

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI  
*SECTIO CAESAREA* DI RUANG MAWAR RSUD A.W  
SJAHRANIE SAMARINDA**



**Oleh :**

**POPY FREYTISIA RAMANDANTY**

**P07220116026**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR  
JURUSAN KEPERAWATAN  
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI  
*SECTIO CAESAREA* DI RUANG MAWAR RSUD A.W  
SJAHRANIE SAMARINDA**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

**POPY FREYTISIA RAMANDANTY**

**P07220116026**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**  
Tanggal 13 Juni 2019

Oleh


Pembimbing



**Ns. Jasmawati, S.Kep., M.Kes**

**NIDN : 4014026401**

Pembimbing Pendamping



**Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M.Kes**

**NIDN : 4028016501**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Ns. Andi Lis AG., M.Kep**  
**NIP.196803291994022011**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**  
Tanggal 13 Juni 2019

Oleh

Pembimbing



**Ns. Jasmawati, S.Kep., M.Kes**

**NIDN : 4014026401**

Pembimbing Pendamping



**Dr. Hj. Endah Wahvutri, S.Pd., M.Kes**

**NIDN : 4028016501**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Ns. Andi Lis AG., M.Kep**  
**NIP.196803291994022011**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### 1. Identitas

Nama : Popy Freytisia Ramandanty  
Tempat Tanggal Lahir : Samarinda, 04 Januari 1998  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jln Al-Mubasirot RT.30 Kec. Loa Janan

### 2. Pendidikan

- a. Tamat Taman kanak-kanak Putra 1 Samarinda Seberang 2004
- b. Tamat Sekolah Dasar Negeri 029 Samarinda Seberang 2010
- c. Tamat Sekolah Menengah Pertama 15 Samarinda Seberang 2013
- d. Tamat Sekolah Menengah Kejuruan Farmasi Samarinda Seberang 2016
- e. Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan samarinda Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur 2016-2019

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Mawar Nifas RSUD. A.W. Sjahranie Samarinda”. terselesaikan tepat pada waktunya.

Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dalam rangka sebagai rangkaian ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur, serta penulis sebagai mahasiswa yang memiliki kewajiban terhadap pentingnya sebuah penelitian yang harus dan terus dikembangkan mengingat kemajuan teknologi yang semakin tinggi, perlu pula di tunjang oleh minat dan bakat mahasiswa melalui studi kasus seperti ini. Dalam upaya menyelesaikan karya tulis ini, penulis banyak dapat mendapat bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak.

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan ini tersusun atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Bapak H. Supriadi, S. Kp., M. Kep. Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ibu Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

3. Ibu Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep. Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ibu Ns. Nilam Noorma, S. Kep., M. Kes. Selaku dosen penguji utama yang memberikan masukan ilmu serta bantuan dan arahnya.
5. Ibu Ns. Jasmawati, S. Kep., M. Kes. Selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan masukan ilmu dalam penyusunan proposal serta arahan dan bimbingan hingga selesai
6. Ibu Dr. Hj. Endah Wahyutri, S. Pd., M. Kes. Selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah memberikan masukan ilmu dan arahan penulisan dalam menyusun proposal hingga selesai
7. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
8. Kedua orang tua saya yang tercinta dan tersayang yang telah memberikan dukungan dan segalanya dalam proses baik doa, semangat, motivasi, maupun berupa materi yang tidak henti-hentinya diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan proposal ini.
9. Sahabat-sahabat saya yang selalu memberikan doa maupun semangat dalam setiap langkah perjuangan saya selama ini.
10. Rekan-rekan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D III Keperawatan angkatan 2016 khususnya tingkat IIIa yang telah memberi dukungan, masukan, juga kritik untuk laporan ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu, semoga asuhan keperawatan ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Samarinda, 13 Juni 2019

Popy Freytisia

Ramandanty

NIM : P07220116026





ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI *SECTIO CAESAREA*  
DI RUANG MAWAR NIFAS RSUD A.W SJAHRANIE SAMARINDA

**Popy Freytisia Ramandanty<sup>1)</sup>, Jasmawati<sup>2)</sup>, Endah Wahyutri<sup>3)</sup>**

<sup>1)</sup> Mahasiswa Prodi Diploma Keperawatan, Poltekkes Kaltim

<sup>2)</sup> Dosen Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kaltim

<sup>3)</sup> Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

**ABSTRAK**

**Pendahuluan :** Persalinan *sectio caesarea* merupakan persalinan buatan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut setra berat janin diatas 500 gram. Data WHO angka kejadian *sectio caesarea* meningkat 10-15% di negara-negara berkembang. Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia pada tahun 2018 terdapat 15,3% dilakukan persalinan operasi *sectio caesarea*.

**Tujuan :** Penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesarea* di ruang mawar Nifas RSUD. A.W Sjahranie Samarinda. **Metode :** Penelitian ini menggunakan metode penelitian secara khomperensif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Instrument penelitian menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pada ibu nifas dan lembar observasi, serta peneliti menggunakan lembar SOP untuk melakukan tindakan keperawatan.

**Hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah yang di temukan pada subjek 1 yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, defisit pengetahuan dan resiko infeksi sedangkan subjek 2 ditemukan masalah gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan , resiko infeksi. Dari hasil study kasus yang di temukan maka penulis menyimpulkan terdapat masalah yang teratasi, teratasi sebagian, dan tidak terjadi. Untuk implementaasi sebagian besar telah di lakukan sesuai dengan rencana yang sudah di tentukan sesuai dengan kebutuhan asuhan keperawatan.

**Kesimpulan dan Saran :** Tindakan keperawatan secara komperensif ini menunjukkan bahwa tindakan ini sangat di perlukan untuk proses pemulihan pasien pada ibu post operasi *sectio caesarea* dengan adanya kerjasama tim kesehatan dan pasien/keluarga. Diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesarea*.

**Kata Kunci :** Asuhan keperawatan, *sectio caesarea*.

## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat.....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Daftar riwayat hidup . .....	vi
Kata Pengantar .....	vii
Abstrak .....	x
Daftar Isi .....	xi
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
 <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1 Bagi Penulis .....	5
1.4.2 Bagi Tempat Penulisan .....	5
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
 <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Medis .....	7
2.1.1 Definisi .....	7
2.1.2 Etiologi .....	7
2.1.3 Patofisiologi .....	8
2.1.4 Pahatway .....	9

2.1.5 Klasifikasi .....	10
2.1.6 Komplikasi .....	11
2.1.7 Penatalaksanaan .....	12
2.2 Teori Nifas .....	14
2.2.1 Definisi Masa Nifa .....	14
2.2.2 Periode Masa Nifas .....	15
2.2.3 Perubahan Fisiokogis Masa Nifas .....	16
2.2.4 Perubahan Pisiokogis Masa Nifas.....	21
2.2.5 Kebutuhan dasar Ibu Nifas.....	21
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan .....	25
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	28
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	34
2.3.3 Intervensi Keperawatan .....	35
2.3.4 Implementasi Keperawatan.....	40
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	40
 <b>BAB 3 METODE PENULISAN</b>	
3.1 Desain Penulisan .....	42
3.2 Subjek Studi Kasus .....	42
3.3 Batasan Istilah .....	43
3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	43
3.5 Prosedur Studi Kasus .....	43
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	44
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data .....	44
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data .....	45
3.7 Keabsahan Data.....	46
3.7.1 Data Primer .....	46
3.7.2 Data Skunder.....	46
3.8 Analisis Data dan Prihal.....	46

## **BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Penulisan .....	49
4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus .....	49
4.1.2 Gambaran Subyek Studi Kasus .....	50
4.1.3 Data Asuhan Keperawatan .....	50
4.2 Pembahasan.....	86
4.2.1 Pengkajian Asuhan Keperawatan .....	86
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	90
4.2.3 Intervensi Keperawatan .....	95
4.2.4 Implementasi Keperawatan .....	97
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	102

## **BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	105
5.2 Saran.....	107
5.2.1 Bagi Peneliti .....	107
5.2.2 Bagi Perawat Ruangan .....	107
5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	107

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perubahan Tinggi Uterus Masa Nifas .....	16
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	43
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Pasien .....	51
Tabel 4.2 Hasil Anamnesis Riwayat Kesehatan.....	52
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien.....	54
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	60
Tabel 4.5 Diagnosis Keperawatan .....	61
Table 4.6 Perencanaan Keperawatan .....	63
Table 4.7 Pelaksanaan Keperawatan .....	67
Table 4.9 Evaluasi Keperawatan .....	76



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Informed Consent Pasien 1
Lampiran 2	Informed Consent Pasien 2
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Bimbingan
Lampiran 4	Lembar Operasional Prosedur
Lampiran 5	Lifleaf
Lampiran 6	Lembar SAP
Lampiran 7	Surat Ijin Peneliti



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) disertai dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin (Nurul Jannah, 2017) Ada dua cara persalinan yaitu persalinan lewat vagina yang disebut dengan persalinan normal dan persalinan dengan cara operasi *sectio caesar*. Persalinan *sectio caesarea* merupakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan saraf rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Mitayani, 2013).

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada masyarakat perlu dikembangkan, Salah satunya adalah pelayanan keperawatan pada ibu post partum. Umumnya pada beberapa Negara berkembang seperti Indonesia, angka kematian ibu yang mengalami persalinan masih tinggi. Penyebab terbesar kematian ibu pada persalinan adalah karena komplikasi dan perawatan pasca persalinan yang tidak baik. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan pada ibu post partum sangat diperlukan dan perlu mendapatkan perhatian yang utama untuk menurunkan angka kematian ibu post partum akibat komplikasi. Untuk menekan angka kematian pada ibu dan janin salah satu cara bisa dilakukan dengan tindakan operasi. Tindakan operasi yang biasa dilakukan adalah bedah Caesar (*Sectio Caesarea*) (Wiknjosastro,2005).

Menurut WHO (*World Health Organization*) angka kejadian *sectio Caesar* meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan *sectio caesarea* 10-15% untuk setiap negara, jika tidak sesuai indikasi operasi *sectio caesarea* dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (*World Health Organization, 2015*).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *Sectio Caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI, 2018).

Dari hasil laporan rekam medik RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tercatat bahwa angka persalinan dengan *sectio caesarea* pada tahun 2017 sebanyak 34,28% (Rekam medik RSUD. AWS, 2017).

Angka kematian Ibu (AKI) di kota Samarinda pada tahun 2016 yakni 40 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian di Samarinda karena kehamilan beresiko yakni kehamilan pada usia diatas 35 tahun dan pengelolaannya. Guna untuk menurunkan AKI di kota Samarinda Dinas Kesehatan kota lebih meningkatkan program-program kesehatan yang sudah dijalankan baik secara promotif maupun preventif (Profil Kesehatan Kota Samarinda 2016).

Salah satunya *Antenatal Care* (ANC) yang berguna untuk mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan dan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin.



Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki resiko lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal. Penyebab atau masalah yang paling banyak mempengaruhi adalah pengeluaran darah atau perdarahan dan infeksi yang dialami ibu. Adapun penyebab dari perdarahan karena dilakukannya tindakan pembedahan jika cabang *Arteria Uterine* ikut terbuka dan dapat terjadi karena *Atonia Uteri*. Infeksi pada ibu Post Op *Sectio Caesarea* dapat dilihat dengan tanda lochea yang keluar banyak seperti nanah dan berbau busuk, *uterus* lebih besar dan lembek dari seharusnya dan fundus masih tinggi.

Masa nifas adalah masa sejak bayi lahir dan plasenta keluar dari rahim, sampai 6 minggu berikutnya disertai dengan pulihnya kembali organ-organ kandungan (Suherni dkk,2009).

Perawatan utama yang dapat dilakukan Pada pasien Post *Sectio Caesarea* adalah balance cairan dan pemenuhan kebutuhan dasar. Balance cairan harus selalu dimonitor karena pada pasien Post *Sectio Caesarea* banyak kehilangan cairan darah sehingga intake dan outputnya diharapkan tetap seimbang untuk menghindari dehidrasi dan mengurangi resiko terjadinya infeksi pada pasien.

Sedangkan pemenuhan kebutuhan dasar dan *Activity Dially Living*(ADL) juga sangat perlu diperhatikan oleh perawat karena pada pasien Post *Sectio Caesarea* masih dalam kondisi immobilisasi.

Sehingga untuk meningkatkan kesehatan klien dapat dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang profesional. Dalam memberikan pelayanan atau asuhan sebagai tenaga kesehatan harus selalu memperhatikan bahwa

manusia ialah makhluk yang holistik sehingga dapat melakukan pendekatan pemecahan masalah yang komperhensif dimulai dengan pengkajian, menetapkan diagnosa, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan.

Berdasarkan latar belakang dari uraian diatas penulis ingin mengetahui lebih dalam tentang “Asuhan Keperawatan Padaa Ibu Post Operasi *Sectio Caesaria* di Ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, Rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimana Asuhan Keperawatan Ibu Post Operasi *Sectio Caesaria* ?

## **1.3. Tujuan Penulisan**

Penulis mampu menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawtan Ibu Post Operasi *Sectio Caesaria* Di Ruang Mawar Nifas.

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Ibu Post Operasi *sectio caesaria* Di Ruang Mawar Nifas .

### 1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian ibu post operasi *sectio caesaria* di ruang mawar nifas.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan ibu post operasi *sectio caesaria* di ruang mawar nifas.
3. Menyusun perencanaan keperawatan ibu post operasi *sectio caesaria* di ruang mawar nifas.
4. Melaksanakan implementasi sesuai dengan masalah keperawatan pada ibu post *sectio sesaria* di ruang mawar nifas.
5. Mengevaluasi Asuhan Keperawatn yang telah diberikan pada ibu post *sectio caesarea* di ruang mawar nifas.

### 1.4. Manfaat Penulisan

#### 1.4.1. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mempersiapkan, mengumpulkan, dan menginformasikan data hasil Asuhan Keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesaria*

#### 1.4.2. Bagi Tempat Penulisan

Dapat dijadikan sebagai acuan dan dapat diterapkan dalam Melaksanakan asuhan keperawatan serta meningkatkan kemampuan dalam merawat pasien post operasi *sectio caesaria*

### 1.4.3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah ilmu dan keterampilan dalam kegiatan proses belajar mengajar khususnya mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien *post sectio caesaria*.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep Dasar Medis

##### 2.1.1. Pengertian *Sectio Caesarea*

*Sectio caesaria* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2009).

##### 2.1.2. Etiologi

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) *sectio caesarea* dilakukan atas indikasi

1) Etiologi berasal dari Ibu

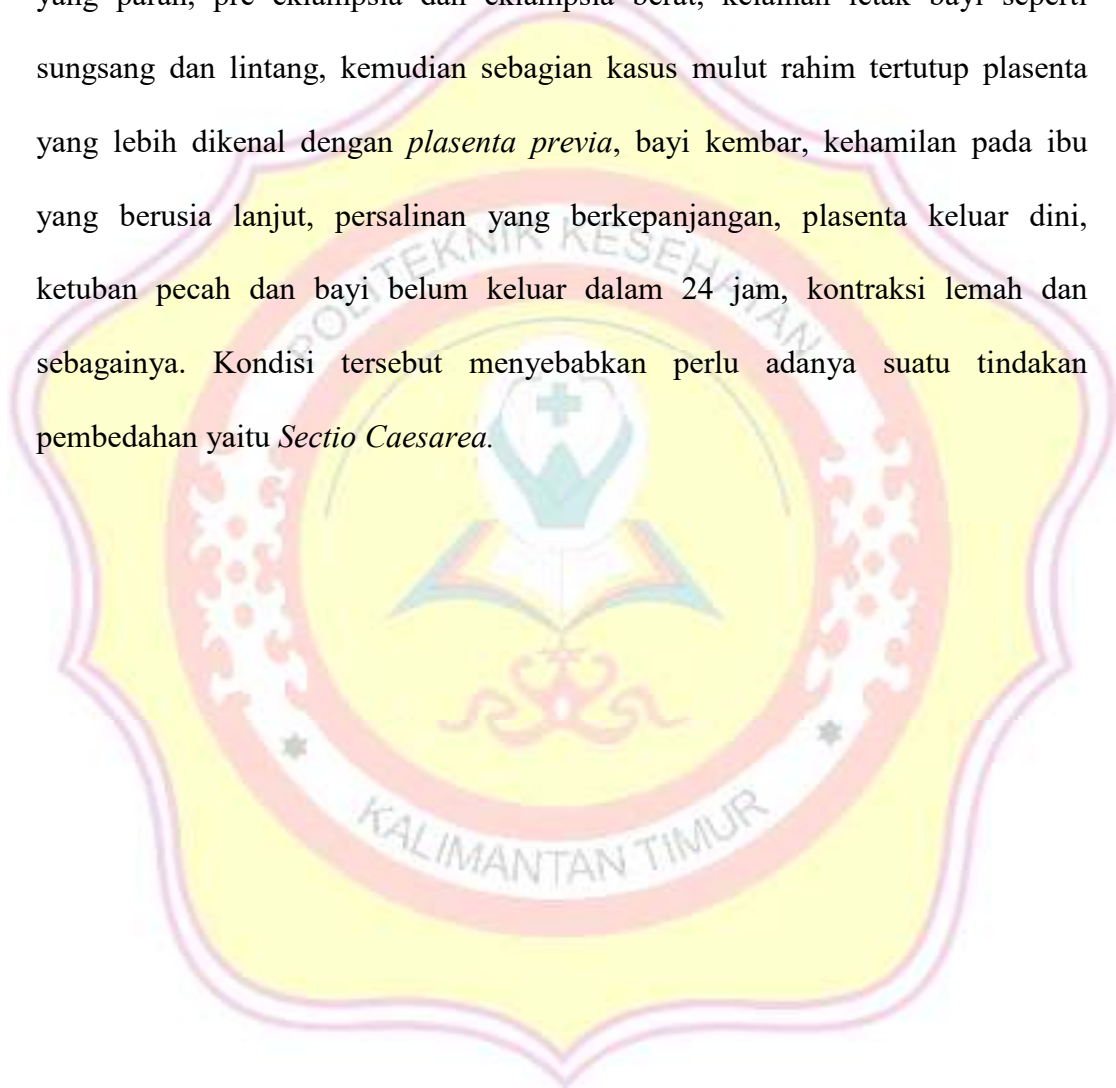
Ibu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak, disproporsi cepalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (Jantung, Diabetes Mellitus), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Etiologi berasal dari janin

