

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SECTIO CAESAREA DAN BAYI
DI RSUD Dr KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN 2021**



Disusun oleh :

Jordy Ryan Elvano

P07220118089

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA
2021**



KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SECTIO CAESAREA RSUD Dr
KANUDJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN 2021**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan
(Amd.Kep) pada Jurusan
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Disusun oleh :

Jordy Ryan Elvano

P07220118089

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari karya tulis ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 27 Juli 2021

Yang Menyatakan

Jordy Ryan Elvano

NIM.

P07220118089



LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 27 JULI 2021



Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep

NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ibu Dengan Post Sectio

Caesarea

di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Telah Diuji

Pada Tanggal 27 Juli 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

NS. Rus Andraini, A.Kp., MPH

(.....)

NIDN. 4006027101

Penguji Anggota :

1. Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd., M.Kes

(.....)

NIDN. 4025096101

2. Ns. Grace C Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat

(.....)

NIDN. 4013106302

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan

Timur

Ketua Program Studi D-III

Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan

Timur

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes

NIP. 196508251985503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep

NIP. 196803291994022001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas kasih karunia dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan proposal dalam rangka memenuhi persyaratan program Diploma - III Keperawatan Politeknik Kesehatan Balikpapan Jurusan Keperawatan dengan judul "Asuhan Keperawatan Ibu Post Sectio Caesarea dan bayi di RSUD Dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan."

Dalam penyusunan KTI penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan KTI ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr.H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Dr. Edy Iskandar, Sp.PD., FINASIM., MARS, selaku Direktur RSUD. dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Hj. Umi Kalsum, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
4. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III



Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.

5. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
6. Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd, M.Kes, selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan KTI.
7. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian KTI.
8. Dan seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan KTI ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa KTI ini masih jauh dari sempurna oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari berbagai pihak. Dan akhirnya penulis berharap agar karya tulis ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Balikpapan, 27 Juli 2021

Penulis

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama Lengkap : Jordy Ryan Elvano
2. Jenis Kelamin : Laki-Laki
3. Tempat Tanggal Lahir : Balikpapan, 22 Desember 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa
6. Alamat : Jl. AW Syahranie Gg.Argo Sari No.01
Kelurahan Batu Ampar, Kecamatan
Balikpapan Utara
7. Nama Ayah : Ajid Kurniawan
8. Nama Ibu : Eva Yulianti
9. Email : Elvanojordy@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. TKIT 1 ALADKIY Balikpapan Utara Tahun 2005-2006
2. SD Negeri 4 Mentawa baru hulu Tahun 2006-2012
3. MTs Negeri Sampit Kota Tahun 2013-2014

4. MTs Negeri 1 Balikpapan Tahun 2015
5. SMK Nusantara Farmasi Tahun 2015-2018
6. Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Tahun 2018-Sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah saya panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat serta kemudahan yang dilimpahkan kepada saya dan saya bersyukur selama menyelesaikan tugas akhir ini dengan segala kekurangan yang saya miliki. Rasa syukur tiada henti saya ucapkan kepada sang pemilik hidup karena telah menghadirkan orang-orang yang begitu hebat yang selalu mendampingi saya dengan cara apapun selama menjalani proses belajar serta penyelesai tugas akhir ini. Dengan segala kerendahan hati saya mempersembahkan karya sederhana ini kepada orang-orang yang saya cintai dan sayangi.

My Support System A Queen and my family

Teruntuk queen terima kasih atas waktunya dan segala yang membuatku semangat walau ini adalah langkah awalku dalam berproses dan semoga aku bisa meraih mimpi yang belum ku capai, terima kasih banyak untuk keluarga yang telah support untuk menempuh masa kuliah ini dengan berbagai genre moment, terima kasih paling besar yang kuucapkan teruntuk my momsky Eva yulianti yang selalu mengusahakan, selalu mendoakan dari kecil hingga pada akhirnya dewasa dengan berada dititik dimana bisa sekuat ini, terima kasih moms.

Dosen Pembimbing

Ibu Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd, M.Kes
dan Ibu Ns. Grace C. Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Terima kasih telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran dalam membimbing dan memberi semangat sampai dititik akhir saya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah Swt memberikan balasan atas kebaikan yang tak terhingga yang sudah ibu berikan kepada saya, in syaa allah akan selalu saya kenang dalam hidup saya, aamiin.

Dosen Keperawatan

Kepada dosen-dosen yang sangat luar biasa dan hebat,
Ibu Shoufiah, S.ST, Ibu Ns. Grace C. Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat,
Ibu Nurhayati, S.ST, Ibu Ns. Asnah S.Kep., M.Pd, Ibu Ns. Siti
Nuryanti, S.Kep., M.Pd, Ibu Rus Andraini, AKP., M.PH. Terima kasih atas kesabaran, ilmu dan pengalaman yang di berikan, in shaa allah ilmu yang diberikan bermanfaat bagi kami.



Angkatan 7

Terima kasih atas anggota muda yang diberikan kepada saya, terima kasih atas semua pengalaman menjadi teman sekaligus anak selama menjalani proses belajar 3 tahun ini, support system di kampus yang sangat luar biasa. Thank you guys, together to be happy and finally we did it guys

Bubuhan Wika

Dayla, Dina, Ano, Kiluy, Kadika, Tasya Cantik dan Iqro naruto, Momi Ela, tempat sharing segala keluhan selama proses belajar, tempat ngelawak kalo lagi mood boosternya down, makasih sudah seperti keluarga. Sukses buat kalian semua, raih terus cita-citanya, never give up masa depan cerah menanti.

Kerajaan Geng Sentolop

Woy makasih sudah memilihku sebagai raja lawak digeng kita, terima kasih pramana wibu, dimas, arif sugiono, si bungul aldrin, rizal heacker, the hoax of dapid everytime, iqbal si bocil kerugian, semoga kita bisa kumpul-kumpul lagi dirumahku, terima kasih atas support yang kadang ga guna tp berguna.

One Origins

Terima kasih teman-teman personiel mas pramana, servia, fikri zein joker, asdarto the pepsodent, iqbal tod vincent niuss maupun management yang selalu support dan toleransi kesibukanku selama menempuh gelar akademik. Tanpa kalian mungkin aku ga bakal bisa hingga posisi ini, terima kasih kalian menerimaku sebagai vocalist selama ini dan segala keterikatan keluarga diband ini. Kita wajib rilis lagu pokoknya setelah ini, sukses bersama.

TIM MATERNITAS

Nisap, Kamifita, Tasya Cantik, Marimar, Ina, Dayla, Mahessa, Dhani kiki, Iya mama, amel, fiqhi fitri, sakiluy tekiluy kiluy
our life in this community so amazing guys, Up and down kita rasain bareng, thankyou saling supportnya sampai detik detik terakhir penyelesaian tugas akhirnya jangan pernah berhenti kocak dan menebar kebaikan dimanapun, kalian biasa diluar



love you guyss.

Grub Laki

Ano Pudir 1, David pudir 3, Iqro pudir 504,
Yusuf si kelinci cabul, Naim badut pudir 6, Mahe pudir11
Arigatou boyz selama ini jadi babu perkap sudah penuh kekocakan entah
soal cinta-cintaan sampai cuma jadi badut, semoga kedepan salah satu
dari kita jadi pudir,mahe jadi bupati sanga-sanga, Aamiin.

ABSTRAK

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST SECTIO CAESAREA
RSUD Dr KANUDJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN 2021”**

Pendahuluan: Persalinan *sectio caesarea* (SC) merupakan persalinan buatan melalui dinding rahim untuk mengeluarkan janin karena jika dilakukan persalinan secara spontan tidak bisa dilakukan, persalinan ini dari waktu ke waktu mengalami peningkatan jumlahnya.



Metode: Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan, mengambil dua klien dengan kasus post sectio caesarea. Metode pengambilan data adalah wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi serta instrumen pengumpulan data berupa format asuhan keperawatan yang diberlakukan di kampus Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Hasil dan pembahasan: Hasil penelitian ini diperoleh data yaitu adanya keluhan yang sama yang dirasakan oleh klien 1 dan klien 2 yaitu nyeri. Masalah yang muncul pada klien 1 dan bayinya adalah nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif, intoleransi aktivitas, deficit pengetahuan, resiko infeksi, dan resiko hipotermia, sedangkan masalah yang muncul pada klien 2 adalah nyeri akut, resiko infeksi, intoleransi aktivitas, resiko infeksi dan resiko hipotermia. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengkaji dan mengidentifikasi, memonitor atau observasi, tindakan mandiri, pendidikan kesehatan dan pemberian terapi sesuai instruksi dokter.

Kesimpulan dan saran: Kesimpulannya terdapat perbedaan pemberian asuhan keperawatan pada setiap klien yang mengalami post sectio caesarea, tergantung pada beberapa faktor baik internal maupun eksternal. Saran yang diberikan adalah perawat harus melakukan tindakan secara komprehensif guna menangani masalah keperawatan pada setiap klien berbeda dan meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada klien post sectio caesarea dirumah sakit.

Kata kunci : *section caesarea, asuhan keperawatan*

ABSTRACT

“NURSING CARE FOR MOM POST SECTION CAESAR RSUD Dr KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN 2021”

Introduction: Sectio caesarea (SC) delivery is an artificial delivery through the uterine wall to remove the fetus because if spontaneous delivery cannot be carried out, this labor from time to time has increased in number.



Methods: *This study uses a case study method with a nursing care approach, taking two clients with post sectio caesarea cases. Data collection methods were interviews, physical examinations and documentation studies as well as data collection instruments in the form of nursing care formats applied at the Poltekkes Kemenkes Kaltim.*

Results and discussion: *The results of this study obtained data, namely the presence of the same complaint felt by client 1 and client 2, namely pain. The problems that arise in client 1 and their baby are acute pain, risk of infection, ineffective breastfeeding, activity intolerance, knowledge deficit, risk of infection, and risk of hypothermia, while the problems that arise in client 2 are acute pain, risk of infection, activity intolerance, risk infection and risk of hypothermia. Nursing actions taken are reviewing and identifying, monitoring or observing, independent action, health education and providing therapy according to doctor's instructions.*

Conclusions and suggestions: *In conclusion, there are differences in the provision of nursing care to each client who experiences post sectio caesarea, depending on several factors, both internal and external. The advice given is that nurses must take comprehensive action to deal with nursing problems for each different client and improve skills in carrying out nursing care, especially for post sectio caesarea clients at the hospital.*

Keywords : *section caesarea, nursing care*

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM DAN PRASYARAT.....	ii
HALAMAN SURAT PERNYATAAN.....	iii



LEMBAR PERSETUJUAN.	iv
HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR TABEL	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Tujuan Umum.....	4
E. Tujuan Khusus.....	4
F. Manfaat Penelitian.....	4
G. Bagi Penelitian.....	4
H. Bagi tempat penelitian.....	5
I. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
BAB II PEMBAHASAN	6
A. Konsep Dasar Sectio Caecarea.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Patofisiologi.....	7
3. Etiologi.....	7
4. Klasifikasi.....	8
5. Manusia dan Kebudayaan Hubungan Manusia dan Sosial.....	10
6. Faktor-Faktor risiko.....	12
7. Penatalaksanaan.....	13
B. Konsep Dasar Post Partum.....	16
1. Pengertian.....	16
2. Etiologi.....	16
3. Patofisiologi.....	24



4. Faktor-Faktor Resiko.....	25
5. Penatalaksanaan.....	27
C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir.....	28
1. Definisi.....	28
2. Klasifikasi.....	28
3. Pathway.....	35
D. Asuhan Keperawatan.....	36
1. Pengkajian Keperawatan.....	36
2. Diagnosa Keperawatan.....	37
3. Intervensi Keperawatan.....	50
4. Implementasi Keperawatan.....	59
E. Evaluasi.....	59
BAB III METODE PENELITIAN.....	60
A. Pendekatan (Desain Penelitian).....	60
B. Subyek Penelitian.....	60
C. Batasan Istilah (Definisi operasional).....	60
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
E. Prosedur Penelitian.....	63
F. Teknik dan instrument pengumpulan data.....	64
G. Uji Keabsahan Data.....	65
H. Analisa Data.....	67
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	69
A. Hasil Penelitian.....	69
B. Pengkajian Keperawatan.....	160
C. Diagnosa Keperawatan.....	161
D. Perencanaan Keperawatan.....	163
E. Pelaksanaan Keperawatan.....	169



F. Evaluasi Keperawatan.....	169
Pembahasan	
G. Diagnosa Keperawatan 1.....	159
H. Diagnosa Keperawatan 2.....	163
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	172
A. Kesimpulan.....	173
B. Saran.....	174
DAFTAR PUSTAKA.....	175
Lampiran-Lampiran	



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patway Sectio Caesarea Dan BBL	35
--	----



Daftar Tabel

Tabel anamnesis 4.1.....	70
Tabel Diagnosa Keperawatan 4.2.....	90
Tabel Intervensi Keperawatan 4.3.....	106
Tabel Implementasi Keperawatan 4.4.....	114
Tabel Evaluasi Keperawatan 4.5.....	134



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologi yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Persalinan didefinisikan sebagai suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir.(Nurdiantini, at all, 2017) adapun jenis metode persalinan pada ibu yaitu persalinan dilakukan melalui vagina (normal) dan persalinan yang dilakukan melalui tindakan persalinan buatan pembedahan.(Leniwita H at all, 2015)

Menurut data WHO sejak tahun 1985 angka kejadian *sectio caesarea* meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan *sectio caesarea* 10-15% untuk setiap negara. jika tidak disesuaikan indikasi operasi persalinan *sectio caesarea* dapat meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi.(WHO, 2015)

Persalinan *sectio caesarea* (SC) merupakan persalinan buatan melalui dinding rahim untuk mengeluarkan janin karena jika dilakukan persalinan secara spontan tidak bisa dilakukan, persalinan ini dari waktu ke waktu mengalami peningkatan jumlahnya.(Yaeni, 2013)

Berdasarkan hasil Riskesdas pada tahun 2018 menyatakan terdapat 17,6% persalinan dilakukan melalui operasi di Indonesia. Provinsi tertinggi dengan persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (31,1%),

Bali (30,2%), dan Sumatera utara (23,9%). (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018b)

Laporan hasil data Riskesdas provinsi ibu yang mengalami persalinan melalui metode *sectio caecarea* di provinsi Kalimantan timur berkisar (19,52%) terutama ibu yang tinggal diwilayah perkotaan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018a),

Pada Laporan hasil data yang ditemukan di RSUD dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan pada tahun 2020 hingga 2021 terdapat ibu melakukan persalinan melalui *sectio caesarea* sebanyak 250 klien, hal ini terus beresiko peningkatan disetiap bulannya bahkan disetiap tahunnya.

dibalik dari hasil data tersebut persalinan *sectio caesarea* memiliki resiko lebih besar terjadinya komplikasi dibanding persalinan normal, studi ini menunjukkan tindakan *section caecarea* juga mempunyai dampak negative terhadap kualitas kehidupan ibu.

Dampak negatif paling banyak mempengaruhi kondisi ibu post partum melalui *sectio caecarea* yaitu merasakan rasa nyeri berat yang dapat memengaruhi kondisi psikologis, selain itu beresiko ibu juga akan mengalami infeksi. adapun penyebab dari nyeri karena dilakukannya tindakan pasca pembedahan. Infeksi pada ibu post partum *sectio caesarea* dapat dilihat dengan tanda lochea yang keluar banyak seperti nanah, berbau busuk. dampak jika tidak ditangani bisa menjadi masalah fisiologis dan psikologis pada ibu pasca operasi, untuk mencegah dampak masalah yang ada sangat diperlukannya sebuah penanganan. (Leniwita at



all, 2015)

Penanganan tersebut yaitu melakukan monitor pemberian cairan infuse, melakukan tindakan mobilisasi, melakukan perawatan luka pasca operasi, melakukan pemeriksaan rutin. Adapun penanganan terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi non farmakologis menggunakan edukasi latihan teknik nafas dalam, sedangkan terapi farmakologis dengan pemberian analgesik, vitamin dan antibiotic untuk mencegah terjadinya infeksi dan mengurangi rasa nyeri berlebih. (Leniwita H & Anggraini Y, 2015)

Dari dampak-dampak ibu post partum *sectio caesarea* kita sebagai perawat dituntut bisa mengetahui kondisi dan kebutuhan klien. Pada ibu post partum *sectio caesarea* dibutuhkan peran perawat dalam proses penanganan dengan perawatan yang tepat dalam melakukan tindakan pada ibu post partum *sectio caecarea* (Arif Kurniawan , Yunie Armiyati, 2017).

Berdasarkan uraian diatas dan masalah negatif yang banyak memberi dampak terhadap pada ibu post partum peneliti tertarik melakukan studi kasus penelitian tentang **"Asuhan Keperawatan pada ibu post partum *sectio caecarea* di RSUD dr kanujoso djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021"**.

B. Rumusan Masalah



Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada ibu post partum *sectio caecarea* di RSUD dr kanujoso djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada ibu post partum

2. Tujuan Khusus

- 1) Mengkaji Klien pada ibu post partum *sectio caecarea*.
- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan ibu post partum *sectio caecarea*.
- 3) Menyusun Perencanaan Keperawatan Klien ibu post partum *sectio caecarea*.
- 4) Melaksanakan Intervensi Pada Klien ibu post partum *sectio caecarea*.
- 5) Mengevaluasi Pada Klien ibu post partum *sectio caecarea*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan peneliti dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi dengan tepat untuk klien dengan masalah keperawatan pada ibu pasca persalinan, khususnya klien ibu post partum *sectio caecarea*.



2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan Asuhan Keperawatan pada ibu post partum *sectio caecarea*.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dalam Asuhan Keperawatan pada ibu post partum *sectio caecarea* di RSUD dr kanujoso djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021 dalam pembuatan karya tulis ilmiah



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Sectio Caecarea*

1. Pengertian

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Nanda,2016).

Sectio caesarea merupakan pembedahan yang bisa menimbulkan stres fisiologis (respon neuroendokrin) Salah satu stres fisiologis adalah nyeri yang dapat diapresiasi dalam skala nyeri untuk menunjukkan derajat nyeri yang dialami (Baradero, 2009).

Istilah *seksio sesarea* berasal dari perkataan Latin Caedere yang artinya memotong. *Seksio sesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina (Mochtar, 1998). *Seksio sesarea* atau kelahiran sesarea adalah melahirkan janin melalui irisan pada dinding perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Defenisi ini tidak termasuk melahirkan janin dari rongga perut pada kasus ruptura uteri atau kehamilan abdominal (Leniwita H & Anggraini Y, 2015)

2. Klasifikasi

Jenis-jenis operasi *seksio sesarea*:

a. *Seksio sesarea abdomen*

Seksio sesarea transpertonialis

b. *Seksio sesarea vaginalis*

Menurut arah sayatan pada rahim, *seksio sesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut kronig

2) Sayatan melintang (transversal) menurut kerr

3) Sayatan hurup T (T-incision)

c. *Seksio sesarea klasik (corporal)*

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korups uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

d. *Seksio sesaria ismika (profundal)*

Dilakukan dengan menggunakan sayatan melintang konkaf pada sekmen bawah Rahim (low cervical transfesal) kira-kira sepanjang 10 cm.

3. Etiologi

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua



disertai kelainan letak ada, disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk,terdapat kesempitan panggul,plasenta previa terutama pada primigravida, solutsio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan peralanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya) (Nanda, 2016).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vacum atau forceps ekstraksi (Nanda, 2016).Sedangkan indikasi yang berasal dari janin yaitu: gawat janin, letak intang, janin besar (Jitowiyono, 2012).

4. Patofisiologi

Menurut Handayani (2015) Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, rupture uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, *pre-eklamsia*, *distosia* serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.



Dalam proses operasinya dilakukan tindakan anastesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktifitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri.

Dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri. masalah nyeri akut karena post pembedahan dari *sectio caesarea*, berdasarkan teori yang ada menurut Baradero (2009) *Sectio caesarea* merupakan pembedahan yang bisa menimbulkan stres fisiologis (respon neuroendokrin) Salah satu stres fisiologis adalah nyeri yang dapat diapresiasi dalam skala nyeri untuk menunjukkan derajat nyeri yang dialami. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post op, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi. Keluhan setelah pembedahan menurut Depkes RI (2013) bahwa komplikasi dari persalinan yang dijalani melalui bedah *caesarea* yaitu antara lain nyeri, gangguan mobilisasi, cedera kandung kemih, cedera rahim, cedera pada pembuluh darah, cedera



pada usus dan infeksi, yaitu infeksi rahim, endometritis, dan infeksi akibat luka operasi.

5. Faktor Resiko

a. Pada ibu

Terjadi trias komplikasi ibu yaitu pendarahan, infeksi, dan trauma jalan lahir.

1) Perdarahan

Suatu perdarahan dikatakan fisiologis apabila hilangnya darah tidak melebihi 500 cc pada persalinan pervaginam dan tidak lebih dari 1000 cc pada sectio cesarea. Perlu diingat bahwa perdarahan yang terlihat pada waktu persalinan sebenarnya hanyalah setengah dari perdarahan yang sebenarnya. Seringkali *sectio cesarea* menyebabkan perdarahan yang lebih banyak, harus diingat kalau narkotik akan mengurangi efek vasokonstriksi dari pembuluh darah (Gabbe, 2002). Perdarahan merupakan komplikasi yang paling gawat, memerlukan transfuse darah dan merupakan penyebab kematian ibu yang paling utama. Penyebab perdarahan pada tindakan operasi adalah:

a) Atonia uteri yaitu sumber perdarahan berasal dari implantasi plasenta



- b) Robekan jalan lahir yaitu rupture uteri, robekan serviks, robekan vormiks, robekan vagina, robekan perineum, dan semuanya dapat menimbulkan perdarahan ringan sampai berat.
- c) Perdarahan karena korio karsinoma
- d) Gangguan pembekuan darah yaitu kematian janin dalam rahim melebihi 6 minggu, pada solusio plasenta, dan emboli air ketuban.
- e) Retensio plasenta atau rest plasenta yaitu gangguan pelepasan plasenta menimbulkan perdarahan dari tempat implantasi plasenta.

2) Infeksi

Setiap tindakan operasi selalu diikuti oleh kontaminasi bakteri, sehingga menimbulkan infeksi makin meningkat apabila didahului oleh:

- a) Keadaan umum yang rendah yaitu anemia saat hamil, sudah terdapat manipulasi intrauterine, dan sudah terdapat infeksi sejak awal.
- b) Perlukaan operasi yang menjadi jalan masuk bakteri.
- c) Terdapat retensio plasenta atau rest plasenta.
- d) Pelaksanaan operasi persalinan yang kurang sterilisasi.

3) Trauma tindakan operasi persalinan

Operasi merupakan tindakan paksa pertolongan persalinan



sehingga menimbulkan trauma jalan lahir. Trauma operasi persalinan dijabarkan sebagai berikut:

- a) Perlukaan pada servik.
- b) Perlukaan pada forniks-kolpoporeksis.
- c) Terjadi ruptur uteri lengkap atau tidak lengkap.
- d) Terjadi fistula atau inkontinensi

b. Pada bayi

Terjadi “trias komplikasi” bayi dalam bentuk : asfiksia, trauma tindakan, dan infeksi.

1) Asfiksia

- a) Tekanan langsung pada kepala yaitu menekan pusat-pusat vital pada medulla oblongata.
- b) Aspirasi yaitu air ketuban dan mekonium.
- c) Perdarahan atau edema jaringan saraf pusat.

2) Trauma langsung pada bayi

- a) Fraktur ekstremitas.
- b) Fraktur tulang kepala bayi.
- c) Perdarahan atau edema jaringan otak.
- d) Trauma langsung pada mata, telinga, hidung, dan lainnya.

3) Infeksi

Infeksi ringan sampai spsis yang dapat menyebabkan kematian.



