

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS POST *SECTIO CAESAREA*
DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA



Oleh :

KHAIRITA SILVANA SOFYAN

NIM. P07220116016

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2019

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS POST *SECTIO CAESAREA*
DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE

SAMARINDA

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



Oleh :

KHAIRITA SILVANA SOFYAN

NIM. P07220116016

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN
Tanggal 27 Mei 2019

Oleh

Pembimbing



Ns. Nilam Noorma, S. Kep., M. Kes
NIDN: 4005028002

Pembimbing Pendamping



Nursari Abdul Syukur, M. Keb
NIDN: 4019057801

Mengetahui,

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



Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep
NIP. 19680329199402201

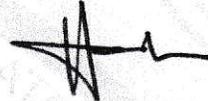
Karya Tulis Ilmiah
Asuhan Keperawatan pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea
di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Telah Diuji
Pada tanggal 27 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Dr. Hj. Endah Wahyutri, S.Pd., M. Kes
NIDN. 4028016501



(.....)

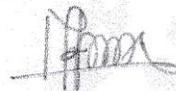
Penguji Anggota:

1. **Ns. Nilam Noorma, S.Kep., M.Kes**
NIDN. 4005028002



(.....)

2. **Nursari Abdul Syukur, M.Keb**
NIDN. 4019057801



(.....)

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. 196508251985032001


Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep
NIP. 19680329199402201

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Khairita Silvana Sofyan
Tempat/Tanggal Lahir : Samarinda, 06 September 1998
Agama : Islam
Alamat : Jl. Lambung Mangkurat Gg. 10 RT.10 No.
11 Kel. Pelita Kec. Samarinda Ilir

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003 - 2004 : TK Islam Al-Jawahir Samarinda
2. Tahun 2004 - 2010 : SD Islam Al-Jawahir Samarinda
3. Tahun 2010 - 2013 : MTs Negeri Model Samarinda

4. Tahun 2013 - 2016 : MAN 2 Samarinda

5. Tahun 2016 - Sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
Samarinda Poltekkes Kalimantan Timur



KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Post *Sectio Caesarea* di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Sholawat serta salam juga tidak lupa penulis sampaikan kepada junjungan Nabi kita Muhammad SAW. Karena berkat rahmat dan hidayahnyalah yang menghantarkan kita semua dari jalan yang gelap gulita menuju kejalan yang terang benderang seperti saat ini.

Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dalam rangka sebagai rangkaian ujian akhir program Diploma III Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur, serta kewajiban penulis sebagai mahasiswa yang memiliki kewajiban terhadap pentingnya sebuah penelitian yang harus dan terus dikembangkan mengingat kemajuan teknologi yang semakin tinggi, perlu pula di tunjang oleh minat dan bakat mahasiswa melalui studi kasus seperti ini.

Dalam upaya menyelesaikan karya tulis ini, penulis banyak dapat mendapat bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan akal dan pikiran yang jernih serta kesabaran dalam penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak H. Supriadi, S. Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ibu Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ibu Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Ibu Dr. Hj. Endah Wahyutri, S. Pd., M. Kes, selaku Penguji Utama yang telah memberikan masukan dalam penulisan riset.
6. Ibu Ns. Nilam Noorma, S. Kep., M. Kes, selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset.
7. Ibu Nursari Abdul Syukur, M. Keb, selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset.
8. Para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
9. Bapak Supriansyah dan Ibu Rusdiana yang selalu memberikan do'a dan motivasi yang tiada henti-henti, serta dukungan baik moril maupun materiil.