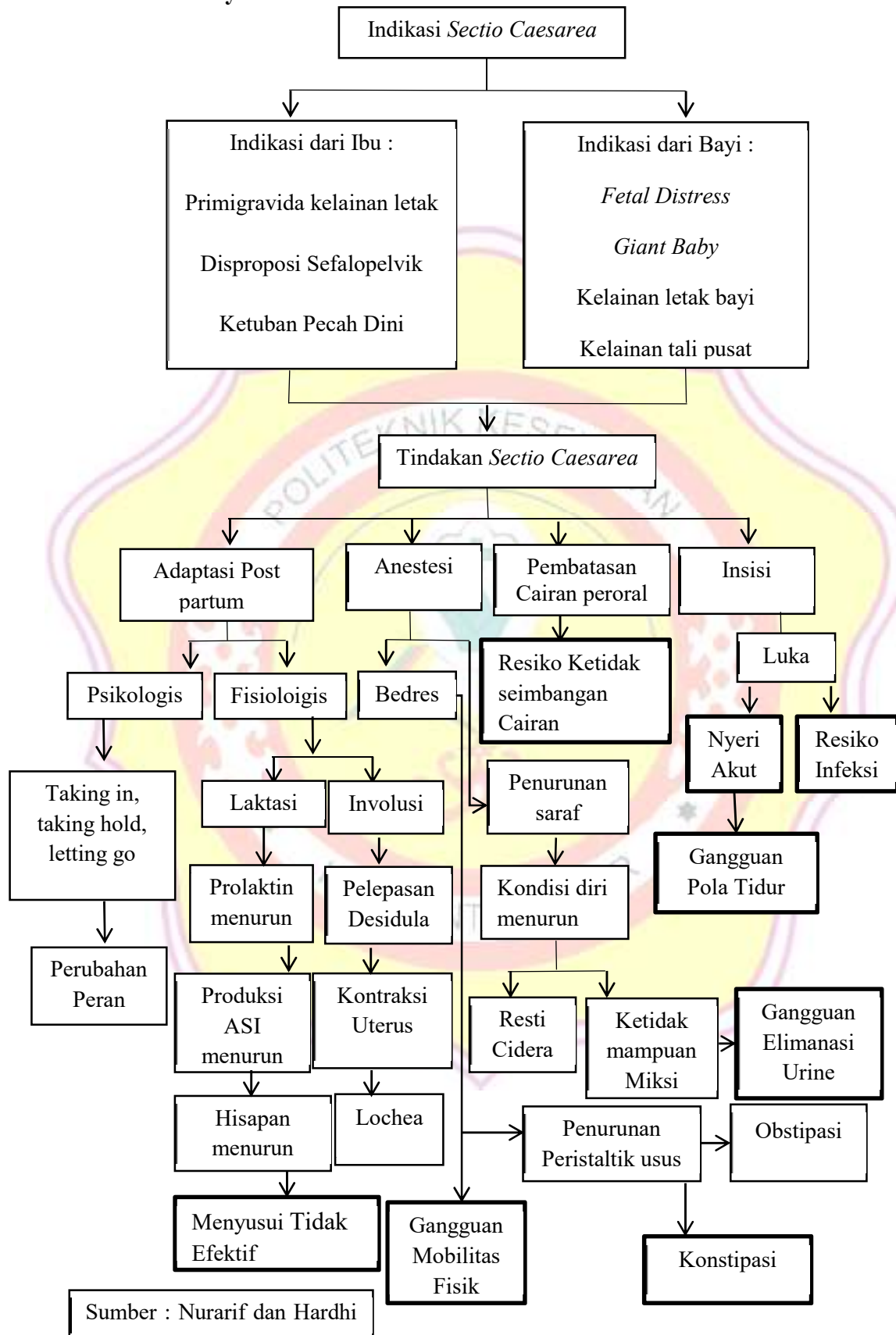
Etiologi yang berasal dari janin seperti Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukan kecil, kegagalan persalinan vakum atau ferseps ekstraksi.

### 2.1.3. Patofisiologi *Sectio caesarea*

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan *plasenta previa*, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea*.



### 2.1.4 Pathway



### 2.1.5 Klasifikasi

Bentuk pembedahan *Sectio Caesarea* menurut Manuaba 2012, meliputi :

(1). ***Sectio Caesarea Klasik***

*Sectio Caesarea* Klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

(2). ***Sectio Caesarea Transperitonel Profunda***

*Sectio Caesarea Transperitonel Profunda* disebut juga *low cervical* yaitu sayatan vertikal pada segmen lebih bawah rahim. Sayatan jenis ini dilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertikal dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

(3). ***Sectio Caesarea Histerektomi***

*Sectio Caesarea Histerektomi* adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan *Sectio Caesarea*, dilanjutkan dengan pengangkatan rahim.

(4). ***Sectio Caesarea Ekstraperitoneal***

*Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan



insisi dinding dan fasis abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

### 2.1.6. Komplikasi

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) *sectio caesarea* komplikasi pada pasien *sectio caesarea* adalah :

(1). Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan, bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru. suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa ruptur uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea*.

(2). Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

(3). Komplikasi baru

Komplikasi yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* Klasik.

### 2.1.7 Penatalaksanaan *sectio caesarea*

1) Pemberian cairan

Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intavena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10%, garam fisiologi dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2) Diet

Pemberian cairan per infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan per oral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 sampai 8 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

### 3) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

### 4) Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan rasa tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24 - 48 jam / lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

### 5) Pemberian obat-obatan

Antibiotik cara pemilihan dan pemberian antibiotik sangat berbeda-beda sesuai indikasi.

### 6) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan

Obat yang dapat di berikan melalui supositoria obat yang diberikan ketoprofen sup 2x/24 jam, melalui orang obat yang dapat

diberikan tramadol atau paracetamol tiap 6 jam, melalui injeksi ranitidin 90-75 mg diberikan setiap 6 jam bila perlu.

7) Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan caboransia seperti neurobian I vit C.

8) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

9) Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi, dan pernafasan.

10) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa nyeri.

## 2.2. Dasar Teori Nifas

### 2.2.1 Pengertian Nifas

Masa Nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta,serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifa yaitu 6-8 minggu (Amru, 2012). Jadi *postpartum* atau masa nifas (*puerperium*) adalah masa dimana kondisi pemulihan sesudah persalinan selesai hingga kembali ke kondisi sebelum hamil yang terjadi kurang lebih 6-8 minggu.

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat dengan tidur telentang selama 8 jam pasca persalinan. Setelah itu, ibu boleh miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, hari kedua ibu diperbolehkan duduk. Pada hari ke tiga ibu dianjurkan berjalan-jalan dan pada hari keempat atau hari kelima diperbolehkan pulang. Makanan yang dikonsumsi sebaiknya mengandung protein, sayur-sayuran, dan buah-buahan (Mochtar, 2013).

### **2.2.2 Periode Masa Nifas**

Adapun tahapan atau periode masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015) menjadi 3, yaitu :

- 1) *Puerperium* dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri atau berjalan, serta beraktivitas layaknya wanita normal.

- 2) *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- 3) *Remote puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

### 2.2.3 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *postpartum*. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain :

#### 1) Perubahan Sistem Reproduksi

##### a) Uterus Involusi

merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri).

Tabel 2.1 Perubahan tinggi uterus masa nifas

Involusi uterus	TFU
Hari ke-1	Setinggi pusat
Hari ke-2	1-2 jari dibawah pusat
Hari ke-3	Pertengahan simpisis
Hari ke-7	3 jari diatas simpisis
Hari ke-9	1 jari diatas simpisis

Hari ke-10 atau ke-12	Tidak teraba dari luar
-----------------------	------------------------

Sumber : Sarwono, 2009

#### b) Lokhea

Lokhea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Pengeluaran lokhea dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut :

##### (1) Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *postpartum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi), dan *mekonium*.

##### (2) Lokhea Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *postpartum*.

##### (3) Lokhea Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14

##### (4) Lokhea Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati, berupa cairan putih.

Lokhea alba dapat berlangsung selama 2-6 minggu *postpartum*

(5) Lokhea Purulenta

Lokhea ini disebabkan karena terjadinya infeksi, cairan yang keluar seperti nanah yang berbau busuk.

(6) Lochiostatis Pengeluaran lokhea yang tidak lancar.

c) Perubahan Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami pebebanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dalam beberapa hari pertama setelah partus keadaan vulva dan vagina masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

d) Perubahan Perineum

Perineum akan menjadi kendur karena sebetulnya teregang oleh tekanan kepala bayi dan tapak terdapat robekan jika dilakukan *episiotomi* yang akan terjadi masa penyembuhan selama 2 minggu.

e) Perubahan Serviks

Serviks mengalami involusi bersama uterus, setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tenagh, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

f) Perubahan pada Payudara

Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskular sementara, air susu saat diproduksi diispan di alveoli dan harus



dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi.

## 2) **Perubahan Sistem Pencernaan**

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi *Sectio Caesarea* biasanya membutuhkan waktu sekitar 103 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Dibandingkan ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada proses persalinan.

## 3) **Perubahan Sistem Perkemihan**

Buang air kecil sulit selama 24 jam, urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Keadaan ini menyebabkan diuresis, ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Maka hal ini biasanya di perlukan kateterisasi pada ibu karena kondisi organ reproduksi ibu belum berfungsi secara optimal pasca operasi.

## 4) **Perubahan Sistem Muskuloskeletal**

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi. Pada umumnya ambulasi dimulai 4-8 jam *postpartum*.

## 5) **Perubahan Sistem Hematologi**

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama *postpartum*, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

**6) Perubahan Sistem Kardiovaskuler**

Kardiak output meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala III ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama *postpartum* dan akan kembali normal pada akhir minggu ke 3 *postpartum*.

**7) Perubahan Sistem Endokrin**

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *postpartum*, progesteron turun pada hari ke 3 *postpartum*, kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

**8) Perubahan Tanda-tanda Vital**

Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah. Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali permenit. Pada proses persalinan biasanya akan mengalami peningkatan, tetapi pada masa nifas denyut nadi akan kemabli normal. Frekuensi pernafasan normal berisar antara 18-24 kali permenit. Setelah persalinan, frekuensi pernafasan

akan kembali normal, keadaan pernafasan biasanya berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Suhu tubuh dapat meningkat sekitar  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal  $36^{\circ} - 37,5^{\circ}\text{C}$ , hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Tekanan darah normal untuk sistol berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastol antara 60-80 mmHg, setelah persalinan tekanan darah sedikit menurun karena terjadinya perdarahan pada saat proses persalinan.

#### **2.2.4 Perubahan Psikologis pada Masa Nifas**

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu :

##### **(1). *Fase taking in***

*Fase taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

##### **(2). *Fase taking hold***

*Fase taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

##### **(3). *Fase letting go***

*Fase letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

### 2.2.5 Kebutuhan dasar Ibu Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat reproduksi khususnya post *sectio caesarea* belum bisa berangsur pulih di bandingkan dengan ibu nifas yang melahirkan normal.

Untuk membantu proses penyembuhan makan diperlukan beberapa kebutuhan dasar ibu saat nifas, diantaranya :

#### (1). **Nutrisi dan Cairan**

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat sekitar 25%, pada masa nifas masalah diit perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik mempercepat penyembuhan ibu dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Diit yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas perhari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari.

#### (2). **Ambulasi Dini (*Early Ambulation*)**

Pada pasien *post sectio caesarea* biasanya mulai ambulasi 24-36 jam sesudah melahirkan, jika pasien menjalani *analgesia epidural* pemulihan sensibilitas yang total harus dibuktikan dahulu sebelum ambulasi dimulai.

Adapun manfaat ambulasi dini pada ibu *post sectio caesarea*, yaitu :

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli dengan mobilisasi sirkulasi darah normal sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindari.

### **(3). Istirahat**

Istirahat merupakan salah satu kebutuhan dasar masa nifas yaitu dengan menganjurkan ibu untuk :

- a. Istirahat yang cukup untuk mengurangi rasa lelah
- b. Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- c. Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- d. Menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam, dan malam 7-8 jam.

### **(4). Kebutuhan Eliminasi**

Buang Air Kecil (BAK). Kebanyakan pada pasien *postpartum* normal dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam *postpartum*. Jika dalam 8 jam *postpartum*

belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100cc, maka dilakukan katerisasi. Tetapi apabila kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk katerisasi (Saleha, 2013).

Buang Air Besar(BAB). Biasanya 2-3 hari *postpartum* masih sulit buang air besar. Jika pasien belum juga BAB pada hari ketiga maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal.

#### **(5). Aktivitas Seksual**

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk melakukan hubungan suami istri.
- b. Berbagai budaya mempunyai tradisi menunda hubunga suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada keputusan pasangan yang bersangkutan (Saleha, 2013).

#### **(6) Personal Hygiene**

Pada ibu pada masa *postpartum* sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ibu nifas dalam personal hygiene adalah sebagai berikut :

a. Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air kecil atau besar perineum dibersihkan secara rutin, dengan lembut dari sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

b. Perawatan Payudara

Sebaiknya perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

(7). **Senam Nifas**

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik, kegiatan seperti ini akan meningkatkan paru-paru, meningkatkan otot kandung kemih dan usus besar yang agak lamban kerjanya akibat pembiusan pada saat menjalani *sectio caesarea*. Sebelum luka dinyatakan sembuh oleh dokter, ibu cukup melakukan gerakan ringan seperti menggerakkan ujung jari dan tumit sedikit demi sedikit, latihan ini cukup dilakukan di minggu-minggu pertama setelah persalinan. Lalu miringkan tubuh kekanan tekuk kaki kiri serta letakkan tangan kiri ketempat tidur bangun secara perlahan dengan kedua tangan sebagai penyangga. Turunkan kaki perlahan dari tempat tidur, untuk membantu ibu

mengurangi rasa sakit, peganglah bantal kecil yang ditempelkan dibagian yang dioperasi.

#### **(8). Keluarga Berencana**

Keluarga berencana adalah salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

#### **2.3. Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien sebagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi. Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain (Budiono, 2015).

Tahap pertama yaitu Pengkajian, ialah langkah pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data dasar tentang kesehatan klien baik secara fisik, psikologis, maupun emosional. Data dasar ini digunakan untuk menetapkan status kesehatan klien, menemukan masalah aktual atau potensial, serta sebagai acuan dalam memberi edukasi pada klien. Ada dua jenis data yang bisa didapatkan oleh perawat yaitu Data Subjektif dan Data Objektif. Beberapa cara dapat dilakukan untuk mengumpulkan data yaitu melalui, Observasi, Wawancara, Pemeriksaan Fisik yang meliputi IPPA (Inspeksi, Palpasi,



Perkusi, auskultasi), Riwayat Kesehatan, dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Hutahean, 2010).

Tahap kedua yaitu menentukan Diagnosa, ialah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Hutahean, 2010). Diagnosa keperawatan adalah terminologi yang digunakan oleh perawat untuk menjelaskan masalah kesehatan, tingkat kesehatan, respons klien terhadap penyakit, atau kondisi klien (actual/potensial) sebagai akibat dari penyakit yang diderita.

Menurut potter & perry (2013), ada 3 jenis diagnosa keperawatan yaitu Diagnosis Aktual, yaitu menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya klien mengalami masalah kesehatan. Diagnosis Risiko, yaitu menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Diagnosis Promosi kesehatan, yaitu menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*Problem*) dan Indikator diagnostik meliputi penyebab (*Etiology*), tanda (*Sign*) dan Gejala (*Symptom*).

Tahap ketiga masuk ke dalam tahap perencanaan (Intervensi), Intervensi adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan

yang harus dilakukan perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan. Ada tiga komponen utama yang harus ada dalam sebuah rencana asuhan keperawatan, yaitu diagnosa keperawatan atau masalah yang diprioritaskan, tujuan dan kriteria hasil yaitu menuliskan tujuan yang akan dicapai dan hal-hal yang menjadi kriteria dalam keberhasilan pemberian asuhan keperawatan, intervensi yaitu apa yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan atau kriteria hasil. Dalam penulisan tujuan perawatan harus berdasarkan SMART, yaitu secara *Spesific* (tidak menimbulkan arti ganda), *Measureable* (dapat di ukur, dilihat, didengar, diraba, dirasakan, atau dibau), *Achievable* (dapat dicapai), *Reasonable* (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah), dan *Time* (memiliki batas waktu yang jelas) (Budiono, 2015).

Tahap keempat yaitu melakukan penatalaksanaan (Implementasi), tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang dilakukan kepada pasien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien (Debora, 2012).

Tahap yang kelima yaitu evaluasi, pada tahap ini kita membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu S untuk data subjektif ialah data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut, O untuk data objektif ialah data yang

didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit klien, A untuk analisis ialah analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan objektif, P untuk perencanaan ialah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal (Debora, 2012).

Setelah itu masuk pada tahap terakhir yaitu tahap dokumentasi, dimana kita menulis catatan tentang penyusunan kegiatan-kegiatan yang telah diberikan kepada klien dalam menyelesaikan masalah yang didapatkan (Hutahean, 2010).

### **2.3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, pisiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2012).

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan oleh karena itu pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi.

1) Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, tanggal MRS, diagnosa medis.

## 2) Keluhan Utama

Pada umumnya pasien post *sectio caesar* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

## 3) Riwayat kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan, data yang dikaji adalah riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan sekarang dan riwayat kesehatan keluarga. Dalam mengkaji riwayat kesehatan dahulu hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea* seperti kelainan letak bayi (letak sungsang dan letak lintang), faktor plasenta (plasenta previa, *solution plasenta*, *plasenta accrete*, *vasa previa*), kelainan tali pusat (prolapses tali pusat, telilit tali pusat), bayi kembar (*multiple pregnancy*), pre eklampsia, dan ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

Riwayat kesehatan keluarga berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin

yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya pre eklampsia dan giant baby, seperti diabetes dan hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan.

4) Riwayat perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji adalah menikah sejak usia berapa, lama pernikahan, berapa kali menikah, status pernikahan saat ini.

5) Riwayat obsterti

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, dimana ibu bersalin, cara bersalin, jumlah anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

6) Riwayat persalinan sekarang

Meliputi tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, jenis kelamin anak, keadaan anak.

7) Riwayat KB

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

8) Pola-pola fungsi kesehatan

Setiap pola fungsi kesehatan pasien terbentuk atas interaksi antara pasien dan lingkungan kemudian menjadi suatu rangkaian perilaku membantu perawat untuk mengumpulkan, mengorganisasikan, dan memilah-milah data. Pengkajian pola fungsi kesehatan terdiri dari pola nutrisi dan metabolisme biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya. Pola aktifitas biasanya pada pasien post *sectio caesarea* mobilisasi dilakuakn secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama, kemudian latihan duduk dan latihan berjalan. Pada hari ketiga optimalnya pasien sudah dapat dipulangkan. Pra eliminasi biasanya terjadi konstipasi karena pasien post *sectio caesarea* takut untuk melakukan BAB. Pola istirahat dan tidur biasanya terjadi perubahan yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan. Pola reproduksi biasanya terjadi disfungsi seksual yang diakibatkan oleh proses persalinan dan masa nifas.

#### 9). Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit. (Dermawan,2012).

Pada pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, dan kesan wajah, biasanya terdapat chloasma gravidarum pada ibu post partum. Pada pemeriksaan mata meliputi kelengkapan dan kesimetrisan mata, kelompok mata, konjungtiva, cornea, ketajaman pengelihatan. Pada ibu post

*sectio caesarea* biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan.

Pada pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent. Pada pemeriksaan telinga meliputi bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.

Pada pemeriksaan leher meliputi posisi trakea, kelenjar tiroid, bendungan vena jugularis. Pada ibu post partum biasanya terjadi pembesaran kelenjar tiroid yang disebabkan proses meneran yang salah. Pada pemeriksaan mulut dan orofaring meliputi keadaan bibir, keadaan gigi, lidah, palatum, orofaring, ukuran tonsil, warna tonsil.