6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk *Sectio Caesaria* yaitu:

- 1) Laboratorium
 - a. Hemoglobin atau hematokrit (HB/HT) untuk mengkaji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan.
 - b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi.
 - c. Tes golongan darah, lama perdarahan, waktu pembekuan darah.
 - d. Urinalisis/kultur urine.
 - e. Pemeriksaan elektrolit.
- 2) Pemeriksaan ECG.
- 3) Pemeriksaan USG
- 4) Amniosentesis terhadap maturitas pari janin sesuai indikasi

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis post *Sectio Caesaria* antara lain sebagai berikut:

- 1) Pemberian cairan

Karena 6 jam pertama pasca operasi pasien masih puasa, maka pemberian cairan melalui 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 melalui infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6 - 10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

3) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi :

- a. Miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi.
- b. Latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur telentang sedini mungkin setelah sadar.
- c. Hari kedua post operasi, penderita dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya.
- d. Kemudian posisi tidur telentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk (semifowler).
- e. 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 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

a. Antibiotik

Pemberian antibiotik dapat menurunkan resiko infeksi pada luka post *Secto Caesaria*, cara pemilihan dan pemberian antibiotic sangat berbeda-beda setiap institusi.

b. Analgetik

Untuk meredakan rasa nyeri post operasi, pemberian obat ini umumnya dibarengi dengan pemberian obat untuk memperlancar kerja saluran cerna.

c. Obat-obatan lain

Untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum penderita dapat diberikan kaboransia seperti neurobian dan vitamin C.

6) Perawatan luka

Pada luka post operasi dilakukan perawatan untuk melihat kondisi balutan luka apakah ada rembesan darah atau cairan lainnya serta kondisi luka post operasi itu sendiri.



7) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Identifikasi perubahan kondisi ibu pasca operasi untuk melihat adanya tanda-tanda infeksi, perdarahan serta kondisi lainnya.

8) Perawatan payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari I post operasi jika memungkinkan dan kondisi ibu sudah dapat mobilisasi penuh, maka dapat dilakukan management laktasi.

B. Konsep Dasar Post Partum

1. Pengertian

Post partum atau masa nifas (Purperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali sampai ke keadaan normal sebelum hamil selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Bobak, 2010).

Postpartum adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Supriyanti, 2017).

2. Etiologi

Penyebab persalinan menurut beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi, berikut beberapa faktor penyebab post partum, (Lisa Margareta, 2017) :



1) Teori Placenta Menjadi Tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesteron menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

2) Teori Penurunun Hormon

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormon progesteron dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesteron turun.

3) Teori Iritasi Mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (Fleksus Franterhaus). Bila ganglion ini digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang meyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

5) Induksi Partus

Dapat pula ditimbulkan dengan jalan ganggang laminaria yang dimasukkan kanalis servikalis dengan tujuan merangsang peksus frankenhauser, amniotomi pemecahan ketuban.



a. Tahap – tahapan Post Partum

Masa post partum dibagi dalam tiga tahap sebagai berikut

(Maryunani, 2016) :



1) Puerperium Dini (Immediate Puerperium)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan masa kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi berdiri dan berjalan-jalan. Pada masa ini sering terjadi masalah misalnya Atonia Uteri oleh karenanya rutin dilakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah ibu dan suhu.

2) Puerperium Intermedial (Early Post Partum Period)

Masa puerperium minggu kedua sampai minggu keenam dimana terjadi masa pemulihan menyeluruh otot-otot dan alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu. Pada fase ini memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Remote Puerperium (Late Post Partum Period)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

b. Perubahan Fisiologis Post Partum

Pada post partum spontan akan terjadi perubahan fisiologis, berikut perubahan fisiologis yang dapat ditemukan pada ibu post



partum:

1) Perubahan Sistem Reproduksi

- a. Perubahan uterus dimana uterus mengalami proses involusi akibat peningkatan kontraksi otot polos uterus segera setelah plasenta keluar. Dua belas jam pasca persalinan tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Beberapa hari kemudian perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Pada hari ke enam post partum, fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis. Uterus mengeluarkan cairan sekret yang disebut lochia. Pada hari kedua pasca persalinan terdapat pengeluaran lochia rubra (kruenta), cairan yang keluar berwarna merah . Pada hari ke empat pasca persalinan, cairan yang keluar berwarna kecoklatan dan berlendir disebut lochia sanguinolenta. Kemudian cairan menjadi berwarna kuning kecoklatan disebut lochia serosa. Cairan berwarna putih kekuningan disebut dengan lochia alba, Lochia ini muncul selama 2-6 minggu pasca persalinan (Suherni, 2009).
- b. Serviks mengalami perubahan secara bertahap setelah melahirkan, menjadi lunak dan memendek setelah 18 jam persalinan. Serviks yang berdilatasi 10 cm saat melahirkan akan menutup secara bertahap setiap harinya. Hari



keempat sampai keenam muara serviks berukuran lebih dari 2 cm.

- c. Vagina juga mengalami penekanan dan peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan. Hal ini mengakibatkan vagina mengalami edema dan mungkin terjadi laserasi. Ukuran vagina akan kembali seperti sebelum hamil 6-8 minggu setelah melahirkan dan rugae akan kembali terlihat pada minggu keempat.
- d. Perineum terjadi edema dan eritema. Laserasi juga terjadi karena robek secara alami saat melahirkan atau sengaja dirobek untuk melebarkan jalan lahir. Pelebaran perineum dilakukan dengan cara episiotomy yang menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada daerah perineum.

2) Sistem Pencernaan

Biasanya ibu akan mengalami konstipasi yang disebabkan karena otot-otot perut mengalami peregangan selama proses persalinan dan kurangnya asupan makanan berserat serta kurangnya aktivitas tubuh. Selain itu ibu merasa takut untuk buang air besar karena terdapat jahitan pada perineum. Buang air besar harus dilakukan 4 hari setelah persalinan. Jika masih terjadi konstipasi dapat diatasi dengan diet tinggi serat,



peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal.

3) Sistem Perkemihan

Perubahan pada sistem perkemihan yaitu sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam satu sampai tiga hari setelah persalinan.

4) Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Oksitosin disekresikan dari kelenjer otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

5) Perubahan tanda – tanda vital

Sehari setelah melahirkan suhu badan ibu akan mengalami kenaikan sedikit ($37,5 - 38^{\circ}\text{C}$) akibat kerja keras ketika



melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (mastitis, tractus genitalis atau sistem lain).

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

6) Perubahan Adaptasi Psikologis

Setelah persalinan yang merupakan pengalaman unik yang dialami ibu, masa nifas juga merupakan salah satu fase yang memerlukan adaptasi psikologis. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Inilah pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu nifas agar ibu dapat leluasa menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayinya tidak hanya dari segi fisik seperti menyusui, mengganti popok saja tapi juga dari segi psikologis seperti



menatap, mencium, menimang sehingga kasih sayang ibu dapat terus terjaga.

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

a. *Fase taking in*

Periode ketergantungan, fase ini dimulai hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Pada fase ini Ibu juga membutuhkan perlindungan dan pelayanan.

b. *Fase taking hold*

Fase yang berlangsung antara 3 - 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. *Fase letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Dimulai 10 setelah kelahiran. Ibu sudah mulai



menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasan rutusnya telah kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan kembali (Setyaningrum, 2015).

3. Patofisiologi

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil. Uterus akan mengalami proses involusi yang dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos. Proses involusi yang terjadi mempengaruhi perubahan dari berat uterus pasca melahirkan menjadi kira-kira 500 gram setelah 1 minggu pasca melahirkan dan menjadi 350 gram setelah 2 minggu pasca melahirkan. Satu minggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggul.

Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pada masa pasca partum penurunan kadar hormon menyebabkan terjadinya autolisis, perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang



berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Inilah penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil. Intesitas kontraksi otot polos uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, kondisi tersebut sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar.

Pada endometrium timbul trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama endometrium yang kira-kira setebal 2-5 mm mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Regenerasi endometrium terjadi dari sisa-sisa sel desidua basalis yang memakainya waktu 2 sampai 3 minggu.

Penurunan hormon human plasental lactogen, esterogen dan kortisol, serta placentar enzyme insulinase membalik efek diabetagenik kehamilan. Sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada masa puerperium. Kadar esterogen dan progesteron menurun secara mencolok setelah plasenta keluar, penurunan kadar esterogen berkaitan dengan pembengkakan payudara dan diuresis cairan ekstra seluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil.

Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi. Karena kadar follikel-stimulating hormone terbukti sama pada wanita menyusui dan



tidak menyusui di simpulkan ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat.

4. Faktor-Faktor Resiko

Perawat perlu memberikan informasi dan bimbingan pada ibu untuk dapat mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas yang harus diperhatikan. Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan pada masa nifas ini adalah (Bobak, 2010) :

1) Perdarahan

Perdarahan post partum adalah kehilangan darah lebih dari 500 cc setelah kelahiran. Perdarahan post partum dapat diklasifikasi menurut kapan terjadinya, perdarahan dini terjadi 24 jam setelah melahirkan, perdarahan lanjut lebih dari 24 jam setelah melahirkan, syok hemoragik dapat berkembang cepat dan menjadi kasus lainnya. Tiga penyebab utama perdarahan antara lain : Atonia Uteri, Lacerasi Jalan Lahir, Retensio Plasenta, Ruptur Uteri serta inversio Uteri.

2) Infeksi Puerperalis

Didefinisikan sebagai infeksi saluran reproduksi selama masa post partum. Ditandai adanya kenaikan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam 2 hari selama 10 hari pertama post partum. Penyebab klasik adalah : streptococcus dan staphylococcus aureus dan organisasi lainnya.

3) Endometritis



Adalah infeksi dalam uterus paling banyak disebabkan oleh infeksi puerperalis. Bakteri vagina, pembedahan caesaria, ruptur membran memiliki resiko tinggi terjadinya endometritis.

4) Mastitis

Infeksi pada payudara. Bakteri masuk melalui fisura atau pecahnya puting susu akibat kesalahan tehnik menyusui, diawali dengan pembengkakan, mastitis umumnya diawali pada bulan pertama post partum.

5) Post Partum Depresi

Kasus ini kejadiannya berangsur-angsur, berkembang lambat sampai beberapa minggu, terjadi pada tahun pertama. Ibu bingung dan merasa takut pada dirinya. Tandanya antara lain, kurang konsentrasi, kesepian tidak aman, perasaan obsesi cemas, kehilangan kontrol, dan lainnya. Wanita juga mengeluh bingung, nyeri kepala, gangguan makan, dysmenor, kesulitan menyusui, tidak tertarik pada sex, kehilangan semangat.

5. Penatalaksanaan

- 1) Observasi 2 jam post partum untuk komplikasi perdarahan.
- 2) 6 – 8 jam pasca persalinan istirahat dan tidur tenang, usahakan miring kanan dan kiri.
- 3) Mobilisasi dimulai dengan latihan duduk lalu berjalan.
- 4) Diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan



vitamin yang cukup.

5) Perawatan Payudara :

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan terutama puting susu.
- b. Menggunakan Bra yang menyokong payudara.
- c. Apabila puting susu lecet, Oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali menyusui. Asi tetap dikeluarkan pada payudara yang lecet dan tetap diminumkan ke bayi menggunakan sendok. Menyusui tetap dilakukan pada puting susu yang tidak lecet.
- d. Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI lakukan pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
- e. Lakukan pengurutan pada payudara yang bengkak dari arah pangkal menuju puting susu. Lakukan selama 15 – 20 menit atau sampai bengkak berkurang.

C. Konsep Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 sampai dengan 4000 gram, menangis spontan kurang dari 30 detik setelah lahir dengan nilai AFGAR antara 7-10 (Wagiyo & Putrono, 2016).

2. Klasifikasi

Menurut Wagiyo & Putrono (2016) ciri-ciri bayi baru lahir normal



adalah:

- a. Berat badan bayi 2500-4000gr
- b. Panjang badan 41-52 cm
- c. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- d. Lingkar dada 30-38 cm
- e. Detak jantung bayi 120-140x/menit
- f. Frekuensi pernafasan 40-60x/menit
- g. Rambut lanugo sudah tidak terlihat
- h. Rambut kepala sudah muncul
- i. Warna kulit badan merah muda dan licin
- j. Memiliki kuku yang agak panjang dan lemas
- k. Reflek menghisap dan menelan sudah baik ketika diberikan IMD
- l. Reflek gerak memeluk dan menggenggam sudah baik
- m. Mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir
- n. Pada anak laki- laki testis sudah turun
- o. Pada anak perempuan labia mayora sudah melindungi labia minora

1) Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

Menurut Wagiyo & Putrono (2016) adaptasi fisiologis bayi baru lahir

adalah:

a. Kardiovaskuler

Denyut jantung bayi saat lahir berkisar antara 120-160x/menit,

kemudian menurun 120-140x/menit. Tekanan dara bayi baru lahir



rata-rata 78/42 mmHg. Tekana darah bayi berubah dari hari ke hari. Tekanan asistolik bayi sering menurun sekitar 15 mmHg selama 1 jam setelah kelahiran.

b. Sistem pernafasan

Tekanan pada rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervagina megakibatkan kelahiran kehilangan cairan pada 1/3 dari jumlahnya. Sehingga cairan ini diganti dengan udara. Pola pernafasan tertentu menjadi karakteristik bayi baru lahir normal yang cukup bulan. Setelah pernafasan mulai berfungsi, nafas bayi menjadi dangkal dan tidak teratur, bervariasi 30-60x/menit.

c. Metabolisme

Sistem metabolisme neonatus, pada jam pertama energi didapatkan dari pembakaran karbohidrat, pada hari kedua berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu kurang lebih hari ke-6 energi dari lemak 60% dan dari karbohidrat 40%. Dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, sehingga kadar gula dapat mencapai 120 mg per 100 ml.

d. Suhu Tubuh

Segera setelah bayi lahir, bayi akan berada ditempat yang suhu lingkungannya lebih rendah dari lingkungan dalam rahim. Suhu tubuh bayi yang normal yaitu sekitar 36.5°C - 37°C. Bila bayi



dibiarkan dalam suhu kamar (25°C) maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan), konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, sedangkan pembentukan panas yang dapat di produksi hanya per sepuluh dari jumlah kehilangan panas di atas, dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Keadaan ini sangat berbahaya untuk neonatus, bayi dapat mengalami afiksia karena tidak sanggup mengimbangi penurunan suhu tersebut dengan produksi panas yang dibuat sendiri.

e. Sistem Traktus Digestivus

Pada bayi baru lahir cukup bulan sudah mempunyai kemampuan menelan, mencerna, metabolisme, mengabsorpsi protein dan karbohidat sederhana serta mengemolisi lemak kecuali amilase pankreas. Pada bayi baru lahir dengan hidrasi yang adekuat membran mulut lembab dan berwarna merah muda

Pada saat bayi baru lahir, didalam saluran cernanya tida terdapat bakteri. Setelah lahir, orifisium oral dan orifisium anal memungkinkan bakteri dan udara sehingga bising usus dapat kita dengarkan satu jam setelah lahir. Kapasitas lambung bayi bervariasi dari 30-90 ml tergantung pada ukuran bayi. Setelah kehamilan 4 bulan alat pencernaan telah terbentuk dan janin dapat menelan air ketuban, absorpsi air ketuban terjadi melalui



mukosa seluruh traktus digestivus.

f. Traktus Urinarus

Pada bulan ke-4 kehidupan janin, ginjal terbentuk didalam rahim, urine sudah terbentuk dan diekskresikan ke dalam cairan amnion. Pada kehamilan cukup bulan, ginjal menempati sebagian besar dinding abdomen posterior, fungsi ginjal sudah sama dengan fungsi ginjal orang dewasa sehingga pada saat lahir di dalam kandung kemih bayi terisi sedikit urine sehingga kemungkinan bayi baru lahir tidak akan miksi sampai dalam waktu 12 sampai 24 jam.

g. Sistem Integument

Struktur kulit bayi sudah terbentuk sejak lahir, tetapi masih belum matang. Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis. Bayi baru lahir yang cukup bulan memiliki kulit kemerahan yang akan memucat menjadi normal setelah beberapa jam kemudian.

h. Metabolisme glukosa

Bayi baru lahir yang tidak mampu mencerna makanan dengan jumlah yang cukup, akan membuat glukosa dari glikogen. Hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Bayi sehat akan menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen terutama dihati, selama bulan-bulan terakhir dalam rahim.



i. Sistem endokrin

Selama dalam uterus fetus mendapatkan hormon dari ibu, pada waktu bayi baru lahir kadang-kang hormone tersebut masih berfungsi. Misalnya dapat dilihat pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan.

j. Sistem immunoglobulin

Ig A yang melindungi membran, lenyap dari traktus napas, urinarius dan gastrointestinal kecuali jika bayi diberi ASI. Bayi yang menyusui mendapat kekebalan pasif dari kolostrum dan ASI tingkat proteksi bervariasi tergantung usia, kematangan bayi serta sistem imunitas yang dimiliki ibu.

2) Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (Sudarti dkk, 2010) asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama 1 jam pertama setelah kelahiran. Asuhan yang diberikan antara lain:

a. Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antar kulit bayi dengan kulit ibu.

1) Memastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.

2) Mengganti handuk / kain yang basah dan membungkus bayi tersebut dengan selimut dan memastikan bahwa kepala telah terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.



- 3) Memastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit.
 - 4) Apabila telapak bayi terasa dingin periksa suhu aksila bayi.
 - 5) Apabila suhu bayi kurang dari 36,5°C, segera menghangatkan bayi dengan meletakkan bayi di bawah sinar lampu.
- b. Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya segera mungkin
- 1) Memberikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk kehangatan, mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir, ikatan batin dan pemberian ASI.
 - 2) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi tidak siap dengan menunjukkan rooting reflek. Jangan paksakan bayi untuk menyusu.
 - 3) Jangan memisahkan bayi sedikitnya 1 jam setelah persalinan.
- c. Menjaga pernafasan
- 1) Memeriksa pernafasan dan warna kulit setiap 5 menit.
 - 2) Jika tidak bernafas, melakukan hal-hal sebagai berikut:
keringkan bayi dengan selimut atau handuk hangat,
menggosok punggung bayi dengan lembut dengan menggunakan telapak tangan.



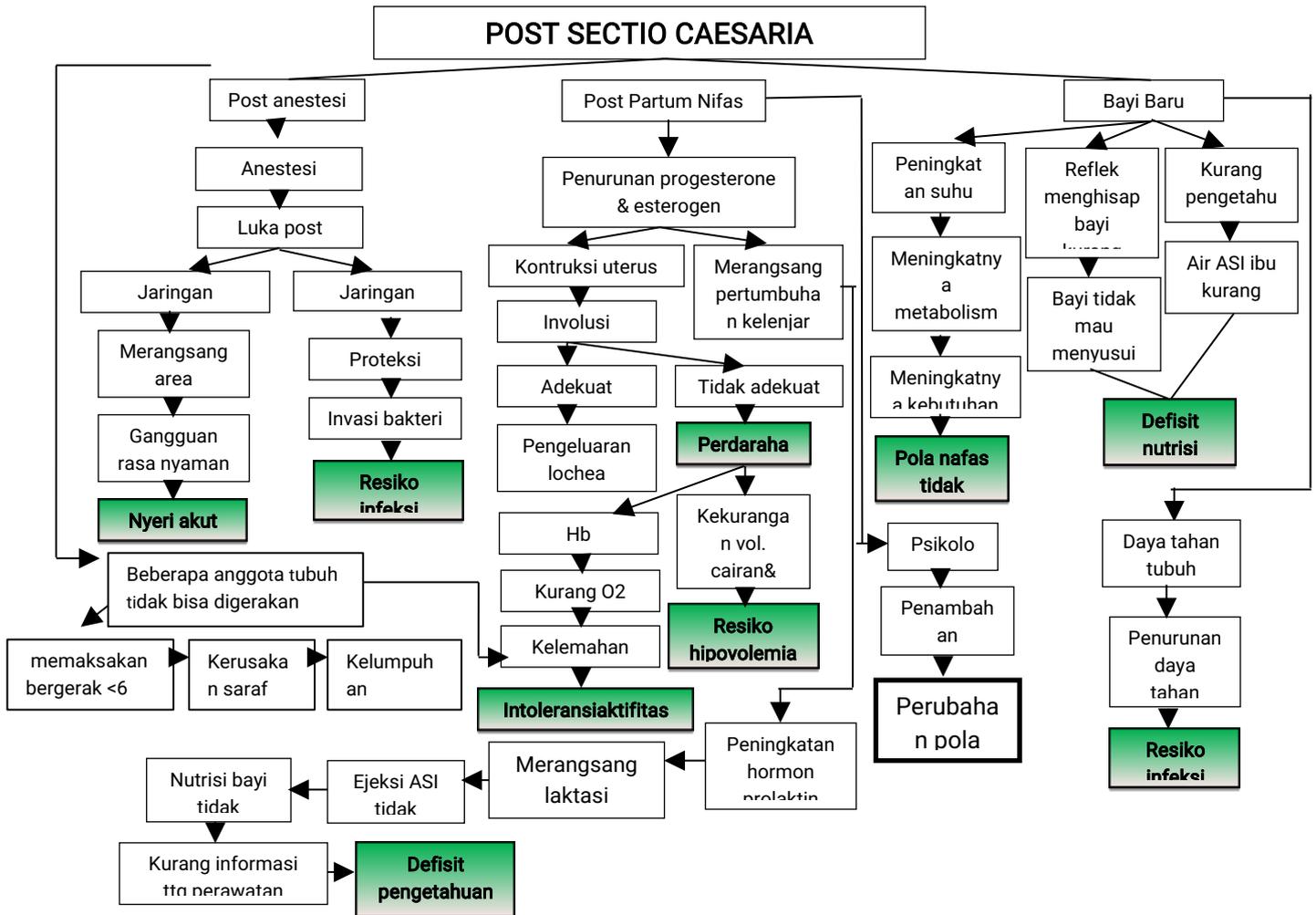
- 3) Jika belum bernafas setelah 1 menit mulai resusitasi.
- 4) Bila bayi sianosis atau kulit biru atau sukar bernafas (frekuensi pernafasan kurang dari 30 atau lebih dari 60 kali per menit) berikan oksigen dengan kateter nasal.

d. Merawat mata

- 1) Memberikan Eritromicin 0,5% atau Tetrasiklin 1%, untuk pencegahan penyakit mata.
- 2) Atau berikan tetes mata perak nitrat atau Neosporin segera setelah lahir



Pathway



Patway SC dan BBL

(Sumber: Nurarif & Hardhi Kusuma, 2016, Wagiyo & Putrono, 2016, Tim

Pokja 2.1



D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

Masalah Keperawatan atau Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).



2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a). Kriteria mayor dan minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b) Faktor yang berhubungan

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan suatu diagnosis atau masalah keperawatan.



1. Diagnosa keperawatan Ibu Post partum SC

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien post sectio caesarea menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) 2016 :

a. Nyeri akut (D.0077)

1) Definisi masalah

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

2) Penyebab

a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)

b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Batasan karekteristik

a) Data mayor

1)) Subyektif :Mengeluh nyeri



2)) Obyektif :Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindar nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, dan Sulit tidur

b) Data minor

1)) Obyektif :Tekanan darah meningkat, Pola nafas berubah, Nafsu makan berubah, Proses berfikir terganggu , Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri dan Diaforesis.