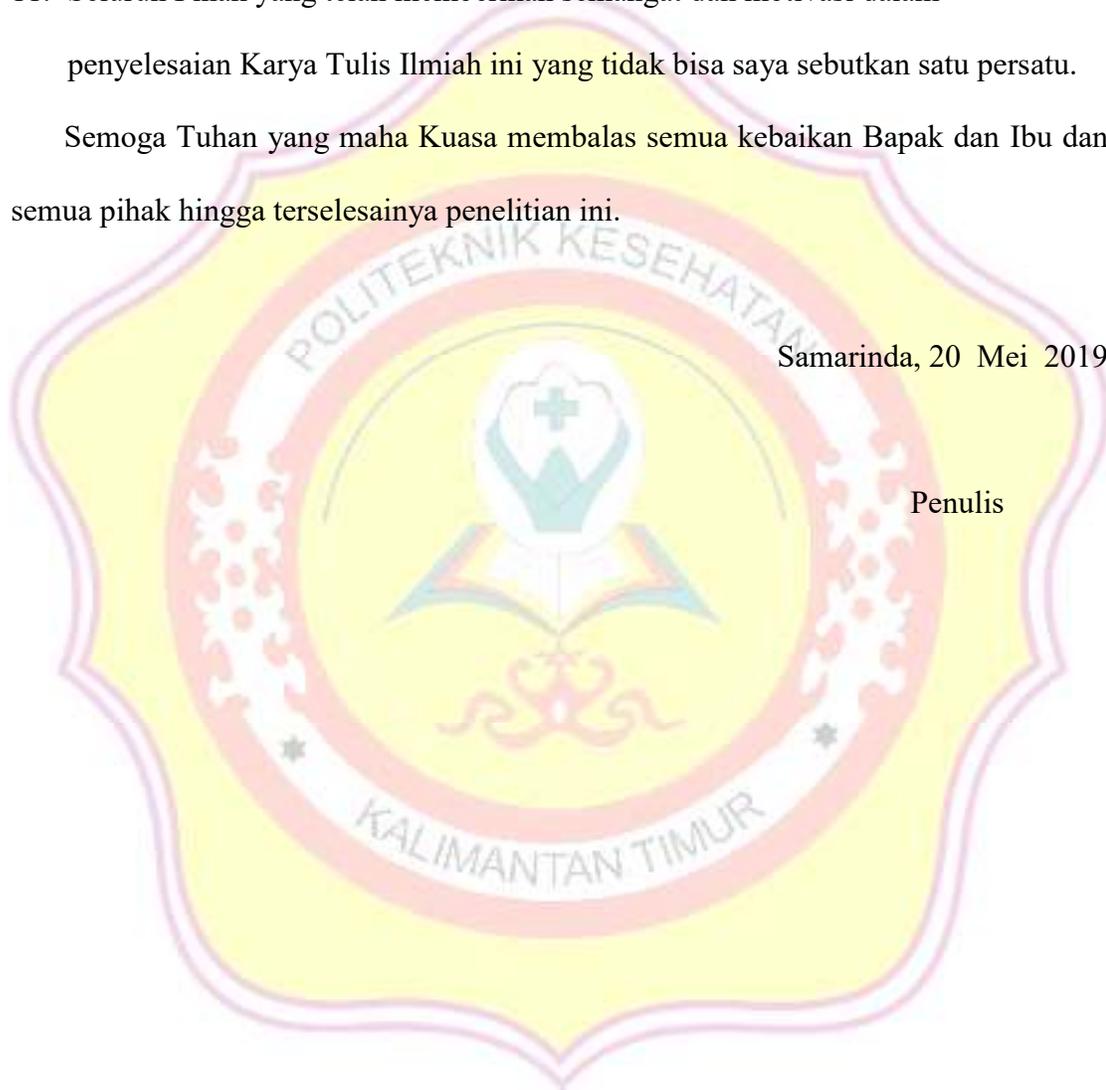
10. Rekan-rekan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D III Keperawatan angkatan 2016 khususnya tingkat III A yang telah memberi dukungan, masukan, juga kritik untuk laporan ini.

11. Seluruh Pihak yang telah memberikan semangat dan motivasi dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan yang maha Kuasa membalas semua kebaikan Bapak dan Ibu dan semua pihak hingga terselesainya penelitian ini.

Samarinda, 20 Mei 2019

Penulis



NURSING CARE IN MOTHERS WITH POST *SECTIO CAESAREAN* IN RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

Khairita Silvana Sofyan¹⁾, Nilam Noorma²⁾, Nursari Abdul Syukur³⁾

1) D-III Study Program Students in East Kalimantan Health Ministry Nursing Polytechnic

2) Lecturer in Nursing Department, East Kalimantan Polytechnic

3) Lecturer in Midwifery Department, East Kalimantan Polytechnic

ABSTRACT

Introduction: *Sectio caesarea* is a method of giving birth to a fetus by making an incision in the uterine wall through the front wall of the abdomen, *sectio caesarea* can also be defined as a hysterotomy to give birth to a fetus from the uterus. WHO data on labor rates with *sectio caesarea* in a country are around 5-15% per 1,000 births in the world.

Objective: The author can provide an overview of nursing care in caesarean mothers at the Abdul Wahab Hospital Sjahrnie Samarinda.

Method: Preparation of Scientific Writing uses descriptive methods in the form of case studies with a nursing process approach covering assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation and evaluation.