Pada pemeriksaan thorak meliputi inspeksi (bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas, pola nafas), palpasi (penilaian voval fremitus), perkusi (melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasiem intercostalis), auskultasi (bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan).

Pada pemeriksaan payudara pada ibu yang mengalami bendungan ASI meliputi bentuk simetris, kedua payudara tegang, ada nyeri tekan, kedua puting susu menonjol, areola hitam, warna kulit tidak kemerahan, ASI belum keluar atau ASI hanya keluar sedikit. Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi dan palpasi (amati ada atau tidak pulsasi, amati peningkatan kerja jantung atau pembesaran, amati ictus kordis), perkusi (menentukan batas-batas jantung untuk mengetahui ukuranjantung), auskultasi (bunyi jantung).

Pada pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (lihat luka bekas operasi apakah ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea), auskultasi (peristaltic usus normal 5-35 kali permenit), palpasi (kontraksi uterus baik atau tidak).

Pada pemeriksaan genitalia eksterna meliputi inspeksi (apakah ada hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, periksa lochea meliputi warna, jumlah, dan konsistensinya). Pada pemeriksaan kandung kemih diperiksa apakah kandung kemih ibu penuh atau tidak, jika penuh minta ibu untuk berkemih, jika ibu tidak mampu lakukan kateterisasi.

Pada pemeriksaan anus diperiksa apakah ada hemoroid atau tidak. Pada pemeriksaan integument meliputi warna, turgor, kerataan warna, kelembaban, temperatur kulit, tekstur, hiperpigmentasi. Pada pemeriksaan ekstermitas meliputi ada atau tidaknya varises, oedema, reflek patella, reflek Babinski, nyeri tekan atau panas pada betis, pemeriksaan human sign.

Pada pemeriksaan status mental meliputi kondisi emosi, orientasi klien, proses berpikir, kemauan atau motivasi serta persepsi klien.

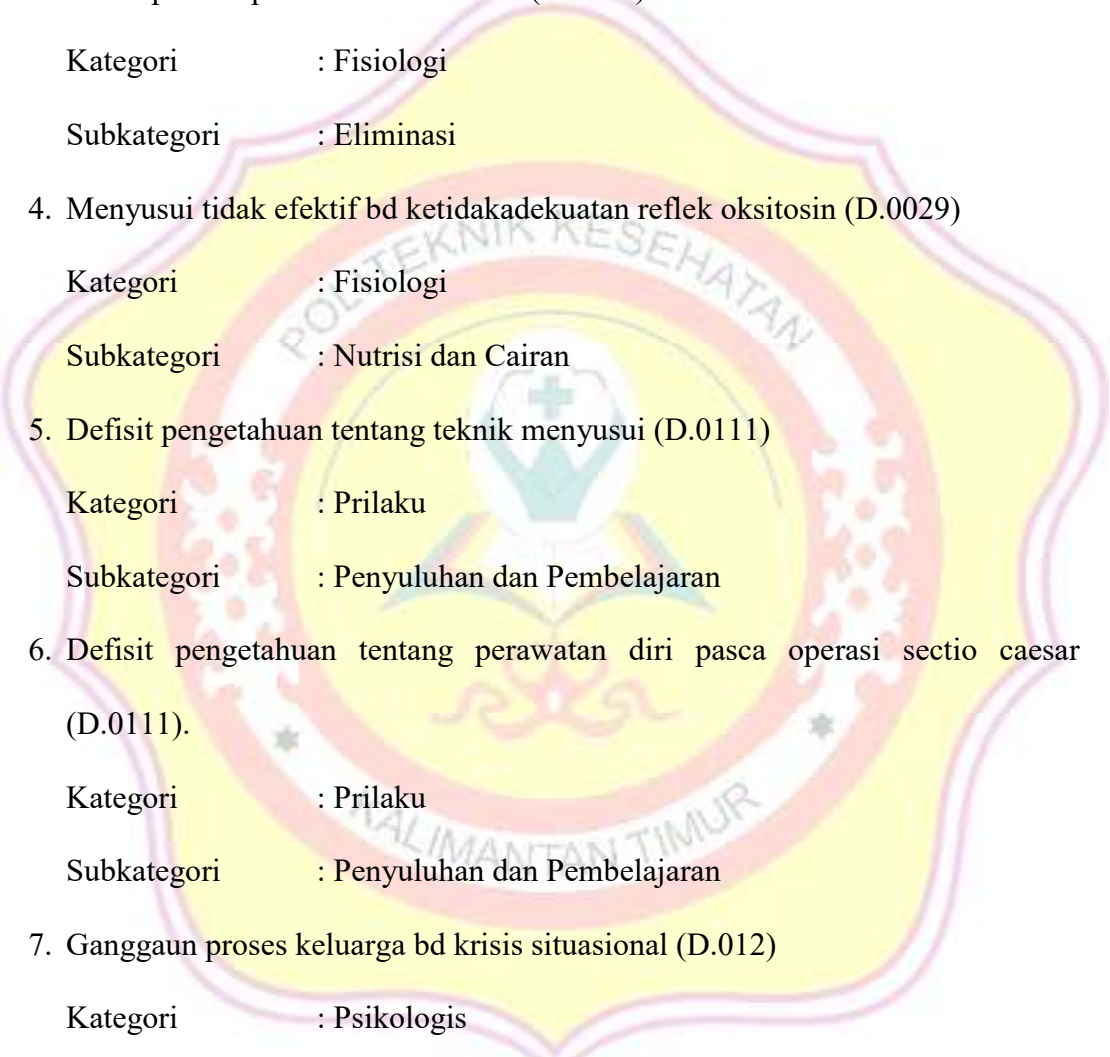
### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan**

Adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat, sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (NANDA 2015). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien *sectio caesarea* adalah ;

1. Nyeri Akut bd Agen pencedera fisik (D.0077)

Kategori : Relasional



- Subkategori : Interaksi Sosial
2. Gangguan mobilitas fisik bd nyeri (D.0054)
- Kategori : Fisilogis
- Subkategori : Aktivitas/istirahat
3. Konstipasi bd penurunan tonus otot (D.0049)
- Kategori : Fisiologi
- Subkategori : Eliminasi
4. Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan reflek oksitosin (D.0029)
- Kategori : Fisiologi
- Subkategori : Nutrisi dan Cairan
5. Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui (D.0111)
- Kategori : Prilaku
- Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran
6. Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesar (D.0111).
- Kategori : Prilaku
- Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran
7. Ganggaun proses keluarga bd krisis situasional (D.012)
- Kategori : Psikologis
- Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan
8. Ansietas bd krisis situasional (D.0080)
- Kategori : Psikologis
- Subkategori : Integritas Ego
- 
- The image contains a large, semi-transparent watermark logo in the background. The logo is circular with a yellow center and a pink border. It features a central emblem with a green cross and a white figure. The text 'POLITEKNIK KESEHATAN' is written in a semi-circle at the top, and 'KALIMANTAN TIMUR' is written at the bottom. There are also decorative elements like stars and floral patterns.

## 9. Resiko infeksi bd adanya luka insisi (0142)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

### 2.3.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (iqbal dkk,2011)



Table 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut bd Agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) - Melaporkan bahwa nyeri	1.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 1.2 Identifikasi respon nonverbal 1.3 Kaji jenis dan sumber nyeri 1.4 Berikan teknik nonfarmakologi untuk

2	Gangguan mobilitas fisik bd nyeri Kode Diagnosa (D.0054)	<p>berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>- Mampu tidur atau istirahat dengan tepat</li> </ul> <p>setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien meningkat dalam aktivitas fisik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>- memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>- Vital Sign dalam batas normal</li> </ul>	<p>mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)</p> <p>1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>1.6 Kolaborasi pemberian obat</p> <p>2.1 Monitor TTV</p> <p>2.2 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya</p> <p>2.3 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.4 Ajarkan mobilisasi sederhana</p> <p>2.5 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan ADLs</p>
3	Konstipasi bd penurunan tonus otot (D.0049)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan konstipasi dapat diatasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebas dari ketidaknyamanan konstipasi</li> <li>- Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi</li> <li>- Fases lunak dan berbentuk</li> </ul>	<p>3.1 Auskultasi terhadap adanya bising usus pada keempat kuadran setiap 4 jam setelah kelahiran</p> <p>3.2 Palpasi abdomen, perhatikan distensi atau ketidaknyamanan</p> <p>3.3 Identifikasi aktivitas-aktivitas dimana klien dapat menggunakannya dirumah untuk</p>
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
4	Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan menyusui efektif dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kemandirian pemberian ASI:IBU: kemandirian ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusu dari payudara</li> </ul>	<p>3.4 merangsang kerja usus Anjurkan cairan oral yang adekuat, bila masukan oral sudah mulai kembali.</p> <p>4.1 Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p>4.2 Identifikasi adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan puting</p> <p>4.3 Monitor kemampuan</p>

5	Defisit Pengetahuan tentang teknik menyusui (D.0111)	<p>ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI</p> <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan kklien mampu memahami teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien dan keluarga memahami teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang diijelaskkn secara benar</li> <li>- pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang diijelaskan oleh perawat</li> </ul>	<p>bayi menyusui</p> <p>4.4 Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung</p> <p>4.5 Anjurkan ibu mengonsumsi sayur dan buah-buahan</p> <p>4.6 Ajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara, pijat oksitisin, memerah ASI)</p> <p>5.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>5.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>5.3 Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga</p> <p>5.4 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar</p> <p>5.5 Berikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya</p> <p>5.6 Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah diijelaskan oleh perawat</p>
No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
6	Defisit pengetahuan tentang perawatan diri pasca operasi sectio caesar (D.0111).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn 3x8 diharapkan pasien dapat mengetahui informasi dengan Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dan kelaurga menyatakan pemahaman tentang perawatan melahirkan Caesarea</li> <li>- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang diijelaskan secara benar</li> <li>- Pasien dan kelaurga mampu menjelaskan</li> </ul>	<p>6.1 kaji kesiapan dan motivasi klien untuk belajar. Bantu klien atau pasangan dalam mengidentifikasi kebutuha</p> <p>6.2 Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan perhatian dari pemberi layanan kesehatan berikan informasi yang brhubungan dengan perubahan fisiologis dan psikologis yang normal berkenaan dengan</p>

7	Gangguan proses keluarga bd krisis situasional (D.012)	<p>kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan dapat mengungkapkan masalah atau kesulitan koping terhadap situasi dan dapat berinteraksi dengan bayi. dengan Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggendong bayi bila kondisi ibu dan neonatus memungkinkan</li> <li>- Mendemonstrasikan perilaku kedekatan dan ikatan yang tepat</li> <li>- Aktif mengikuti tugas perawatan bayi baru lahir dengan cepat</li> </ul>	<p>kelahiran sesrea dan kebutuhan-kebutuhan berkenaan dengan periode pascapartum</p> <p>6.3 diskusikan program latihan yang tepat, sesuai ketentuan</p> <p>7.1 Observasi dan catat interaksi keluarga bayi, perhatikan perilaku</p> <p>7.2 Berikan kesempatan untuk ayah/pasangan untuk menyentuh dan menggendong bayi dan bantu dalam perawatan bayi sesuai kemungkinan situasi</p> <p>7.3 Berikan kesempatan pada orang tua untuk mengungkapkan perasaan yang negative diri mereka dan bayi</p> <p>7.4 Anjurkan klien untuk menggendong, menyentuh dan memeriksa bayi tergantung pada kondisi klien dan bayi baru lahir</p> <p>7.5 Anjurkan dan bantu dalam menyusui</p> <p>7.6 Berikan informasi, sesuai kebutuhan, tentang keamanan dan kondisi bayi. dukung pasangan sesuai kebutuhan</p>
No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
8	Ansietas bd krisis situasional (D.0080)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan ansietas dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas</li> <li>- Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik mengontrol cemas</li> <li>- Vital sign dalam batas normal</li> </ul>	<p>8.1 Tentukan tingkat ansietas klien dan sumber masalah. mendorong klien untuk mengungkapkan kebutuhan dan harapan yang tidak terpenuhi. Berikan informasi sehubungan dengan normalnya perasaan tersebut</p> <p>8.2 Dorong keberadaan/</p>

9	Resiko infeksi bd adanya luka insisi (0142)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x8 jam Diharapkan tidak ada tanda tanda infeksi dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi</li> <li>- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>- Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>- Menunjukkan prilaku hidup sehat</li> </ul>	<p>partisipasi dari pasangan</p> <p>8.3 Bantu klien/ pasangan dalam mengidentifikasi mekanisme koping yang lazim dan perkembangan strategi koping baru jika dibutuhkan</p> <p>8.4 Mulai kontak antara klien/ pasangan dengan bayi segera mungkin..</p> <p>8.5 Berikan informasi yang akurat tentang keadaan klien/ bayi.</p> <p>9.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>9.2 Monitor keadaan lokia (warna, jumlah dan bau)</p> <p>9.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>9.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>9.5 Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih</p> <p>9.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan.</p> <p>9.7 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
---	---	---	--

### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawa untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (potter & pretty, 2011).

### 2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir proses keperawatan yang terdiri dari evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif).

Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah perawat melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan terus menerus hingga mencapai tujuan.

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap hari setelah semua tindakan sesuai diagnosa keperawatan dilakukan evaluasi sumatif terdiri dari SOAP (Subjek, Objek, Analisis, Planning). Subjek berisi respon yang diungkapkan oleh pasien dan objektif berisi respon nonverbal dari pasien respon-respon tersebut didapat setelah perawat melakukan tindakan keperawatan. Analisis merupakan kesimpulan dari tindakan dalam perencanaan masalah keperawatan dilihat dari keteria hasil apakah teratasi, tertasi sebagian atau belum teratasi. Sedangkan pleaning berisi perencanaan tindakan keperawatan yang harus dilakukan selanjutnya.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan keberhasilan tujuan tindakan yaitu tujuan tercapai apabila pasien menunjukkan perubahan sesuai kriteria hasil yang telah ditentukan, tujuan tercapai sebagian apabila jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria hasil yang telah ditetapkan, tujuan tidak tercapai jika klien menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali. (Suprajitno dalam Wardani,2013)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Pendekatan (Desain Penulisan)**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada Ibu *Post Operasi Sectio Caesarea* Di RSUD A.W, Sjahranie Samarinda.

Pendekatan yang digunakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **3.2. Subyek Studi Kasus**

Subyek penulisan yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini menggunakan dua responden yang berada di ruang rawat Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, dengan kriteria subjek :

1. Ibu dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie diruang Mawar dengan diagnosa medis post operasi *Sectio Caesarea*.
2. Ibu dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie diruang Mawar dengan diagnosa medis post operasi *Sectio Caesarea*.
3. Ibu dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie diruang Mawar dengan diagnosa medis post operasi *Sectio Caesarea*.
4. Ibu dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie diruang Mawar dengan diagnosa medis post operasi *Sectio Caesarea* dengan kondisi bayi sehat dan rawat gabung dengan ibunya.



5. Ibu mampu berkomunikasi dengan baik.
6. Bersedia menjadi responden dan telah menandatangani surat persetujuan (informed consent) sebagai bukti persetujuan.

### 3.3. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi operasional merupakan nilai berupa konsep objek penelitian yang dapat di ukur dan di amati (Sugiyono, 2015).

Table 3.1 : Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur
1	Ibu post partum <i>Sectio Caesarea</i>	- Ibu yang dirawat di ruangan mawar nifas RSUD. A.W. Sjahranie dengan sectio caesar pada hari ke-1 yang dirawat selama 3-6 hari	- Format pengkajian asuhan keperawatn - Lembar observasi - Lembar SOP (standard operasional prosedur)

### 3.4. Lokasi dan Waktu Penulisan

Studi kasus akan dilaksanakan selama 6 hari, dengan perawatan minimal 3 hari. Penulisan akan dilakukan di RSUD. A.W. Sjahranie Samarinda pada bulan Januari 2019.

### 3.5. Prosedur Studi Kasus

Tahap awal prosedur penulisan ini diawali dengan penyesuaian proposal oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus yang setelah di konsultasikan dan mendapat persetujuan pembimbing maka akan dilanjutkan

dengan kegiatan pemilihan responden yang terdiri dari dua responden yang merupakan ibu post operasi *sectio caesarea* kemudian dilakukan pengkajian dan pengumpulan dengan menggunakan instrument pengkajian lembar observasi dan lembar SOP. Setelah diperoleh data selanjutnya penulis melakukan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan pelaksanaan (implementasi), evaluasi, dan pendokumentasian terhadap kasus yang dijadikan subjek penulisan.

### **3.6. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1. Teknik Pengumpulan Data**

Wawancara adalah suatu pola dalam memulai komunikasi dengan tujuan yang spesifik dan terarah dalam area tertentu. Dalam keperawatan tujuan dari wawancara adalah untuk mengetahui riwayat kesehatan/keperawatan mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, faktor-faktor resiko, dan faktor-faktor spesifik dari perubahan status kesehatan dan pola kehidupan klien, serta untuk menjalin hubungan perawat klien. Wawancara dapat dilakukan dengan klien langsung atau dengan orang lain yang terdekat dari kita.

Pengamatan (Observasi) adalah Metode Observasi dan memberikan tindakan keperawatan yang memantau kondisi klien sebelum, saat dan setelah diberikan asuhan keperawatan. Pengamatan adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah

keperawatan, data yang diamati saat memberikan asuhan keperawatan pada klien menyangkut aspek bio-psiko-sosial-spiritual yang klien miliki.

Pemeriksaan fisik adalah mengukur tanda-tanda vital dan pengukuran lainnya serta pemeriksaan semua bagian tubuh dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Sepanjang pemeriksaan fisik, data diukur terhadap standard, yang merupakan peraturan yang telah ditetapkan atau dasar perbandingan dalam pengukuran atau penilaian kapasitas, kuantitas, kandungan dan nilai dari objek dalam kategori yang sama. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, perawat menyiapkan klien dengan keluarga tentang proses pemeriksaan fisik, secara spesifik tentang tujuan peran perawat, peran klien dan keluarga, serta perkiraan waktu yang dibutuhkan.

Dokumentasi adalah berupa bukti tindakan yang telah kita lakukan selama melakukan tindakan asuhan keperawatan. (Sugiyono 2013).

### **3.6.2. Instrumen Pengumpulan Data**

Pada studi kasus ini, penulis menggunakan alat atau instrument pengumpulan data dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pada ibu post *secio caesarea* dan lembar observasi. Selain itu penulis juga menggunakan lembar SOP untuk melakukan tindakan keperawatan.

### **3.7. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

#### **3.7.1. Data primer**

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya.

#### **3.7.2. Data skunder**

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (Keluarga), seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien, catatan kesehatan klien (perawatan atau rekam medis klien) yang merupakan riwayat penyakit dan perawatan klien dimasa lalu.