1) Kondisi klinis terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Resiko infeksi (D.0142)

1) Definisi masalah

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor risiko

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasive
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer



- 1)) Gangguan peristaltic
 - 2)) Kerusakan integritas kulit
 - 3)) Perubahan sekresi pH
 - 4)) Penurunan kerja siliaris
 - 5)) Ketuban pecah lama
 - 6)) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - 7)) Merokok
 - 8)) Statis cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- 1)) Penurunan hemoglobin
 - 2)) Imunosupresi
 - 3)) Leukopenia
 - 4)) Supresi respon inflamasi
 - 5)) Vaksinasi tidak adekuat
- 3) Batasan karakteristik
- a) Data mayor
 - 1)) Subyektif : Tidak ada
 - 2)) Obyektif : Tidak ada
 - b) Data minor
 - 1)) Subyektif : Tidak ada
 - 2)) Obyektif : Tidak ada
- 4) Kondisi klinis terkait
- a) AIDS



- b) Luka bakar
 - c) Penyakit paru obstruktif kronis
 - d) Diabetes melitus
 - e) Tindakan invasif
 - f) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - g) Penyalahgunaan obat
 - h) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
 - i) Kanker
 - j) Gagal ginjal
 - k) Imunosupresi
 - l) Lymphedema
 - m) Leukositopenia
 - n) Gangguan fungsi hati
- c. Intoleransi aktivitas (D.0056)
- 1) Definisi
ketidacukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari
 - 2) Penyebab
 - a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - b) Tirah baring
 - c) Kelelahan
 - d) Imobilitas
 - e) Gaya hidup monoton
 - 3) Batasan karakteristik



a) Data mayor

1)) Subjektif :Mengeluh lelah

2)) Objektif :Frekuensi jantung meningkat dari kondisi istirahat

b) Data minor

1)) Subjektif :Merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

2)) Objektif :Tekanan darah berubah dari kondisi istirahat

4) Kondisi klinis terkait

a) Anemia

b) Gagal jantung kohesif

c) Penyakit jantung koroner

d) Penyakit katup jantung

e) Aritmia

f) PPOK

g) Gangguan metabolic

h) Gangguan muskuloskeletal

d. Resiko hypovolemia (D.0034)

1) Definisi

Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler

2) Factor resiko

a) Kehilangan cairan secara aktif



- b) Gangguan absorpsi cairan
 - c) Usia lanjut
 - d) Kelebihan berat badan
 - e) Status hipermetabolik
 - f) Kegagalan mekanisme regulasi
 - g) Evaporasi
 - h) Kekurangan intake cairan
 - i) Efek agen farmakologis
- 3) Batasan karakteristik
- a) Data mayor
 - 1)) Subyektif : tidak ada
 - 2)) Obyektif : tidak ada
 - b) Data minor
 - 1)) Subyektif : tidak ada
 - 2)) Obyektif : tidak ada
- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Penyakit Addison
 - b) Trauma/perdarahan
 - c) Luka bakar
 - d) AIDS
 - e) Penyakit Crohn
 - f) Muntah
 - g) Diare



- h) Kolitis ulseratif
- e. Resiko perdarahan (D.0012)
- 1) Definisi
 - Beresiko kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)
 - 2) Faktor risiko
 - a) Aneurisma
 - b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambungan, polip, varises)
 - c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis)
 - d) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
 - e) Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
 - f) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)
 - g) Efek agen farmakologis
 - h) Tindakan pembedahan
 - i) Trauma
 - j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
 - k) Proses keganasan
 - 3) Batasan karakteristik
 - a) Data mayor
 - 1)) Subyektif : Tidak ada



- 2)) Obyektif : tidak ada
- b) Data minor
 - 1)) Subyektif : tidak ada
 - 2)) Obyektif : tidak ada
- 4) Kondisi klinis terkait
 - a) aneurisme
 - b) koagulopati intravaskuler diseminata
 - c) Sirosis hepatis
 - d) Ulkus lambung
 - e) Varises
 - f) Trombositopenia
 - g) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - h) Plasenta previa/abrupsi
 - i) Atonia uterus
 - j) Retensia uteri
 - k) Tindakan pembedahan
 - l) Kanker
 - m) Trauma

f. Defisit pengetahuan (D.0111)

- a) Definisi: ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu
- b) Penyebab



- 1)) Gangguan fungsi kognitif
- 2)) Kurang terpapar informasi
- 3)) Kurang minat dalam belajar
- 4)) Kurang mampu mengingat
- 5)) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

c) Data mayor

- 1)) Subyektif: Menanyakan masalah yang dihadapi
- 2)) Obyektif: menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

d) Data minor

- 1)) Subyektif: (tidak tersedia)
- 2)) Obyektif: menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku yang berlebihan.

e) Kondisi klinis terkait

- 1)) Kondisi klinis baru yang dihadapi oleh klien
- 2)) Penyakit akut
- 3)) Penyakit kronis

g. Pola nafas tidak efektif (Bayi Baru Lahir) (D.0005)

1) Definisi

Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi



adekuat

2) Penyebab

- a) Depresi pusat pernapasan
- b) Hambatan upaya napas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernapasan)
- c) Deformitas dinding dada
- d) Deformitas tulang dada
- e) Gangguan neuromuskular
- f) Gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- g) Imaturitas neurologis
- h) Penurunan energi
- i) Obesitas
- j) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- k) Sindrom hipoventilasi
- l) Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
- m) Cedera pada medula spinalis
- n) Efek agen farmakologis
- o) Kecemasan

3) Batasan karakteristik

- a) Data mayor
 - 1)) Subjektif :Dispnea
 - 2)) Objektif :Penggunaan otot bantu, Fase ekspirasi



memanjang, dan Pola nafas abnormal (mis.takipnea, bradipnea, hiperventilasi)

b) Data minor

1)) Subjektif :Ortopnea

2)) Objektif :Pernafasan purside-lip, Pernafasan cuping hidung, Diameter thoraxs anterior-posterior meningkat, Ventilasi semenit menurun, Tekanan ekspirasi menurun, dan Tekanan inspirasi menurun

3) Kondisi klinis terkait

a) Depresi sistem saraf pusat

b) Cidera kepala

c) Trauma toraks

h. Defisit nutrisi (D.0019)

1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

2) Penyebab

a) Kurangnya asupan makanan

b) Ketidakmampuan menelan makanan

c) Ketidakmampuan mencerna makanan

d) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient

e) Peningkatan kebutuhan metabolisme

f) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)



g) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

3) Batasan Karakteristik

a) Data mayor

1)) Subjektif : tidak ada

2)) Objektif : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

b) Data minor

1)) Subjektif : Cepat kenyang setelah makan, Kram/nyeri abdomen, dan Nafsu makan menurun

2)) Objektif : Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Otot menelan lemah, dan Membrane mukosa pucat

4) Kondisi klinis terkait

a) Stroke

b) AID

c) Infeksi

d) Kerusakan neuromuscular

i. Resiko infeksi (D.0142)

a) Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b) Penyebab

1)) Penyakit kronis



- 2)) Efek prosedur invasif
 - 3)) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gg.peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi PH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah dini, merokok, status cairan tubuh).
 - 4)) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imunosupresi, tidak adekuat).
- c) Kondisi klinis terkait
- 1)) Tindakan invasive
 - 2)) AIDS
 - 3)) Imunosupresi
 - 4)) Leukositopenia

2. Intervensi

a. Nyeri akut (D.0077)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri terkontrol

Kriteria Hasil:

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri



3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)

4) Mampu menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi

1) Manajemen nyeri

Rasional : untuk mengurangi faktor yang memperburuk nyeri yang dirasakan klien

2) Pemantauan nyeri

Rasional : untuk mengetahui tingkat nyeri pasien

3) Latihan pernafasan

Rasional : agar klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan

4) Pengaturan posisi

Rasional : agar klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan

5) Terapi relaksasi

Rasional : agar klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan

6) Teknik distraksi

Rasional : agar klien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam manajemen nyeri yang dirasakan

7) Pemberian analgesik

Rasional : pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri



pasien

b. Resiko Infeksi (D.0142)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status kekebalan px meningkat dengan Kriteria hasil:

- 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang memengaruhi penularan serta penatalaksanaannya
- 3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 4) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 5) Menunjukkan perilaku hidup sehat

Intervensi

- 1) Pencegahan infeksi

Rasional : meminimalkan resiko infeksi

- 2) Manajemen lingkungan

Rasional : meminimalkan patogen yang ada di sekitar pasien

- 3) Perawatan luka

Rasional : agar tidak terjadi infeksi

c. Resiko syok (hipovolemik) (D.0034)

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan pasien terhindar dari shock hipovolemik dengan kriteria hasil:

- 1) Nadi dalam batas yang diharapkan
- 2) Irama jantung dalam batas yang diharapkan
- 3) Frekuensi napas dalam batas yang diharapkan



- 4) Natrium serum dalam batas normal
- 5) Kalium serum dalam batas normal
- 6) Klorida dalam batas normal
- 7) Kalsium dalam batas normal
- 8) Magnesium serum dalam batas normal
- 9) pH darah serum dalam batas normal

Intervensi

- 1) Manajemen hipovolemia

Rasional : untuk mencegah terjadinya syok hipovolemia

- 2) Pemantauan cairan

Rasional : untuk mengetahui cairan tubuh pasien dalam rentang normal

- 3) Pemantauan tanda vital

Rasional : untuk mengetahui tanda-tanda vital pasien dalam rentang normal

- 4) Manajemen spesimen darah

Rasional : untuk mengetahui pH darah serum pasien dalam rentang normal

- 5) Manajemen elektrolit

Rasional : untuk mengetahui elektrolit tubuh pasien dalam rentang normal

d. Resiko perdarahan (D.0012)

Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan perdarahan



pasien teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Tidak ada hematuria dan hematemesis
- 2) Kehilangan darah yang terlihat
- 3) Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole
- 4) Tidak ada perdarahan pervagina
- 5) Tidak ada distensi abdominal
- 6) Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal

Intervensi

- 1) Pengontrolan perdarahan

Rasional : untuk mencegah terjadinya banyak kehilangan darah

- 2) Pemantauan tanda vital

Rasional : untuk mengetahui tanda-tanda vital pasien dalam rentang normal

- 3) Manajemen cairan

Rasional : untuk mengetahui kebutuhan cairan pasien

- 4) Pencegahan perdarahan

Rasional : mencegah terjadinya perdarahan berlebih

- 5) Manajemen trombolitik

Rasional : untuk mengetahui Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal

- e. Intoleransi aktifitas (D.0056)

Setelah dilakukan perawatan klien dapat beraktifitas seperti

biasanya dengan kriteria hasil :



- 1) Klien dapat bergerak tanpa pembatasan.
- 2) Klien tidak berhati-hati dalam bergerak.

Intervensi

- 1) Catat respon emosi terhadap mobilisasi.

Rasional :Mobilisasi yang dipaksakan akan memperbesar kegelisahan.

- 2) Berikan aktifitas sesuai keadaan klien.

Rasional :Meningkatkan normalitas organ sesuai dengan yang diharapkan.

- 3) Berikan latihan gerak pasif dan aktif.

Rasional :Memperbaiki mekanika tubuh.

- 4) Bantu klien dalam melakukan aktivitas yang memberatkan

Rasional :Menghindari hal yang dapat memperparah keadaan.

f. Defisit pengetahuan (D.0111)

- 1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan defisit pengetahuan dapat teratasi

- 2) Kriteria hasil:

- a) Klien terbebas dari bau badan
- b) Klien menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan ADL
- c) Klien dapat melakukan ADL dengan mandiri atau dengan bantuan

- 3) Intervensi

- a) Kaji pengetahuan klien tentang perawatan bayi baru lahir



Rasional: untuk mengetahui kesiapan klien dalam merawat bayi

b) Ajarkan klien cara menggendong bayi

Rasional: Untuk memberikan ke nyamanan pada bayi

c) Ajarkan klien posisi menyusui bayi

Rasional: Untuk memberikan ke nyamanan pada bayi dan mencegah aspirasi

d) Ajarkan klien tentang perawatan tali pusat

Rasional: Untuk mencegah terjadinya infeksi

e) Ajarkan klien tentang memandikan bayi

Rasional: Untuk memberi kan ke nyamanan pada bayi

Menurut (Nurarif & Hardhi Kusuma, 2016) dan (Doenges, 2012) intervensi keperawatan pada bayi baru lahir adalah:

a. Pola nafas tidak efektif

1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan pola nafas tidak efektif dapat teratasi

2) Kriteria hasil:

a) Mendemonstrasikan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea

b) Memajukan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal

c) Tanda-tanda vital dalam rentang norma



3) Intervensi

a) Monitor respirasi dan o₂

Rasional: mengetahui status respirasi dan status o₂

b) Posisikan klien perlu untuk memaksimalkan ventilasi

Rasional: memaksimalkan ventilasi

c) Lakukan suction

Rasional: untuk mengeluarkan secret

d) Observasi TTV

Rasional: mengetahui keadaan umum klien

b. Defisit nutrisi

1) Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi

2) Kriteria hasil: intake nutrisi tercukupi, asupan ASI tercukupi, adanya peningkatan berat badan, menunjukkan peningkatan fungsi menghisap

3) Intervensi:

a) Kaji kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif

Rasional: mengetahui kemampuan bayi untuk menempel dan menghisap secara efektif

b) Timbang berat badan setiap hari jika memungkinkan



Rasional: mengetahui berat badan bayi

c) Tingkatkan intake ASI

Rasional: kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi

c. Resiko infeksi

1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak memperlihatkan adanya tanda infeksi

2) Kriteria hasil:

a) Bayi terbebas dari tanda dan gejala infeksi

b) Suhu tubuh dalam rentang normal

2) Intervensi:

a) Kaji TTV bayi

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum klien

b) Kaji adanya tanda – tanda infeksi

Rasional : Mengetahui adanya tanda-tanda infeksi

c) Sebelum dan setelah menangani bayi, lakukan pencucian tangan

Rasional : Untuk mencegah adanya infeksi

d) Yakinkan semua peralatan yang kontak dengan bayi bersih dan steril

Rasional : untuk mencegah infeksi

e) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional : untuk mencegah infeksi menyebar luas



ketempat lain

3. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Pelaksanaan keperawatan mencakup melakukan, membantu, memberikan askep untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari pasien.

4. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.





BAB III

METODOLOGI PENULISAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang temuannya tidak diperoleh melalui prosedur kuantifikasi, perhitungan statistik, atau bentuk cara-cara lainnya yang menggunakan ukuran angka.

Penelitian kualitatif prinsipnya untuk memahami obyek yang diteliti secara mendalam. Tujuan penelitian kualitatif pada umumnya mencakup informasi tentang fenomena utama yang dieksplorasi dalam penelitian, partisipan penelitian dan lokasi penelitian. (Rukajat, 2018).

Jenis penelitian ini merupakan kualitatif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post *Sectio Caesaria* di RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021. Pendekatan yang digunakan merupakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek yang digunakan dalam penelitian adalah individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti yaitu Ibu Post *Sectio Caesaria* di RSUD Dr.

Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021 Kriteria inklusi Kriteria inklusi adalah karakteristik atau persyaratan umum yang diharapkan peneliti untuk bisa memenuhi subjek penelitiannya (Sani, 2018).

Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah dua kasus yang sama dengan kriteria:

1. Kriteria inklusi

- a. Ibu Post *Sectio Caesaria* yang dirawat di RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Ibu Post *Sectio Caesaria* yang bersedia dilakukan asuhan keperawatan.
- c. Semua Ibu Post *Sectio Caesaria*.



d. Ibu Primipara Post *Sectio Caesaria* yang tinggal di Balikpapan.

2. Kriteria Eksklusi

a. Ibu Post *Sectio Caesaria* dengan penurunan kesadaran menurun

b. Ibu Post *Sectio Caesaria* yang tinggal di luar Kota Balikpapan

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Asuhan keperawatan pada Ibu Post *Sectio Caesaria*

Asuhan keperawatan pengkajian yang harus dilakukan diawali dengan pengkajian personel klien yang meliputi usia, sex, tinggi badan dan berat badan, budaya, ras, status perkawinan, agama dan pekerjaan klien. Kemudian perawat memberikan supportif dan edukatif yang dibutuhkan oleh pasien dan dukungan pendidikan dengan harapan klien post *Sectio Caesaria* mampu melakukan perawatan secara mandiri. Proses keperawatan sendiri meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi.

2. *Sectio caesarea*

Sectio Caesaria adalah adalah lahirnya janin, plasenta dan selaput ketuban melalui irisan yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus, dengan menggunakan anastesi spinal guna memperkecil janin tepapar anastesi dikarenakan janin didalam kandungan dan dilihat atau ditentukan melalui diagnosa medis. Dimana akan terjadi perubahan fisikologis dan perubahan psikologis seperti kemandirian klien dalam merawat bayinya.

Perawat dapat membantu melakukan perawatan jika klien belum mampu melakukan aktivitas sendiri, mengajarkan bagaimana caranya menyusui bayi dengan benar, memberikan edukasi tentang merawat bayi dan apa saja yang harus dilakukan klien untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Penelitian ini dilakukan selama 1-2 bulan dengan memberikan Asuhan keperawatan pada Ibu Post *Sectio Caesaria* tahun 2021

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan studi kasus.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data.
3. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim mengirimkan surat ke RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo
4. Setelah surat dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim masuk, maka mahasiswa baru dapat melakukan studi kasus.
5. Mahasiswa melapor kepada Kepala Ruangan dan CI ruangan Bersama Kepala ruangan, CI serta penguji, mahasiswa menentukan



klien studi kasus sesuai dengan kriteria inklusi untuk dilakukan Asuhan Keperawatan.

6. Mahasiswa melakukan Bina Hubungan Saling Percaya kepada klien yang telah ditentukan.
7. Setelah Bina Hubungan Saling Percaya berhasil dilakukan, kemudian mahasiswa melakukan pengkajian kepada klien melalui pengisian format pengkajian, observasi, dan wawancara.
8. Setelah pengkajian telah dilakukan mahasiswa mengumpulkan data fokus untuk menegakkan diagnose
9. Mahasiswa melakukan perencanaan Asuhan Keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
10. Mahasiswa melakukan tindakan Asuhan Keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.
11. Mahasiswa melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan yang telah diberikan kepada klien
12. Kemudian mahasiswa melakukan dokumentasi keperawatan

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkahnya adalah: bertemu kepala ruangan, mendapat kasus, bertemu dengan klien, melakukan BHSP dengan komunikasi terapeutik, melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan bersama dengan klien, menentukan perencanaan, melakukan implementasi terhadap keluhan klien, dan



melakukan evaluasi yang tertuang di dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga dan lain-lain. Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi dan pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) pada sistem tubuh klien.

c. Studi dokumentasi dan angket

Studi dokumentasi dan angket merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan diagnostik dan kuesioner

2. Instrumen Pengumpulan Data

Pada Studi kasus ini instrument yang digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan maternitas dan format observasi klien yang disesuaikan.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan,

sumber informasi tambahan menggunakan *triangulasi* dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan tiga teknik *triangulasi* yaitu :

1. *Triangulasi* sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbedabeda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti bisa menggunakan observasi terlihat pada dokumen- dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

2. *Triangulasi* teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengmpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama.

3. *Triangulasi* waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara dipagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid.



H. Analisa Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan *study* dokumentasi selanjutnya menggunakan analisis data Analisis data dilakukan sejak peneliti di lahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Teknik analisis data dapat dilakukan dengan cara dengan mengumpulkan data-data dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah.

Data Analisis data ini dilakukan dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk mendapatkan suatu kesimpulan. Analisis data dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post *Sectio Caesaria*

Kemudian dengan cara observasi oleh peneliti dan *study* dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti. Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif.

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat terhadap situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indra (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik.



Dari data tersebut, selanjutnya peneliti menegakkan diagnosa keperawatan, kemudian peneliti menyusun intervensi atau rencana keperawatan, melakukan implementasi atau pelaksanaan tindakan keperawatan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepadaklien.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No.656 Balikpapan. RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949 dan pada tahun 2016 telah terakreditasi Paripurna.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan ruangan Anggrek Hitam Lantai 5 dari tanggal 26 April – 30 April 2021 dan tanggal 3 Mei – 8 Mei 2021 serta ruangan Flamboyan C dari tanggal 21 Juni – 25 Juni 2021, ruangan ini adalah ruangan yang dikhususkan merawat klien maternitas dan Anak. Ruangan Anggrek Hitam Lantai 5 RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, sedangkan ruang Flamboyan C terletak dilantai dua RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Adapun batasan-batasan ruangan Ruangan Anggrek Hitam Lantai 5 sebagai berikut sebelah timur terdapat ruangan Khusus perawatan ibu post op , sebelah barat berbatasan dengan ruangan Khusus perawatan anak dan sebelah selatan berbatasan langsung dengan lift Pengunjung RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo.

Sedangkan batasan-batasan ruangan Flamboyan C yaitu sebagai berikut sebelah timur berbatasan dengan ruangan Flamboyan B, sebelah utara berbatasan dengan ruangan Flamboyan E.

Kasus di Ruang Flamboyan C meliputi kasus, Kehamilan dengan komplikasi, Post Partum Spontan, Post op Sectio Caesaria. Sedangkan kasus yang dirawat di Ruang Anggrek Hitam Lantai 5 meliputi kasus, Kehamilan dengan komplikasi, Post Partum Spontan, Post op Sectio Caesarea.

2. Gambaran Asuhan Keperawatan

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Pengkajian

Tabel 4.1
Hasil Anamnesis Klien Post Sectio Caesarea beserta bayi baru lahir normal di Ruang Anggrek Hitam Lantai 5 serta Ruang Flamboyan C RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Item pengkajian	Klien 1	Klien 2
A. Identitas		
1. Nama	Ny. R	Ny. A
2. Umur	28 Th	32 Th
3. Pendidikan	S1	SLTA
4. Pekerjaan	Pegawai swasta (Spg Mitsubishi)	IRT
5. Status pernikahan	Menikah	Menikah
6. Pernikahan ke	1	1
7. Lama	10 Thn	14 Thn



	pernikahan		
8.	Agama	Islam	Islam
9.	Suku	Banjar	Jawa
10.	No. RM	7039xx	7848xx
11.	Sumber informasi	Klien	Klien
12.	Tanggal pengkajian	Selasa, 27 April 2021	Senin, 21 Juni 2021
13.	Diagnosa medis	Post SC+ikat Portio (lepas)	Post SC+MOW
A. Antisipatori			
1. Status Kesehatan			
a.	Alasan Kunjungan	<p>DS : Seorang Perempuan Ny.R berusia 28 tahun dengan status obstetric G2P1A0 hamil 37-38 minggu mengatakan mengeluh perut kencang-kencang dan sudah tidak kuat sejak pagi hari dan dibawa ke IGD RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo pada hari selasa 27 april 2021 pukul 11:00 siang. Klien mengatakan perut kencang-kencang sejak pagi dan sudah tidak kuat lagi, oedema pada kaki (-), Mual muntah (-)</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status obstetri G2P1A0 hamil 37-38 minggu - HPL : 17 Mei 2021 - HPHT 10/08/2020 - Hasil USG 21 Maret 2021 menunjukkan taksiran berat janin 3300 gram dan posisi 	<p>DS : Seorang Perempuan Ny.A berusia 32 tahun dengan status obstetric G4P3A0 hamil 37-38 minggu , mengatakan sebelum datang ke rs mengeluh mengatakan perut kencang-kencang,mules hilang timbul sudah hampir 1 minggu dan dibawa ke IGD RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo tanggal 20 Juni 2021 jam 10:56 pagi. Klien mengatakan perut kencang-kencang,mules hilang timbul sudah hampir 1 minggu oedema pada kaki (-), pandangan kabur (-), Mual muntah (-)</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan rutin memeriksakan kandungan diklinik dokter - Status obstetri

		<p>janin melintang punggung kanan, klien hamil aterm.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan Darah: 110/80 mmHg - Nadi: 90ttt x/menit - Respirasi: 21 x/menit - Suhu: 36,7°C 	<p>G₄P₃A₀ hamil 37-38 minggu</p> <ul style="list-style-type: none"> - HPL : 12 Juli 2021 - HPHT 05/10/2020 - Hasil USG 22 Mei 2021 taksiran berat janin 2900 gram dan posisi janin memanjang, klien hamil aterm. - Tekanan Darah: 130/80 mmHg - Nadi: 99 x/menit - Respirasi: 22 qx/menit - Suhu: 36,5°C
b.	Keluhan utama	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri, P = luka operasi nyeri timbul saat bergerak, Q = nyeri seperti teriris-iris, R = nyeri pada perut, S = skala nyeri 6, T = nyeri hilang timbul - Klien mengatakan merawat bayinya sendiri - Klien mengatakan tidak pernah mendapatkan informasi kesehatan tentang manajemen laktasi & pasca op section caecarea selain informasi gizi selama kehamilan. - Klien mengatakan Sakit dalam melakukan mobilitas fisik untuk merubah posisi tidur akibat pasca op <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post SC nifas hari ke 0 - Pada saat dikaji pengeluaran ASI hanya sedikit, keluar ASI pada kedua payudara - Klien belum tahu cara pijat oksitosin untuk memerlancar pengeluaran ASI 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri, P = luka operasi nyeri timbul saat bergerak, Q = nyeri seperti teriris-iris, R = nyeri pada perut, S = skala nyeri 6, T = nyeri hilang timbul - Klien mengatakan merawat bayinya sendiri - Klien mengatakan pernah mendapatkan informasi kesehatan gizi selama kehamilan. - Klien tahu cara menyusui dengan benar <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post SC multipara nifas hari ke 0 - Pada saat dikaji ASI lancar keluar ASI pada kedua payudara Ibu dan bayi sudah rawat gabung - Tampak suami klien membantu klien mengasuh bayinya