Results: After 3 days of nursing, the problems found in subject 1 were acute pain, ineffective breastfeeding, impaired physical mobility, and risk for infection, while for subjects 2, acute pain problems, knowledge deficits, impaired physical mobility, and risk for infection were found. From the results of this case study, the authors conclude that there are problems that are resolved and partially resolved. Then in most implementations it is in accordance with the predetermined plan.

Conclusion: Collaboration between health teams and patients / families is very necessary for the success of nursing care for patients, so that nursing problems in patients regarding acute pain, ineffective breastfeeding, knowledge deficits, impaired physical mobility, and risk of infection can be implemented properly and some problems can partially resolved to completion.

Suggestion: This case study is expected to be a reference in carrying out nursing care for postpartum mothers post *sectio caesarea*.

Keywords: Nursing care, *Sectio Caesarea*.

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU NIFAS POST *SECTIO CAESAREA*
DI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

Khairita Silvana Sofyan¹⁾, Nilam Noorma²⁾, Nursari Abdul Syukur³⁾

¹⁾ Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

²⁾ Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kaltim

³⁾ Dosen Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kaltim

ABSTRAK

Pendahuluan : *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Data WHO angka persalinan dengan *sectio caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1.000 kelahiran di dunia.

Tujuan : Penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada ibu nifas post *sectio caesarea* di RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

Metode : Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah yang ditemukan pada subjek 1 ialah nyeri akut, menyusui tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi sedangkan untuk subjek 2 ditemukan masalah nyeri akut, defisit pengetahuan, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi. Dari hasil studi kasus ini maka penulis menyimpulkan bahwa terdapat masalah yang teratasi dan teratasi sebagian. Kemudian dalam implementasi sebagian besar telah sesuai dengan rencana yang telah ditentukan.

Kesimpulan : Kerjasama antar tim kesehatan dan pasien/keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga masalah keperawatan pada pasien mengenai nyeri akut, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi dapat dilaksanakan dengan baik dan sebagian masalah dapat teratasi sebagian hingga tuntas.

Saran : Studi kasus ini diharapkan menjadi acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada ibu nifas post *sectio caesarea*.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Sectio Caesarea*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Halaman Kata Pengantar.....	vi
Halaman Abstrak.....	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Bagan	xiv
Daftar Tabel	xv
Daftar Lampiran	xvii
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Studi Kasus	5
1.4.1 Bagi Peneliti	5

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian	5
1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis <i>Sectio Caesarea</i>	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Patofis Eiologi	8
2.1.4 Pathway	9
2.1.5 Klasifikasi	10
2.1.6 Komplikasi	11
2.1.7 Penatalaksanaan Post Op	12
2.2 Dasar Teori Nifas	14
2.2.1 Pengertian	14
2.2.2 Periode Masa Nifas	15
2.2.3 Perubahan Fisiologis pada Ibu Nifas	16
2.2.4 Perubahan Psikologis pada Ibu Nifas	21
2.2.5 Kebutuhan dasar Ibu Nifas	21
2.3 Dasar Teori Ketuban Pecah Dini	25
2.3.1 Pengertian	25
2.3.2 Etiologi	26
2.3.3 Patofisiologi	27
2.3.4 Klasifikasi	28

2.3.5	Komplikasi.....	29
2.4	Dasar Teori CPD (<i>Cefalo Pelvik Disporpotion</i>)	30
2.4.1	Pengertian.....	30
2.4.2	Etiologi.....	31
2.4.2	Patofisiologi	32
2.4.3	Komplikasi	33
2.4.4	Penatalaksanaan	34
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	36
2.3.1	Pengkajian Keperawatan	36
2.3.2	Diagnosa Keperawatan.....	43
2.3.3	Perencanaan Keperawatan.....	46
2.3.4	Pelaksanaan Keperawatan	50
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	52
 BAB 3 METODE STUDI KASUS		
3.1	Pendekatan (Desain Studi Kasus)	53
3.2	Subyek Studi Kasus	53
3.3	Lokasi dan Waktu Studi Kasus	54
3.3.1	Waktu	54
3.3.2	Tempat.....	54
3.4	Batasan Istilah (Definisi Operasional)	54
3.5	Prosedur Penelitian.....	55
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	57

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	57
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	58
3.7 Uji Keabsahan Data.....	58
3.7.1 Data Primer.....	58
3.7.2 Data Sekunder	59
3.7.3 Data Tersier	59
3.8 Analisis Data	59
 BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	60
4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus	60
4.1.2 Gambaran Subyek Studi Kasus	61
4.1.3 Data Asuhan Keperawatan	62
4.2 Pembahasan.....	105
4.2.1 Pengkajian	105
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	108
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	111
4.2.4 Implementasi Keperawatan	115
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	120
4.3 Keterbatasan Penulisan	123