### **3.8. Analisis Data dan Prihal**

Pengolahan dan menggunakan analisis deskriptis. Analisis dekriptif adalah digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendiskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan (Notoatmojo,2010). Analisis data dalam karya tulis ilmiah ini digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea*. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan serta hasil dari melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan akan dinarasikan dan

melihat perbedaan antara partisipan 1 dan partisipan 2. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan, teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.



## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Bab ini merupakan hasil studi kasus beserta pembahasannya yang meliputi penjabaran data umum dan data khusus tentang Asuhan Keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesaria* di ruang mawar RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.

#### **4.1 Hasil Penulisan**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus**

Penulisan ini dilakukan di RSUD A.W. Sjahranie Samarinda yang terletak di Jalan Palang Merah No.1 Sidodadi, Samarinda Ulu, Kota Samarinda Kalimantan Timur. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD A.W. Sjahranie pada tanggal 22 Februari 1986. Rumah Sakit A.W Sjahranie adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Timur dan merupakan Rumah Sakit Rujukan tertinggi di Kalimantan Timur. Fasilitas yang tersedia antara lain: instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, laboratorium PA, laboratorium PK, instalasi kedokteran nuklir, radiologi, radioterapi, instalasi penunjang mediK, farmasi, hemodialisis, rehabilitasi medik, intensif care unit dan kamar operasi.

Dalam penulisan ini penulis menggunakan Ruang Mawar Nifas dari tanggal 04 april- 10 april 2019. Ruang Mawar Nifas yaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi pasien setelah melahirkan normal maupun *sectio caesarea* dan

wanita yang mengalami gangguan sistem reproduksi yang diterima dari ruang Verlos Kamer (VK) atau yang diterima langsung setelah pasien datang dari UGD.

Bangunan Ruang Mawar Nifas terdiri dari 10 kamar tidur pasien dengan kapasitas 50 tempat tidur, 10 kamar mandi pasien, 1 kamar mandi perawat, 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang perawat, 1 ruang untuk mahasiswa, 1 ruang administrasi, 1 ruang tindakan, 1 ruang bayi, dan 1 ruang penyimpanan alat.

#### **4.1.2 Gambaran Subjek Studi Kasus**

Dalam studi kasus ini dipilih 2 orang sebagai subjek kasus yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan, yaitu klien Ny R, usia 35 tahun, dirawat di Ruang Mawar Nifas sejak tanggal 04-07 April 2019 dan Ny I usia 22 tahun dirawat di Ruang Mawar Nifas sejak tanggal 07 -10 April 2019 dengan *sectio caesarea*.

#### **4.1.3 Data Asuhan Keperawatan**

##### **4.1.3.1 Pengkajian**

Hasil pengkajian yang didapatkan menunjukkan bahwa Ny. R berumur 35 tahun dan Ny I berumur 22 tahun dirawat di ruang Mawar Nifas dengan diagnosa *Sectio caesarea*. Pengkajian ini terdiri dari hasil identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari, pemeriksaan fisik, status mental, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan terapi.

**Table 4.1 Hasil Anamnesis Identitas klien dengan  *Sectio caesarea* di ruang mawar RSUD A.W Sjahranie Samarinda**

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny R	Ny I
Umur	35 tahun	22 tahun
Pendidikan	SMA	SMK
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Swasta
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Pernikahan ke	1	1
Agama	Islam	Islam
Suku	Banjar	Jawa
Alamat	Jln pelita 06 Rt 18	Jln sidomulyo Rt 16
Diagnosa medis	G3P2A0	G1P0A0
Sumber informasi	Klien dan keluarga	Klien dan Keluarga
Tanggal pengkajian	05 april 2019	08 april 2019

Penjelasannya :

Pada table 4.1 ditemukan data berdasarkan pengkajian pada klien 1 dilakukan pada tanggal 05 april 2019 dengan umur 35 tahun pekerjaan ibu rumah tangga dan bersuku banjar. Sedangkan pada klien 2 dilakukan pengkajian pada tanggal 08 april 2019, dengan umur 22 tahun pekerjaan swasta dan bersuku jawa. Diagnosa medis pada klien 1 G3P2A0 dan klien 2 adalah G1P0A0.



**Tabel 4.2 Hasil anamnesis riwayat kesehatan klien dengan *Sectio caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W Sjahranie Samarinda**

Riwayat kesehatan	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi <i>sectio caesarea</i>	Pasien mengatakan takut untuk bergerak dan nyeri bertambah saat bergerak karena luka di perut bekas operasi <i>sectio caesarea</i>
Riwayat kesehatan sekarang	Ny R masuk ke rumah sakit pada tanggal 04 april 2019 jam 16.53 di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan perut terasa kencang dan keluar lendir disertai bercak darah lalu Ny R di lakukan operasi <i>sectio caesarea</i> pada jam 23. 37. Pada saat dikaji tanggal 05 april 2019 jam 16.10 Ny R mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di sekitar perut rasanya seperti tertusuk-tusuk dengan sklala nyeri 6 nyeri dirasakan hilang timbul dan Ny R mengatakan aktivitasnya perlu dibantu oleh suami klien	Ny I masuk ke rumah sakit pada tanggal 07 april 2019 jam 19.00 di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie dengan keluhan keluar air dari jalan lahir disertai perut terasa kencang. Ny I di lakukan operasi <i>sectio caesarea</i> jam 20.57 . Pada saat di kaji tanggal 08 april 2019 jam 08.00 Ny I mengatakan hanya dapat berbaring diatas tempat tidur karena takut untuk bergerak dan nyeri bertambah saat bergerak, aktivitasnya dibantu keluarga, Ny I mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di sekitar perut terasa seperti tertusuk tusuk dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul dan Ny I mengatakan ASI nya belum keluar
Riwayat kesehatan Dahulu	Ny R mengatakan tidak ada riwayat kesehatan yang lalu	Ny I mengatakan tidak ada riwayat kesehatan yang lalu
Riwayat kesehatan Keluarga	Ny R mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga	Ny I mengatakan keluarganya memiliki penyakit hipertensi

Penjelasannya :

Pada table 4.2 ditemukan bahwa pada klien 1 mengeluhkan nyeri di perut bekas operasi *sectio caesarea*. Dan pada klien 2 mengatakan takut untuk bergerak

dan nyeri bertambah saat bergerak karena luka di perut bekas operasi *sectio caesarea* .

Untuk hasil pengkajian riwayat kesehatan dahulu didapatkan data pada klien 1 dan klien 2 memiliki kesamaan yaitu keduanya tidak memiliki riwayat penyakit kesehatan yang lalu. Untuk riwayat kesehatan keluarga pada klien 1 tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, jantung dan lain-lain sedangkan keluarga klien 2 memiliki riwayat penyakit keturunan yaitu hipertensi.

A. Riwayat Obsterti		
Riwayat Kesehatan Sekarang	Klien 1	Klien 2
PA	P3A0	P1A0
Umur Kehamilan	39 minggu 4 hari	38 minggu 3 hari
Taksiran Persalinan	05 April 2019	17 April 2019
ANC/ Ante Natal Care	5x	8x
Masalah Kesehatan	Tidak ada	Tidak ada

### Riwayat Kehamilan Persalinan

	PA	Umur kehamilan	Tgl/th partus	Penolong persalinan	Jenis Persalinan
<b>Klien 1</b>	P1	Aterm	15.02.2009	Bidan	Spontan
	P2	Aterm	04.06.2014	Bidan	Spontan
	P3	Aterm	04.05.2019	Doker	SC
<b>Klien 2</b>	P1	Aterm	07.04.2019	Dokter	SC

### Riwayat Anak dan Keadaan Nifas

	Anak					Nifas		
	JK	BB	PB	Keadaan Lahir	Umur sekarang	Laktasi	Perdarahan	Infeksi
<b>Klien 1</b>	P	2900	57	Hidup	10 tahun	Ada	Tidak ada	Tidak
	L	3200	58	Hidup	5 tahun	Ada	Tidak ada	Tidak
	P	2800	47	Hidup	0 hari	Tidak ada	300 cc	Tidak

<b>Klien 2</b>	P	3600	50	Hidup	0 hari	Tidak ada	400 cc	Tidak
----------------	---	------	----	-------	--------	-----------	--------	-------

<b>B. Riwayat Persalinan Sekarang</b>		
	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Tanggal persalinan dan jam	04 april 2019 jam 23.37	07 april 2019 jam 20.57
Tipe persalinan	Sectio caesarea	Sectio caesarea
Lama persalinan	Kala I,II,III tidak dilakukan	Kala I,II,III tidak dilakukan
Jumlah perdarahan	300 cc	400 cc
Penyulit persalinan	Tidak ada	Tidak ada
Keadaan bayi	- Jenis kelamin : perempuan - Berat badan lahir : 2800 gr - Panjang badan : 47 cm - APGAR SCORE : 6/8	- Jenis kelamin : perempuan - Berat badan lahir : 3650 gr - Panjang badan : 50 cm - APGAR SCORE : 7/9

**Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Dengan *Sectio Caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie**

<b>Pemeriksaan Fisik</b>		
<b>Pemeriksaan fisik</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
A. Keadaan umum	Klien sadar penuh, tanda-tanda vital :	Klien sadar penuh, tanda-tanda vital :
1. Kesadaran	TD: 110/90 mmHg	TD : 120/70 mmHg
2. Tanda-tanda vital	N : 86x/menit	N : 82x/menit
3. Berat badan	T : 37,7°C	T : 36,8°C
4. Kenyamanan nyeri	Rr : 20x/menit	Rr : 19x/menit
5. Status fungsional	Berat badan Sebelum hamil : 59 kg, Sekarang : 68 kg Tinggi badan 140 cm, kenyamanan nyeri : P : Saat bergerak Q : seperti ditusuk-tusuk R : Abdomen S : 6 T : Hilang timbul Aktifitas klien Ketergantungan sedang	Berat badan sebelum hamil : 62 kg, Sekarang : 70 kg Tinggi badan 160 cm, kenyamanan nyeri : P : Saat bergerak Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Abdomen S : 5 T : Hilang timbul Aktifitas klien Ketergantungan sedang
B. Pemeriksaan kepala dan leher	Kulit kepala bersih tidak ada ketombe dan tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut tidak mudah patah, tidak bercabang dan tidak ada kelainan	Kulit kepala bersih tidak ada ketombe dan tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata berwarna hitam, rambut tidak mudah patah, tidak bercabang dan tidak ada kelainan
1. Kepala dan rambut		
2. Mata	Mata lengkap, sclera putih,	Mata lengkap, sclera putih,

	konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, ada reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, dan tidak ada kelainan	konjungtiva anemis, palpebral tidak ada edema, kornea jernih, ada reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, dan tidak ada kelainan
3. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret dan polip, ketajaman penciuman klien dapat membedakan bau	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret dan polip, ketajaman penciuman klien dapat membedakan bau
4. Rongga mulut dan lidah	Mukosa bibir lembab dan pucat, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah	Mukosa bibir lembab dan pucat, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah
5. Telinga	Bentuk telinga sedang, Simetris kanan dan kiri, kanalis telinga tidak ada perdarahan timpani dan tidak ada serumen, ketajaman pendengaran klien berfungsi dengan baik	Bentuk telinga sedang, Simetris kanan dan kiri, kanalis telinga tidak ada perdarahan timpani dan tidak ada serumen, ketajaman pendengaran klien berfungsi dengan baik
6. Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah dan tidak ada kelainan	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah dan tidak ada kelainan
C. Pemeriksaan torax system pernafasan		
1. Inspeksi	Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pernafasan 20x/menit, payudara simetris, puting susu menonjol ada pengeuaran ASI, konsistensi lunak, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu	Tidak ada keluhan sesak, bentuk dada simetris kanan dan kiri tidak ada benjolan/massa, frekuensi pernafasan 19x/menit, payudara simetris, puting susu menonjol, tidak ada pengeuaran ASI, konsistensi lunak, ada pengeluaran kolustrum, terdapat hiperpigmentasi pada aerola dan puting susu
2. Palpasi	Vocal premitus getaran sama kanan dan kiri, ekspansi paru pengembangan dada sama kanan dan kiri, tidak ada kelainan	Vocal premitus getaran sama kanan dan kiri, ekspansi paru pengembangan dada sama kanan dan kiri, tidak ada kelainan
3. Perkusi	Perkusi sonor, auskultasi supraa	Perkusi sonor, auskultasi suara
4. Auskultasi	nafas vestikuler dan tidak menggunakan alat bantu nafas	nafas vestikuler dan tidak menggunakan alat bantu nafas
D. Pemeriksaan jantung		
1. Inspeksi dan	Klien tidak ada keluhan nyeri dada, pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada	Klien tidak ada keluhan nyeri dada, pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada

<p>palpasi</p> <p>2. Perkusi batas jantung</p> <p>3. auskultasi</p>	<p>pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung: basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea, pinggang jantung di ICS III dari linea para sinistra kiri, apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavicula sinistra. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan</p>	<p>sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung: basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea, pinggang jantung di ICS III dari linea para sinistra kiri, apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavicula sinistra. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan</p>
<p>E. Pemeriksaan system pencernaan dan status nutrisi</p>	<p>Berat badan klien 68kg, tinggi badan 140cm, IMT 29,3 kg m<sup>2</sup> kategori berat badan berlebih, klien BAB 1x sehari, konsistensi keras, diet lunak, jenis diet BTKTP, nafsu makan baik, frekuensi 3x/hari, porsi makan habis,</p>	<p>Berat badan klien 70kg, tinggi badan 160cm, IMT 27,3 kg m<sup>2</sup> kategori berat badan berlebih, klien belum ada BAB ,diet lunak, jenis diet susu cair, nafsu makan baik, frekuensi 3x/hari, porsi makan habis,</p>
<p>F. Pemeriksaan abdomen</p> <p>1. Inspeksi</p> <p>2. Auskultasi</p> <p>3. Palpasi</p> <p>4. Perkusi</p> <p>G. Pemeriksaan fisik ibu nifas</p>	<p>Inspeksi : Bentuk abdomen bulat tidak ada bayangan vena dan tidak ada benjolan, terdapat luka operasi, jenis operasi sectio caesarea, lokasi di perut, terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum, diastasis rektus abdominalis 18x3, TFU 1 jari dibawah pusat, kosistensi keras, kontraksi uterus baik, tanggal operasi 04.04.2019.</p> <p>Auskultasi : peristaltik usus 5x/menit</p> <p>Palpasi : perut tegang, ada nyeri tekan, tidak ada massa/benjolan, tidak teraba pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien</p> <p>Perkusi : tidak ada nyeri ketuk</p>	<p>Bentuk abdomen bulat tidak ada bayangan vena dan tidak ada benjolan, terdapat luka operasi, jenis operasi sectio caesarea, lokasi di perut,terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum, diastasis rektus abdominalis 20x3, TFU sepusat, kosistensi keras, kontraksi uterus baik, tanggal operasi 07.04.2019</p> <p>Auskultasi : peristaltik usus 2x/menit</p> <p>Palpasi : perut tegang, ada nyeri tekan, tidak ada massa/benjolan, tidak teraba pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien</p> <p>Perkusi : tidak ada nyeri ketuk</p>
<p>H. System persarafan</p>	<p>Di dapatkan hasil pemeriksaan Memori Panjang, Perhatian dapat mengulang. Bahasa baik klien dapat menggunakan bahasa Indonesia. Kognisi baik. Orientasi Orang, tempat,dan waktu. Saraf sensori nyeri tusuk, suhu, sentuhan. Reflex patologi tidak ada. Tidak ada keluhan pusing, pupil isokor.</p>	<p>Di dapatkan hasil pemeriksaan Memori Panjang, Perhatian dapat mengulang. Bahasa baik klien dapat menggunakan bahasa Indonesia. Kognisi baik. Orientasi orang, tempat,dan waktu. Saraf sensori nyeri tusuk, suhu, sentuhan. Reflex patologi tidak ada. Tidak</p>

	Reflex fisiologis normal. Konjungtiva anemis. Tidak ada gangguan pandangan, gangguan pendengaran dan penciuman. Istirahan tidur 5-7 jam/hari	ada keluhan pusing, pupil isokor. Reflex fisiologis normal. Konjungtiva anemis. Tidak ada gangguan pandangan, gangguan pendengaran dan penciuman. Istirahan tidur 4-6 jam/hari
I. System perkemihan	Tidak ada keluhan kencing. Kemampuan berkemih klien menggunakan alat bantu berkemih jenis foley kateter ukuran 16 hari ke 1. Produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning pekat, bau khas urine. Kandung kemih tidak membesar dan tidak ada nyeri tekan	Tidak ada keluhan kencing. Kemampuan berkemih klien menggunakan alat bantu berkemih jenis foley kateter ukuran 16 hari ke 1. Produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning pekat, bau khas urine. Kandung kemih tidak membesar dan tidak ada nyeri tekan
J. Pemeriksaan Genitalia 1. Vulva 2. Perineum 3. Lokia 4. Anus	Pemeriksaan vulva : Tidak terjadi oedema dan tidak ada varises. Pemeriksaan perineum : perineum utuh tidak dilakukan episiotomy, tidak ada jahitan dan tidak ada tanda-tanda reeda Pemeriksaan lokia : klien 2x ganti pembalut dalam 1 hari, jenis/warna rubra/merah terang, konsistensi cair, bau khas Pemeriksaan anus : Tidak ada iritasi dan tidak ada haemoroid	Pemeriksaan vulva : Tidak terjadi oedema dan tidak ada varises. Pemeriksaan perineum : perineum utuh tidak dilakukan episiotomy, tidak ada jahitan dan tidak ada tanda-tanda reeda Pemeriksaan lokia : klien 2x ganti pembalut dalam 1 hari, jenis/warna rubra/merah terang, konsistensi cair dan terdapat gumpalan darah, bau khas Pemeriksaan anus : Tidak ada iritasi dan tidak ada haemoroid
K. Pemeriksaan System musculoskeletal dan Integumen 1. Ekstremitas tangan dan kaki	Pergerakan sendi terbatas, Kekuatan otot $\frac{5}{5}$   $\frac{5}{5}$ Tidak ada kelainan ekstremitas, Tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada kelainan pada kulit, tugor kulit baik dan tidak ada luka. Pada pemeriksaan tangan tidak ada odema dan tidak ada varises Pada pemeriksaan kaki tidak ada odema. Human sign hasil pemeriksaan (-), dan tidak ada masalah khusus	Pergerakan sendi terbatas, Kekuatan otot $\frac{5}{5}$   $\frac{5}{5}$ Tidak ada kelainan ekstremitas, Tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada kelainan pada kulit, tugor kulit baik dan tidak ada luka. Pada pemeriksaan tangan tidak ada odema dan tidak ada varises Pada pemeriksaan kaki tidak ada odema. Human sign hasil pemeriksaan (-), dan tidak ada masalah khusus
L. Pemeriksaan system endrokin	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada trias DM, tidak ada luka gangrene, tidak ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada trias DM, tidak ada luka gangrene, tidak ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi