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi rewel dan menangis dijam pertama setelah menyusui - ibu dan bayi sudah rawat gabung - Tampak Resah & lemah pasca op - Klien terlihat ingin mengetahui tentang edukasi kesehatan ibu dan anak 	
c.	Riwayat kesehatan yang lalu	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit ruang vk pada (kehamilan minggu ke 20) karena mengalami kontraksi braxton-hicks klien didiagnosa mengalami inkopetensi rahim,dan dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan <i>cervix cerclagle</i> - Klien tidak memiliki penyakit kronik dan akut. Alergi (+) seafood. - Klien hanya sakit demam dan biasanya hanya membeli obat di apotik. - Klien biasa bekerja menggunakan high heels saat hamil 	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit pada 2011 (Tindakan SCTP ke 2) - Klien tidak memiliki penyakit kronik dan akut. maupun alergi. - Klien hanya sakit batuk, pilek serta demam dan biasanya hanya membeli obat di apotik.
2. Riwayatobstetri dan ginekologi			
a.	Riwayat haid	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Klien menarache pada usia 14 tahun - siklus teratur - lama haid 5 hari. - Selama haid klien merasakan nyeri namun tidak merasakan nyeri yang hebat. 	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Klien menarache pada usia 14 tahun - siklus teratur - lama haid 5 hari. - Selama haid klien merasakan nyeri namun tidak merasakan nyeri yang hebat.
b.	Riwayat perkawinan	DS : Klien menikah pada usia	DS : Klien menikah pada usia

		17 tahun, dan ini merupakan pernikahan pertama klien dengan suaminya	20 tahun, dan ini merupakan pernikahan pertama klien dengan suaminya
c.	Riwayat KB	DS : Klien menggunakan KB Suntik.	DS : Klien pernah menggunakan KB suntik. Saat ini MOW post Sc.
d.	Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu	DS : Ini merupakan kehamilan kedua dan persalinan pertama yang dijalani oleh klien melalui metode sectio caecarea. Pada persalinan anak pertama lahir dengan berat badan = 3600kg (persalinan normal diRSPB) kelahiran aterm. DO : Klien dengan G2P1A ₀	DS : -Ini merupakan kehamilan keempat dan persalinan keempat yang dijalani oleh klien dan riwayat sectio caecarea yang ke 3 kalinya saat ini. -Pada persalinan anak pertama JK= laki-laki lahir persalinan normal aterm dengan berat badan = 3500kg berjarak 3 tahun dengan kelahiran anak ke2, Pada persalinan anak kedua JK= laki-laki persalinan metode sectio caecarea preterm akibat kala II lama dan lahir dengan berat badan = 2100 kg berjarak 6 tahun dengan anak ke3 , Pada persalinan anak ketiga lahir JK= laki-laki persalinan metode sectio caecarea kondisi aterm dengan berat badan = 2800 kg berjarak 4 tahun dengan anak ke 4 DO : Klien dengan G4P3A ₀
e.	Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang	DS : - Klien mengatakan memeriksa kehamilannya di bidan N. - Klien mengatakan mengalami kenaikan berat badan yaitu dari 62 kg kilogram menjadi 65 kilogram. - Selama kehamilan ibu	DS : - Klien mengatakan memeriksa kehamilannya di klinik dokter. - Klien mengatakan mengalami kenaikan berat badan yaitu dari 76 kg kilogram menjadi 79 kilogram. - Selama kehamilan ibu

		<p>sering melakukan jalan pagi dan sore.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu dibawa ke IGD RSUD dr. Kanujoso - Dan dilakukan pembukaan ikatan rahim setelah operasi sectio caecarea <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persalinan ini adalah persalinan yang kedua dengan status obstetri G₂P₁A₀ hamil 37-38 minggu. - HPHT : 10/Agustus/2020 - HPL : 17-05-2021 - Hasil pemeriksaan tanggal 27 April 2021 pukul 11:00 di ruang Ponok UGD, TFU 33 cm, DJJ 133 kali/menit, letak janin melintang, punggung kanan, - Tekanan Darah: 110/80 mmHg - Nadi: 90ttt x/menit - Respirasi: 21 x/menit - Suhu: 36,7°C - Klien dibawa ke Ruang Operasi pada tanggal 27 April 2021 pukul 13:00 - jenis kelamin laki-laki, berat badan 3100 gram, panjang badan 49 cm, apgar score 8/8 , anus ada. - Tekanan darah post sc 101/68 mmHg, nadi 80 kali / menit, pernapasan 21 kali / menit , suhu 36,6 C. - Keadaan umum baik, kesadaran composmentis - TFU 3 jari diatas pusat - Klien dibawa ke ruang Anggrek Hitam pukul 15:15 Tekanan Darah : 108/70 mmHg, Nadi 	<p>sering melakukan jalan pagi dan sore.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu dibawa ke IGD RSUD dr. Kanujoso - Setelah dibawa ke IGD RSUD dr. Kanujoso ibu dibawa keruang bougenville dan klien mengatakan memiliki penyulit janin dan akan dilakukan operasi metode sectio caecarea anak ke 4 dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan MOW dan klien menyetujui. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persalinan ini adalah persalinan yang keempat dengan status obstetri G₄P₃A₀ hamil 37-38 minggu. - HPHT : 5 Oktober 2020 - HPL : 12-06-2021 - Hasil pemeriksaan tanggal 20 Juni 2021 pukul 10:56 di ruang Ponok UGD, TFU 25 cm, DJJ 150 kali/menit, letak janin memanjang, punggung kiri, VT : Tidak ada - Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi : 99 kali/menit , Pernapasan : 22 kali/menit, Suhu 36,5 C. - Klien dibawa ke ruang Bougenville pukul 12:10 Tekanan Darah : 130/100 mmHg, Nadi : 98 kali/menit , Pernapasan : 20 kali/menit, Suhu 36,2 C DJJ 150 kali/menit - Klien dibawa ke Ruang Operasi pada tanggal 21 Juni 2021 pukul 08:36 - jenis kelamin perempuan, berat badan 3100 gram, panjang badan 45 cm, apgar score 8/8 , anus
--	--	--	---

		: 83 kali/menit , Pernapasan : 20 kali/menit, Suhu 36,4 C -	ada. - Tekanan darah post sc 130/100 mmHg, nadi 90 kali / menit, pernapasan 20 kali / menit , suhu 36,6 C. - Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis - TFU 4 jari diatas pusat
3. Pemenuhan kebutuhan dasar Manusia			
a.	nutrisi	DS : klien ada makanan pantangan (seafood) DO : - Klien makan 3 kali/sehari - makanan dihabiskan,.	DS : klien tidak ada makanan pantangan DO : - Klien makan 3 kali/sehari - makanan dihabiskan,.
b.	eliminasi	DS : Klien mengatakan belum ada BAB sejak masuk rumah sakit. DO : - Klien menggunakan kateter - Oedema pada vagina tidak ada	DS : Klien mengatakan ada BAB 1x selama di rumah sakit DO : - Klien menggunakan kateter - Oedema pada vagina tidak ada
c.	Oksigenasi	DS : Klien mengatakan tidak sesak. DO : - Frekuensi pernapasan 20 kali/menit - suara nafas vesikuler - suara nafas tambahan tidak ada - pernapasan cuping hidung tidak ada.	DS : Klien mengatakan tidak sesak. DO : - Frekuensi pernapasan 20 kali/menit - suara nafas vesikuler - suara nafas tambahan tidak ada - pernapasan cuping hidung tidak ada.
d.	Aktivitas dan istirahat	DS : - Klien tidur malam tadi sebelum melahirkan 8 jam DO : - Pada saat dikaji klien belum ada melakukan mobilisasi karena dianjurkan tirah baring	DS : - Klien tidur malam tadi sebelum melahirkan 8 jam DO : - Pada saat dikaji klien belum ada melakukan mobilisasi karena dianjurkan tirah baring
4. Dukungan sosial			
a.	Dukungan	DS :	DS :

	emosi	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami menemani semenjak kontrol kehamilan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suami dan ibu klien ada pada saat proses persalinan dan saat klien dipindahkan keruang Anggrek hitam lantai 5 suami ada menemani. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami menemani semenjak kontrol kehamilan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suami dan ibu klien ada pada saat proses persalinan dan saat klien dipindahkan keruang Flamboyan C suami ada menemani.
b.	Dukungan informasi	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan informasi tentang gizi selama kehamilan - Klien mengatakan belum mendapatkan informasi tentang manajemen laktasi, perawatan payudara & pasca op section caecarea. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien selalu bertanya kepada perawat - Tampak posisi klien ingin mengetahui cara melakukan manajemen laktasi yang benar untuk bayinya 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan informasi tentang gizi selama kehamilan - Klien mengatakan mendapatkan informasi tentang manfaat menyusui dan perawatan payudara, teknik menyusui. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak posisi klien salah saat menyusui bayinya
c.	Dukungan fisik	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan yang akan membantu klien dalam beraktivitas dan merawat bayinya yaitu suami.</p> <p>DO :</p> <p>Tampak suami membantu menggantikan popok dan menggendong bayinya.</p>	<p>DS :</p> <p>Yang akan membantu ibu dalam beraktivitas yaitu suami klien.</p> <p>DO :</p> <p>Tampak suami membantu menggantikan popok dan menggendong bayinya.</p>
d.	Dukungan penghargaan	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami dan keluarga mendukung dalam proses kelahiran dan nifas - Klien mengatakan sangat bahagia atas 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami mendukung dalam proses kelahiran dan nifas - Klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya ini.

		<p>kelahiran bayinya ini.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami menemani saat kontrol selama kehamilan, menemani klien jalan pagi dan sore saat sedang tidak bekerja <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu selalu tersenyum bahagia saat melihat bayinya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suami menemani saat kontrol selama kehamilan, menemani klien jalan pagi dan sore saat sedang tidak bekerja <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu selalu tersenyum bahagia saat melihat bayinya.
5.fungsi keluarga			
		<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suami klien sebagai kepala keluarga dan berfungsi untuk mencari nafkah bagi keluarga. - Klien sebagai istri bertugas mendidik dan mengasuh anaknya. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klien sedang menjalani perannya sebagai seorang ibu, yaitu mengasuh bayinya - Tampak suami klien membantu klien mengasuh bayinya 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suami klien sebagai kepala keluarga dan berfungsi untuk mencari nafkah bagi keluarga. - Klien sebagai istri bertugas mendidik dan mengasuh anaknya. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak klien sedang menjalani perannya sebagai seorang ibu, yaitu mengasuh bayinya - Tampak suami klien membantu klien mengasuh bayinya
6.fungsi budaya			
		<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan budaya yang dianut selama dan setelah melahirkan tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan.</p>	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan budaya yang dianut selama dan setelah melahirkan tidak ada yang bertentangan dengan kesehatan.</p>
7. Stress			
		<p>DS :</p> <p>Ibu merasa cemas tidak bisa menyusui bayinya karena ASInya keluar sedikit.</p> <p>DO :</p> <p>Ibu tidak menunjukkan gejala stress</p>	<p>DS :</p> <p>Ibu bahagia karena asinya keluar lancar.</p> <p>DO :</p> <p>Ibu tidak menunjukkan gejala stress</p>
8. pemeriksaan fisik ibu			

a.	Mata	DO : - Bagian wajah tidak ada oedema - Konjungtiva tidak anemis - Sclera tidak ikterik - Tidak ada secret pada hidung - Mukosa bibir lembab.	DO : - Bagian wajah tidak ada oedema - Konjungtiva tidak anemis - Sclera tidak ikterik - Tidak ada secret pada hidung - Mukosa bibir lembab.
b.	payudara	DO : - Bagian wajah tidak ada oedema - Konjungtiva tidak anemis - Sclera tidak ikterik - Tidak ada secret pada hidung - Mukosa bibir lembab.	DO : - Puting susu menonjol tidak ada lecet - Tidak adanya nyeri tekan pada kedua payudara - Tidak ada benjolan - Kolostrum telah keluar. - ASI telah keluar pada kedua payudara.
c.	abdomen	DO : - Tidak ada linea nigra - Strise tidak ada - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Bekas luka operasi ada dengan panjang 10 cm - Tanda REEDA tidak ada - Bising usus 8 kali/menit - Tfu 3 jari diatas pusat - Kontraksi uterus baik - Distensi abdomen tidak ada.	DO : - Ada linea nigra - strise tidak ada - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi - Bekas luka operasi ada dengan panjang 10 cm - Tanda REEDA tidak ada - Bising usus 8 kali/menit - Tfu 4 jari diatas pusat - Kontraksi uterus baik - Distensi abdomen tidak ada.
d.	Genitalia	DS : - Klien ganti underpat 2 kali/sehari DO : - Terdapat lochea rubra - Tercium bau amis	DS : - Klien ganti underpat 2 kali/sehari DO : - Terdapat lochea rubra - Tercium bau amis
e.	Ekstremitas	DO : - Oedema pada ekstremitas tidak ditemukan - Varises tidak ada - Reflek patella positif.	DO : - Oedema pada ditemukan ekstremitas - Varises tidak ada - Reflek patella positif.
B. FORMAL			
a.	Riwayat persalinan saat ini	DO : - Pelaksanaan tindakan SCTP tanggal 27 April 2021. - Klien dipindah ke ruang	DO : - Pelaksanaan tindakan SCTP tanggal 21 Juni 2021. - Klien dipindah ke ruang

		Anggrek hitam pukul 15:15	Flamboyan C pukul 10:35
b. Pengkajian bayi			
1).	Nama : Tempat tanggal lahir : Umur : Jenis Kelamin: Kondisi umum:	- By.Ny.R - Balikpapan, 27 April 2021 pukul 14:30 - 0 hari - Laki-Laki - Baik, reflek hisap baik, bayi diberikan ASI, nadi 144 kali / menit , suhu 36,8 C , pernapasan 40 kali / menit . - Ibu mengatakan anak tidak diberikan susu formula	- By.Ny.A - Balikpapan, 21 Juni 2021 pukul 09:21 - 0 hari - Perempuan - Baik, reflek hisap baik, bayi diberikan ASI, nadi 148 kali / menit , suhu 36,8 C , pernapasan 42 kali / menit . - Ibu mengatakan anak tidak diberikan susu formula
2).	Riwayat kelahiran	DO : - By.Ny. R lahir dengan berat 3100 gram - Panjang badan 49 cm - Suhu 36,8 C - Lingkar kepala 35 cm - Lingkar dada 32 cm - Lingkar Perut 30 cm - Lanugo jarang - Apgar score = 8/8 - Warna=pink (2)/ 1 menit & 5 menit - Denyut Jantung = (2) >100x/ 1 menit & 5 menit - Tonus otot = (1) sedikit gerakan / 1 menit & 5 menit - Reflek = (1) bayi meringis atau menangis lemah saat distimulasi 1 menit & 5 menit - Pernafasan= (2) pernafasan baik dan teratur 1 menit & 5 menit	DO : - By.Ny. A lahir dengan berat 3100 gram - Panjang badan 45 cm - Suhu 36,8 C - Lingkar kepala 35 cm - Lingkar dada 32 cm - Lingkar Perut 33 cm - Lanugo jarang - Warna tubuh pink. - Warna tubuh pink. - Apgar score = 8/8 - Warna=pink (2)/ 1 menit & 5 menit - Denyut Jantung = (2) >100x/ 1 menit & 5 menit - Tonus otot = (1) sedikit gerakan / 1 menit & 5 menit - Reflek = (1) bayi meringis atau menangis lemah saat distimulasi 1 menit & 5 menit - Pernafasan= (2) pernafasan baik dan teratur 1 menit & 5 menit

3).	Pemeriksaan refleks	DO : - Reflek menggenggam (+) - Reflek menghisap (+) - Reflek moro (+) - Reflek rooting (+) - Reflek babinski (+)	DO : - Reflek menggenggam (+) - Reflek menghisap (+) - Reflek moro (+) - Reflek rooting (+) - Reflek babinski (+)
4) Pemeriksaan fisik			
a).	Kepala	DO : - Bentuk kepala simetris - Pada pemeriksaan mata didapatkan data : mata simetris dan telah membuka, sklera mata tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada oedema palpebra. - Pada pemeriksaan telinga didapat data : terdapat rambut lanugo tipis pada daun telinga, bentuk telinga simetris. - Pada pemeriksaan hidung didapat data : tidak ditemukan polip dan deviasi septum, kedua hidung bersih, secret tidak ada. - Pada pemeriksaan mulut didapatkan data : reflek menelan dan menghisap baik, tidak ditemukan labioskihisis dan palatoskisis, bibir tidak sianosis.	DO : - Bentuk kepala simetris - Pada pemeriksaan mata didapatkan data : mata simetris dan telah membuka, sklera mata tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada oedema palpebra. - Pada pemeriksaan telinga didapat data : terdapat rambut lanugo tipis pada daun telinga, bentuk telinga simetris. - Pada pemeriksaan hidung didapat data : tidak ditemukan polip dan deviasi septum, kedua hidung bersih, secret tidak ada. - Pada pemeriksaan mulut didapatkan data : reflek menelan dan menghisap bagus, tidak ditemukan labioskihisis dan palatoskisis, bibir tidak sianosis.
b).	punggung	DO : Terdapat lanugo pada punggung namun jarang.	DO : Terdapat lanugo pada punggung namun jarang.
c).	thorak	DO : - Bentuk dada simetris - Pernapasan vesikuler - Suara nafas ronchi dan wheezing tidak ditemukan, - Frekuensi pernapasan 42 kali / menit.	DO : - Bentuk dada simetris - Pernapasan vesikuler - Suara nafas ronchi dan wheezing tidak ditemukan, - Frekuensi pernapasan 42 kali / menit.
qd).	Abdomen	DO : - Bentuk abdomen bundar dan simetris - Bising usus terdengar.	DO : - Bentuk abdomen bundar dan simetris - Bising usus terdengar.

e).	Ekstremitas	DO : - Jari-jari kaki dan tangan lengkap - Pergerakan kaki dan tangan aktif - Garis telapak kaki terdapat beberapa - Warna ekstremitas pink.	DO : - Jari-jari kaki dan tangan lengkap - Pergerakan kaki dan tangan aktif - Garis telapak kaki terdapat beberapa - Warna ekstremitas pink.
f).	Alat reproduksi / genetalia	DO : Testis telah turun ke dalam skrotum, penis berlubang dan lubangnya terletak di ujung penis.	DO : Labia mayor besar, labia minor kecil.
g).	Fungsi eliminasi	DS : Klien mengatakan bayinya sudah ada BAB dan BAK DO : BAB (+) , BAK (+) , anus ada	DS : Klien mengatakan bayinya sudah ada BAB dan BAK. DO : BAK (+) , BAB (+) , anus ada
5).	Usia kematangan bayi berdasarkan New ballard,s Score kematangan fisik		
a).	Kematangan fisik	(1) Kulit tampak merah muda, licin halus, vena terlihat (nilai 1). (2) Lanugo tampak kebanyakan tidak ada (nilai 4). (3) Garis telapak kaki terdapat beberapa garis di 2/3 anterior (nilai 3) (4) Payudara tampak aerola muncul sedikit, tonjolan 1-2 mm (nilai 2) (5) Telinga tampak bentuk sempurna membalik seketika (nilai 3) (6) Genitalia laki-laki tesis turun rugae bagus (nilai	(1) Kulit tampak merah muda, licin halus, vena terlihat (nilai 1). (2) Lanugo tampak kebanyakan tidak ada (nilai 4). (3) Garis telapak kaki terdapat beberapa garis di 2/3 anterior (nilai 3) (4) Payudara tampak aerola muncul sedikit, tonjolan 1-2 mm (nilai 2) (5) Telinga tampak bentuk sempurna membalik seketika (nilai 3) (6) Genitalia perempuan labia mayor besar, labia minor kecil (nilai 3)

		3)	
b)	Kematangan neuromuskuler	<p>(1) Sikap : kedua bahu dan kedua kaki bengkok dan menutup ke arah badan (nilai 4)</p> <p>(2) Sudut siku: 0 (nilai 4)</p> <p>(3) Kelenturan lengan : < 90 (nilai 4)</p> <p>(4) Sudut poplitea : < 90 (nilai 4)</p> <p>(5) Tanda selampang : siku berada digaris tengah tubuh (nilai 2)</p> <p>(6) Tumit ke telinga : lutut bengkok, tumit sampai 45 derajat dari bidang datar (nilai 4)</p> <p>Jumlah skor = 35 , usia gestasi bayi adalah 38 minggu.</p>	<p>1) Sikap : kedua bahu dan kedua kaki bengkok dan menutup ke arah badan (nilai 4)</p> <p>(2) Sudut siku : 0 (nilai 4)</p> <p>(3) Kelenturan lengan : < 90 (nilai 4)</p> <p>(4) sudut poplitea : < 90 (nilai 4)</p> <p>(5) tanda selampang : siku sampai garis axilla (nilai 2)</p> <p>(6) Tumit ke telinga : lutut bengkok, tumit sampai 45 derajat dari bidang datar (nilai 4)</p> <p>Jumlah skor = 35 , usia gestasi bayi adalah 38 minggu.</p>
6) Pola fungsi kesehatan bayi			
a).	Nutrisi dan metabolisme	<p>DS : Ibu mengatakan ASInya keluar tetapi sedikit.</p> <p>DO : ASI sedikit, reflek menghisap baik. Bayi menyusui dengan kuat. -Klien mengatakan bayi ada rewel dan menangis dijam pertama setelah menyusui</p>	<p>DS : Ibu mengatakan ASInya lancar.</p> <p>DO : ASI lancar, reflek menghisap baik. Bayi menyusui dengan kuat.</p>
b).	eliminasi	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mekonium = 1 jam setelah lahir - Bayi BAB = 8 jam setelah lahir 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mekonium = 1 jam setelah lahir - Bayi BAB = 6 jam setelah lahir