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	123
5.1.1 Pengkajian	123
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	123
5.1.3 Intervensi Keperawatan	125
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	125
5.1.5 Evaluasi Keperawatan	125
5.2 Saran.....	126
5.2.1 Bagi Peneliti	126
5.2.2 Bagi Perawat Ruangannya	126
5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	126

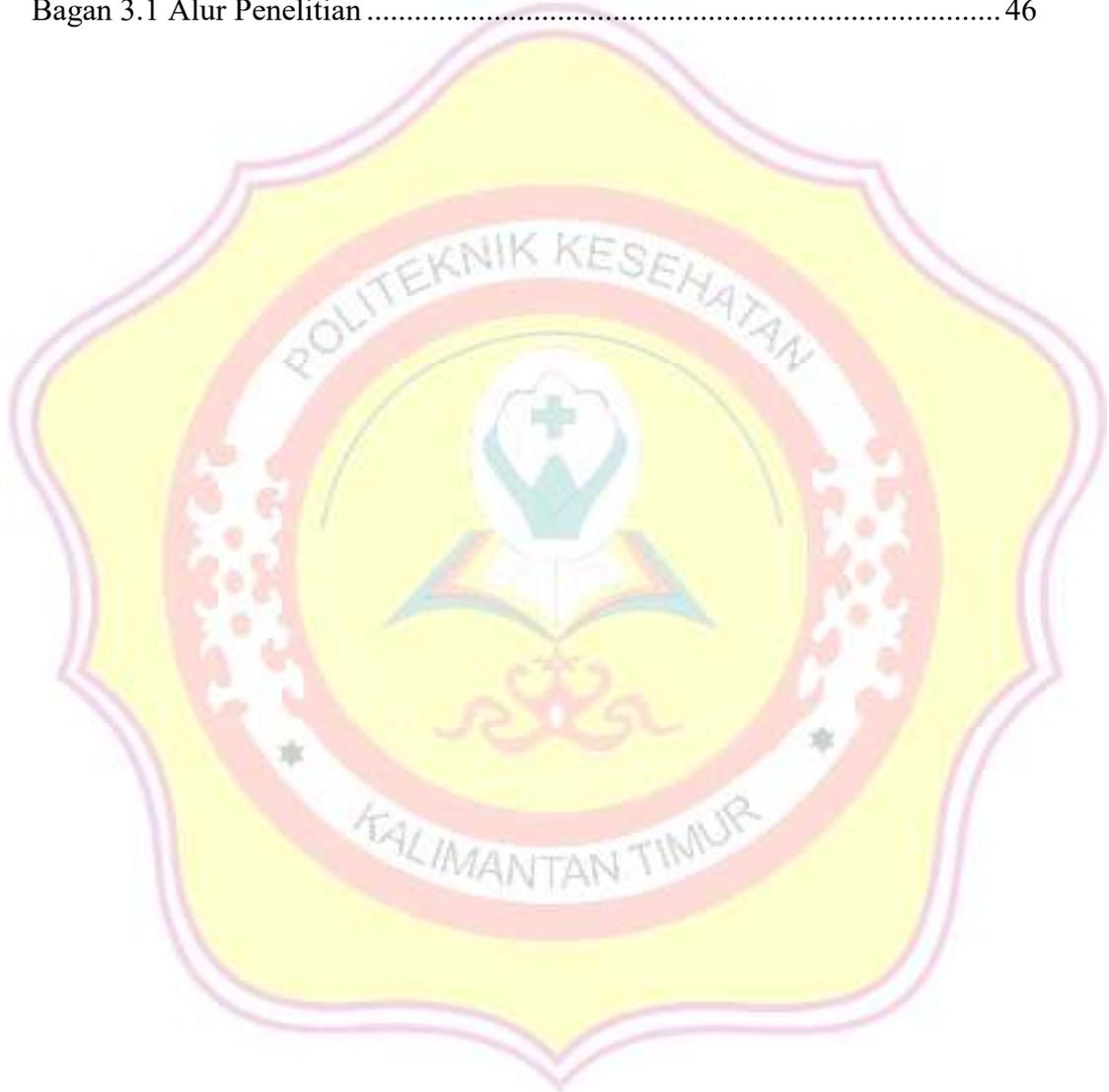
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway.....	9
Bagan 3.1 Alur Penelitian.....	46

