/mm^3$ dan tidak adanya kondisi patologis. Jika jumlah leukosit meningkat sebanyak lebih dari 30% dalam 6 jam pertama, maka hal tersebut bisa menjadi indikasi adanya infeksi.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diangkat oleh Penulis sudah sesuai dengan yang telah ditemukan oleh Tim Pokja DPP PPNI, berdasarkan hasil analisa data yang diperoleh didapatkan masalah diagnosa keperawatan (D.0142) Risiko infeksi ditandai dengan pasien mengatakan ada luka jahitan pada jalan lahir, pasien mengatakan belum ganti pembalut \pm selama 7 jam, tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur \pm 5, genetalia tampak kotor, tampak pengeluaran *lochea* rubra, berbau khas, jumlah \pm 150 ml, luka masih basah, ada nyeri tekan pada luka. Penilaian REEDA = 6 yang artinya penyembuhan luka buruk, TTV : TD : 118/76 mmHg, R : 18x/menit, N : 82x/menit, S : 36,5 °C.

Diagnosa selanjutnya merupakan diagnosa tambahan diluar tinjauan teori yaitu (D.0050) Retensi urin berhubungan dengan disfungsi neurologis ditandai dengan pasien mengatakan sulit buang air kecil, saat berkemih hanya mengeluarkan urin sedikit-sedikit, pasien mengeluh berkemih dengan cara mengejan, pasien sulit BAK \pm 11jam setelah persalinan, kandung kemih teraba penuh dan keras, pasien tampak gelisah, pasien terpasang kateter dengan pengeluaran urin 1.700 ml. Menurut jurnal penelitian Inas dkk (2020), persalinan pervaginam dapat secara langsung membuat trauma pada otot dasar panggul dan persarafan, yang kemungkinan akan mengakibatkan penurunan sensibilitas vesika urinaria. Selain itu persalinan pervaginam juga dapat menyebabkan edema peri-uretra dan dapat menyebabkan Retensi Urin *Post partum* (RUP) karena obstruksi. Penelitian di RS Kandou Manado menyebutkan kejadian RUP berhubungan dengan beberapa faktor risiko yakni laserasi perineum atau episiotomi, dan berat badan lahir bayi \geq 3800 gram.

Diagnosa terakhir yang telah diperoleh yaitu (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka jahitan saat berkemih dan bergerak, skala nyeri 3 (1-10), tampak luka episiotomi medial, pasien tampak meringis saat bergerak, TD : 118/76 mmHg, R:18x/menit, N: 82x/menit, S : 36,5 °C.

Adapun diagnosa lain yang seharusnya muncul yaitu, (D. 0029) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai tidak diangkat sebagai diagnosa karena ASI ibu lancar, tidak terjadi penyumbatan ASI, dan pembengkakan pada payudara. (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur tidak diangkat sebagai diagnosa karena pasien mengatakan tidak terdapat keluhan pada pola tidur, pasien dapat istirahat dengan baik dan cukup. (D.0127) Risiko gangguan perlekatan berhubungan dengan kekhawatiran menjalankan peran sebagai orang tua tidak diangkat sebagai diagnosa karena ibu tidak merasa khawatir, pasien dapat berinteraksi baik dengan bayinya, pasien dapat mengurus bayinya secara mandiri, dan emosi pasien stabil. (D.0111) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tidak diangkat sebagai diagnosa karena pemberian edukasi dapat dilakukan tidak hanya pada diagnosa defisit pengetahuan saja, Penulis memberikan edukasi pada diagnosa utama yaitu risiko infeksi dan retensi urin.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan yang telah diberikan sesuai dengan sumber pustaka Penulis yaitu, Standar intervensi keperawatan Indonesia dan standar luaran keperawatan Indonesia yang disusun oleh Tim Pokja DPP PPNI Adapun rencana

tindakan keperawatan untuk mencegah terjadinya infeksi luka perineum pada diagnosa risiko infeksi selama 1x7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil (L.05057) : tidak ada tanda-tanda infeksi (nyeri, demam, kemerahan, dan bengkak), kadar sel darah putih kembali membaik, dengan intervensi yang diberikan yaitu pencegahan infeksi (I.4539) dan perawatan perineum (I.07225).