		- BAK = 10 jam setelah lahir	- BAK = 10 jam setelah lahir
c).	Istirahat dan tidur	DO : - Tampak bayi sedang tertidur dengan nyenyak, tidak menangis.	DO : - Tampak bayi sedang tertidur dengan nyenyak, tidak menangis.
d).	Aktivitas dan latihan	DO : Gerak aktif pada bayi (+)	DO : Gerak aktif pada bayi (+)
C.Aspek Psikososial Ibu			
1)	Empati sensitivitas terhadap isyarat bayi	DS : - Klien mengatakan jika bayi menangis maka langsung disusui dan jika bayi terus menerus menangis padahal telah diberikan ASI maka klien memeriksa popok bayi apakah bayi BAB/BAK. DO : - Klien mengerti terhadap isyarat bayinya.	DS : - Klien mengatakan jika bayi menangis maka langsung disusui dan jika bayi terus menerus menangis padahal telah diberikan ASI maka klien memeriksa popok bayi apakah bayi BAB/BAK. DO : - Klien mengerti terhadap isyarat bayinya.
2)	Konsep Diri		
a)	Identitas diri	DS : Klien mengatakan sangat menerima terhadap proses kelahiran ini merupakan kehamilan yang di inginkan. DO : Tampak klien menjalani perubahan peran yang dimiliki dengan bahagia.	DS : Klien mengatakan sangat menerima terhadap proses kelahiran ini karena merupakan kehamilan yang di inginkan. DO : Tampak klien menjalani perubahan peran yang ia miliki dengan bahagia.
b)	Harga diri	DS : Klien mengatakan merasa bangga dan senang dapat melahirkan secara normal dan bayi dalam keadaan sehat. DO : Ekspresi klien tampak	DS : Klien mengatakan merasa bangga dan senang dapat melahirkan secara normal dan bayi dalam keadaan sehat. DO : Ekspresi klien tampak

		bahagia saat melihat bayinya.	bahagia saat melihat bayinya
c)	Peran	<p>DS : Klien mengatakan sedang menikmati perannya sebagai ibu dari anak kedua dan menjadi istri dari pernikahan yang pertama.</p> <p>DO : Tampak klien sangat antusias ingin mengasuh bayinya.</p>	<p>DS : Klien mengatakan sedang menikmati perannya sebagai ibu dari anak keempat dan menjadi istri dari pernikahan yang pertama.</p> <p>DO : Tampak klien sangat antusias ingin mengasuh bayinya.</p>
d)	Ideal diri	<p>DS : Klien mengatakan senang mendapat bayi seorang anak laki-laki.</p> <p>DO : Klien tidak menunjukkan gejala stress atau penolakan terhadap bayinya.</p>	<p>DS : Klien mengatakan senang mendapat bayi seorang anak perempuan.</p> <p>DO : Klien tidak menunjukkan gejala stress atau penolakan terhadap bayinya.</p>
e)	Citra tubuh	<p>DS : Persepsi klien tentang perubahan bentuk tubuhnya mulai dari hamil hingga sekarang dirasa wajar.</p> <p>DO : Klien tidak menunjukan gejala stress dan gangguan citra tubuh setelah melahirkan.</p>	<p>DS : Persepsi klien tentang perubahan bentuk tubuhnya mulai dari hamil hingga sekarang dirasa wajar.</p> <p>DO : Klien tidak menunjukan gejala stress dan gangguan citra tubuh setelah melahirkan.</p>
3)	Kesesuaian antara harapan dan kenyataan	<p>DS : Klien mengatakan berharap menjalani persalinan normal dan anaknya lahir dalam</p>	<p>DS : Klien mengatakan berharap anaknya lahir dalam keadaan sehat.</p>

		keadaan sehat. Karena merupakan kelahiran yang diharapkan oleh keluarga. DO : Harapan tersebut tidak menjadi sebuah kenyataan sekarang.	Karena merupakan kelahiran yang diharapkan oleh keluarga. DO : Harapan tersebut menjadi sebuah kenyataan sekarang.
4)	Sikap ibu terhadap persalinan dan merawat bayi	DO : - Klien tampak mau merawat bayinya dengan mengganti popok saat bayi BAK/BAB - Klien mau menyusui bayinya - Klien tampak menggendong bayinya saat bayinya menangis.	DO : - Klien tampak mau merawat bayinya dengan mengganti popok saat bayi BAK/BAB - Klien mau menyusui bayinya - Klien tampak menggendong bayinya saat bayinya menangis.
5)	Pengalaman melahirkan	DO : Ini merupakan proses persalinan kedua klien walau pertama kali melalui section caecarea.	DO : Ini merupakan proses persalinan keempat klien.
6)	Kecemasan	DS : Ibu mengatakan cemas jika ASInya tidak lancar DO : Ekspresi klien tidak ada menunjukkan gejala cemas dan stress	DS : Ibu mengatakan cemas jika ASInya tidak lancar, namun ia sangat senang karena ASInya keluar dengan lancar. DO : Ekspresi klien tidak ada menunjukkan gejala cemas dan stress
7)	Depresi	DO : Tidak nampak tanda-tanda depresi pada klien.	DO : Tidak nampak tanda-tanda depresi pada klien
8)	Konflik peran	DO : Tidak terjadi konflik peran pada klien karena klien telah siap menjadi	DO : Tidak terjadi konflik peran pada klien karena klien telah siap menjadi

		seorang ibu meskipun masih banyak harus belajar tentang merawat bayinya.	seorang ibu.
9)	fleksibilitas	<p>DS : Klien mengatakan Mampu melakukan sendiri saat memandikan bayinya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kegiatan ibu yang telah dilakukan pada bayinya yakni menyentuh dan menyusui bayi - Mengganti popok bayi - Klien tampak dapat menenangkan bayi - Klien dapat menggendong bayi. - Kegiatan klien yang tidak dilakukan yaitu merawat tali pusat dan memandikan bayi karena selama di ruang rawat memandikan dan merawat tali pusat dilaksanakan oleh perawat. 	<p>DS : Klien mengatakan melakukan sendiri saat memandikan bayinya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kegiatan ibu yang telah dilakukan pada bayinya yakni menyentuh dan menyusui bayi - mengganti popok bayi - klien tampak dapat menenangkan bayi - klien dapat menggendong bayi. - Kegiatan klien yang tidak dilakukan yaitu merawat tali pusat dan memandikan bayi karena selama di ruang rawat memandikan dan merawat tali pusat dilaksanakan oleh perawat.
Peran ayah selama dan sesudah kelahiran			
		<p>DS : Selama kelahiran ayah menemani dan menunggu ibu sampai melahirkan serta menyiapkan keperluan bayi.</p> <p>DO : Sesudah kelahiran ayah menggendong bayi, dan berusaha menenangkan jika bayi menangis saat ibu beristirahat. Serta ayah memberi dukungan kepada istrinya.</p>	<p>DS : Selama kelahiran ayah menemani dan menunggu ibu sampai melahirkan serta menyiapkan keperluan bayi.</p> <p>DO : Sesudah kelahiran ayah menggendong bayi, dan berusaha menenangkan jika bayi menangis saat ibu beristirahat. Serta ayah memberi dukungan kepada istrinya.</p>
C. INFORMAL			
1.	Orang yang	DS :	DS :

	telibat dalam perawatan bayi	Klien, dan suami. DO : Tampak suami klien ikut membantu merawat bayinya.	Klien dan suami. DO : Tampak suami klien ikut membantu merawat bayinya.
2.	Peran dalam perawatan bayi	DS : Klien dan suami mengatakan akan bersama-sama menjaga dan merawat bayinya sebaik mungkin. Dan klien akan belajar cara merawat payudara dan manajemen laktasi. DO : Tampak klien dan suami sama-sama merawat bayinya	DS : Klien dan suami mengatakan akan bersama-sama menjaga dan merawat bayinya sebaik mungkin. DO : Tampak klien dan suami sama-sama merawat bayinya.
3.	Pengalaman dalam perawatan bayi	DS : - Klien pernah merawat bayi sebelumnya - Klien tahu cara melakukan perawatan tali pusat dan memandikan bayinya. DO : - klien bisa membersihkan BAB bayi dengan mengganti popok bayi dengan benar - menggendong bayinya.	DS : - Klien pernah merawat bayi sebelumnya - Klien tahu cara melakukan perawatan tali pusat dan memandikan bayinya. DO : - klien dapat membersihkan BAB bayi dengan mengganti popok bayi dengan benar - Menggendong bayinya.

4.	Harapan untuk perawatan bayi	<p>DS : Klien berharap dapat merawat bayinya secara mandiri dan telaten serta klien dapat memberikan ASI pada bayinya sampai 6 bulan atau lebih.</p> <p>DO : Klien selalu ingin belajar cara merawat bayinya.</p>	<p>DS : Klien berharap dapat merawat bayinya secara mandiri dan telaten serta klien dapat memberikan ASI pada bayinya sampai 6 bulan atau lebih.</p> <p>DO : Klien selalu merawat bayinya dengan mandiri.</p>
D. PERSONAL			
a.	Pandangan ibu terhadap perannya	<p>DS : Klien mengatakan merasa sangat senang dikaruniai anak laki-laki dan klien mengatakan sangat menikmati perannya menjadi seorang ibu.</p> <p>DO : Klien tampak bahagia saat melihat bayinya.</p>	<p>DS : Klien mengatakan merasa sangat senang dikaruniai anak perempuan dan klien mengatakan sangat menikmati perannya menjadi seorang ibu.</p> <p>DO : Klien tampak bahagia saat melihat bayinya.</p>
b.	Pengalaman masa lalu yang mempengaruhi peran ibu	<p>DS : Klien mengatakan mendapat pengetahuan perawatan bayi seperti menggendong, mengganti popok , menyusui itu dari orangtuanya.</p> <p>DO : Tampak klien dapat menggendong, mengganti popok dan menyusui meskipun ASI hanya keluar sedikit</p>	<p>DS : Klien mengatakan mendapat pengetahuan perawatan bayi seperti menggendong, mengganti popok , menyusui itu dari orangtua.</p> <p>DO : Tampak klien dapat menggendong, mengganti popok dan menyusui dengan posisi yang benar.</p>
c.	Pencapaian peran ibu	<p>DS : Ibu mengatakan sudah menyusui bayinya.</p> <p>DO :</p>	<p>DS : Ibu mengatakan sudah menyusui bayinya.</p>

		ibu telah menyentuh, memeluk, dan menyusui bayinya.	DO : ibu telah menyentuh, memeluk, dan menyusui bayinya.
Penatalaksanaan medis			
Klien 1		Klien 2	
Pada tanggal 27 April 2021 : 1. Ketorolac 4x15 mg 2. Kaltrofen sup 3x1 Pada tanggal 28 April 2021 : 3. Asam mefenamat 3x1 (500mg) 4. Laktafit 3x1		Pada tanggal 21 Juni 2021 : 1. Tramadol 3x1 (100mg) 2. Kaltrofen sup 3x1 Pada tanggal 22 Juni 2021 : 3. Asam mefenamat 3x1 (500mg) 4. Laktafit 3x1 5. Cefadroxil 3x500	
Jenis pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	
1. Darah	Pemeriksaan tanggal 27 April 2021 pukul 12:52 WITA - Hemoglobin : 11,7 g/dL - Leukosit : 6,79 - Eritrosit : 4,70 - Hematokrit : 37,2 % - Trombosit : 234 - MCV : 79,1 fL - MCH : 24,9 pg - MCHC : 31,5 g/L - RDW-CV : 15,5 % - Basofil : 0,1 % - Eosinofil : 0,6 % - Neutrofil : 74,1 % - Limfosit : 18,9 % - Monosit : 6,3 % - Golongan darah: A - Rhesus : positif - Masa perdarahan: 2.0 menit - Masa pembekuan: 6.0 menit	Pemeriksaan tanggal 21 Juni 2021 - Hemoglobin : 10,5 g/dL - Leukosit : 6.88 - Eritrosit : 4,67 - Hematokrit: 31,0 % - Trombosit : 335 - MCV : 80,1 fL - MCH : 26,8 pg - MCHC : 32,4 g/L - RDW-CV : 14,3 % - Basofil : 0,1 % - Eosinofil : 0,6 % - Neutrofil : 64,1 % - Limfosit : 22,4 % - Monosit : 7,4 % - Golongan darah: A - Rhesus : positif - Masa perdarahan: 3.0 menit - Masa pembekuan:	

	<ul style="list-style-type: none"> - Glukosa sewaktu : 78 mg/dl - HbsAg : Non Reaktif - Anti HIV : Non Reaktif - HbsAg (ELISA) : Non Reaktif - Rapid Antigen : Non Reaktif <p>Pemeriksaan tanggal 27 April 2021 jam 22:36 WITA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin : 12,5 g/dL - Leukosit : 16,31 - Eritrosit : 4,88 - Hematokrit : 38,5 % - Trombosit : 237 - MCV : 78,9 fL - MCH : 25,6 pg - MCHC : 32,5 g/L - RDW-CV : 15,4 % - Basofil : 0,1 % - Eosinofil : 0,0 % - Neutrofil : 89,2 % - Limfosit : 6,2 % - Monosit : 4,5 % - 	<p>7.0 menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glukosa sewaktu : 77 mg/dl - HbsAg: Non Reaktif - Anti HIV : Non Reaktif - Rapid Antigen : Non Reaktif <p>Pemeriksaan tanggal 22 Juni 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin: 8.4 g/dL - Leukosit : 26,52 - Eritrosit : 3.24 - Hematokrit : 27.0 % - Trombosit : 315 - MCV : 80.9 fL - MCH : 26.7 pg - MCHC : 33,1 g/L - RDW-CV : 14,1 % - Basofil : 0,0 % - Eosinofil : 0,1 % - Neutrofil : 90,4 % - Limfosit : 4,5 % - Monosit : 5,1 %
2. Urine	Tidak dilakukan pemeriksaan	Tidak dilakukan pemeriksaan
Jenis pemeriksaan	By.1	By.2
Darah	<p>Pemeriksaan tanggal 27 April 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin : 16,1 g/dl - Leukosit : 13,04 - Eritrosit : 4.66 	Tidak dilakukan pemeriksaan

	<ul style="list-style-type: none"> - Hematokrit : 48,3 % - Trombosit : 315 - MCV : 98,8 fL - MCH : 34,7 pg - DW-CH : 35.1 - RDW-CV : 14,8 % - Basofil : 0,7 % - Eosinofil : 6,0 % - Neutrofil : 37,1 % - Limfosit : 48,8 % - Monosit : 7,8 % - Immature Granulocyte = 3.4 <p>Pemeriksaan tanggal 27 April 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glukosa sewaktu: 44 mg/dL 	
Data Fokus		
Klien 1	Klien 2	
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc, nyeri seperti teriris-iris, nyeri timbul saat klien bergerak dan hilang sewaktu – waktu. 2. Klien mengatakan kaki masih belum bisa banyak bergerak. 3. Klien mengatakan belum bisa untuk miring kanan dan miring kiri. 4. Klien mengatakan pengeluaran ASI hanya sedikit, keluar ASI pada kedua payudara 5. Klien mengatakan belum tahu mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. 6. Klien mengatakan bayi ada rewel dan menangis dijam pertama setelah menyusui 7. Klien mengatakan ini adalah anak keduanya, Klien 	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul saat klien bergerak dan hilang sewaktu – waktu. 2. Klien mengatakan ASI sudah keluar. 3. Klien mengatakan belum mampu banyak bergerak 4. Klien mengatakan ini adalah anak keempatnya 5. Klien mengatakan ini persalinan ke 3 melalui section caecarea 6. Klien mengatakan sudah mempunyai pengalaman dalam merawat bayi 7. Klien mengatakan merawat bayinya sendiri 8. Klien mengatakan pernah mendapatkan informasi 	

<p>mengatakan belum mempunyai pengalaman dan belum mendapatkan edukasi post section caecarea.</p> <p>8. Klien mengatakan sudah mempunyai pengalaman untuk merawat bayi.</p> <p>9. Klien mengatakan pernah mendapatkan informasi kesehatan gizi selama kehamilan</p> <p>10. Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit ruang vk pada (kehamilan minggu ke 20) karena mengalami kontraksi braxton-hicks klien didiagnosa mengalami inkopetensi rahim,dan dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan <i>cervix cerclagle</i></p> <p>11. Klien menggunakan hight hels bekerja saat hamil</p> <p>12. Klien tidak memiliki penyakit kronik dan akut. Namun memiliki alergi makanan seafood.</p> <p>13. Klien hanya sakit batuk, pilek serta demam dan biasanya hanya membeli obat di apotik.</p> <p>14. Klien menarache pada usia 14 tahun</p> <p>15. siklus teratur</p> <p>16. lama haid 5 hari.</p> <p>17. Selama haid klien merasakan nyeri namun tidak merasakan nyeri yang hebat.</p> <p>18. Klien mengatakan memeriksa kehamilannya di bidan.</p> <p>19. Klien mengatakan mengalami kenaikan berat badan yaitu dari 62 kg kilogram menjadi 65 kilogram.</p> <p>20. Selama kehamilan ibu sering melakukan jalan pagi dan sore.</p> <p>21. Ibu dibawa ke IGD RSUD dr. Kanujoso akibat tidak tahan perut kencang-kencang</p> <p>22. Persalinan ini adalah persalinan yang kedua dengan status obstetri G₂P₁A₀ hamil 37-38 minggu.</p> <p>23. HPHT : 10 Agustus 2020</p> <p>24. HPL :17-05-2021</p> <p>- Hasil pemeriksaan tanggal</p>	<p>kesehatan gizi selama kehamilan.</p> <p>9. Klien mengatakan memiliki penyulit janin dan akan dilakukan operasi metode sectio caecarea anak ke 4 dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan MOW dank lien menyetujui.</p> <p>10. Klien tahu cara menyusui dengan benar</p> <p>11. Klien menarache pada usia 14 tahun</p> <p>12. siklus teratur</p> <p>13. lama haid 5 hari.</p> <p>14. Selama haid klien merasakan nyeri namun tidak merasakan nyeri yang hebat.</p> <p>15. Persalinan ini adalah persalinan yang keempat dengan status obstetri G₄P₃A₀ hamil 37-38 minggu.</p> <p>16. HPHT : 5 Oktober 2020</p> <p>17. HPL 12-06-2021</p> <p>- Hasil USG 22 Mei 2021 taksiran berat janin 2900 gram dan posisi janin memanjang, punggung kiri, klien hamil aterm.</p> <p>- Tekanan Darah: 130/80 mmHg</p> <p>- Nadi: 99 x/menit</p> <p>- Respirasi: 22 qx/menit</p> <p>Suhu: 36,5°C</p> <p>DO :</p> <p>1. Klien tampak meringis menahan sakit.</p> <p>2. Tampak adanya luka insisi di perut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc, luka tidak merembes, tidak ada tanda tanda inflamasi.</p> <p>3. Pemeriksaan TTV pos sc: TD : 130/100 mmHg N : 90 x/menit S : 36,3°C R : 19 x/menit</p> <p>4. Skala nyeri 6</p> <p>5. Tfu : 4 jari diatas pusat</p> <p>6. Hasil leukosit : 26,52 µl</p>
---	---

<p>tanggal 27 April 2021 pukul 11:00 di ruang Ponek IGD, TFU 33 cm, DJJ 133 kali/menit, letak janin melintang, punggung kanan, Tekanan Darah: 110/80 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi: 90ttt x/menit - Respirasi: 21 x/menit - Suhu: 36,7°C - Klien mengatakan telah dilakukan pembukaan ikatan potio pasca operasi section caecarea <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis menahan sakit. 2. Tampak adanya luka insisi di perut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc, luka tidak merembes, tidak ada tanda tanda inflamasi. 3. Pemeriksaan TTV : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah post sc - 101/68 mmHg, nadi 80 kali / menit, pernapasan 21 kali / menit , suhu 36,6 C. - Keadaan umum baik, kesadaran composmentis 4. TFU 3 jari diatas pusat (data RM pasien) Hasil leukosit : : 6,79 µl 5. Kurangnya pengetahuan klien tentang cara manajemen laktasi yang baik dan merawat payudara 6. Klien tampak aktif bertanya 7. Klien selalu menanyakan tentang bayinya dan bagaimana cara merawat payudara, edukasi pasca section caecarea dan manajemen laktasi 	
Bayi 1	Bayi 2
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 37-38 minggu 2. Klien mengatakan berat badan lahir bayinya hanya 3100 gram 3. Klien mengatakan bayi di observasi bersama klien keruang anggrek hitam setelah lahir 4. Klien mengatakan reflek hisap bayinya kuat. 	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 37-38 Minggu 2. Klien mengatakan berat badan lahir bayinya hanya 3100 gram 3. Klien mengatakan reflek hisap bayinya kuat.

<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Pemeriksaan TTV 2 Nadi 144 kali / menit , suhu 36,8 C , RR 40 kali / menit . Ku : Sedang, akral hangat 3 Reflek hisap pada bayi kuat 4 Gerak bayi aktif 5 BAB/BAK bayi (+) 6 Berat badan lahir bayi : 3100 gram 7 Tali pusat bersih dan masih basah 8 Hasil leukosit : 13,04 μl 9 Hasil glukosa sewaktu: 44 10 Tidak ada sianosis. 11 Jumlah ballard score 35 12 Apgard Score 8/8 	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan TTV N : 148 RR : 42x/menit S : 36,8°C SPO2 : 98% 2. Ku : Sedang, akral hangat 3. Reflek hisap pada bayi kuat 4. Gerak bayi aktif 5. BAB/BAK bayi (+) 6. Berat badan lahir bayi : 3100 gram 7. Tali pusat bersih dan masih basah 8. Tidak ada sianosis. 9. Jumlah ballard score 35 10. Apgard score 8/8
---	--

Interpretasi data :

Berdasarkan tabel 4.1. yang dijelaskan bahwa secara keseluruhan diatas pengkajian awal yang dilakukan oleh mahasiswa sebelum melakukan asuhan keperawatan didapatkan klien sangat kooperatif pada mahasiswa dalam wawancara dan pemeriksaan fisik baik pada klien 1 maupun klien 2. Hasil anamnesis pada kedua klien post section caesarea yaitu klien 1 bernama Ny.R dan klien 2 bernama Ny.A. Klien 1 merupakan pekerja swasta Sedangkan Klien 2 merupakan Ibu Rumah Tangga, Klien 1 dengan pendidikan terakhir S1 sedangkan Klien 2 dengan pendidikan terakhir SLTA. Status pernikahan kedua klien yaitu pernikahan pertama, dengan usia pernikahan pada klien 1 lama menikah 10 tahun dan pada klien 2 lama menikah 14 tahun.



Kedua klien beragama Islam dan berusia 32 tahun. Tanggal pengkajian klien 1 pada tanggal 27 April 2021 sedangkan pada klien 2 tanggal 21 Juni 2021, dengan sumber informasi dari wawancara dan pemeriksaan fisik pada klien dan dari Rekam Medik klien.

Pada tahap *Antisipatory* klien 1 datang ke IGD dengan keluhan perut kencang-kencang dan sudah tidak kuat, sedangkan pada klien 2 datang ke IGD dengan keluhan perut kencang-kencang, mules sudah hampir 1 minggu. Klien 1 mengeluh nyeri pada bekas operasi dan tidak tahu bagaimana cara merawat payudara, belum mendapatkan edukasi pasca section caecarea karena pertama kali persalinan melalui metode ini dan manajemen laktasi yang benar, sedangkan klien 2 mengeluh nyeri pada bekas operasi. Pada klien 1 memiliki keluhan selama kehamilan klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit ruang vk pada (kehamilan minggu ke 20) karena mengalami kontraksi braxton-hicks klien didiagnosa mengalami inkopetensi rahim, dan dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan *cervix cerclage*. Klien 1 memiliki riwayat persalinan pada persalinan anak pertama lahir dengan berat badan : 3600kg (persalinan normal diRSPB) kelahiran aterm.

Pada Klien 2 memiliki riwayat persalinan persalinan anak pertama JK= laki-laki lahir persalinan normal aterm dengan berat



badan = 3500kg berjarak 3 tahun dengan kelahiran anak ke2,
Pada persalinan anak kedua JK= laki-laki persalinan metode
sectio caecarea preterm akibat kala II lama dan lahir dengan
berat badan = 2100 kg berjarak 6 tahun dengan anak ke3 ,

Pada persalinan anak ketiga lahir JK= laki-laki persalinan metode
sectio caecarea kondisi aterm dengan berat badan = 2800 kg
berjarak 4 tahun dengan anak ke 4.

Klien kedua tidak pernah ada keluhan selama kehamilan.
Pada klien 1 mengalami kenaikan berat badan sebanyak 3
kilogram sedangkan pada klien 2 mengalami kenaikan berat
badan juga sebanyak 3 kilogram.

Kedua klien sama-sama dengan usia kehamilan 37-38
minggu. Hasil pemeriksaan klien 1 di IGD didapatkan hasil : TFU
33 cm, DJJ 133 kali/menit, letak janin melintang, punggung
kanan, Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Nadi : 90 kali/menit ,
Pernapasan : 21 kali/menit, Suhu 36,7 C. Klien dibawa ke ruang
Anggrek hitam lantai 5 pukul 15:15 Tekanan Darah : 108/70
mmHg, Nadi : 83 kali/menit , Pernapasan : 20 kali/menit, Suhu
36,4 C DJJ 133 kali/menit.Klien dibawa ke ruang operasi pada
tanggal 27 April 2021 pukul 13:00 WITA. Bayi lahir dengan jenis
kelamin laki-laki, berat badan 3100 gram,panjang badan 49 cm,
apgar score 8/8 , anus ada. TFU 3 jari diatas pusat.Hasil



pemeriksaan klien 2 di IGD didapatkan hasil : TFU 25 cm, DJJ 150 kali/menit, letak janin memanjang, punggung kiri, VT : Tidak ada, Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi : 99 kali/menit , Pernapasan : 22 kali/menit, Suhu 36,5 C. Klien dibawa ke ruang Bougenvile pukul 12:10 Tekanan Darah : 130/100 mmHg, Nadi : 98 kali/menit , Pernapasan : 20 kali/menit, Suhu 36,2 C DJJ 150 kali/menit Klien mengatakan memiliki penyulit janin dan akan dilakukan operasi metode sectio caecarea anak ke 4 dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan MOW dan klien menyetujui. Klien dibawa ke ruang operasi pada tanggal 22 Juni 2021 pukul 08:36 WITA. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan, berat badan 3100 gram, panjang badan 45 cm, apgar score 8/8 , anus ada. TFU 4 jari diatas pusat.