M. Seksualitas dan reproduksi 1. Payudara 2. Genetalia 3. Masalah seksual	Pada payudara (benjolan) :Tidak ada benjolan, Genetalia : Tidak ada flour albus, tidak ada prolapse uteri, dan tidak ada haemoroid Masalah seksual : saat dikaji ada perubahan pola seksual, jenis perubahan tidak melakukan hubungan seksual saat masa nifas, cara mengatasi melakukan hubungan seksual setelah masa nifas berakhir (Setelah 40 hari melahirkan)	Pada payudara (benjolan) :Tidak ada benjolan, Genetalia : Tidak ada flour albus, tidak ada prolapse uteri, dan tidak ada haemoroid Masalah seksual : saat dikaji ada perubahan pola seksual, jenis perubahan tidak melakukan hubungan seksual saat masa nifas, cara mengatasi melakukan hubungan seksual setelah masa nifas berakhir (Setelah 40 hari melahirkan)
<b>Pola Aktivitas Sehari-Hari</b>		
A. Nutrisi	Nafsu makan baik, pola makan 3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus	Nafsu makan baik, pola makan 3x/hari, tidak ada gangguan makan, tidak ada pantangan, dan tidak ada masalah khusus
B. Eliminasi 1. BAK 2. BAB	BAK : Frekuensi klien terpasang kateter, warna kuning pekat ,bau khas urine dan tidak ada masalah khusus BAB : Frekuensi 1x/hari, Konsistensi keras, warna coklat, bau khas feses, konstipasi, tidak ada masalah khusus	BAK : Frekuensi klien terpasang kateter, warna kuning pekat ,bau khas urine dan tidak ada masalah khusus BAB : klien belum ada BAB terakhir BAB tanggal 5.04.2019
C. Istirahat dan tidur	Jumlah jam tidur 5-7 jam/hari, Gangguan tidur tidak ada, yang mempermudah tidur suasana yang tenang, yang mempermudah bangun nyeri pada luka post operasi dan suasana yang tidak tenang	Jumlah jam tidur 4-6 jam/hari, Gangguan tidur tidak ada, yang mempermudah tidur suasana yang tenang, yang mempermudah bangun nyeri pada luka post operasi dan saat bayi menangis
D. Personal hygiene	Mandi 1x/hari, gosok gigi 2x/hari, belum ada cuci rambut selama di RS, klien potong kuku setiap kuku panjang, perawatan payudara klien dilakukan perawatan setiap hari, perawatan perineum klien dilakukan perawatan setiap hari.	Mandi 1x/hari, gosok gigi 1x/hari, belum ada cuci rambut selama di RS, klien potong kuku setiap kuku panjang, perawatan payudara klien dilakukan perawatan setiap hari, perawatan perineum klien dilakukan perawatan setiap hari.
<b>Data Psikologis</b>		

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hubungan dengan bayi</li> <li>2. Hubungan dengan keluarga</li> </ol>	<p>Hubungan dengan bayi sangat baik dan gembira.</p> <p>Hubungan dengan keluarga tidak ada masalah, masalah yang dipikirkan ingin cepat pulang.</p>	<p>Hubungan dengan bayi sangat baik dan gembira.</p> <p>Hubungan dengan keluarga tidak ada masalah, masalah yang dipikirkan ingin cepat sembuh.</p>
<b>Pengkajian psikososial</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persepsi klien terhadap penyakitnya</li> <li>2. Status perkawinan</li> <li>3. Prilaku verbal</li> <li>4. Perilaku nonverbal</li> <li>5. Orang yang berharga dengan klien</li> </ol>	<p>Persepsi klien terhadap penyakitnya : cobaan tuhan, reaksi saat interaksi kooperatif, ekspresi klien terhadap penyakitnya diam dan tidak ada gangguan konsep diri</p> <p>Status perkawinan : Usia perkawinan 24 tahun, Perkawinan ke 1, Lama perkawinan 10 tahun</p> <p>Perilaku verbal : Cara menjawab pertanyaan klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik, Klien bertanya jika tidak mengerti.</p> <p>Perilaku nonverbal : Klien terlihat meringis menahan nyeri post operasi.</p> <p>Orang yang berharga dengan klien Keluarga, hubungan dengan orang lain sangat baik</p>	<p>Persepsi klien terhadap penyakitnya : cobaan tuhan, reaksi saat interaksi kooperatif, ekspresi klien terhadap penyakitnya diam dan tidak ada gangguan konsep diri</p> <p>Status perkawinan : Usia perkawinan 1 tahun, Perkawinan ke 1, Lama perkawinan 1 tahun</p> <p>Perilaku verbal : Cara menjawab pertanyaan klien dapat menjawab pertanyaan dengan baik, Klien bertanya jika tidak mengerti.</p> <p>Perilaku nonverbal : Klien terlihat meringis menahan nyeri post operasi.</p> <p>Orang yang berharga dengan klien Keluarga, hubungan dengan orang lain sangat baik</p>
<b>Personal Hygine dan Kebiasaan</b>		
	<p>Mandi 1x/hari, belum ada keramas selama di RS, klien memotong kuku saat kuku panjang, klien tidak merokok dan tidak mengonsumsi alkohol</p>	<p>Mandi 1x/hari, belum ada keramas selama di RS, klien memotong kuku saat kuku panjang, klien tidak merokok dan tidak mengonsumsi alcohol</p>
<b>Pengkajian Spiritual</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum sakit</li> <li>2. Selama sakit</li> </ol>	<p>Sebelum masuk RS klien melakukan ibadah setiap hari</p> <p>Selama masuk rumah sakit klien tidak pernah beribadah</p>	<p>Sebelum masuk RS klien melakukan ibadah setiap hari</p> <p>Selama masuk rumah sakit klien tidak pernah beribadah</p>



**Table 4.4 Hasil Pemeriksaan diagnostik klien Dengan  *Sectio Caesarea* pada Ny R dan Ny I di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie**

Pemeriksaan	Hasil		Hasil normal
	Klien 1	Klien 2	
<b>Laboratorium</b>			
Hb	12.4 g/Dl	14.8 g/Dl	(12-16 g/dL)
Ht	37.7 %	39.2 %	(37-54%)
Lecocyt	20.57 10 <sup>3</sup> /uL	21.40 10 <sup>3</sup> /uL	(4.800-10.800/uL)
Trombosit	284.000 /uL	278.000 /uL	(150.000-450.000/dL)
Ureum	20.0 mg/dL	22 mg/dL	(19,3-49,2 mg/dL)
Creatinin	0,5 mg/dL	0.5 mg/dL	(0,5-1,1 mg/dL)
<b>Foto Rontgen</b>	Tidak ada foto rontgen		
<b>USG / EKG</b>			
DJJ	140x/menit	120x/menit	
Tapsiran Persalinan	05 April 2019	17 April 2019	
Persentasi	Bokong	Bokong	
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan	
Panjang Badan	47 cm	50 cm	
Berat Badan	2800 gram	3600 gram	

#### Penatalaksanaan/Terapi (Obat Yang Diterima)

	Nama obat	Kandungan obat	Kekuatan	Dosis	Sediaan/Bentuk	cairan/Rute pemberian
<b>Klien 1</b>	Antrain	Metomizole	500 mg	3x1	Ampul	Iv
	Kalnex	Tranexamat	50 mg	2x1	Ampul	Iv
	Ranitidine	Antihistamin	50 mg	2x1	Ampul	Iv
	Cefriaxsone	Antibiotik sefalospirin	1 gr	2x1	Vial	Iv
<b>Klien 2</b>						
	Antarin	Metomizole	500 mg	3x1	Ampul	Iv
	Cefriaxsone	Antibiotik sefalospirin	1 gr	2x1	Vial	Iv
	Ranitidine	Antihistamin	50 mg	2x1	Ampul	Iv

### 4.1.3.2 Diagnosa Keperawatan

**Table 4.5** Daftar Diagnosa keperawatan klien Berdasarkan Prioritas Dengan *Sectio Caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie

No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode Diagnosa)	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode Diagnosa)
1	Hari ke-0 05/04/ 2019	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077) Ds : - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi <i>sectio caesarea</i> - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan  Do : - Pasien terlihat meringis menahan nyeri P: Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R: Abdomen S: 6 T: Hilang timbul	Hari ke-0 08/04/2019	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077) Ds : -Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi <i>sectio caesarea</i> - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digerakkan  Do: - Pasien terlihat meringis menahan nyeri P :Saat bergerak Q: Seperti tertusuk-tusuk R :Abdomen S :5 T : Hilang timbul
2	Hari ke-0 05/04/ 2019	Hambatan mobilitas fisik b/d nyeri Ds: -Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu di bantu  Do : -ADL di bantu - Gerakan terbatas - Pasien sudah dapat miring kanan dan kiri - Skala nyeri 6 - Td : 110/90 - N : 86x/menit	Hari ke-0 08/04/ 2019	Hambatan mobilitas fisik b/d kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik Ds :- Pasien mengatkan takut untuk bergerak - Pasien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu keluarga - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak - Pasien mengatakan belum berani miring kanan dan kiri

		- Rr : 20x/menit - T : 37,7 <sup>o</sup> C		Do :-ADL dibantu - Gerakan terbatas - Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur - Skala nyeri 5 - Td : 120/80mmHg - N: 82x/menit - Rr : 20x/menit
No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode Diagnosa)	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode Diagnosa)
3	Hari ke-0 05/04/ 2019	Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar b/d kurang terpapar informasi (D.0111) Ds: -Pasien mengatakan tidak tau cara teknik menyusui yang benar - Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar  Do :-Pasien diam saat ditanya - Pasien menyusui bayinya dengan puting ibu tidak menempel secara benar	Hari ke-0 08/04/ 2019	Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029) Ds :- Pasien mengatakan ASI belum keluar - Pasien mengatakan takut dengan lukanya karena baru pertama kali di operasi  Do: - Bayi menghisap tidak terus menerus - ASI tidak memancar/menetes
4	Hari ke-0 05/04/ 2019	Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif (0142) Ds :- Do: -Terdapat luka post operasi sectio caesarea - Balutan luka kering dan bersih - Pasien mendapatkan obat cefotaxime - T : 37,7 <sup>o</sup> C - Leukosit : 26,57	Hari ke-0 08/04/ 2019	Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar b/d kurang terpapar informasi (D.0111) Ds :- Pasien mengatakan kurang paham cara teknik menyusui yang benar - Pasien mengatakan kurang mengetahui teknik menyusui karena persalinan pertama - Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan

				<p>tentang teknik menyusui yang benar</p> <p>Do :-Pasien terlihat bingung saat ditanya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menyusui bayinya dengan puting ibu tidak menempel secara benar</li> </ul>
No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode Diagnosa)	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode Diagnosa)
5			Hari ke-0 08/04/ 2019	<p>Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif (0142)</p> <p>Ds :-</p> <p>Do: -Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mendapatkan obat ceftiaxone</li> <li>- Balutan luka bersih dan kering</li> <li>- T : 36,8 °C</li> <li>- Leukosit : 21,40</li> </ul>

### 4.1.3.3 Perencanaan Keperawatan

**Tabel 4.6** Perencanaan klien Dengan *Sectio Caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Perencanaan
1	<b>Klien 1</b> Nyeri akut bd agen pencedera fisik Kode diagnosa (D.0077)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang (skala nyeri 1-3) - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	1.1 Identifikasi lokasi,karaktristik,durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi respon nonverbal 1.3 Kaji jenis dan sumber nyeri 1.4 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) 1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.6 Kolaborasi pemberian obat
2	Hambatan mobilitas fisik bd nyeri	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien meningkat dalam aktivitas fisik dengan kriteria hasil : - Klien meningkat dalam aktifitas fisik - Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah - Vital sign dalam batas normal	2.1 Monitor TTV 2.2 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya 2.3 Identifikasi kemampuan mobilisasi 2.4 Ajarkan mobilisasi sederhana 2.5 Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan ADLs

3	Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar bd kurang terpapar informasi Kode Diagnosa (D.0111)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu memahami teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil : - Pasien dan keluarga memahami teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang diijelaskan	3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3.3 Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga 3.4 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar
<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Kriteria Hasil</b>	<b>Perencanaan</b>
4	Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif Kode Diagnosa (0142)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x8 jam diharapkan klien bebas dari tanda dan gejala infeksi dengan Kriteria hasil : - Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hidup sehat	3.5 Berikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya 3.6 Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi 4.2 Monitor keadaan lokia (warna, jumlah dan bau) 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.5 Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih 4.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan. 4.7 Kolaborasi pemberian antibiotik

1	<b>klien 2</b> Nyeri akut bd agen pencedera fisik Kode diagnosa (D.0077)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang (skala nyeri 1-3) - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Mampu tidur atau istirahat dengan tepat	1.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi respon nonverbal 1.3 Kaji jenis dan sumber nyeri 1.4 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) 1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.6 Kolaborasi pemberian obat analgetik
<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Kriteria Hasil</b>	<b>Perencanaan</b>
2	Hambatan mobilitas fisik bd kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien memahami dalam meningkatkan aktivitas fisik dengan kriteria hasil : - Klien meningkat dalam aktifitas fisik - Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah - Vital sign dalam batas normal	2.1 Monitor TTV 2.2 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya 2.3 Identifikasi kemampuan mobilisasi 2.4 Menjelaskan mengenai pentingnya ambulasi dini 2.5 Ajarkan mobilisasi sederhana 2.6 Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan ADLs
3	Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI Kode Diagnosa (D.0029)	<b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan suplai ASI adekuat dengan kriteria hasil - Kemantapan pemberian ASI:IBU: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusu dari payudara ibu untuk	3.1 Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3.2 Identifikasi adanya keluhan nyeri,rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan putting 3.3 Monitor kemampuan bayi menyusui 3.4 Dampingi ibu selama kegiatan menyusui

4	Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar bd kurang terpapar informasi Kode Diagnosa (D.0111)	<p>memperoleh nutrisi selama 3 minggu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pertama pemberian ASI</li> </ul> <p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu memahami teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien dan keluarga memahami teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang diijelaskakn secara benar</li> <li>- pasien dan keluarga mampu menjelaskan</li> </ul>	<p>berlangsung</p> <p>3.5 Anjurkan ibu mengonsumsi sayur dan buah-buahan</p> <p>3.6 Ajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara, pijat oksitisin, perawatan payudara)</p> <p>4.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>4.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>4.3 Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga</p> <p>4.4 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar</p> <p>4.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p>
No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Perencanaan
5	Resiko infeksi bd efek prosedur invasif Kode Diagnosa (0142)	<p>secara benar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat</li> </ul> <p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan tindakan Keperawatan 3x8 jam diharapkan klien bebas dari tanda dan gejala infeksi dengan Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi</li> <li>- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>- Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>- Menunjukkan prilaku hidup sehat</li> </ul>	<p>4.6 Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat</p> <p>5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Monitor keadaan lokia (warna, jumlah dan bau)</p> <p>5.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.5 Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih</p> <p>5.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan.</p> <p>5.7 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>



#### 4.1.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

**Tabel 4.7** Implementasi rencana tindakan keperawatan klien 1 Dengan *Sectio Caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie

Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari ke-0 05/04/2019 16.00	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komperensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas	1.1 Klien mengatakan nyeri di perut bekas operasi <i>sectio caesarea</i> -Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak P : Saat bergerak Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Abdomen S : 6 T : Hilang timbul
16.25	2.2 Menanyakan adanya keluhan seperti nyeri	2.2 Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu suami dan pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak
17.00	1.2 Melihat nonverbal dari ketidaknyamanan	1.2 Pasien terlihat meringis menahan nyer saat bergerak
17.10	4.3 Memberitau dan mempraktikan cuci tangan 7 langkah kepada keluarga pasien dan pasien untuk mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	4.3 Pasien dan keluarga pasien mengerti dan mau mencobanya

17.30	4.4 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	4.4 Pasien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi
18.05	4.2 Melihat karakter dan jumlah aliran lochia seperti warna, bau	4.2 Warna lochia merah konsistensi encer, bau amis, pasien mengganti pembalut 2x sehari
18.20	4.6 Melihat balutan luka	4.6 Balutan luka terlihat kering dan bersih
18.45	4.5 Mengukur suhu, menghitung nadi dan melihat hasil jumlah sel darah putih	4.5 T : 37,7°C N : 86x/menit Leocosit : 20.57
19.00	2.1 Menghitung dan mengukur TTV	2.1 Td : 110/90mmHg N : 86x/menit T : 37,70 C Rr : 20x/menit
19.10	1.3 Menanyakan kemampuan mobilisasi pasien	1.3 Pasien mengatakan hanya dapat miring kanan dan kiri diatas tempat tidur
19.15	2.4 Mengajarkan mobilisasi dini	2.4 Pasien mengatakan mau melakukan
Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
19.40	2.5 Pasien melakukan personal hygiene (mengganti pempes)	2.5 Mengatakan aktivitasnya masih perlu dibantu
20.00	1.4 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	1.4 Pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam dan merasa lebih nyaman
20.10	1.3 Menanyakan sumber nyeri dan jenis nyeri	1.3 Pasien mengatakan nyeri di perut terasa seperti tertusuk-tusuk saat bergerak
20.30	1.6 Memberikan obat antrain 500 mg via IV	1.6 Pasien terlihat kesakitan saat obat di masukkan
21.10	1.5 Menganjurkan pasien untuk berdoa sebelum tidur dan tidur lebih awal	1.5 Pasien mengerti dan mau melakukannya
Hari ke-1 06/04/2019	4.3 Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	4.3 Tangan terlihat bersih
07.05		
07.20	2.1 Menghitung dan mengukur tanda vital	2.1 TD : 110/90mmHg N: 86x/menit Rr : 20x/menit

		T: 37,7°C
07.45	4.1 Melihat tanda dan gejala infeksi	4.1 Tidak ada tanda gejala infeksi
08.10	2.5 Membantu memenuhi kebutuhan ADLs pasien (menyeka)	2.5 -Pasien mengatakan aktivitasnya perlu di bantu -Pasien terlihat rapi dan nyaman
08.35	4.2 Melihat karakter dan jumlah aliran lochia seperti warna, bau	4.2 Warna lochia merah konsistensi encer, bau amis, pasien mengganti pembalut 3x sehari
08.45	2.2 Menanyakan adanya nyeri saat bergerak	2.2 Pasien mengatakan masih terasa nyeri saat bergerak di perut bekas operasi
09.00	2.3 Menanyakan kemampuan mobilisasi pasien	2.3 Pasien mengatakan hanya dapat miring kanan dan kiri
09.10	2.4 Mengajarkan mobilisasi pasien sesuai kemampuan	2.4 Pasien dapat duduk di tepi tempat tidur
09.15	4.6 Melihat balutan luka adanya perdarahan berlebihan	4.6 Balutan luka terlihat bersih dan kering
Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi

09.30	1.6 Memberikan obat antrain 500 mg via IV	1.6 Pasien terlihat kesakitan saat obat di masukkan
09.30	4.7 Memberikan obat ceftriaxone 1gr via IV	4.7 Pasien terlihat kesakitan saat obat di masukkan
09.40	1.2 Melihat nonverbal dari ketidaknyamanan	1.2 Pasien terlihat meringis menahan nyeri saat bergerak
09.45	1.4 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	1.4 Pasien dapat melakuaknnya dan merasa lebih nyaman
10.10	3.3 Menayakan tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang teknik menyusui yang benar	3.3- Pasien diam saat ditanya dan mengatakan tidak tau cara teknik menyusui yang benar -Pasien terlihat menyusui bayinya dengan puting susu ibu tidak menempal secara benar
10.20	3.1 Menanyakan kesiapan dan kemampuan untuk memperoleh informasi	3.1 Pasien mengatakan mau untuk diberikan informasi tentang teknik menyusui yang benar
10.35	3.2 Menyiapkan materi menggunakan media lembar balik dan lifleat	3.2 Materi sudah di siapkan
10.45	3.4 Menjelaskan informasi dan teknik menyusui yang baik dan benar menggunakan lembar balik dan lifleat	3.4 Pasien mengatakan sudah dapat memahami tentang teknik menyusui yang benar
11.00	3.5 Memberikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya	3.5 Pasien dapat memahami informasi yang di berikan
11.20	3.6 Menanyakan kembali pada pasien tentang pengetahuan dan prosedur menyusui yang benar yang telah dijelaskan oleh perawat	3.6 Pasien mengatakan sudah dapat memahami tentang teknik menyusui yang benar dan mau mencobanya
14.20	4.5 Mengukur suhu, menghitung nadi dan melihat hasil jumlah sel darah putih	4.5 Leocosit : 20.57 T : 36.8°C
14.30	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara khomperensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas	1.1 Pasien mengatakan nyeri masih terasa P : saat bergerak Q : Tertusuk-tusuk R : Abdomen S : 6 T: Hilang timbu
Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi

Hari ke-2 07/04/2019 07:30	2.3 Melihat kemampuan mobilisasi pasien	2.3 Pasien dapat duduk dan berdiri
07.40	4.3 Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	4.3 Tangan terlihat bersih
08.00	2.2 Menanyakan adanya nyeri	2.2 Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang di perut bekas operasi
08.20	2.4 Mengajarkan mobilisasi pasien sesuai kemampuan	2.4 -Pasien dapat berdiri dan berjalan di sekitar tempat tidur
08.35	2.5 Memfasilitasi kemandirian sesuai kemampuan dan Membantu memenuhi ADLs pasien jika perlu	2.5 Pasien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri sesuai kemampuan
09.05	4.1 Melihat tanda dan gejala infeksi	4.1 Tidak ada anda gejala infeksi
09.15	4.6 Melihat balutan adanya perdarahan berlebihan	4.6 Balutan terlihat bersih dan kering
09.30	1.6 Memberikan obat antrain 500 mg 3x1 via IV	1.6 Pasien terlihat nyaman
09.30	4.7 Memberikan obat ceftriaxone 1gr 2x1 via IV	4.7 Pasien terlihat nyaman
09.45	1.2 Melihat nonverbal dari ketidaknyamanan	1.2 Pasien terlihat lebih tenang
10.30	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komperensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas	1.1 Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari sebelumnya P : Saat bergerak Q : Seperti di tekan R : Abdomen S : 5 T: Hilang timbul
11.40	2.1 Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital	2.1 Td : 120/80 mmHg N : 82x/menit Rr : 19x/menit T : 36,6 <sup>0</sup> c
14.00	4.5 Mengukur suhu, menghitung nadi dan melihat hasil jumlah sel darah putih	4.5 Leocosit : 20.57 T : 36.8 <sup>0</sup> C
16.20	4.2 Melihat karakteristik lokea seperti warna, jumlah, bau.	4.2 Lokea berwarna merah encer, bau amis dan pasien mengganti pembalut 2x sehari

**Tabel 4.8** Implementasi rencana tindakan keperawatan klien 2 Dengan *Seccio Caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie

Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari ke-0 08/04/2019 07.05	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas	1.1 - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak P : Saat bergerak Q : Tertusuk-tusuk R : Abdomen S : 5 T : Hilang timbul
07.20	1.3 Menanyakan jenis dan sumber nyeri	1.3 Klien mengatakan nyeri di perut bekas operasi seperti tertusuk-tusuk saat digerakkan
07.45	2.2 Menanyakan adanya nyeri saat bergerak	2.2 -Pasien mengatakan takut untuk bergerak - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak
08.00	2.4 Menjelaskan pentingnya ambulasi dini	2.4 Pasien dapat mengerti dan memahami pentingnya ambulasi dini
08.20	2.3 Melihat kemampuan mobilisasi	2.3 Pasien mengatakan belum berani miring kanan kiri
08.30	2.6 Membantu memenuhi kebutuhan ADLs klien (mengganti pembalut)	2.6 Klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu dan klien terlihat rapi
08.55	5.1 Melihat tanda gejala infeksi	5.1 Tidak ada tanda gejala infeksi
09.05	3.2 Melihat adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan puting	3.2 Pasien mengatakan tidak nyeri pada payudara, puting susu menonjol dan tidak ada perubahan bentuk pada payudara kanan dan kiri, ASI pasien belum keluar
09.30	5.5 Mengukur suhu, menghitung nadi dan melihat hasil jumlah sel darah putih	5.5 T : 36,8°C Leukosit 21.40
09.50	5.6 Melihat balutan luka adanya perdarahan berlebihan	5.6 Balutan luka terlihat bersih dan kering
10.10	3.1 Menentukan keinginan dan motivasi pasien untuk menyusui	3.1 Pasien ingin menyusui bayinya
11.30	3.3 Melihat kemampuan menghisap secara efektif	3.3 Bayi menghisap tidak terus menerus
Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi

12.00	3.6 Mengajarkan pijat oksitosin, pijat payudara dan perawatan payudara	3.6 Pasien dan keluarga Mengerti dan mau melakukannya
14.00	3.5 Menganjurkan pasien untuk mengonsumsi buah dan sayur	3.5 Pasien mengerti dan mau mengonsumsi buah dan sayuran
14.30	5.2 Melihat karakteristik lokea seperti bau, warna, jumlah	5.2 Warna lochia merah dan encer, bau khas amis, klien mengganti pembalut 2x sehari
16.05	5.3 Memberitau dan mempraktikkan cuci tangan 7 langkah kepada keluarga pasien dan pasien untuk mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	5.3 Keluarga klien dan klien dapat memahami dan dapat mempraktikkannya
16.20	5.7 Memberikan obat ceftriaxone 1 gr via IV	5.7 Pasien terlihat kasakitan saat obat dimasukkan
16.25	1.6 Memberikan obat antrain 500 mg via IV	1.6 Pasien terlihat kasakitan saat obat dimasukkan
17.00	2.5 Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini	2.5 Klien dapat miring kanan dan kiri
17.20	1.2 Melihat nonverbal dari ketidaknyamanan	1.2 Pasien terlihat meringis menahan nyeri
17.30	1.4 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	1.4 Pasien mengerti dan bisa melakukannya
17.40	2.1 Menghitung dan mengukur tanda tanda vital	2.1 TD : 120/70 mmHg N : 82x/menit T : 36,8°C Rr : 20x/menit
18.05	5.4 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	5.4 Pasien dapat mengerti dan mampu mengulangi informasi yang diberikan
18.20	1.5 Menganjurkan pasien tidur lebih awal dan membaca doa sebelum tidur	1.5 Pasien mengatakan mau melakukannya
Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi

Hari ke-1 09/04/2019 07.05	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	1.1 Pasien mengatakan masih terasa nyeri P : Saat bergerak Q : Seperti di tekan R : Abdomen S : 5 T: Hilang timbul
07.25	2.3 Melihat kemampuan mobilisasi pasien	2.3 Pasien dapat miring kanan dan kiri
07.40	1.2 Melihat reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	1.2 Pasien meringis menahan nyeri saat bergerak
08.00	1.4 Mengajukan klien untuk relaksasi nafas dalam	1.4 Pasien merasa lebih nyaman
08.00	5.3 Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	5.3 Tangan terlihat bersih
08.10	2.6 Membantu memenuhi ADLs pasien (menyeka)	2.6 Pasien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu dan Pasien terlihat nyaman
08.15	5.1 Melihat tanda dan gejala infeksi	5.1 Tidak ada tanda dan gejala infeksi
08.20	5.2 Melihat karakter dan jumlah aliran lochia dan konsistensi fundus	5.2 Warna lochia merah dan encer, bau khas amis, klien mengganti pembalut 3x sehari
09.10	4.3 Menanyakan tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang teknik menyusui yang benar	4.3 Pasien mengatakan kurang memahami tentang teknik menyusui yang benar
09.20	4.1 Menanyakan kesiapan dan keinginan untuk menerima informasi	4.1 Pasien mau untuk menerima informasi yang akan diberikan
09.25	4.2 Menyediakan materi menggunakan media lembar balik dan leaflet	4.2 Materi sudah disiapkan
09.30	4.4 Memberikan informasi dan teknik menyusui yang baik dan benar menggunakan lembar balik dan leaflet	4.4 Pasien dapat memahami dan mau memperagakan cara menyusui yang benar
10.00	4.5 Memberikan kesempatan pasien atau keluarga untuk bertanya	4.5 Pasien mengatakan sudah dapat memahami apa yang sudah disampaikan perawat
Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
10.20	4.6 Menanyakan kembali pada pasien	4.6 Pasien dapat mengulang kembali



	tentang pengetahuan dan prosedur menyusui yang benar	tentang teknik menyusui yang benar
12.10	5.6 Melihat balutan luka adanya perdarahan berlebihan	5.5 Balutan luka terlihat bersih dan kering
12.30	2.5 Mengajarkan dan Membantu mobilisasi	2.5 Pasien dapat duduk
15.00	3.2 Melihat adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan puting	3.2 Pasien mengatakan tidak nyeri pada payudara, puting susu menonjol dan tidak ada perubahan bentuk pada payudara kanan dan kiri, ASI pasien menetes
15.20	3.1 Menentukan keinginan dan motivasi pasien untuk menyusui	3.1 Pasien ingin menyusui bayinya
15.20	3.3 Melihat kemampuan menghisap secara efektif	3.3 Bayi menghisap terus menerus
15.30	3.6 Melakukan pijat oksitosin, pijat payudara dan perawatan payudara	3.6 Pasien terlihat nyaman dan ASI menetes keluar
	3.4 Mendampingi ibu saat menyusui	3.4 Ibu menyusui bayinya dengan benar
16.30	1.6 Memberikan obat antrain 500mg 3x1 via IV	1.6 Pasien kesakitan saat obat dimasukkan
16.30	5.7 Memberikan obat ceftrainxone 1gr via IV	5.7 Pasien kesakitan saat obat dimasukkan
16.45	2.1 Menghitung dan mengukur tanda-tanda vital	2.1 Td : 130/80mmHg N : 80x/menit Rr : 19x/menit T : 37,1°C
16.45	5.5 Mengukur suhu, menghitung nadi dan melihat hasil jumlah sel darah putih	5.5 T : 37,1 °C Leokosit 21.40
Waktu pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari ke-2 10/04/2019	2.3 Melihat kemampuan mobilisasi pasien	2.3 Pasien dapat berdiri

07.10	5.3	Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	5.3	Tangan terlihat bersih
07.30	5.6	Melihat balutan luka adanya perdarahan berlebihan	5.6	Balutan terlihat bersih dan kering
07.45	5.1	Melihat tanda dan gejala infeksi	5.1	Tidak ada tanda gejala infeksi
08.10	5.2	Melihat karakter jumlah lochea seperti bau,konsistensi,warna	5.2	Warna lochia merah dan encer, bau khas amis, klien mengganti pembalut 3x sehari
08.20	3.1	Menentukan keinginan dan motivasi pasien untuk menyusui	3.1	Pasien ingin menyusui bayinya
09.00	3.6	Melakukan pijat oksitosa dan pijat payudara	3.6	ASI menetes keluar dan pasien merasa nyaman
09.25	3.4	Mendampingi ibu saat menyusui	3.4	Bayi terlihat tenang
09.26	1.6	Memberikan obat antrain 500mg via IV	1.6	Pasien terlihat nyaman
10.00	5.7	Memberikan obat ceftiaxone 1gr via IV	5.7	Pasien terlihat nyaman
10.40	2.6	Memberikan fasilitas dan Membantu klien memenuhi kebutuhan ADLs sesuai kemampuan	2.6	Klien mengatakan aktivitasnya masih perlu dibantu karena masih nyeri di perut bekas operasi
11.30	1.1	Melakukan pengkajian nyeri secara komperensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	1.1	Klien mengatakan nyeri berkurang dari sebelumnya P : Saat bergerak Q : Seperti di tekan R : Abdomen S : 4 T: Hilang timbul
12.00	2.1	Menghitung dan mengukur tanda tanda vital	2.1	Td : 120/80mmHg N : 80x/menit Rr : 21 x/menit T : 36,6°C
12.10	5.5	Mengukur suhu, menghitung nadi dan melihat hasil jumlah sel darah putih	5.5	T : 36,6 °C Leokosit 21.40
12.20	1.2	Melihat reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	1.2	Pasien terlihat lebih nyaman

#### 4.1.5 Evaluasi Keperawatan

**Table 4.9** Evaluasi asuhan keperawatan klien 1 dengan *sectio caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1	Hari ke-0 05/04/2019	Nyeri akut bd agen pencedera fisik	<p>S: -Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat di bergerak</p> <p>O: Pasien terlihat meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : Saat bergerak</li> <li>- Q : Seperti di tusuk-tusuk</li> <li>- R : Abdomen</li> <li>- S : 6</li> <li>- T : Hilang timbul</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi,kualitas,intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi respon nonverbal</li> <li>1.4 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)</li> <li>1.6 Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>
2	Hari ke-0 05/04/2019	Hambatan mobilitas fisik bd nyeri	<p>S: - Pasien mengatakn aktifitasnya di bantu suami - Pasien mengatakan mau melakukan ambulasi secara bertahap - Pasien mengatakan takut untuk bergerak</p> <p>O: ADLs di bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- Pasien dapat miring kanan kiri</li> </ul> <p>TD : 110/90mmHg N:86x/menit Rr :20x/menit T:37,7°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 6</li> </ul> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor TTV</li> <li>2.2 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya</li> <li>2.3 Identifikasi kemampuan mobilisasi</li> <li>2.4 Ajarkan mobilisasi sederhana</li> <li>2.5 Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan ADLs</li> </ol>
No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
3	Hari ke-0 05/04/2019	Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif	<p>S: -</p> <p>O: Terdapat luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diberikan obat antibiotik</li> </ul>

			<p>ceftriaxone 1gr via IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokea berwarna merah encer bau khas (amis) pasien mengganti pembalut 2x sehari</li> <li>- Balutan terlihat bersih dan kering</li> <li>- T : 37,7°C</li> <li>- N : 86x/menit</li> <li>- Leucosit : 20.57</li> </ul> <p>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>4.2 Monitor keadaan lokia (warna, jumlah dan bau)</li> <li>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4.5 Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih</li> <li>4.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan.</li> <li>4.7 Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>
1	Hari ke-1 06/04/2019	Nyeri akut bd agen pencedera fisik	<p>S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri O: Pasien terlihat meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : Saat bergerak</li> <li>- Q :Seperti di tusuk-tusuk</li> <li>- R : Abdomen</li> <li>- S : 6</li> <li>- T : Hilang timbul</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi respon nonverbal</li> <li>1.6 Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>
2	Hari ke-1 06/04/2019	Hambatan mobilitas fisik bd nyeri	<p>S: - Pasien mengatakan aktivitasnya masih perlu dibantu - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak O:- Pasien sudah dapat duduk di atas tepi tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- ADLs dibantu</li> <li>- Pasien terlihat nyaman dan rapi</li> </ul> <p>Td : 120/80 mmHg N : 80x/menit Rr : 20x/menit T : 36,8°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 6</li> </ul>
<b>No</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>
			<p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor TTV</li> </ol>

3	Hari ke-1 06/04/2019	Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar bd kurang terpapar informasi	<p>2.3 Identifikasi kemampuan mobilisasi 2.4 Ajarkan mobilisasi sederhana 2.5 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan ADLs</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah dapat memahami tentang teknik menyusui yang benar O: -Pasien dapat mengulang dan memperagakan tentang teknik menyusui yang benar, - Ibu sudah dapat menempelkan puting payudara pada bayi dengan benar A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan intervensi</p>
4	Hari ke-1 06/04/2019	Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif	<p>S: - O: - Terdapat luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> - Pasien diberikan obat antibiotik ceftriaxone 1gr via IV - Balutan terlihat bersih dan kering - Lokea berwarna merah encer bau khas (amis) pasien mengganti pembalut 3x sehari - T : 37,8°C - N : 80x/menit - Leocosit : 20.57 A: Masalah resiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi 4.2 Monitor keadaan lokia (warna, jumlah dan bau) 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4.5 Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih 4.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan. 4.7 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
1	Hari ke-2 07/04/2019	Nyeri akut bd agen pencedera fisik	<p>S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari sebelumnya O: - pasien terlihat lebih tenang</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- P : Saat bergerak</li> <li>- Q : Seperti di tekan</li> <li>- R : Abdomen</li> <li>- S : 5</li> <li>- T : Hilang timbul</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri teratasi sebagian  P: Lanjutkan intervensi dirumah  1.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi,kualitas,intensitas nyeri  1.6 Kolaborasi pemberian obat</p>
2	Hari ke- 2 07/04/2019	Hambatan mobilitas fisik bd nyeri	<p>S: - Pasien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri sesuai kemampuan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri masih terasa saat beraktivitas</li> </ul> <p>O:- Pasien sudah bisa berdiri dan berjalan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat nyaman dan rapi</li> </ul> <p>Td : 120/80 mmHg  N : 82x/menit  Rr : 19x/menit  T : 36,5<sup>0</sup>c</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5</li> </ul> <p>A: Masalah gangguan mobilitas teratasi  P: Hentikan intervensi</p>
3	Hari ke- 2 07/04/2019	Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif	<p>S: -</p> <p>O: Terdapat luka bekas operasi sectio caesarea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien diberikan obat antibiotik ceftriaxone</li> <li>- Balutan terlihat bersih dan kering</li> <li>- T : 38,6<sup>0</sup>c</li> <li>N : 82x/menit</li> <li>Leocosit : 26.57</li> </ul> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi  P: lanjutkan intervensi dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>4.2 Monitor keadaan luka (warna,jumlah dan bau)</li> <li>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</li> <li>4.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan.</li> <li>4.7 Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol>

**Table 4.10** Evaluasi asuhan keperawatan klien 2 dengan *sectio caesarea* di ruang Mawar RSUD A.W. Sjahranie

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
----	---------	----------------------	-----------------