Kemudian rencana intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosa keperawatan retensi urin selama 1x7 jam diharapkan eliminasi urin membaik, dengan kriteria hasil (L.04034) : sensasi berkemih meningkat, distensi kandung kemih menurun, dan volume residu urin menurun dengan intervensi yang diberikan yaitu perawatan kateter urin (I.04164). Selanjutnya rencana intervensi yang dapat diberikan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut selama 1x7 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil (L.08066) : pasien mengatakan keluhan nyeri menurun, keluhan nyeri meringis menurun dan pasien tampak tidak gelisah, dengan intervensi yang diberikan yaitu manajemen nyeri (I.08238).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang sudah dilakukan kepada pasien dimulai pada tanggal 13 April 2023 hingga 19 April 2023 untuk mengatasi masalah yang dirasakan oleh pasien khususnya masalah risiko infeksi yang sudah direncanakan sesuai dengan apa yang telah ditemukan Tim Pokja DPP PPNI pada SIKI 2018 dimana selama 1x7 jam kondisi pasien meningkat ditandai dengan tidak terjadi tanda dan gejala infeksi, pada implementasi dilakukan tindakan pencegahan infeksi seperti : memonitor TTV pasien, memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi,

kemudian perawatan perineum seperti : menginspeksi insisi atau robekan perineum, memfasilitasi dalam membersihkan perineum, dan mengajarkan pasien mengenai perawatan luka perineum. Penilaian penyembuhan luka perineum menggunakan format skala REEDA disetiap harinya untuk menilai bagaimana kondisi penyembuhan luka apakah mengalami peningkatan atau tidak.

Rencana intervensi lain yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah retensi urin dimana selama 1x7 kondisi pasien meningkat ditandai dengan sensasi berkemih meningkat dan distensi kandung kemih menurun, pada implementasi dilakukan tindakan perawatan kateter urin seperti : menjelaskan tujuan, manfaat prosedur dan risiko sebelum pemasangan kateter, melakukan pemasangan kateter, melakukan *bladder training*, memonitor kebocoran kateter dan memonitor *intake* serta *output* cairan.

Rencana intervensi selanjutnya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut dimana selama 1x7 jam kondisi pasien meningkat ditandai dengan keluhan nyeri menurun, keluhan nyeri meringis menurun dan pasien tampak tidak gelisah, pada implementasi dilakukan tindakan manajemen nyeri seperti : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam, mobilisasi dini, minyak esensial, dll).

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dan merupakan kesimpulan dari keseluruhan rangkaian keperawatan. Evaluasi hasil yang dilakukan pada tanggal 16 April 2023 pukul 11.30 WIB dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan hasil

nyeri dapat teratasi karena pasien mengatakan nyeri pada bagian luka menurun, pasien mengatakan terkadang masih merasa linu saat bergerak terutama saat berjalan, pasien mengatakan paham mengenai teknik yang dapat dilakukan ketika merasakan nyeri kembali, pasien tidak tampak gelisah, pasien tidak tampak meringis, skala nyeri 1 (1-10), TTV : TD : 120/80 mmHg, R: 18 x/menit, N: 84x/menit, S :36,4°C.

Evaluasi hasil yang dilakukan pada tanggal 18 April 2023 pukul 16.00 WIB dengan masalah keperawatan retensi urin dengan hasil kesulitan BAK dapat teratasi karena pasien mengatakan sudah ada keinginan untuk berkemih, pasien mengatakan setelah BAK merasa lega, pasien mengatakan dapat berkemih dengan lancar, pasien mengatakan telah melakukan jadwal berkemih yang teratur yaitu 4 jam sekali, palpasi kandung kemih tidak teraba, tidak terpasang kateter, urin berwarna kuning jernih bercampur *lochea*, pasien tampak nyaman. TTV : TD : 124/80 mmHg, R: 19x/menit, N: 82x/menit, S :36,5°C.

Evaluasi hasil yang dilakukan pada tanggal 19 April 2023 pukul 14.00 WIB dengan masalah keperawatan risiko infeksi dengan hasil tidak terjadi tanda dan gejala infeksi pada luka perineum karena pasien mengatakan sudah dapat melakukan perawatan luka secara mandiri, tidak terdapat tanda dan gejala infeksi seperti demam, TD menurun, nadi melemah, *lochea* berbau, bernanah dan kotor. Tampak luka episiotomi medial, tampak jahit jelujur ± 5 , genetalia sudah dibersihkan, luka sudah mulai mengering, tidak ada tekan pada luka, penilaian REEDA = 0 yang artinya penyembuhan luka baik. TTV : TD : 122/82 mmHg, R: 18x /menit, N: 80x/menit, S :36,7°C.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus terkait Asuhan Keperawatan Ny. “N” P1A0 Dengan Risiko Infeksi Luka Perineum Pada Ibu *Post Partum* Spontan Di Ruang Aster RSUD Kota Bandung Tahun 2022 yang dilakukan selama 5 hari, 2 hari di rumah sakit dan 3 hari *home visit*. Penulis mengalami beberapa keterbatasan selama melakukan studi kasus, yaitu :

- 1) Penulis kesulitan menemukan pasien kelolaan dengan luka episiotomi dan baru mendapatkan pasien kelolaan pada hari ke-4 dinas.
- 2) Di RSUD Kota Bandung tidak tersedia SOP (Standar operasional prosedur) tentang pemasangan kateter urin dan *bladder training*, sehingga Penulis menggunakan SOP dari Kampus Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bandung.
- 3) Lokasi tempat tinggal pasien yang lumayan jauh dari lokasi Penulis.