Klien 1 memiliki alergi makanan yaitu seafood sedangkan klien 2 tidak memiliki riwayat alergi. Kedua Klien menggunakan kateter, klien 1 belum ada BAB selama di rumah sakit, sedangkan klien 2 mengatakan 1 kali BAB selama di rumah sakit. Kedua klien mengatakan tidur 8 jam sebelum melahirkan. Kedua klien ditemani suami saat proses persalinan.

Pada pemeriksaan fisik pada klien 1 ditemukan ada nyeri pada bekas operasi, ASI sudah keluar tetapi sedikit, lochea rubra (subjektif), sedangkan pada klien 2 ditemukan klien mengatakan nyeri pada bekas operasi, ASI sudah keluar, lochea



rubra(subjektif).

Pada pengkajian tahap *Formal* Kedua klien sama-sama dengan usia kehamilan 37-38 minggu. Hasil pemeriksaan klien 1 di IGD didapatkan hasil : TFU 33 cm, DJJ 133 kali/menit, letak janin melintang, punggung kanan, Tekanan Darah : 110/80 mmHg, Nadi : 90 kali/menit , Pernapasan : 21 kali/menit, Suhu 36,7 C. Klien dibawa ke ruang Anggrek hitam lantai 5 pukul 15:15 Tekanan Darah : 108/70 mmHg, Nadi : 83 kali/menit , Pernapasan : 20 kali/menit, Suhu 36,4 C DJJ 133 kali/menit. Klien dibawa ke ruang operasi pada tanggal 27 April 2021 pukul 13:00 WITA. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, berat badan 3100 gram, panjang badan 49 cm, apgar score 8/8 , anus ada. TFU 3 jari diatas pusat. Hasil pemeriksaan klien 2 di IGD didapatkan hasil : TFU 25 cm, DJJ 150 kali/menit, letak janin memanjang, punggung kiri, VT : tidak ada, Tekanan Darah : 130/80 mmHg, Nadi : 99 kali/menit , Pernapasan : 22 kali/menit, Suhu 36,5 C. Klien dibawa ke ruang Bougenvile pukul 12:10 Tekanan Darah : 130/100 mmHg, Nadi : 98 kali/menit , Pernapasan : 20 kali/menit, Suhu 36,2 C DJJ 150 kali/menit. Klien dibawa ke ruang operasi pada tanggal 22 Juni 2021 pukul 08:36 WITA. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan, berat badan 3100 gram, panjang badan 45 cm, apgar score 8/8 , anus ada. TFU 4 jari diatas pusat. Pada Bayi Klien 1 jenis kelamin laki-



laki ditemukan data reflek hisap baik, bayi diberikan ASI, Testis telah turun kedalam skrotum, BAB sudah ada, BAK 10 jam setelah lahir, usia kematangan bayi menggunakan ballard score 38 minggu, sedangkan pada Bayi Klien 2 Jenis kelamin Perempuan ditemukan reflek hisap baik, bayi diberikan ASI, BAB sudah ada , BAK 10 jam setelah lahir, labia mayor besar labia minor kecil, usia kematangan bayi menggunakan ballard score 38 minggu.

Peran ayah selama kelahiran pada kedua klien ayah menemani dan menunggu ibu sampai melahirkan serta menyiapkan keperluan bayi, ayah menggendong dan memeluk bayinya, ayah tampak cemas ASI ibunya belum keluar dan ayah memberi dukungan kepada istrinya.

Pada tahap pengkajian *Informal*, pada klien 1 orang yang terlibat dalam perawatan bayinya yaitu klien, suami. Klien 1 pernah merawat bayi sebelumnya, klien dapat mengganti popok dan menggendong, pada klien 2 orang yang terlibat dalam perawatan bayinya yaitu klien dan suami, klien pernah merawat bayi sebelumnya namun ia sering belajar dari ibu bagaimana mengasuh bayi, klien mengatakan dapat memandikan bayi, menggendong dan mengganti popok. Kedua klien dapat menyusui.



Pada tahap pengkajian *personal* kedua klien memiliki pencapaian yang positif, klien sama-sama belajar cara mengasuh bayi dari orangtua, kedua klien sudah menyusui, menggendong, memeluk dan menyentuh bayinya.

Didapatkan hasil pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan ialah pemeriksaan darah lengkap. Pada kedua klien mengalami penurunan nilai HB (nilai normal 13.0-18.0). Pada kedua klien mengalami peningkatan leukosit (nilai normal 4.00 – 10.00). Pada bayi klien 1 dan 2 beresiko infeksi akibat pertahanan imunologis yang masih lemah dan resiko hipotermi karena bayi baru lahir.

Menurut data fokus yang diperoleh pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan masalah yang diperoleh pada pengkajian klien.

b. Diagnose keperawatan

Tabel 4.2

Diagnosa Keperawatan klien post sectio caesarea dan bayi baru lahir di ruang Angrek Hitam lantai 5 dan Flamboyan C di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Diagnosa keperawatan			
Klien 1			
No	Data (DO & DS)	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode SDKI)



1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat meringis - TD: 101/68 mmhg - N: 80 x/menit - R: 21 x/menit - S: 36,6 °c - Skala: 6/10 <p>P = luka operasi nyeri timbul saat bergerak, Q = nyeri seperti teriris-iris, R = nyeri pada perut, S = skala nyeri 6, T = nyeri hilang timbul</p>	<p>27 April 2021</p> <p>Agen Pencedera fisik (luka post)</p> <p>▼</p> <p>Jaringan terputus</p> <p>▼</p> <p>Merangsang sensorik</p> <p>▼</p> <p>Gangguan rasa nyaman</p> <p>▼</p> <p>Nyeri</p>	<p>Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)</p>
2.	<p>Ds: -</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka operasi - Hasil Lab leukosit : 16,31 	<p>27 April 2021</p> <p>Perluasan operasi bisa menjadi jalan masuk bakteri</p> <p>▼</p> <p>Jaringan terputus</p> <p>▼</p> <p>Proteksi tubuh (leukosit tinggi bisa menjadi resiko pertanda/adanya invasi bakteri)</p>	<p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)</p>
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pengeluaran ASI hanya sedikit, - keluar ASI pada kedua payudara - Klien mengatakan belum tahu mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. 	<p>27 April 2021</p> <p>Peningkatan hormone prolaktin</p> <p>▼</p> <p>Merangsang laktasi (terjadi ketidakadekuatan</p>	<p>Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan reflex oksitosin (D.0029)</p>

4.	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI sedikit, reflek menghisap baik. Bayi menyusui dengan kuat - Klien mengatakan bayi ada rewel dan menangis dijam pertama setelah menyusui. 	<p>reflex oksitosin) ↓ Ejeksi ASI kurang efektif</p>	
	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya belum bisa banyak gerak - Klien belum bisa miring kanan miring - Sulit merubah posisi tidur 	<p>27 April 2021</p> <p>Tindakan pembedahan ↓</p>	<p>Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (D.0056)</p>
5.	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dianjurkan tirah baring - Klien tampak lemah 	<p>Post anastesi lumbal ↓ Beberapa anggota tubuh tidak bisa digerakan ↓ Kelemahan</p>	
	<p>Ds:</p> <p>Klien mengatakan ini adalah anak keduanya, Klien mengatakan belum mempunyai pengalaman dan belum mendapatkan edukasi post section caecarea.</p>	<p>27 April 2021</p>	<p>Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)</p>
1.	<p>Do:</p> <p>Klien terlihat kurang memahami mengenai kondisinya post section caecarea.</p> <p><u>Bayi</u></p> <p>Ds:</p>	<p>27 April 2021</p>	<p>Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis (D.0142)</p>

2.	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi sudah BAB dan BAK - Klien mengatakan tali pusat bayi masih bersih dan masih basah - Klien mengatakan ini adalah kelahiran anak kedua <p style="text-align: center;">Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang, akral hangat - Reflek hisap kuat - Gerak bayi aktif - Tidak ada sianosis - BAB/BAK bayi (+) - Tali pusat bersih dan Masih Basah - Hasil Leukosit: 13,04 - S = 36,2 <p style="text-align: center;">Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi di observasi bersama klien setelah lahir diruang Anggrek hitam lantai 5 - Klien mengatakan bayi aktif bergerak <p style="text-align: center;">Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang, akral hangat - Reflek hisap kuat - Gerak bayi aktif - Tidak ada sianosis - BAB/BAK bayi (+) - Tali pusat bersih dan Masih Basah - Hasil Leukosit: 13,04 - S = 36,2 	27 April 2021	Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)

Diagnosa keperawatan			
Klien 2			
N	Data (DO & DS)	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode SDKI)
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat meringis - TD: 130/100 mmhg - N: 90 x/menit - R: 19 x/menit - S: 36,3 °c - Skala: 6/10 <p>P = luka operasi nyeri timbul saat bergerak, Q = nyeri seperti teriris-iris, R = nyeri pada perut, S = skala nyeri 6, T = nyeri hilang timbul</p>	<p>21 Juni 2021</p> <p>Agen Pencedera fisik (luka post)</p> <p>↓</p> <p>Jaringan terputus</p> <p>↓</p> <p>Merangsang sensorik</p> <p>↓</p> <p>Gangguan rasa nyaman</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	<p>Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)</p>
2.	<p>Ds: -</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka operasi - Hasil Lab leukosit : 26,52 	<p>21 Juni 2021</p> <p>Perlukaan operasi bisa menjadi jalan masuk bakteri</p> <p>↓</p> <p>Jaringan terputus</p> <p>↓</p> <p>Proteksi tubuh (leukosit tinggi bisa menjadi resiko pertanda/adanya invasi bakteri)</p>	<p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)</p>
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih belum bisa banyak bergerak - Klien belum bisa miring kanan miring <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih belum bisa banyak bergerak - Klien belum bisa miring kanan miring 	<p>21 Juni 2021</p> <p>Tindakan pembedahan</p>	<p>Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (D.0056)</p>

1.	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dianjurkan tirah baring - Klien tampak lemah <p><u>Bayi</u></p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi di observasi bersama klien setelah lahir diruang flamboyan c - Klien mengatakan bayi sudah BAB dan BAK - Klien mengatakan tali pusat bayi masih bersih dan masih basah - Klien mengatakan ini adalah kelahiran anak keempat - <ul style="list-style-type: none"> - Do: - N : 148 - RR : 42x/menit - S : 36,8°C - SPO2 : 98% - Ku : Sedang, akral hangat - Reflek hisap pada bayi kuat - Gerak bayi aktif - BAB/BAK bayi (+) - Berat badan lahir bayi : 3100 gram - Tali pusat bersih dan masih basah - Tidak ada sianosis. - Jumlah ballard score 35 	<p style="text-align: center;">▼ Post anastesi lumbal ↓ Beberapa anggota tubuh tidak bisa digerakan ↓ Kelemahan</p> <p style="text-align: center;">21 Juni 2021</p>	<p style="text-align: center;">Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis(D.0142)</p> <p style="text-align: center;">Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir</p>
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi 		

	di observasi bersama klien setelah lahir diruang flamboyan c - Klien mengatakan bayi aktif bergerak Do: Do : - N : 148 - RR : 42x/menit - S : 36,8°C - SPO2 : 98% - Ku : Sedang, akral hangat - Reflek hisap pada bayi kuat - Gerak bayi aktif - BAB/BAK bayi (+) - Berat badan lahir bayi : 3100 gram - Tali pusat bersih dan masih basah - Tidak ada sianosis. Jumlah ballard score 35	21 Juni 2021	(D.0140)
--	---	--------------	----------

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel 4.2 diagnosa keperawatan diatas diperoleh dari keluhan yang disampaikan oleh klien 1 dan klien 2 dan bayinya melalui pengkajian yang dilakukan oleh peneliti dan pemeriksaan fisik. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 dan bayinya adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik, resiko infeksi b.d efek prosedur invasive, Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan reflex oksitosin, intoleransi aktivitas b.d tirah baring, defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh dan resiko hipotermia b.d bayi baru lahir.



Sedangkan pada klien 2 ditemukan masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik, resiko infeksi b.d efek prosedur invasive, intoleransi aktivitas b.d tirah baring, resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh dan resiko hipotermia b.d bayi baru lahir.

c. Intervensi keperawatan

Tabel 4.3

Intervensi Tindakan klien post sectio caesarea dan bayi baru lahir di ruang Anggrek hitam lantai 5 dan Flamboyan C RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo



Balikpapan.

Intervensi Keperawatan				
Klien 1				
No	Hari/Tgl /Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	Selasa, 27 April 2021	Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol</p> <p>Kontrol Nyeri (.08063)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mampu mengontrol nyeri (Skor 5) 2) Melaporkan bahwa keluhan nyeri menurun (skor 5) 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) (skor 5 meningkat) 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi factor memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.6 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 1.7 Jelaskan penyebab nyeri, periode dan pemicu nyeri 1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.9 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 1.10 Kolaborasi pemberian analgetik



No	Hari/Tgl /Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
2.	Selasa, 27 April 2021	Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status resiko infeksi px terkontrol Kontrol Resiko (L.14128) Tingkat Infeksi (L.14137) Kritria hasil: 1) Klien mampu berpartisipasi dalam skrining resiko (skor 5) 2) Menunjukkan kemampuan untuk menghindari factor resiko timbulnya infeksi (skor 5) 3) Jumlah leukosit dalam batas normal (skor 5) 4) Menunjukkan memodifikasi perilaku hidup sehat (skor 5)	Pencegahan Infeksi (I.14539) 2.1 Inspeksi monitor TTV kondisi tanda dan gejala luka/insisi bedah 2.2 Berikan penjelasan kepada pasien mengenai tanda gejala infeksi dan ajarkan tentang hand hygiene 2.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dan dilingkungan pasien
3.	Selasa, 27 April 2021	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan reflex oksitosin (D.0029)	Setelah dilakukan perawatan 2x24 jam klien dapat memberikan ASI untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan KH : Kriteria Hasil : 1) Kemampuan memposisikan bayi dengan benar (skor 5) 2) Suplai ASI adekuat (skor 5) 3) Tetesan/pancaran ASI meningkat (skor 5) 4) Bayi menangis setelah menyusui menurun (skor 5)	Edukasi Menyusui (I.12393) 3.1 identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang menyusui yang benar 3.2 Memberikan konseling menyusui 3.3 Memberikan kesempatan untuk bertanya 3.4 Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 3.5 Ajarkan perawatan payudara dan pijat oksitosin

No	Hari/Tgl /Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
4	Selasa, 27 April 2021	Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (D.0056)	<p>Setelah dilakukan perawatan 2x24 jam klien dapat beraktifitas seperti biasanya Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat bergerak tanpa pembatasan dalam melakukan aktivitas (skor 5) - Klien tidak berhati-hati dalam bergerak,kecepatan berjalan meningkat (skor 5). 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>4.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</p> <p>4.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.</p> <p>4.3 Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik</p> <p>4.4 Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mencoba untuk duduk,berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi,berjalan sesuai toleransi)</p>
5.	Selasa, 27 April 2021	Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)	<p>Setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan defisit pengetahuan teratasi</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mampu menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic (skor 5) 2) Perilaku sesuai anjuran verbalisasi minat dalam belajar (skor 5) 	<p>Promosi kesiapan penerima informasi (I.12470)</p> <p>5.1 Kaji pengetahuan klien tentang perawatan bayi baru lahir</p> <p>5.2 Kaji pengetahuan klien tentang perawatan post section caecarea</p> <p>5.3 Lakukan penguatan potensi pasien dan keluarga dalam menerima informasi</p> <p>5.4 Berikan informasi berupa alur atau gambar untuk memudahkan pasien dalam menerima informasi kesehatan</p>

Intervensi Keperawatan				
Klien 2				
No	Hari/Tgl/Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	Senin, 21 Juni 2021	Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol</p> <p>Kontrol Nyeri (L.08063)</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (Skor 5) - Melaporkan bahwa keluhan nyeri menurun (skor 5) - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) (skor 5 meningkat) 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi factor memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.6 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 1.7 Jelaskan penyebab nyeri,periode dan pemicu nyeri 1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.9 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 1.10 Kolaborasi pemberian analgetik

Intervensi Keperawatan				
2.	Senin, 21 Juni 2021	Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status resiko infeksi px terkontrol Kontrol Resiko (L.14128) Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu berpartisipasi dalam skrining resiko (skor 5) - Menunjukkan kemampuan untuk menghindari factor resiko timbunya infeksi (skor 5) - Jumlah leukosit dalam batas normal (skor 5) - Menunjukkan memodifikasi perilaku hidup sehat (skor 5) 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>2.1 Inspeksi monitor TTV kondisi tanda dan gejala luka/insisi bedah</p> <p>2.2 Berikan penjelasan kepada pasien mengenai tanda gejala infeksi dan ajarkan tentang hand hygiene</p> <p>2.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dan dilingkungan pasien</p>
3.	Senin, 21 Juni 2021	Intoleransi Aktivitas b.d Tirah	Setelah dilakukan perawatan 2x24 jam klien dapat	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>4.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</p>

Intervensi Keperawatan				
		Baring (D.0056)	beraktifitas seperti biasanya Toleransi Aktivitas (L.05047) Kriteria Hasil : - Klien dapat bergerak tanpa pembatasan dalam melakukan aktivitas (skor 5) - Klien tidak berhati-hati dalam bergerak,kecepatan berjalan meningkat (skor 5)	4.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. 4.3 Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 4.4 Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mencoba untuk duduk,berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi,berjalan sesuai toleransi)

Intervensi Keperawatan
Bayi 1



No	Hari/Tgl/Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1.	Selasa, 27 April 2021	Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi pada bayi Kontrol Resiko (L.14128) kriteria hasil: - Bayi terbebas dari tanda dan gejala infeksi - Suhu tubuh dalam rentan normal	Pencegahan Infeksi (I.14539) 6.1 Kaji TTV bayi 6.2 Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada bayi 6.3 Lakukan hand hygiene Sebelum dan setelah kontak dengan bayi, 6.4 Lakukan pengecekan semua peralatan yang kontak dengan bayi bersih dan steril.
2.	Selasa, 27 April 2021	Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko hipotermi pada bayi terkontrol dengan kriteria hasil: - Bayi terbebas dari tanda dan gejala infeksi - Suhu tubuh	Regulasi Temperatur (I.14578) 7.1 Monitor suhu bayi stabil 7.2 Monitor warna dan suhu kulit 7.3 Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien
Intervensi Keperawatan				
Bayi Klien 2				
No.	Hari/ Tg	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1.	Senin, 21 Juni 2021	Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi pada bayi Kontrol Resiko (L.14128) kriteria hasil:	Pencegahan Infeksi (I.14539) 6.1 Kaji TTV bayi 6.2 Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada bayi 6.3 Lakukan hand hygiene Sebelum dan setelah kontak

			<ul style="list-style-type: none"> - Bayi terbebas dari tanda dan gejala infeksi - Suhu tubuh dalam rentan normal 	<p>dengan bayi,</p> <p>6.4 Lakukan pengecekan semua peralatan yang kontak dengan bayi bersih dan steril.</p>
2.	Senin, 21 Juni 2021	Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko hipotermi pada bayi terkontrol dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi terbebas dari tanda dan gejala infeksi - Suhu tubuh dalam rentan normal 	<p>Regulasi Temperatur (I.14578)</p> <p>7.1 Monitor suhu bayi stabil</p> <p>7.2 Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>7.3 Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien</p>

Interpretasi Data :



Berdasarkan tabel diatas setelah melakukan penegakkan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuatlah perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien. Perencanaan dibuat sesuai dengan teori dalam buku (Nurarif dan Kusuma, 2016).

d. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.4

Implementasi Rencana klien post sectio caesarea dan bayi baru lahir di ruang Anggrek Hitam lantai 5 Melati dan Flamboyan C RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Klien 1		
Hari 1 Selasa 27 April 2021 Jam 17.00	Melakukan pengkajian 1.2 Identifikasi skala nyeri	DS: - klien mengatakan nyeri di daerah post operasi DO: - pengkajian nyeri berdasarkan PQRST P = luka operasi nyeri timbul saat bergerak, Q = nyeri seperti teriris-iris, R = nyeri pada perut, S = skala nyeri 6, T = nyeri hilang timbul
17.15	Visite Keperawatan	DS: - -Klien mengatakan pengeluaran ASI hanya

		<p>sedikit,</p> <ul style="list-style-type: none"> - -Klien mengatakan belum tahu mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 101/68 mmhg - N: 80 x/menit - R: 21 x/menit - S: 36,6 °c - Skala: 6/10
18.00	4.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kaki masih belum bisa banyak bergerak <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dianjurkan tirah baring
18.15	6.3 Lakukan hand hygiene Sebelum dan setelah kontak dengan bayi,	<p>DS:-</p> <p>DO:-</p>
	6.4 Lakukan pengecekan semua peralatan yang kontak dengan bayi bersih dan steril.	<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua peralatan tampak bersih
18.20	6.1 Kaji TTV bayi 6.2 Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada bayi 7.4 Monitor suhu bayi stabil 7.5 Monitor warna dan suhu kulit	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,2°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur

18:25	1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.10 Kolaborasi pemberian analgetik	<ul style="list-style-type: none"> - Leukosit :13,04 DS: <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada luka post sc DO: <ul style="list-style-type: none"> - injeksi intravena ketorolac 4x15 mg
19.00	1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik	DS : <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada daerah operasinya, nyeri agak sedikit berkurang dari sebelum diberikan obat. DO: <ul style="list-style-type: none"> - klien masih tampak sedikit menahan sakit, - , skala nyeri 5.
20.00	Visite keperawatan	DS: <ul style="list-style-type: none"> - -Klien mengatakan ASInya keluar namun kurang lancar - -Klien belum mengetahui tentang pasca melahirkan section caecarea karena merupakan pengalaman pertama melalui persalinan ini. DO:
Hari 2 Rabu, 28 April 2021 17:00	Visite Keperawatan 4.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. 4.4 Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mencoba untuk duduk,berjalan dari tempat tidur ke kamar	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,6°C DS: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah operasinya, ASI keluar masih kurang lancar, sudah bisa untuk

17.30	<p>mandi, berjalan sesuai toleransi)</p> <p>2.1 Berikan penjelasan kepada pasien mengenai tanda gejala infeksi dan ajarkan tentang hand hygiene</p> <p>2.4 Inspeksi monitor TTV kondisi tanda dan gejala luka/insisi bedah</p>	<p>duduk, miring kanan dan kiri</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya, - TD: 115/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - skala nyeri 5. - Klien sudah mampu duduk, bergerak miring kanan dan kiri secara perlahan <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bersedia untuk diajarkan hand hygiene dan diberikan penjelasan tentang tanda gejala infeksi - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinis
18.00	<p>3.1 identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi tentang menyusui yang benar</p> <p>3.2 Memberikan konseling menyusui</p> <p>3.5 Ajarkan perawatan payudara dan pijat oksitosin</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti perintah yang telah diajarkan - Klien memahami yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI nya keluar namun kurang lancar - Keluar ASI pada kedua payudara - Klien mengatakan belum tahu mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti perintah

18.30	<p>1.10 Kolaborasi pemberian analgetik & Suplemen Tambahan</p> <p>5.1 Kaji pengetahuan klien tentang perawatan bayi baru lahir</p> <p>5.2 Kaji pengetahuan klien tentang perawatan post section caecarea</p> <p>5.3 Lakukan penguatan potensi pasien dan keluarga dalam menerima informasi</p> <p>5.4 Berikan informasi berupa alur atau gambar untuk memudahkan pasien dalam menerima informasi kesehatan</p>	<p>yang telah diajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memahami yang telah diajarkan - Klien mampu menjelaskan pengetahuan tentang edukasi yang diberikan <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri pada luka post sc - Klien mengatakan tahu cara merawat bayi baru lahir - Klien belum mengetahui tentang pasca melahirkan section caecarea karena merupakan pengalaman pertama melalui persalinan ini.
19.00	<p>6.1 Kaji TTV bayi</p> <p>6.2 Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada bayi</p> <p>7.1 Monitor suhu bayi stabil</p> <p>7.2 Monitor warna dan suhu kulit</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asam mefenamat (500mg) - Laktafit - Klien tampak aktif bertanya - Klien memahami yang telah disampaikan - Klien mampu menjelaskan pengetahuan tentang edukasi yang diberikan
20.00	<p>Visite Keperawatan</p> <p>1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayinya aktif bergerak <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi,