1	Hari ke-0 08/04/2019	Nyeri akut bd agen pencedera fisik	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri di perut bekas operasi - Pasien mnegatakan nyeri bertambah saat bergerak</p> <p>O: Pasien terlihat meringis menahan nyeri saat bergerak P : Saat bergerak Q : Tertusuk-tusuk R : Abdomen S : 5 T: Hilang timbul</p> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi,karaktristik,durasi, frekuensi,kualitas,intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi respon nonverbal</li> <li>1.4 Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)</li> <li>1.6 Kolaborasi pemberian obat Analgetik</li> </ol>
2	Hari ke-0 08/04/2019	Hambatan mobilitas fisik bd kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik	<p>S: Pasien mengatakan aktifitasnya di bantu keluarga - Pasien mengatakan sudah mengerti pentingnya ambulasi dini - Pasien mengatakan mau melakukan ambulasi secara bertahap</p> <p>O: ADLs di bantu - Pasien hanya berbaring di atas tempat tidur - Pasen dapat miring kanan dan kiri - Gerakan terbatas - TD : 120/70 mmHg N : 82x/menit T : 36,8<sup>0</sup> C Rr : 20x/menit - Skala nyeri 6</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor TTV</li> <li>2.2 Identifikasi kemampuan mobilisasi</li> <li>2.3 Menjelaskan mengenai pentingnya ambulasi dini</li> <li>2.5 Ajarkan mobilisasi sederhana</li> <li>2.6 Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan ADLs</li> </ol>
<b>No</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>
3	Hari ke-0 08/04/2019	Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI	<p>S: Pasien mengatakan ASI belum keluar - Pasien mengatakan ingin menyusui bayinya</p>

4	Hari ke-0 08/04/2019	Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif	<p>- Pasien mengatakan takut dengan lukanya karena baru pertama kali operasi <i>sectio caesarea</i></p> <p>O : Bayi menyusui tidak terus menerus - Pasien di lakukan pijat oksitosin</p> <p>A : Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</p> <p>3.2 Identifikasi adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan puting</p> <p>3.3 Monitor kemampuan bayi menyusui</p> <p>3.6 Ajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara, pijat oksitosin, memerah ASI)</p> <p>S: -</p> <p>O: Terdapat luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i></p> <p>- Pasien diberikan obat antibiotik ceftriaxone 1gr via IV</p> <p>- Balutan luka terlihat kering dan bersih</p> <p>- T : 39,8<sup>o</sup>c</p> <p>- N : 82x/menit</p> <p>- Leucosit : 21.40</p> <p>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Monitor keadaan luka (warna, jumlah dan bau)</p> <p>5.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.5 Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih</p> <p>5.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan.</p> <p>5.7 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
<b>No</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>
1	Hari ke-1 09/04/2019	Nyeri akut bd agen pencedera fisik	<p>S: Pasien mengatakan nyeri masih terasa di perut bekas operasi</p> <p>O: Pasien terlihat meringis menahan nyeri saat</p>



			bergerak P : Saat bergerak Q : Seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen S : 5 T: Hilang timbul A: Masalah nyeri belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 1.2 Identifikasi respon nonverbal 1.6 Kolaborasi pemberian obat analgetik
2	Hari ke-1 09/04/2019	Hambatan mobilitas fisik bd kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik	S: Pasien mengatakan aktifitasnya perlu dibantu - Pasien mengatakan sudah tidak takut untuk bergerak O: ADLs di bantu - Pasien mampu duduk - Gerakan terbatas - Pasien terlihat rapi dan nyaman - TD : 130/80 mmHg N : 80x/menit T : 37,1oC Rr : 19x/menit - Skala nyeri 5 A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 2.1 Monitir TTV 2.3 Identifikasi kemampuan 2.6 Fasilitasi kemandirian,bantu jika tidak mampu melakukan ADLs
3	Hari ke-1 09/04/2019	Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI	S: Pasien mengatakan ingin menyusui bayinya O : -Bayi menghisap terus menerus - Pasien di lakukan pijat oksitosin dan pijat payudara - ASI pasien hanya keluar menetes A : Masalah menyusui tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3.3 Monitor kemampuan bayi menyusu 3.6 Ajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara, pijat oksitisin, perawatan payudara)
<b>No</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>
4	Hari ke-1 09/04/2019	Defisit pengetahuan tentang cara menyusui	S: Pasien mengatakan sudah dapat memahami tentang teknik menyusui yang benar

5	Hari ke-1 09/04/2019	yang benar bd kurang terpapar informasi  Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif	O: Pasien dapat mengulang dan mempragakan tentang teknik menyusui yang benar A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P: Hentikan intervensi  S: - O: Terdapat luka bekas operasi sectio caesarea - Balutan luka terlihat bersih dan kering - Pasien diberikan obat antibiotik ceftriaxone - T : 37,1°C N : 80x/menit Leocosit : 21.40 A: Masalah resiko infeksti belum teratasi P: lanjutkan intervensi 5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi 5.2 Monitor keadaan lokia (warna, jumlah dan bau) 5.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5.5 Kaji suhu, nadi dan jumlah sel darah putih 5.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan. 5.7 Kolaborasi pemberian antibiotik
1	Hari ke-2 10/04/2019	Nyeri akut bd agen pencedera fisik	S: Pasien mengatakan nyeri bekas operasi <i>sectio caesarea</i> sudah berkurang O: Pasien terlihat lebih tenang P : Saat bergerak Q : Seperti di tekan R : Abdomen S : 4 T: Hilang timbul A: Masalah nyeri teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi di rumah 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.6 Kolaborasi pemberian obat analgetik
<b>No</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>
2	Hari ke-2 10/04/2019	Hambatan mobilitas fisik bd kurang terpapar	S :Pasien mengatakan aktivitasnya masih perlu di bantu

		informasi tentang aktivitas fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak takut lagi untuk bergerak</li> <li>O: Pasien sudah mampu berdiri dan berjalan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Td : 130/80mmHg</li> <li>N : 82x/menit</li> <li>Rr : 21 x/menit</li> <li>T : 36,6°C</li> <li>- Skala nyeri 4</li> </ul> </li> <li>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</li> <li>P: Lanjutkan intervensi dirumah <ul style="list-style-type: none"> <li>1.3 Identifikasi kemampuan</li> <li>1.5 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan ADLs</li> </ul> </li> </ul>
3	Hari ke-2 10/04/2019	Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI	<ul style="list-style-type: none"> <li>S: Pasien mengatakan ingin menyusui bayinya</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak khawatir dengan kondisi lukanya saat ini</li> <li>O: -Pasien di lakukan pijat oksitosin <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI pasien sudah keluar menetes</li> <li>- Bayi menghisap terus menerus</li> </ul> </li> <li>A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian</li> <li>P : Lanjutkan intervensi dirumah <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> <li>3.3 Monitor kemampuan bayi menyusui</li> <li>3.6 Ajarkan perawatan payudara postpartum ( pijat payudara, pijat oksitisin, perawatan payudara)</li> </ul> </li> </ul>
4	Hari ke-2 10/04/2019	Resiko Infeksi bd efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> <li>S: -</li> <li>O: Terdapat luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balutan luka terlihat bersih dan kering</li> <li>- Pasien di berikan obat antibiotik ceftriaxone 1gr via IV</li> <li>- Tidak ada tanda gejala infeksi</li> <li>- T : 37,6 °C</li> <li>Leukosit 21.40</li> </ul> </li> <li>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi</li> <li>P: Lanjutkan intervensi dirumah <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>5.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</li> <li>5.6 Inspeksi balutan luka terhadap perdarahan berlebihan.</li> <li>5.7 Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul> </li> </ul>

#### 4.1 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan post *sectio caesarea* yang di lakukan sejak tanggal 05-07 april 2019 pada klien 1 dan di lakukan pada tanggal 08-10 april 2019 pada klien 2 di ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### 4.1.1 Pengkajian

Di dapatkan nyeri pada pengkajian klien satu keluhan subjektifnya yaitu klien mengeluh nyeri post operasi *sectio caesarea* didaerah abdomen dan nyeri bertambah parah jika bergerak, keluhan objektif provoktif saat bergerak, kualitas seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, timing hilang timbul, dan klien terlihat meringis menahan nyeri. Pada klien kedua keluhan subjektif klien mengeluh nyeri post operasi *sectio caesarea* didaerah abdomen keluhan objektif provoktif saat bergerak, kualitas seperti di tusuk tusuk, skala nyeri 5, timing hilang timbul, dan klien terlihat meringis menahan nyeri

Menurut (Nugroho, 2010) Hal ini sesuai dengan teori nyeri yang dirasakan klien merupakan gejala sisa yang diakibatkan oleh operasi *sectio caesarea* yang dilakukan. Pada umumnya pasien post *sectio caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Sekitar 60% klien menderita nyeri hebat, 25% nyeri sedang dan 15% nyeri ringan. Pendapat penulis

mengenai nyeri terjadi setelah proses pembedahan (*sectio caesarea*) dan akibatnya terjadinya luka hal ini sesuai antara teori dan fakta. Namun yang membedakan adalah skala dalam menghadapi nyeri.

Keluhan subjektif klien satu dengan diagnosa mobilitas fisik yaitu klien mengatakan nyeri saat bergerak, serta klien mengatakan aktivitasnya di bantu suami keluhan objektif gerakan klien terbatas, aktivitas klien dibantu dan klien sudah dapat miring kanan dan kiri. Pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan takut untuk bergerak, aktivitasnya dibantu keluarga, keluhan objektif gerakan terbatas, aktifitas dibantu dan klien hanya berbaring diatas tempat tidur.

Menurut Riyadi & Widuri, (2015) Imobilitas merupakan keadaan ketika seseorang tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan, Imobilitas dapat terjadi karena berbagai hal misalnya nyeri pada luka dan lain lain. Menurut penulis seseorang yang mengalami luka serta nyeri enggan melakukan pergerakan maka untuk aktivitas sehari hari terhambat sesuai dengan fakta dan teori yang dikemukakan.

Pengkajian diagnosa defisit pengetahuan klien satu keluhan subjektifnya yaitu klien mengatakan tidak tau cara teknik menyusui yang benar, dan klien mengatakan sebelumnya tidak pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang cara teknik menyusui yang benar keluhan objektif klien diam saat ditanya, klien menyusui bayinya dengan puting ibu tidak menempel secara benar . Pada klien dua keluhan subjektif yaitu klien kurang paham tentang cara teknik menyusui yang benardan klien mengatakan sebelumnya tidak

pernah di berikan pendidikan kesehatan tentang cara teknik menyusui yang benar, data objektif klien terlihat bingung saat di tanya, klien menyusui bayinya dengan puting ibu tidak menempel secara benar. Pada klien dua kurang memahami tentang cara teknik menyusui yang benar karena persalinan ini merupakan persalinan pertama .

Menurut Prahest Treistiana (2018) menyusui merupakan pengalaman baru bagi ibu yang baru menyusui sehingga dapat menjadi tekanan yang akhirnya menimbulkan krisis. Keunggulan ASI perlu ditunjang oleh cara pemberian yang benar, misalnya Pengetahuan ibu tentang teknik menyusui yang benar, dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain adat atau kepercayaan, pengalaman menyusui sebelumnya atau pengalaman menyusui dalam keluarga atau kerabat, dan kurang informasi dan pengetahuan.

Maka kesimpulan penulis mengenai keluhan subjektif serta objektif yang terjadi pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan kurang pengetahuan sesuai antara teori dan fakta.

Di dapatkan diagnosa menyusui tidak efektif pada klien dua keluhan subjektifnya yaitu klien mengatakan ASI belum keluar dan klien mengatakan takut dengan lukanya karena baru pertama kali di operasi keluhan objektif bayi menghisap tidak terus menerus, ASI tidak memancar.

Menurut Dewi & Sunarsih, (2011) Produksi ASI dapat meningkat atau menurun tergantung dari stimulasi pada kelenjar payudara. Faktor-faktor yang mempengaruhi produksi ASI yaitu faktor makanan ibu, hisapan bayi, faktor psikologis dan perawatan payudara. Pada persalinan tindakan *sectio*

*ceasarea* seringkali sulit menyusui bayinya segera setelah lahir, Ibu relatif tidak dapat menyusui bayinya di jam pertama setelah bayi lahir. Kondisi luka operasi di bagian perut membuat proses menyusui sedikit terhambat. (Prawirohardjo 2012). Maka kesimpulan penulis mengenai keluhan subjektif serta objektif yang terjadi pada klien post operasi *sectio caesarea* dengan menyusui tidak efektif sesuai antara teori dan fakta.

Diagnosa terakhir resiko infeksi pada klien satu keluhan objektifnya yaitu terdapat luka post operasi , balutan terlihat bersih dan kering, tidak ada tanda gejala infeksi, Warna lochia merah dan encer, bau khas amis dan hasil pemeriksaan nadi 86x/menit, suhu 38,7<sup>0</sup>C Leocosit : 20.57. pada klien dua keluhan objektifnya yaitu terdapat luka post operasi , balutan terlihat bersih dan kering,tidak ada tanda gejala infeksi, Warna lochia merah dan encer, bau khas amis dan hasil pemeriksaan nadi 82x/menit, suhu 37,9<sup>0</sup>C, Leocosit : 21.40. Resiko infeksi di tandai dengan kenaikan suhu tubuh, dan adanya kemerahan pada area luka serta kondisi luka yang tidak kunjung sembuh.

Menurut (Tietjen, 2004) infeksi merupakan kondisi saat mikroorganismenya masuk dan berkembang dalam tubuh pejamu, sehingga dapat menyebabkan sakit yang disertai gejala klinis lokal atau sistemik. Luka di tubuh memberikan peluang sebagai tempat masuknya bakteri, dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi yang di tandai dengan kenaikan suhu tubuh,kemerahan pada area luka, terasa panas, bengkak dan adanya nanah (Potter dan Perry, 2005). Menurut penulis Maka kesimpulan mengenai

keluhan objektif yang terjadi pada klien dengan resiko infeksi sesuai antara teori dan fakta.

#### 4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dalam SDKI (2017) terdapat 10 diagnosa keperawatan yang muncul pada klien post *sectio caesarea* yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur , gangguan mobilitas fisik, konstipasi, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui, defisit pengetahuan tentang perawatan diri, ganggaun proses keluarga, ansietas, resiko infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui berhubungan dengan kurang terpapar informasi, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dan pada klien 2 terdapat 5 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ,hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik , menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekutan suplai ASI, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui berhubungan dengan kuraang terpapar informasi, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, Kesiapan peningkatan menjadi orang tua anggota keluarga.



Didapatkan diagnosa yang sama sesuai dengan teori dan ditemukan pada kedua pasien yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, kurang pengetahuan teknik menyusui berhubungan dengan kurang terpapar informasi, resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Adapun diagnosa yang berbeda pada pasien 1 hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan 2, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kurang terpapar informasi, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, dan Kesiapan peningkatan menjadi orang tua anggota keluarga.

Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada kasus klien 1 dan 2 :

#### 4.1.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri pada klien 1 terletak di daerah luka operasi *sectio caesarea* dan nyeri bertambah parah jika bergerak, keluhan objektif provoktif saat bergerak, kualitas seperti ditusuk-tusuk, region abdomen, skala nyeri 6, timing hilang timbul, klien terlihat meringis menahan nyeri. Pada klien 2 keluhan subjektif klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi *sectio caesarea* keluhan objektif provoktif saat bergerak, kualitas seperti di tusuk tusuk, regio abdomen, skala nyeri 5, timing hilang timbul, klien terlihat meringis menahan nyeri.

Nyeri yang dirasakan ibu post partum dengan *Sectio Caesarea* berasal dari luka yang terdapat dari perut. (Maryunani 2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika

jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri. Nyeri biasanya terjadi pada 12 sampai 36 jam setelah pembedahan, dan menurun pada hari ketiga (Kozier, 2004). Menurut penulis setelah dilakukan pembedahan mengakibatkan luka dan rusaknya bagian saraf serta pembuluh darah pada organ tersebut sehingga muncul nyeri sedang hingga berat, maka dapat di berikan teknik nonfarmakologi maupun farmakologi untuk mengurangi nyeri pada klien post *sectio caesarea*.

#### 4.1.2.2 Hambatan mobilitas fisik

Adanya luka post operasi *sectio caesarea* yang menyebabkan rasa nyeri timbul saat bergerak sehingga penderita merasa takut untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari secara maksimal, dan ADL perlu dibantu. Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi : Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi, Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar, Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (*semifowler*), Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik pada bagian tubuh tertentu atau pada satu atau lebih ekstremitas. Suatu kondisi dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan Bergeraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas. (Potter, 2005). Dalam kasus, diagnosa ditegakkan oleh penulis karena pada saat pengkajian ditemukan data klien mengatakan nyeri saat bergerak, gerakan terbatas dan ADL dibantu. Menurut penulis ketika terjadinya luka akan sulit untuk melakukan aktivitas baik aktivitas berat maupun ringan, sehingga diperlukan bantuan pada pasien.

#### 4.1.2.3 Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar dan kurang terpapar informasi

Diagnosa ini muncul karena kurang paham tentang cara teknik menyusui yang benar dan klien mengatakan sebelumnya tidak pernah di berikan pendidikan kesehatan tentang cara teknik menyusui yang benar dan Pada klien dua kurang memahami tentang cara teknik menyusui yang benar karena persalinan ini merupakan persalinan pertama .

Faktor yang mempengaruhi dalam pemberian ASI diantaranya usia ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu dan paritas ibu (Septia,2012). Teknik menyusui merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi produksi ASI dimana bila teknik menyusui tidak benar dapat menyebabkan puting lecet dan menjadikan ibu enggan menyusui dan bayi jarang menyusu karena bayi enggan menyusu akan berakibat kurang baik, karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan

produksi ASI selanjutnya, namun sering kali ibu-ibu kurang mendapatkan informasi tentang manfaat Asi dan tentang teknik menyusui yang benar (Roesli, 2011). Menurut penulis tingkat pengetahuan pasien dilihat dari kurangnya informasi yang di dapat mengenai cara menyusui yang baik dan benar sehingga dapat dilakukan pendidikan kesehatan tentang teknik cara menyusui yang baik dan benar.

#### 4.1.2.4 Menyusui tidak efektif bd ketidakadekuatan suplai ASI

Pengeluaran ASI tidak efektif Pada klien dua dapat dilihat dari keluhan subjektif klien mengatakan ASI belum keluar dan klien merasa takut dengan lukanya karena baru pertama kali di operasi, keluhan objektif yaitu ASI yang tidak keluar memancar serta bayi yang tidak menyusui secara terus menerus. Penurunan produksi dan pengeluaran ASI pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi dan pengeluaran ASI. Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kelancaran produksi dan pengeluaran ASI yaitu perawatan payudara frekuensi penyusuan, paritas, stress, penyakit atau kesehatan ibu, konsumsi rokok atau alkohol, pil kontrasepsi, asupan nutrisi (Bobak, 2005). Menurut penulis penyebab ASI tidak lancar salah satunya adalah faktor psikologis, perawatan payudara dan nutrisi ibu, sehingga dapat dilakukan pijat oksitosin, perawatan payudara dan menganjurkan untuk mengonsumsi sayuran serta buah-buahan.

#### 4.1.2.5 Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Pada klien pertama dan klien dua memiliki kesamaan adanya luka post operasi *sectio caesarea* yang dapat menyebabkan terjadinya resiko infeksi serta ditandai dengan tingginya hasil leukosit. Infeksi merupakan kondisi saat mikroorganisme masuk dan berkembang dalam tubuh pejamu, sehingga dapat menyebabkan sakit yang disertai gejala klinis lokal atau sistemik (Tietjen, 2004). Luka di tubuh memberikan peluang sebagai tempat masuknya bakteri, dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Potter dan Perry, 2005). Menurut penulis resiko infeksi dapat terjadi akibat adanya luka post *sectio caesarea* sehingga dapat dilakukan pemberian antibiotik dan menjaga perilaku hidup sehat.