12:00		<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi
13:00	<p>6.3 Lakukan hand hygiene Sebelum dan setelah kontak dengan bayi, 6.1 Kaji TTV bayi 7.3 Monitor suhu bayi stabil 7.4 Monitor warna dan suhu kulit</p>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak dilakukan inspeksi secara langsung - luka tidak merembes,tidak kotor, perban terlihat masih bersih (pernyataan kakak yang berdinis yang telah memonitor).
14:00	<p>1.10 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.2 Identifikasi skala nyeri</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui,reflek menghisap kuat <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu bayi: 36,5°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur
	<p>Visite keperawatan</p>	<p>DS: - DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asam mefenamat 500mg <p>DS: klien mengatakan nyeri pada luka post sc yang dialami sudah berkurang</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit

		<p>pada luka operasinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/70 mmHg, - N: 80x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 3 <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi dan bergerak tidak ada kendala
<p>Hari 4 Jum'at 30 April 2021 09:00</p> <p>16:00</p>	<p>Klien pulang</p> <p>Visite keperawatan (online)</p> <p>7.1 Monitor suhu bayi stabil</p> <p>7.1 Monitor suhu bayi stabil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan diperbolehkan untuk pulang hari ini pukul 15:00 WITA <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan sakit pada luka operasinya, - TD: 120/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,7°C, - KU: sedang, - skala nyeri 3. - TTV bayi - N:142x/m, - R: 40x/m, - S:36,5°C <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan telah memandikan bayinya - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer
		<p>mengecheck suhu tubuh bayi dengan thermometer</p>

<p>Hari 5 Sabtu, 1 Mei 2021</p> <p>09:00</p>	<p>Visite keperawatan (online)</p> <p>7.1 Monitor suhu bayi stabil</p>	<p>dirumah setelah bayi mandi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,5°C <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,7°C,
<p>16:00</p>	<p>7.2 Monitor suhu bayi stabil</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat ini dalam melakukan perawatan bayi baru lahir sendiri. - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer 1 jam setelah mandi - Klien mengatakan bayinya aktif bergerak. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya

		<ul style="list-style-type: none"> - S: 36,0°C, <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayinya baru bangun tidur jam 15:00 - Klien menggendong bayinya dan memberikan ASI - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,5°C,
<p>Hari 6 Minggu 2 Mei 2021 Jam 09.00</p>	<p>Visite keperawatan (online)</p> <p>7.3 Monitor suhu bayi stabil</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancar, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan telah memandikan bayinya - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah setelah bayi mandi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,6°C
<p>16.00</p>	<p>Visite keperawatan (online)</p> <p>7.4 Monitor suhu bayi stabil</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancar, bayi menghisap dengan kuat

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan telah memandikan bayinya sore hari. - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah setelah bayi mandi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya S: 36,5°C
Klien 2		

Hari 1 Senin 21 Juni 2021 Jam 11.00	Melakukan pengkajian 1.2 Identifikasi skala nyeri	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat meringis - TD: 130/100 mmhg - N: 90 x/menit - R: 19 x/menit - S: 36,3 °c - Skala: 6/10 <p>P = luka operasi nyeri timbul saat bergerak, Q = nyeri seperti teriris-iris, R = nyeri pada perut, S = skala nyeri 6, T = nyeri hilang timbul</p>
11.15	Visite Keperawatan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI sudah keluar. - Klien mengatakan ini adalah persalinan anak keempat. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 101/68 mmhg - N: 80 x/menit - R: 21 x/menit - S: 36,6 °c - Skala: 6/10
11.30	2.2 Berikan penjelasan	

	<p>kepada pasien mengenai tanda gejala infeksi dan ajarkan tentang hand hygiene</p> <p>2.6 Inspeksi monitor TTV kondisi tanda dan gejala luka/insisi bedah</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien bersedia untuk diajarkan hand hygiene dan diberikan penjelasan tentang tanda gejala infeksi - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinis <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti perintah yang telah diajarkan - Klien memahami yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan
12.45	4.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih belum bisa banyak bergerak - Klien belum bisa miring kanan miring <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dianjurkan tirah baring - Klien tampak lemah
12:00	<p>1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.10 Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada luka post sc <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - injeksi Tramadol 100mg
13.20	<p>6.5 Lakukan hand hygiene Sebelum dan setelah kontak dengan bayi,</p> <p>6.6 Lakukan pengecekan semua peralatan yang kontak dengan bayi bersih dan steril.</p>	<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua peralatan tampak bersih
13:25	<p>6.1 Kaji TTV bayi</p> <p>6.2 Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada bayi</p> <p>7.5 Monitor suhu bayi</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayinya

14.00	<p>stabil</p> <p>7.5 Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>Visite keperawatan</p> <p>1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p>	<p>aktif bergerak,kuat menyusui</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S : 36,5°C - SPO2 : 98% - Ku : Sedang, akril hangat - Reflek hisap pada bayi kuat - Gerak bayi aktif - Berat badan lahir bayi : 3100 gram - Tidak ada sianosis. - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,2°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada daerah operasinya, nyeri agak sedikit berkurang dari sebelum diberikan obat. - Klien mengatakan ASInya keluar lancar
<p>Hari 2 Rabu, 22 Juni 2021 11:00</p> <p>11.30</p>	<p>Visite keperawatan</p> <p>4.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.</p> <p>4.3 Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mencoba untuk duduk,berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi,berjalan sesuai toleransi)</p> <p>2.7 Inspeksi monitor TTV</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih tampak sedikit menahan sakit, - , skala nyeri 5. <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah operasinya, ASI keluar lancar, sudah bisa miring kanan dan kiri secara perlahan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 110/80 mmHg, - N: 80x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - skala nyeri 5. - Klien sudah mampu bergerak miring kanan dan kiri secara

	kondisi tanda dan gejala luka/insisi bedah	perlahan
12.30	1.10 Kolaborasi pemberian analgetik & antibiotik	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinis - Klien mengatakan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan - luka tidak merembes, tidak kotor, perban terlihat masih bersih (pernyataan kakak yang berdinis yang telah memonitor).
13.30	6.1 Kaji TTV bayi 6.2 Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada bayi 7.5 Monitor suhu bayi stabil 7.6 Monitor warna dan suhu kulit	<p>DS : Klien mengatakan masih merasa nyeri pada bagian luka bekas operasi</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asam mefenamat (500mg) - Cefadroxyl (500mg) <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda -tanda infeksi, - suhu bayi: 36,2°C, - N: 142x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur
14.00	Visite Keperawatan 1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien mengatakan ASI nya keluar lancar -Klien mengatakan nyeri sudah

		<p>sedikit mengurangi pasca pemberian obat</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 110/70 mmHg, - N: 76x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4
<p>Hari 3 Rabu,23 Juni 2021 11.00</p>	<p>Visite Keperawatan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASInya keluar lancar - Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang - Klien sudah bisa duduk,miring kanan dan kiri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 125/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4 <p>DS :</p>
<p>11.30</p>	<p>2.8 Inspeksi monitor TTV kondisi tanda dan gejala luka/insisi bedah</p>	

12:30	1.10 Kolaborasi pemberian analgetik	<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi
13:15	<p>6.4 Lakukan hand hygiene Sebelum dan setelah kontak dengan bayi,</p> <p>6.1 Kaji TTV bayi</p> <p>6.2 Kaji adanya tanda – tanda infeksi pada bayi</p> <p>7.7 Monitor suhu bayi stabil</p> <p>7.8 Monitor warna dan suhu kulit</p>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak dilakukan inspeksi secara langsung - luka tidak merembes,tidak kotor, perban terlihat masih bersih (pernyataan kakak yang berdinan yang telah memonitor). <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asam mefenamat 500mg - Cefadroxyl (500mg)
14:00	<p>Visite keperawatan</p> <p>1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui,reflek menghisap kuat <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda -tanda infeksi, - suhu bayi: 36,4°C, - N: 142x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa duduk dan bergerak miring kanan,miring kiri - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat

		<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada luka post sc yang dialami sudah berkurang
		DO:
Hari 4 Kamis 24 Juni 2021 17:00	Visite Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 120/80 mmHg, - N: 82x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,2°C - Skala nyeri 4
17:30		DS:
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa duduk dan bergerak miring kanan, miring kiri dan mampu berjalan ke kamar mandi sendiri - Klien mengatakan ASI nya lancar, bayi menghisap dengan kuat
	2.9 Inspeksi monitor TTV kondisi tanda dan gejala luka/insisi bedah	DO:
		<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 125/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4
18:00		DS :
	6.5 Lakukan hand hygiene Sebelum dan setelah kontak dengan bayi, 6.1 Kaji TTV bayi 6.2 Kaji adanya tanda –	<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi
		DO :

18:30	tanda infeksi pada bayi 7.9 Monitor suhu bayi stabil 7.10 Monitor warna dan suhu kulit	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak dilakukan inspeksi secara langsung - luka tidak merembes, tidak kotor, perban terlihat masih bersih (pernyataan kakak yang berdinan yang telah memonitor).
20:00	<p>1.10 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Visite keperawatan</p> <p>1.4 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.2 Identifikasi skala nyeri</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui, reflek menghisap kuat <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda -tanda infeksi, - suhu bayi: 36,4°C, - N: 144x/m, RR: 40x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>DS: -</p> <p>DO: Asam mefenamat 500mg Cefadroxyl 500mg</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke kamar mandi dan bergerak tidak ada kendala - Klien mengatakan rasa nyeri pada bagian bekas operasi berkurang - Klien mengatakan ASI nya lancar, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan
Hari 5 Jumat, 25 Juni	Klien pulang	<p>diperbolehkan untuk pulang besok pagi sekitar pukul 08:00 WITA</p> <p>DO:</p>

2021 11:00	Visite keperawatan (online) 7.2 Monitor suhu bayi stabil	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit menahan sakit pada luka operasinya. - TD: 120/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,7°C, - KU: sedang, - skala nyeri 3. - TTV bayi - N:142x/m, - R: 42x/m, - S:36,5°C
16:00	7.2 Monitor suhu bayi stabil	DS: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan telah memandikan bayinya - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah setelah bayi mandi DO: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,5°C, DS: <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer

		<p>dirumah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,6°C,
<p>Hari 6 Sabtu 26 Juni 2021 Jam 09.00</p>	<p>Visite keperawatan (online)</p> <p>7.5 Monitor suhu bayi stabil</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan telah memandikan bayinya - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah setelah bayi mandi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,6°C
<p>16.00</p>	<p>Visite keperawatan (online)</p> <p>7.6 Monitor suhu bayi stabil</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan telah memandikan bayinya sore hari. - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah setelah bayi mandi <p>DO:</p>

		- Klien mengatakan suhu tubuh bayinya S: 36,5°C

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel 4.4 diatas dapat disimpulkan sebagai berikut : dalam implementasi pada klien 1 dan klien 2 sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat berdasarkan teori Nurarif dan Kusuma (2016), dan dalam melakukan tindakan tidak ada tindakan yang dimodifikasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.5

Evaluasi Asuhan Keperawatan klien post sectio caesarea dan bayi baru lahir di ruang Anggrek hitam lantai 5 dan Flamboyan C RSUD dr.KanujosoDjatiwibowo Balikpapan

Hari Ke-	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Klien 1		
	Diagnosa Ibu	
Hari ke-1 Selasa 21 April 2021	Nyeri akut b.dagen pencedera fisik	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di daerah operasi, nyeri seperti teriris-iris, nyeri hilang timbul saat klien bergerak dan saat beristirahat - klien mengatakan nyeri agak sedikit berkurang dari sebelum diberikan obat. - klien masih tampak sedikit menahan sakit. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit <p>tanda-tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,6°C - Skala: 5. <p>A : Masalah Nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
	Intoleransi aktifitas	S :

Hari ke-1 Selasa, 21 April 2021	b.d tirah baring	<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri di daerah operasi, klien mengatakan belum bisa banyak bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien disarankan untuk tirah baring <p>A : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
	Diagnosa Bayi	
	Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan bayi di observasi bersama klien di ruang Anggrek Hitam lantai 5 - klien mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 37-38 Minggu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang, akral hangat - Reflek hisap kuat - Gerak bayi aktif - Tidak ada sianosis - BAB/BAK bayi (+) - Tali pusat bersih dan Masih Basah - Hasil Leukosit: 13,04 - S = 36,2°C - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,2°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m

		<ul style="list-style-type: none"> - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi di observasi bersama klien setelah lahir diruang Anggrek hitam lantai 5 - Klien mengatakan bayi aktif bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu bayi: 36,2°C, - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko hipotermia belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
	Diagnosa Ibu	
<p>Hari ke-2 Rabu, 28 April 2021</p>	<p>Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (D.0056)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa untuk duduk,miring kanan dan kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya, - TD: 115/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit,

		<ul style="list-style-type: none"> - S: 36,5°C - Klien sudah mampu duduk,bergerak miring kanan dan kiri secara perlahan <p>A : masalah Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
	<p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc - Klien mengerti setelah diajarkan hand hygiene dan diberikan penjelasan tentang tanda gejala infeksi - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinias <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan hand hygiene yang telah diajarkan - Klien memahami yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
	<p>Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan reflex oksitosin (D.0029)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI nya keluar namun kurang lancar - Keluar ASI pada kedua payudara - Klien mengatakan telah memahami mengenai perawatan payudara, pijat oksitosin dan manajemen laktasi

		<p>yang benar.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengikuti perintah yang telah diajarkan - Klien memahami yang telah diajarkan - Klien mampu menjelaskan pengetahuan tentang edukasi yang diberikan dan dibantu oleh suami <p>A : Masalah menyusui tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>
Hari ke-2 Rabu, 28 April 2021	<p>Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0111)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tahu cara merawat bayi baru lahir - Klien mengatakan mampu memahami pengetahuan tentang edukasi yang diberikan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak aktif bertanya - Klien memahami yang telah disampaikan - Klien mampu menjelaskan pengetahuan tentang edukasi yang diberikan <p>A : masalah deficit pengetahuan teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>
	<p>Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada

	(D.0077)	<p>bagian bekas operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang pasca pemberian obat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 110/70 mmHg, - N: 76x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4 <p>A : Masalah Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
	Diagnosa Bayi	
	<p>Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis</p> <p>(D.0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang, akral hangat - Reflek hisap kuat - Gerak bayi aktif - Tidak ada sianosis - BAB/BAK bayi (+)

		<ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,5°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan bayi di observasi bersama dianggrek hitam lantai 5 setelah lahir, klien mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 37-38 Minggu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang, akral hangat - Reflek hisap kuat - Gerak bayi aktif - Tidak ada sianosis - BAB/BAK bayi (+) - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,5°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko hipotermi teratasi sebagian</p>

		P : intervensi dilanjutkan
	Diagnosa Ibu	
Hari ke-3 Kamis, 29 April 2021	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan reflex oksitosin (D.0029)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat menyusui - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : masalah menyusui tidak efektif teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>
	Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (D.0056)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah bisa duduk,bergerak tidak ada halangan dan berjalan ke kamar mandi sendiri - Klien mengatakan masih merasa sedikit nyeri dibagian bekas luka operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 125/80 mmHg, - N: 84x/menit,

		<ul style="list-style-type: none"> - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4 <p>A : masalah Intoleransi aktivitas teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>
	<p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive</p> <p>(D..0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinis - Klien mengatakan bahwa perawat yang berdinis memberitahukan tidak ada masalah ataupun tanda infeksi pada luka bekas operasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan hand hygiene yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan - luka tidak merembes,tidak kotor, perban terlihat masih bersih (pernyataan kakak yang berdinis yang telah memonitor). <p>A : masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>

	<p>Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada luka post sc yang dialami sudah berkurang pasca pemberian obat - klien mengatakan dijadwalkan boleh pulang oleh dokter pukul 15:00 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 120/70 mmHg, - N: 80x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 3 <p>A : masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan pasien pulang</p>
<p>Hari ke-3 Kamis, 30 April 2021</p>	<p>Diagnosa Bayi</p>	
	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI nya lancer,

		<p>bayi menghisap dengan kuat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan diperbolehkan untuk pulang hari ini pukul 15:00 WITA - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak - Klien mengatakan bayinya aktifmenyusui,reflek menghisap kuat <p>O .:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu bayi: 36,5°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermiBayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko hipotermi teratasi sebagian</p>
<p>Hari ke 4 Jum'at 31 April 2021</p>	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <p>Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat</p> <p>Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah</p> <p>O :</p> <p>Klien mengatakan suhu tubuh bayinya</p> <p>S: 36,7°C, A : masalah resiko hipotermia teratasi</p>

		sebagian
Hari ke-5 Sabtu 1 Mei 2021	Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)	<p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat ini dalam melakukan perawatan bayi baru lahir sendiri. - Klien mengatakan ASI nya lancar, - bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer 1 jam setelah mandi - Klien mengatakan bayinya aktif bergerak. <p>O :</p>
Hari ke-6	Resiko Hipotermia	- Klien mengatakan suhu tubuh

Minggu 2 Mei 2021	b.d Bayi baru lahir (D.0140)	bayinya - S: 36,0°C, A : masalah resiko hipotermi teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan S : - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan telah memandikan bayinya - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah setelah bayi mandi O : - Klien mengatakan suhu tubuh bayinya - S: 36,5°C A : masalah resiko hipotermi teratasi P : intervensi dihentikan	
Hari Ke-	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	
Klien 2			
Diagnosa Ibu			

<p>Hari ke-1 Senin 21 Juni 2021</p>	<p>Nyeri akut b.dagen pencedera fisik</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di daerah operasi, nyeri seperti teriris-iris, nyeri hilang timbul saat klien bergerak dan saat beristirahat - klien mengatakan nyeri agak sedikit berkurang dari sebelum diberikan obat. - klien masih tampak sedikit menahan sakit. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat meringis - TD: 130/100 mmhg - N: 90 x/menit - R: 19 x/menit - S: 36,3 °c - Skala: 5/10 <p>P = luka operasi nyeri timbul saat bergerak,</p> <p>Q = nyeri seperti teriris-iris,</p> <p>R = nyeri pada perut,</p> <p>S = skala nyeri 5</p> <p>T = nyeri hilang timbul</p> <p>A : Masalah Nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
---	---	---

	<p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc - Klien mengerti setelah diajarkan hand hygiene dan diberikan penjelasan tentang tanda gejala infeksi - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinis <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan hand hygiene yang telah diajarkan - Klien memahami yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan
	<p>Intoleransi aktifitas b.d tirah baring</p>	<p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri di daerah operasi, klien mengatakan belum bisa banyak bergerak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien disarankan untuk tirah baring <p>A : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi</p>

		P : lanjutkan intervensi
	Diagnosa Bayi	
Hari ke-1 Senin, 21 Juni 2021	Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan bayi di observasi bersama klien diruang Flamboyan C - klien mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 37-38 Minggu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku: sedang, akral hangat - Reflek hisap kuat - Gerak bayi aktif - Tidak ada sianosis - BAB/BAK bayi (+) - Tali pusat bersih dan Masih Basah - S = 36,2°C - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - N: 144x/m, RR: 42x/m - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
	Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir	S :

	(D.0140)	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi di observasi bersama klien setelah lahir diruang Flamboyan C - Klien mengatakan bayi aktif bergerak - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu bayi: 36,2°C, - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko hipotermia belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
	Diagnosa Ibu	
Hari ke-2 Selasa, 22 Juni 2021	Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (D.0056)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah operasinya, ASI keluar lancar, - Klien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri secara perlahan - Klien mengatakan sambil dibantu suami

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 110/80 mmHg, - N: 80x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - skala nyeri 5. - Klien sudah mampu bergerak miring kanan dan kiri secara perlahan <p>A : masalah Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
	<p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinias <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan hand hygiene yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>

	Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi - Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang pasca pemberian obat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 110/70 mmHg, - N: 76x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4 <p>A : Masalah Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
	Diagnosa Bayi	
Hari ke-2 Selasa , 22 Juni 2021	Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis (D.0142)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui - klien mengatakan bayi di observasi bersama klien diruang Flamboyan C - klien mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 37-

		<p>38 Minggu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,2°C, - N: 142x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan bayi di observasi bersama di Flamboyan C setelah lahir, klien mengatakan bayi lahir dengan usia kandungan 37-38 Minggu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,2°C, - N: 142x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur

		<p>A : Masalah resiko hipotermi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
	Diagnosa Ibu	
<p>Hari Ke-3 Rabu, 23 Juni 2021</p>	<p>Intoleransi Aktivitas b.d Tirah Baring (D.0056)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah bisa duduk,miring kanan dan kiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 125/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4 <p>A : masalah Intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
	<p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure Invasive (D..0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinis - Klien mengatakan bahwa perawat yang berdinis memberitahukan tidak ada masalah ataupun tanda infeksi pada luka bekas operasi

	<p>Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan hand hygiene yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan - luka tidak merembes,tidak kotor, perban terlihat masih bersih (pernyataan kakak yang berdinasi yang telah memonitor). <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada luka post sc yang dialami sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 120/80 mmHg, - N: 82x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,2°C - Skala nyeri 4
--	---	--

		<p>A : masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
	Diagnosa Bayi	
<p>Hari ke-3 Rabu, 23 Juni 2021</p>	<p>Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis (D.0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui,reflek menghisap kuat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,4°C, - N: 142x/m, RR: 42x/m - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p>
	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui,reflek menghisap kuat - Klien mengatakan bayi tidak terasa kedinginan <p>O :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda hipotermia - suhu bayi: 36,4°C, - N: 142x/m, RR: 42x/m - Bayi dalam pelukan ibu tertidur
Hari ke 4 Kamis 24 Juni 2021	<p>Intoleransi Aktivitas</p> <p>b.d Tirah Baring (D.0056)</p> <p>Resiko Infeksi b.d Efek Prosedure</p>	<p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa duduk dan bergerak miring kanan,miring kiri dan mampu berjalan ke kamar mandi sendiri - Klien mengatakan ASI nya lancar, bayi menghisap dengan kuat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit meringis menahan sakit pada luka operasinya - TD: 125/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,5°C - Skala nyeri 4 <p>A : masalah intoleransi aktivitas teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>

	<p>Invasive (D..0142)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc - Klien mengatakan jahitan luka bekas operasi sudah dimonitor oleh perawat wanita yang berdinis - Klien mengatakan bahwa perawat yang berdinis memberitahukan tidak ada masalah ataupun tanda infeksi pada luka bekas operasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan hand hygiene yang telah diajarkan - Inspeksi kondisi luka tidak dilakukan
	<p>Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik (D.0077)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - luka tidak merembes,tidak kotor, perban terlihat masih bersih (pernyataan kakak yang berdinis yang telah memonitor). <p>A : masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan rasa nyeri pada bagian bekas operasi berkurang

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan diperbolehkan untuk pulang besok pagi sekitar pukul 08:00 WITA <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sedikit menahan sakit pada luka operasinya.
Hari ke 4 Kamis 24 Juni 2021	<p>Diagnosa Bayi</p> <p>Resiko infeksi b.d pertahanan imunologis</p> <p>(D.0142)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mmHg, - N: 84x/menit, - RR: 20x/menit, - S: 36,7°C, - KU: sedang, - skala nyeri 3. <p>A : masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan (pasien pulang)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui,reflek menghisap kuat
	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, - suhu bayi: 36,4°C, - N: 144x/m, RR: 40x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : masalah resiko infeksi teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan suhu bayinya tidak merasa dingin
<p>Hari ke-5 Jum'at 25 Juni 2021</p>	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bayi nya aktif bergerak - Klien mengatakan bayinya aktif menyusui,reflek menghisap kuat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tali pusat tampak masih basah, bersih, tidak ada

		<p>tanda-tanda infeksi,</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu bayi: 36,4°C, - N: 144x/m, RR: 40x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : masalah resiko hipotermia teratasi sebagian</p>
<p>Hari ke-6 Sabtu 26 Juni 2021</p>	<p>Resiko Hipotermia b.d Bayi baru lahir (D.0140)</p>	<p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah - Klien mengatakan ASI nya lancer, bayi menghisap dengan kuat - Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah <p>O .:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suhu bayi: 36,5°C, - N: 144x/m, RR: 42x/m - Tidak ada tanda hipotermi - Bayi dalam pelukan ibu tertidur

		<p>A : Masalah resiko hipotermi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan tidak ada kendala terhadap bayinya saat dirumah- Klien mengatakan ASI nya lancar, bayi menghisap dengan kuat- Klien mengatakan mengecek suhu tubuh bayi dengan thermometer dirumah <p>O .:</p> <ul style="list-style-type: none">- suhu bayi: 36,5°C,- N: 144x/m, RR: 42x/m- Tidak ada tanda hipotermi- Bayi dalam pelukan ibu tertidur <p>A : Masalah resiko hipotermi teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
--	--	--

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel 4.5 dijelaskan evaluasi hasil yang diperoleh klien 1 dan 2 memiliki perbedaan. Pada klien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan. Pada klien 1 dan bayinya, dx 1, dx 2, dx 3, dan dx 4 teratasi pada hari ke 3, dx 5 dan dx 6 teratasi pada hari ke 2, dan dx 7 teratasi pada hari ke 6. Sedangkan pada klien 2 dan bayinya, dx 1, dx 2, dx 3, dan dx 4 teratasi pada hari ke 4, dan dx 5 teratasi pada hari ke 6.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori yang terkait dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 beserta bayinya dengan kondisi Post Sectio Caesarea. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 6 hari yang dilakukan pada Ny.R sejak tanggal 21 April sampai dengan 2 Mei 2021 di ruang Anggrek hitam lantai 5 dan Ny.A sejak tanggal 21 Juni sampai dengan 26 Juni 2021 Flamboyan C RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dimana pembahasan ini sesuai dengan tahapan melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan implementasi, hingga proses evaluasi keperawatan. Pendekatan tersebut untuk memenuhi kebutuhan klien yang meliputi bio, psiko, sosio, spritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.



1. Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Post *Sectio Caesarea* ini peneliti memperoleh data hasil pengkajian pada kedua klien yang membahas tentang kesiapan ibu pasca partum apakah ibu mampu merawat bayinya atau tidak.

Klien 1 berusia 28 tahun pendidikan terakhir S1 dengan pekerjaan sebagai karyawan swasta (spg mitsubishi), dan klien 2 berusia 32 tahun pendidikan terakhir SLTA dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Kedua klien merupakan post setio caesarea.

Bayi Klien 1 berjenis kelamin laki-laki, Sedangkan bayi klien 2 berjenis kelamin perempuan. keadaan bayi sama-sama berusia 0 hari dan dalam kondisi sehat. Adapun riwayat Bayi Klien 1 yaitu BB lahir 3100 gram, Panjang Badan 49 cm, Lingkar Kepala 35 cm, Lingkar Dada 32 cm, warna tubuh dan ekstremitas bayi pink, mekonium telah keluar 1 jam setelah kelahiran, bayi menangis kuat, reflek menggenggam baik, reflek menghisap baik, pernapasan 42 kali / menit, nadi 144 kali / menit, suhu 36,8°C, nilai AFGAR SCORE 8 dan Bayi Klien 2 berjenis perempuan yaitu BB lahir 3100 gram, Panjang Badan 45 cm, Lingkar Kepala 35 cm, lingkar dada 32 cm, mekonium telah keluar 1 jam setelah kelahiran, bayi mnangis kuat, reflek bayi, reflek menggenggam baik, reflek menghisap baik, pernapasan 42 kali / menit, nadi 148 kali / menit, suhu 36,8°C, dan



nilai AFGAR SCORE 8.

Berdasarkan teori ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 40 minggu dengan berat badan lahir 2500 sampai dengan 4000 gram, panjang badan 41-52 cm, lingkar kepala 33-35, qlingkar dada 30-38, detak jantung bayi 120-140 kali/menit, frekuensi pernapasan 40-46 kali / menit, rambut lanugo sudah tidak terlihat, rambut kepala sudah muncul, warna kulit badan merah muda dan licin, memiliki kuku yang agak panjang dan lemas, reflek menghisap dan menelan sudah baik ketika dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), reflek gerak memeluk dan menggenggam sudah baik, mekomium akan keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir, pada anak laki-laki testis sudah turun kemudian pada anak perempuan labia mayora melindungi labia minora, menangis spontan kurang dari 30 detik setelah lahir dengan nilai AFGAR antara 7-10 (Wigyo & Putrono, 2016).

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 1 dan 2 ditemukan adanya masalah nyeri akut karena post pembedahan dari sectio caesarea, berdasarkan teori yang ada menurut (Baradero, 2009) Sectio caesarea merupakan pembedahan yang bisa menimbulkan stres fisiologis (respon neuroendokrin) Salah satu stres fisiologis adalah nyeri yang dapat diapresiasi dalam skala nyeri untuk menunjukkan derajat nyeri yang dialami.

Dampak negatif paling banyak mempengaruhi kondisi ibu



post partum melalui *sectio caecarea* yaitu merasakan rasa nyeri berat yang dapat memengaruhi kondisi psikologis (Leniwita at all, 2015), selain itu beresiko ibu juga akan mengalami infeksi. adapun penyebab dari nyeri karena dilakukannya tindakan pasca pembedahan.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 1 dan 2 ditemukan adanya masalah resiko infeksi. Setiap tindakan operasi selalu diikuti oleh kontaminasi bakteri, sehingga menimbulkan infeksi makin meningkat apabila didahului keadaan umum yang rendah yaitu anemia saat hamil, sudah terdapat manipulasi intrauterine, dan sudah terdapat infeksi sejak awal, pelaksanaan operasi persalinan yang kurang sterilisasi bahkan perlukaan operasi yang menjadi jalan masuk bakteri pada *sectio cesarea*.

- f. Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 1 dan 2 ditemukan adanya masalah intoleransi aktifitas karena klien diharuskan untuk bedrest selama 8 jam setelah dilakukan *sectio caesarea*, dalam proses operasi *sectio caesarea* dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan klien mengalami masalah intoleransi aktifitas. adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas, setelah operasi, klien harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung



jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. klien diharuskan miring kanan dan kiri yang dapat dimulai sejak 6 - 10 jam setelah operasi.

. Setelah 24 jam klien dianjurkan belajar duduk, kemudian dilanjutkan dengan belajar berjalan.

Kasus bayi klien 1 dan klien 2 dalam keadaan dimana tali pusat masih basah, bayi klien 1 dan 2 sudah dapat BAK dan BAB. Pada Bayi klien 1 & 2 muncul masalah resiko infeksi dan resiko hipotermia, menurut teori bayi yang mengalami komplikasi infeksi ringan sampai sepsis dapat mengalami kematian. Adapun menurut teori (Wigiyo & Putrono, 2016). dimana perawatan bayi baru lahir normal adalah segera setelah bayi lahir, bayi akan berada ditempat yang suhu lingkungannya lebih rendah dari lingkungan dalam rahim. bila bayi dibiarkan dalam suhu kamar (25°C) maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan), konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, sedangkan pembentukan panas yang dapat di produksi hanya per sepuluh dari jumlah kehilangan panas di atas, dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. disinilah peran perawat diperlukan dalam perawatan bayi.

2. Diagnosa Keperawatan



Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam kasus asuhan keperawatan pada klien post *sectio caesarea* dengan bayi besar menegakkan masalah keperawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan.

Menurut Nurarif & Kusuma (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada 5 diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien post partum *sectio caesarea* yaitu :Nyeri akut b.d agen pencedera fisi, resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan, resiko infeksi b.d efek procedure invasive, intoleransi aktifitas b.d tirah baring, dan defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi.

Pada penelitian ditemukannya masalah keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dari hasil pengkajian menunjukkan adanya masalah keperawatan yang sama antara kedua klien dan adapula masalah keperawatan yang muncul berbeda antara klien 1 dan klien 2.



Diagnosa yang pertama kali ditemukan pada kedua klien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat dilokasi pembedahan sc, nyeri seperti teriris-iris, nyeri timbul saat bergerak. Data objektif didapatkan pada kedua klien yaitu klien tampak meringis menahan sakit, terdapat luka insisi di perut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc, luka tidak merembes, tidak ada tanda-tanda inflamasi, skala nyeri 6.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif seperti mengeluh nyeri, sementara data objektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah tampak meringis, frekuensi nadi meningkat. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Hal ini sesuai dengan teori gejala dan tanda mayor minor yang terjadi pada kedua klien yang memenuhi kriteria tersebut.

Diagnose keperawatan kedua yang muncul pada kedua klien



adalah resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri diperut bagian bawah tepat dilokasi pembedahan sc, nyeri seperti teriris-iris. Data objektif didapatkan pada kedua klien yaitu tampak adanya luka insisi di perut bagian bawah tepat di lokasi pembedahan sc, luka tidak merembes, luka tidak kotor, dan tidak ada nanah, hasil leukosit diatas normal.

Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Penyebab yang dapat ditemukan berupa Tindakan invasive, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (mis. Gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, ketuban pecah sebelum waktunya, statis cairan tubuh)(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan ketiga yang muncul pada klien 1 namun tidak muncul pada klien 2 adalah Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan reflex oksitosin, Pada klien 1 muncul masalah karena ibu mengatakan pengeluaran ASI hanya sedikit dan belum tahu mengenai perawatan payudara dan manajemen laktasi yang benar.

Masalah menyusui tidak efektif pada klien, saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan pengeluaran ASI hanya sedikit dan belum tahu mengenai perawatan payudara dan



manajemen laktasi yang benar. Sementara data objektif didapatkan bayi klien rewel dan menangis dalam jam pertama setelah menyusui.

Menyusui tidak efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan keempat yang muncul pada kedua klien adalah masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring. Pada klien muncul masalah intoleransi aktifitas karena ibu mengatakan belum bisa banyak bergerak karena diharuskan bedrest selama 8 jam setelah dilakukan *sectio caesarea*.

Masalah intoleransi aktifitas pada klien, saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan belum bisa banyak bergerak karena diharuskan bedrest selama 8 jam oleh dokter setelah dilakukan *sectio caesarea*. Sementara data objektif didapatkan klien dianjurkan tirah baring.

Intoleransi aktifitas yaitu ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif seperti mengeluh lelah, sementara data objektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah frekuensi jantung meningkat dari kondisi



istirahat. Sedangkan kriteria minornya berupa data subjektif seperti merasa lemah, sementara data objektif yang dapat ditemukan adalah tekanan darah berubah dari kondisi istirahat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Adapun masalah keperawatan yang muncul pada klien 1 tetapi tidak muncul pada klien 2 yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (edukasi tentang post section caecarea) karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien 1 mengatakan belum mempunyai pengalaman dan belum mendapatkan edukasi post *section caecarea*, sedangkan pada klien 2 mengatakan ini adalah anak keempatnya, sehingga klien memiliki pengalaman sebelumnya. Data objektif didapatkan pada klien 1 yaitu tampak aktif bertanya dan selalu menanyakan tentang edukasi post *section caecarea*.

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif seperti menanyakan masalah yang dihadapi, sementara data objektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, Menunjukkan perilaku berlebihan



(mis : apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Hal ini sesuai dengan teori gejala dan tanda mayor minor yang terjadi pada kedua klien yang memenuhi kriteria tersebut.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Bayi Baru Lahir yaitu: resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis, dan resiko hipotermi berhubungan dengan bayi baru lahir.

Diagnosa keperawatan pertama yang muncul pada kedua bayi adalah resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan imunologis, karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pada bayi klien 1 yaitu di observasi diruang bersama klien diruang Anggrek hitam lantai 5, sedangkan bayi klien 2 di observasi diruang Flamboyan C.

Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Penyebab yang dapat ditemukan berupa Tindakan invasive, malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (mis. Gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, ketuban pecah sebelum waktunya, statis cairan tubuh) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian pada klien 1 didapatkan 5 diagnosa keperawatan dan klien 2 didapatkan 3 diagnosa keperawatan. Pada klien 1 diagnosa



keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif, intoleransi aktifitas, dan defisit pengetahuan. Sedangkan pada klien 2 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, resiko infeksi, dan intoleransi aktivitas. Sedangkan untuk diangosa pada bayi klien 1 didapatkan 2 diagnosa yaitu resiko infeksi dan resiko hipotermi. Sedangkan pada bayi klien 2 didapatkan 2 diagnosa yaitu resiko infeksi dan resiko hipotermi.

Diagnosa yang muncul pada klien berbeda dengan teori yang ada, berarti terdapat kesenjangan antara teori dan actual, itu terjadi karena tidak selalu masalah yang muncul sesuai dengan teori, kembali lagi dari kondisi klien dan berdasarkan asumsi peneliti tidak memunculkan diagnosa sesuai dengan tinjauan teori dikarenakan data yang diperoleh tidak menunjukkan adanya tanda-tanda yang mendukung diagnose ini dimunculkan.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Bararah & Jauhar, 2013).

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dibuat



setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari : menentukan prioritas diagnose keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, merumuskan intervensi dan tindakan keperawatan.

Adapun tujuan yang ingin dicapai dari perencanaan yang telah ditetapkan pada klien 1 adalah melaporkan bahwa keluhan nyeri menurun, Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri, mampu beraktifas kembali, tidak ada keterbatasan dalam rentan gerak, menunjukkan gejala bebas dari infeksi, mengetahui cara perawatan payudara, mampu melakukan pijat oksitosin dan manajemen laktasi yang benar untuk bayinya. Sedangkan tujuan yang ingin dicapai dari perencanaan yang telah ditetapkan pada pasien 2 adalah melaporkan bahwa keluhan nyeri menurun, Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri, mampu beraktifas kembali, tidak ada keterbatasan dalam rentan gerak, menunjukkan gejala bebas dari infeksi.

Tujuan yang ingin dicapai dari perencanaan yang telah ditetapkan pada bayi pasien 1 dan 2 sama yaitu tidak ada tanda-tanda infeksi dan tidak ada tana hipotermia. Perencanaan yang telah dibuat pada bayi klien 1 dan klien 2 ada modifikasi, intervensi tidak sesuai dengan diagnose yang muncul dari awal yang telah dibuat.



4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kolaborasi dan tindakan rujukan/ketergantungan (Bararah & Jauhar, 2013)..

Peneliti melakukan implementasi sama antara klien 1 dan klien 2. Sedangkan peneliti melakukan implementasi yang sama antara by klien 1 dan by klien 2 dengan tindakan yaitu mengkaji adanya tanda-tanda infeksi dan tanda hipotermia.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan bertujuan untuk menilai hasil akhir dari seluruh tindakan keperawatan telah dilakukan dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya (Bararah & Jauhar, 2013).

BAB V



KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada ibu post sectio caesarea Ny.R dan Ny. A di Anggrek Hitam Lantai 5 dan Flamboyan C di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 ibu post sectio caesarea. Pada klien 1 dan klien 2 adalah ibu multipara, dari kedua klien menunjukkan adanya tanda gejala masalah. Pada klien 1 ditemukan masalah menyusui tidak efektif dan defisit pengetahuan dikarenakan klien 1 belum memiliki pengalaman edukasi dalam melakukan perawatan payudara, pijat oksitosin, manajemen laktasi yang benar dan edukasi tentang post section caecarea tetapi masalah tersebut tidak ditemukan pada klien 2.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 ibu post *sectio caesarea*. Pada klien 1 ditemukan 4 diagnosa keperawatan sesuai dengan teori penunjang.

Pada klien 2 ditemukan 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan teori penunjang. Pada kedua bayi ditemukan 1 diagnosa sesuai dengan teori penunjang dan 1 diagnosa yang tidak sesuai dengan



penunjang.

3. Intervensi

Perencanaan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 ibu post sectio caesarea. Intervensi keperawatan dilakukan ada yang tidak sesuai dengan intervensi sehingga mengalami penambahan intervensi sesuai dengan diagnose yang di tegakkan. Sedangkan diagnosa untuk kedua bayi juga ada yang tidak sesuai dengan intervensi teori sehingga mengalami penambahan intervensi sesuai dengan diagnose yang di tegakkan.

4. Implementasi

Pelaksanaan tindakan pada klien 1 dan 2 ibu post sectio caesarea. Implementasi yang dilakukan bagaimana kita sebagai perawat mampu membantu peran ibu tersebut dalam merawat bayinya dan kita juga melihat peran ayah tersebut apakah bisa membantu ibu dalam menjalankan tugasnya sebagai seorang ibu. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan tidak sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan pada klien 1 dan 2 ibu post sectio caesarea. Pada klien 1 dan bayinya dari 7 masalah keperawatan teratasi semua yaitu nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif, intoleransi aktivitas, deficit pengetahuan, resiko infeksi dan resiko hipotermia. Pada klien 2 dan bayinya dari 5 masalah



keperawatan teratasi semua yaitu nyeri akut, resiko infeksi, intoleransi aktivitas, resiko infeksi dan resiko hipotermia. Dapat disimpulkan klien 1 dan 2 beserta bayinya telah mendapatkan bantuan atau pertolongan sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh pasien.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada penelitian selanjutnya dalam melakukan penelitian pada Klien Post Sectio Caesarea.

2. Bagi Perawat Ruangan

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang asuhan keperawatan pada Klien Post Sectio Caesarea di Ruang Anggrek hitam lantai 5 dan Flamboyan C di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dalam keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien ibu post sectio caesarea dan juga memacu pada penelitian selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada Klien Post Sectio Caesarea.



DAFTAR PUSTAKA

- Bobak. (2010). Konsep Post Partum. *Post Partum*, 3(2), hal 9–16.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018a). Laporan Riskesdas Provinsi Kalimantan Timur.
- Jitowiyono, Sugeng dan Weni Kristiyanasari. (2010). *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Laporan Provinsi Kalimantan Timur RISKESDAS 2018*, 61–65.
- <https://drive.google.com/drive/folders/1XYHFQuKucZlwmCADX5ff1aDhfJgqzll>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2018b). *Riskesdas Nasional*, hal 395.
- Leniwita H & Anggraini Y. (2015). *Modul Keperawatan Maternitas 2019*.
- Lisa Margareta. (2017). *Konsep Dasar Post Partum*.
- Manuaba, IBG, dkk. (2013). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*.
- Maryunani, A. (2016). *Manajemen Kebidanan*.



Nurdiantini, I., Prastiwi, S., & Nurmaningsari, T. (2017). Perbedaan Tingkat Nyeri Persalinan pada Ibu Primipara dengan Ibu Multipara pada Kala I Persalinan di Rumah Sakit Paru Batu Kota Batu. *Journal Nursing News*, 2(1), (511–523).

Setyaningrum, W. (2015). *Asuhan Keperawatan Post Partum*. Jakarta: hal 9–58.

Suherni. (2009). *Asuhan Post Partum*. hal 7–37.

Supriyanti, E. (2017). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan

Intesitas Nyeri Pada Pasien Postpartum Normal Di RSUD Kota Semarang.

Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan.

<https://doi.org/10.33655/mak.v1i1.3>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

World Health Organization. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*.

Yaeni, M. (2013). Analisa indikasi dilakukan persalinan sectio caesarea di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 1(1), 8–10.
http://eprints.ums.ac.id/25659/12/NASKAH_PUBLIKASI.pdf

FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN IBU POST PARTUM / POST SC DENGAN
MENGGUNAKAN TEORI MODEL RAMONA T MERCER

Identitas		Keterangan
1.	Nama	
2.	Umur	
3.	Pendidikan	



4.	Pekerjaan	
5.	Status pernikahan	
6.	Pernikahan ke	
7.	Lama pernikahan	
8.	Agama	
9.	Suku	
10.	No. RM	
11.	Sumber informasi	
12.	Tanggal pengkajian	
Antisipatori Status Kesehatan		
a.	Alasan Kunjungan	
b.	Keluhan utama	
c.	Riwayat kesehatan	

	yang lalu	
	2. Riwayat obstetri dan ginekologi	
a.	Riwayat haid	
b.	Riwayat perkawinan	
c.	Riwayat KB	
d.	Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu	
e.	Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang	
	3. Pemenuhan kebutuhan dasar Manusia	
a.	nutrisi	
b.	eliminasi	

c.	Oksigenasi	
d.	Aktivitas dan istirahat	
	4. Dukungan sosial	
a.	Dukungan emosi	
b.	Dukungan informasi	
c.	Dukungan fisik	
d.	Dukungan penghargaan	
	5.fungsi keluarga	
	6.fungsi budaya	
	7. Stress	
	8. pemeriksaan	

	fisik ibu	
a.	Mata	
b.	payudara	
c.	abdomen	
d.	Genitalia	
e.	Ekstremitas	
	B. FORMAL	
a.	Riwayat persalinan saat ini	
b.	Pengkajian bayi	
1).	Nama : Tempat tanggal lahir : Umur : Jenis Kelamin: Kondisi umum:	
2).	Riwayat kelahiran	

3).	Pemeriksaan refleks	
4)	Pemeriksaan fisik	
a) .	Kepala	
b).	punggung	
c).	thorak	
d).	Abdomen	
e).	Ekstremitas	
f).	Alat reproduksi / genetalia	
g).	Fungsi eliminasi	
5).	Usia kematangan bayi berdasarkan New ballard,s Score kematangan fisik	
a).	Kematangan fisik	
b)	Kematangan neuromuskul er	
	6) Pola	

	fungsi kesehatan bayi	
a).	Nutrisi dan metabolisme	
b).	eliminasi	
c).	Istirahat dan tidur	
d).	Aktivitas dan latihan	
C.Aspek Psikososial Ibu		
1)	Empati sensitivitas terhadap isyarat bayi	
2)	Konsep Diri	
a)	Identitas diri	
.		
b)	Harga diri	
.		
c)	Peran	
.		
d)	Ideal diri	
.		
e)	Citra tubuh	
.		
3)	Kesesuaian antara harapan	

	dan kenyataan	
4)	Sikap ibu terhadap persalinan dan merawat bayi	
5)	Pengalaman melahirkan	
6)	Kecemasan	
7)	Depresi	
8)	Konflik peran	
9)	fleksibilitas	
	Peran ayah selama dan sesudah kelahiran	
	C. INFORMAL	
1.	Orang yang terlibat dalam perawatan bayi	
2.	Peran dalam perawatan bayi	
3.	Pengalaman dalam perawatan bayi	

4.	Harapan untuk perawatan bayi	
	D. PERSONAL	
a.	Pandangan ibu terhadap perannya	
b.	Pengalaman masa lalu yang mempengaruhi peran ibu	
c.	Pencapaian peran ibu	



22 Feb 2021	Saran Pembimbing	Saran pembimbing Mengizinkan dengan judul kasus Baru		
6 Maret 2021	LBM	Bab 1 Revisi Penulisan masalah		
7 Maret 2021	LBM Bab 1	Revisi LBM Saran Mengganti judul kasus		
19 April 2021	Bab 1 Bab 3	Revisi Penulisan Kata pengantar Mengganti kata Pengantar		
19 Juli 2021	Membahas RPS	Perbaiki penulisan RPS lengkapi penulisan dan Isinya		

Rabu 21 Juli 2021	21 Juli 2021 Membahas Data fokus	<ul style="list-style-type: none"> - Membahas Sesuai Isi antara data fokus dgn Rps - Minggu depan Sudah Mulai Bab 4 			C/Ag
28 Juli 2021	Membahas Astep	<ul style="list-style-type: none"> - SOAP dibuat Sesuai Kondisi klien dan Kriteria Hasil 			C/Ag
29 Juli 2021	Bab 4 - Bab 5	<ul style="list-style-type: none"> - Kirim Softfile - perhatikan Pengetikan - Menggunakan Kesimpulan tiap pembahasan 			

Ketua Program Studi D III Keperawatan
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP. 196803291994022001



Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM
PRODI D-III KEPERAWATAN



LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Jordy Ryan elvano
NIM : 20220148089
PEMIMBING I : Dr.Hj.Nina Mardiana, S.pd., M. Kes
PEMIMBING II : Ns. Grace C Sipoosuta, M. Kep. Sp. Kep. Mat

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	10 Februari 2021	Judul dan Latar belakang Masalah	Judul meliputi : Subjek, Variabel bebas, Variabel terikat		
2.	11 Februari 2021	Bab 1 LBM	-Perbaiki Sesuai Saran -Susun LBM Kembali Piramida Terbalik	ibu g	
	20 Februari 2021	LBM Bab 1	-ganti judul Saran pembimbing karena sulit untuk pra dalam menangani kasus LBM on pasien		