#### 4.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 sesuai dengan diagnosa yang ditegakan. Untuk intervensi yang sama pada kedua pasien yaitu nyeri akut, defisit pengetahuan, resiko infeksi. Intervensi yang berbeda disesuaikan dengan diagnosa yang ada yaitu pada pasien 2 menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI.

Berikut pembahasan intervensi pada kedua klien :

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil : Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu

menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri)  
Melaporkan bahwa nyeri berkurang (skala nyeri 1-3), Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang,

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan kedua klien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien meningkat dalam aktivitas fisik dengan kriteria hasil : mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, vital sign dalam batas normal.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan kedua klien dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mampu memahami teknik menyusui yang benar dengan kriteria hasil :pasien dan keluarga memahami teknik menyusui sesuai dengan prosedur yang diijelaskakn secara benar, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien dua dengan masalah keperawatan Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan supali ASI berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam

diharapkan suplai ASI adekuat dengan kriteria hasil kemantapan pemberian ASI:IBU: kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat dan menyusu dari payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien kedua dengan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan klien bebas dari tanda dan gejala infeksi dengan Kriteria hasil : Pasien terbebas dari tanda gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat.

#### 4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien satu dan dua selama 3 hari perawatan pada klien satu pada tanggal 05 April 2019 jam 16.00 yaitu tindakan mengkaji nyeri, evaluasi adanya nyeri timbul saat bergerak kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada abdomen, skala nyeri 6 waktunya hilang timbul. Melihat nonverbal dari ketidak nyamanan, evaluasi klien terlihat meringis menahan nyeri. Memperagakan cara mencuci tangan yang benar, evaluasi klien dan keluarga klien dapat mengikuti cara mencuci tangan. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi , evaluasi klien dan keluarga mengerti tanda gejala infeksi. Observasi

karakteristik lokea, evaluasi warna lokea merah konsistensi encer, bau amis. Melihat balutan luka adanya tanda infeksi, evaluasi balutan bersih dan kering panjang luka 12cm. Menghitung TTV, evaluasi TD: 110/90mmHg, N: 86x/menit, Rr: 20x/menit, T: 37,7<sup>0</sup>C. Membantu mobilisasi klien, evaluasi klien mau melakukan mobilisasi secara bertahap dengan bantuan. Membantu memenuhi ADLs (mengganti baju), evaluasi pasien terlihat nyaman. Melakukan relaksasi nafas dalam, evaluasi klien dapat melakukannya dan merasa lebih baik. Memberikan obat antrain 3x1, kalnex 2x1, ranitidine 2x1, ceftriaxone 2x1.

Tanggal 06 april 2019 Tindakan yang dilakukan pada klien satu jam 07.05 yaitu observasi TTV, evaluasi TD: 110/90mmHg, N: 86x/menit, Rr: 20x/menit, T: 37,7<sup>0</sup>C. Melihat anda gejala infeksi luka, evaluasi tidak ada tanda gejala infeksi . Melihat karakter lokea, evaluasi warna lokea merah, konsistensi encer, bau khas amis, klien mengganti pembalut 2x/hari. Menayakan kempuan mobilisasi, evaluasi klien hanya dapat miring kanan dan kiri. Membantu mobilisasi pasien sesuai dengan kemampuan, evaluasi klien dapat duduk di atas tempat tidur. Memberikan obat antrain 3x1, kalnex 2x1, ranitidine 2x1, cefotriaxone 2x1. Melakukan penkes tentang teknik menyusui yang benar, evaluasi media lembar balik dan lifleat klien dapat memahami dan mengulang kembali informasi yang sudah di berikan dan dapat memperagakannya dengan benar. Melakukan pengkajian nyeri evaluasi klien mengatakna nyeri masih terasa adanya nyeri timbul saat bergerak kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada



abdomen, skala nyeri 6 waktunya hilang timbul. Melihat nonverbal dari ketidaknyamanan, evaluasi klien terlihat meringis menahan nyeri

Tanggal 07 april 2019 tindakan yang dilakukan pada klien satu jam 07.30 yaitu Melihat kemampuan mobilisasi, evaluasi klien dapat duduk di tepi tempat tidur. Menyatakan adanya nyeri, evaluasi klien mengatakan nyeri sudah berkurang dari sebelumnya. Membantu melakukan mobilisasi, evaluasi klien dapat berdiri dan berjalan. Observasi adanya tanda gejala infeksi pada luka, evaluasi tidak ada tanda gejala infeksi seperti kemerahan pada area luka. Memberikan obat antrain 3x1, kalnex 2x1, ranitidine 2x1, ceftriaxone 2x1. Mengkaji nyeri, evaluasi klien mengatakan nyeri sudah berkurang adanya nyeri timbul saat bergerak kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada abdomen, skala nyeri 5 waktunya hilang timbul. Observasi TTV, evaluasi TD: 120/80mmHg, N: 82x/menit, Rr: 20x/menit, T: 37,7<sup>0</sup>C. Melihat hasil jumlah sel darah putih, evaluasi leukosit 20.57. melihat karakteristik loeka, evaluasi loeka berwarna merah, konsistensi encer, bau khas amis. Klien mengganti pembalut 2x/hari.

Pada klien dua tanggal 08 april 2019 jam 07.05 tindakan yang dilakukan yaitu tindakan mengkaji nyeri evaluasi adanya nyeri timbul saat bergerak kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada abdomen, skala nyeri 5 waktunya hilang timbul, melihat kemampuan mobilisasi evaluasi Pasien mengatakan takut untuk bergerak dan Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu keluarganya, pasien hanya berbaring di atas tempat

tidur. Melakukan personal hygiene( menyeka), evaluasi klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu dan klien terlihat rapi dan bersih. Melihat tanda dan gejala infeksi, evaluasi tidak ada tanda dan gejala infeksi. Melihat adanya keluhan nyeri pada payudara, evaluasi tidak ada nyeri pada payudara, puting susu menonjol, tidak ada perubahan bentuk, ASI belum keluar. Melihat kemampuan menghisap bayi, evaluasi bayi menghisap tidak terus-menerus. Melakukan pijat oksitosin, evaluasi klien dan keluarga dapat mengerti dan mau melakukannya. Menganjurkan untuk mengonsumsi buah dan sayur, melihat tanda dan gejala infeksi pada area luka, evaluasi tidak ada tanda dan gejala seperti kemerahan pada area luka. Memperagakan cara mencuci tangan 7 langkah kepada klien dan keluarga klien, evaluasi klien dan keluarga dapat memahami dan memperagakannya. Memberikan obat antrain 3x1, ceftriaxone 2x1, ranitidine 2x1. Menganjurkan klien untuk melakukan mobilisasi dini, evaluasi klien mau melakukan mobilisasi dini secara bertahap. Melihat reaksi nonverbal, evaluasi klien terlihat meringis menahan nyeri. Melakukan relaksasi nafas dalam, evaluasi klien dapat melakukannya dan merasa lebih baik. Observasi TTV, evaluasi tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,8<sup>0</sup>c. menganjurkan klien untuk tidur lebih awal dan membaca doa sebelum tidur, evaluasi klien mau mencobanya.

Pada klien dua tanggal 09 april 2019 jam 07.05 tindakan yang dilakukan yaitu mengkaji nyeri, evaluasi klien mengatakan masih nyeri di

perut adanya nyeri timbul saat bergerak kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada abdomen, skala nyeri 5 waktunya hilang timbul. Melihat kemampuan mobilisasi, evaluasi klien hanya dapat miring kanan dan kiri di atas tempat tidur. Membantu memenuhi ADLs klien (menyeka), evaluasi klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu dan klien terlihat bersih. Melihat tanda gejala infeksi pada area luka, evaluasi tidak ada tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan pada area luka. Melihat karakteristik lokea, evaluasi warna lokea merah, konsistensi encer, bau khas amis, klien mengganti pembalut 2x/hari. Memberikan informasi tentang teknik menyusui yang benar, evaluasi media yang di gunakan lembar balik dan lifleat klien dan keluarga dapat memahami dan mengulang kembali informasi yang sudah diberikakan. Melakukan pijat oksitosin, evaluasi klien merasa nyaman. Menyakan adanya nyeri pada payudara, evaluasi klien mengatakan tidak ada nyeri di payudara, putingg susu menojol tidak ada perubahan bentuk pada payudara, ASI klien menetes keluar. Melihat kemampuan menghisap bayu, evaluasi bayi menghisap terus menerus. Memberikan obat antrain 3x1, ceftriaxsone 2x1, ranitidine 2x1.

Tanggal 10 april 2019 jam 07.00 tindakan yang dilakukan pada klien dua yaitu melihat kemapuan mobilisasi klien, evaluasi klien dapat berdiri dan berjalan. Melihat tanda gejala infeksi pada area luka, evaluasi tidak ada tanda gejala infeksi seperti kemerahan pada area luka. Observasi balutan luka adanya perdarahan berlebih, evaluasi balutan terlihat kerin

dan bersih. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Melakaukan pijat oksitosin evaluasi ASI menetes keluar. Memberikan obat antrain 3x1, ceftriaxone 2x1, ranitidine 2x. membatu ADLs klien, evaluasi klien mengatakan aktivitasnya masih perlu dibantu karena masih nyeri di perut bekas operasi. Mengkaji nyeri evaluasi klien mengatakan nyeri sudah berkurang adanya nyeri timbul saat bergerak kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada abdomen, skala nyeri 4 waktunya hilang timbul. Melihat hasil jumlah sel darah merah, evaluasi leukosit 21.40.

#### 4.1.5 Evaluasi Keperawatan

##### 4.2.5.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka bekas *operasi sectio caesarea* sudah berkurang dan keluhan objektif nyeri saat bergerak kualitas seperti ditekan, nyeri pada abdomen, skala nyeri 5, terjadi hilang timbul, Masalah tertasi sebagian sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum maksimal teratasi seperti klien masih merasa nyeri.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan nyeri pada luka bekas *operasi sectio caesarea* sudah berkurang dan keluhan objektif nyeri saat bergerak kualitas seperti ditekan, nyeri pada abdomen, skala nyeri 4, terjadi hilang timbul, Masalah masih tertasi sebagian sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum teratasi seperti klien masih merasa

nyeri.

#### 4.2.5.2 Hambatan mobilitas fisik

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan subjektif klien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitasnya sendiri sesuai kemampuan, klien mengatakan masih terasa saat beraktivitas, keluhan objektif klien dapat berdiri dan berjalan, tekanan darah 120/80 mmHg nadi 82x/menit pernafasan 19x/menit suhu 36,5<sup>0</sup>c. Masalah teratasi sesuai kriteria hasil yang diinginkan.

Hasil evaluasi yang sudah didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan aktivitasnya masih perlu di bantu objektif pasien dapat berjalan, adl klien dibantu keluarga, tekanan darah 130/80mmHg nadi 82x/menit pernafasan 21x/menit suhu 36,6<sup>0</sup>C. Masalah teratasi sebagian sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum terpenuhi seperti ADLs dibantu oleh keluarga.

#### 4.2.5.3 Defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan subjektif klien mengatakan sudah paham tentang teknik menyusui yang benar keluhan objektif klien dapat mengulangi beberapa informasi, memperagakan teknik menyusui yang benar dan ibu

menempelkan puting payudara pada bayi dengan benar. Masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan sudah mengerti tentang teknik menyusui yang benar keluhan objektif klien dapat mengulangi beberapa informasi, memperagakan teknik menyusui yang benar Masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan.

#### 4.2.5.4 Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan mau menyusui bayinya dan klien mengatakan sudah tidak khawatir dengan kondisi lukanya saat ini, keluhan objektif ASI pasien sudah keluar menetes, bayi menghisap terus menerus. Masalah teratasi sebagian sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum terpenuhi yaitu ASI belum keluar secara maksimal.

#### 4.2.5.5 Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien satu keluhan objektif Terdapat luka bekas operasi *sectio caesarea*, balutan terlihat bersih dan kering suhu : 37,6°C nadi 82x/menit Leocosit : 26.57. masalah tidak terjadi karena sesuai dengan kriteria hasil.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien dua keluhan objektif Terdapat luka bekas operasi *sectio caesarea*, balutan terlihat bersih dan kering suhu : 38,6°C Leocosit : 21.40

. masalah tidak terjadi sesuai dengan kriteria hasil.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar Nifas RSUD.

A.W. Sjahranie Samarinda maka dapat ditarik kesimpulan :

##### 5.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. pada klien post *Sectio Caesarea*. Perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan kompherensif, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa.

##### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab dua di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua klien dengan Post *Sectio Caesarea*. Kesenjangan tersebut yaitu dari sepuluh diagnosa keperawatan berdasarkan teori yang dikemukakan oleh para ahli pada klien 1 ada 4 diagnosa yang tidak muncul yaitu konstipasi, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan perawatan diri, gangguan proses keluarga dan pada klien 2 ada 4 diagnosa yang tidak muncul yaitu konstipasi, defisit pengetahuan perawatan diri, ansietas, gangguan proses keluarga.



### 5.1.3 Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua klien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi klien saat ini.

### 5.1.4 Pelaksanaan tindakan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan klien *Post Sectio Caesarea*.

### 5.1.5 Evaluasi

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada klien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terhadap 4 diagnosa. Diagnosa yang teratasi yaitu deficit pengetahuan dan gangguan mobilitas fisik, 1 diagnosa teratasi sebagian yaitu nyeri akut dan diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu resiko infeksi.

Sedangkan pada klien 2 terdapat 6 diagnosa keperawatan. Diagnosa yang teratasi yaitu defisit pengetahuan tentang cara menyusui yang benar, 3 diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri akut, menyusui tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik, 1 diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu risiko infeksi.

## 5.2 Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien Post *Sectio Caesarea* dengan diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya :

### 5.2.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada klien Post *Sectio Caesarea*.

### 5.2.2 Bagi perawat ruangan

Sebaiknya ditingkatkan pada klien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan diruang inap.

### 5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Post *Sectio Caesarea* dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada klien dengan Post *Sectio Caesarea*.

## DAFTAR PUSTAKA

Amin & Hardani (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta: MediAction

Bobak (2005) *buku Ajar Keperawatan Maternitas Jakarta:EGC*

Dewi&Sunarsih(2011)konsepmenyusui<http://eprints.umm.ac.id/41257/3/BAB%20II.pdf> (Di akses pada tanggal 10 april 219)

Dinas Kesehatan Kalimantan Timur (2016). Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur. [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/Profil\\_Kes\\_Provinsi\\_2015/23\\_Kaltim\\_2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/Profil_Kes_Provinsi_2015/23_Kaltim_2015.pdf). (Diakses pada tanggal 04 Oktober 2018).

Doenges, Marilyn E & Moorhouse Frances M (2001). *Rencana Perawatan Maternal/Bayi: pedoman untuk perencanaan dan dokumentasi perawatan klien*. Jakarta : ECG,2001

HasilUtamaRiskesdas(2018).<https://www.persi.or.id/analisis-data/686-hasil-utama-riskesdas-2018-kementerian-kesehatan-badan-penelitian-dan-pengembangan-kesehatan> (Diakses pada tanggal 04 Oktober 2018).

Ikhtiarinawati Fitriana (2012). *Jurnal Midpro, edisi 2 /2012*. Penurunan Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Jenis Persalina Pada Ibu Nlifas Fisiologis Dan Post Sectio Caesarea, 1–7.

Janah Nurul. (2017). Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Care Gestasi 38–40 Minggu Dengan Asuhan Persalinan Normal. *Retrieved from* <http://www.albayan.ae>. (Diakses pada tanggal 04 Oktober 2018).

Kasrida Andi D (2017) Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Produksi ASI. *E-Jurnal Keperawatan (e-Kp) Volume 5 Nomor 2, Agustus 2017*.

Lucky Sri H (2015) Gambaran dukungan suami dalam pemberian ASI eksklusif di posyandu pada suka kota bandung *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia Vol.1No.2 Desember 2015*

Mitayani. (2013). Analisa Indikasi Dilakukan Persalinan Sectio Caesarea di RSUP Dr. Soeradji TirtongoroKlaten. [http://eprints.ums.ac.id/25659/Naskah\\_publicasi.pdf](http://eprints.ums.ac.id/25659/Naskah_publicasi.pdf).(Diakses pada tanggal 04 Oktober 2018).

Maryunani Anik. (2010). *Nyeri dalam persalinan “teknik dan cara penanganannya”*. Jakarta: Trans Info Media

- Nugroho T. (2010). *Buku Ajar Obstetri*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nur Maretta (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Dengan Bendungan Asi. *Indonesian Journal On Medical Science – Volume 4 No 2 – 2017, 4*, (183–188).
- Nurliawati Enok. (2010). Tesis : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Produksi ASI pada Ibu Pasca Sectio Sesarea di Wilayah Kota dan Kabupaten Tasikmalaya. <http://lib.ui.ac.id>. (Diakses pada tanggal 06 Oktober 2018).
- Potter & Perry 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Pollard Maria (2015) *ASI Asuhan Berbasis Bukti*. Jakarta : Buku Kedokteran ECG.
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikasi Diagnostik*. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Riyadi & Widuri, (2015) mobilisasi <https://www.scribd.com/doc/97068204/> (Di akses pada tanggal 10 april 219)
- Roesli (2011). *Mengenal ASI Eksklusif*. Surabaya : Niaga Swadaya
- Reser, Martin dan Giriffin K (2015) *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga, Ed. 18, Vol.2*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Sarwono (2009) *ilmu kebidanan edisi 4 cetakan 2*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Septia, (2012). Faktor- faktor yang berhubungan dengan teknik menyusui ibu di pukesmas pattallassang kabupaten takalar *Al-Sihah : Public Health Science Journal*
- Suherni,dkk (2009). *Perawatan Masa Nifas. Edisi ke-empat*, Yogyakarta: Fitramaya.
- Sumaryati, Gipta Galih W, Heni Purwaningsih. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio Caecarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung. *Indonesian Journal of Nursing Research Vol. 1 No. 1 Mei 2018*

Sumelung & Karundeng (2014). Faktor – Faktor Yang Berperan Meningkatnya Angka Kejadian Sectio Caesarea. *Ejournal Keperawatan (e-Kp) Volume 2, Nomor 1. Februari 2014*

Simkin Penny, Whalley Janet & Ann Kepler (2001). *Kehamilan Melahirkan Dan Bayi*. Jakarta : Arcan.

Treistiana Prahesti (2018) Tingkat pengetahuan ibu primipara tentang teknik menyusui yang benar di PKD Amanda Desa Banyurip Kecamatan Jenar Kabupaten *jurnal kebidanan Indonesia vol 7no 2 tahun 2018*

Utami Roesli (2008). Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Cara Menyusui Dengan Sikap Ibu *Jurnal Dunia Kesehatan , Volume 5 Nomor 1 Umur Jurnal Dunia Kesehatan , Volume 5 Nomor 1, 5,( 24–27).*