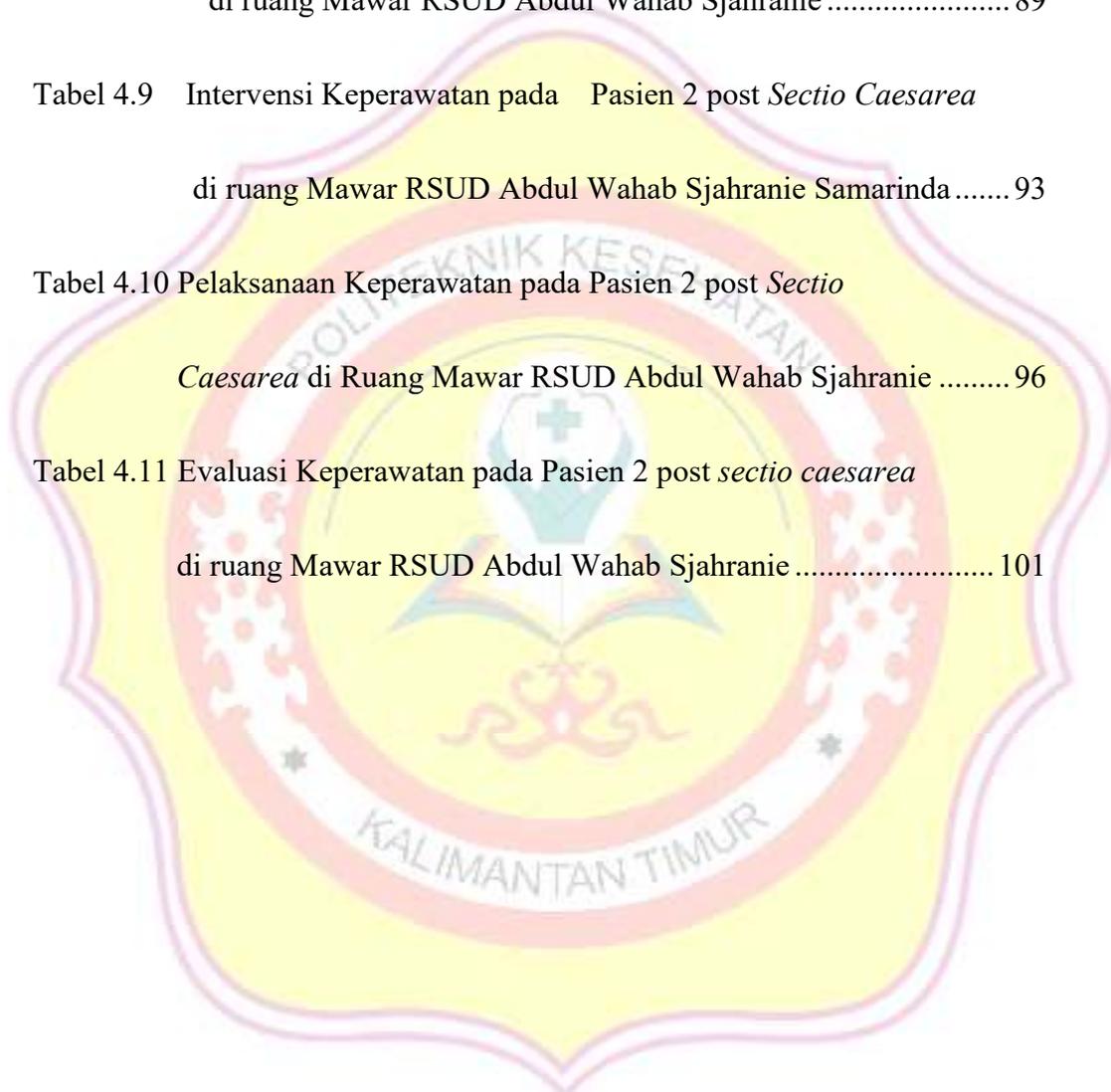


DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1	Perubahan Tinggi dan Berat Uterus Masa Nifas.....	16
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan.....	46
Tabel 4.1	Hasil Anamnesis Identitas Ibu Nifas Post <i>Sectio Caesarea</i> di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda....	63
Tabel 4.2	Hasil Pemeriksaan Fisik dan Pola-pola Fungsi Kesehatan pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	67
Tabel 4.3	Hasil pemeriksaan penunjang pada Ibu nifas post <i>Sectio Caesarea</i> di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie	76
Tabel 4.4	Penatalaksanaan/Terapi (Obat yang Diterima) pada Ibu Nifas Post <i>Sectio Caesarea</i> di Ruang Mawar Rsud Abdul Sjahranie Samarinda.....	77
Tabel 4.5	Diagnosa Keperawatan pada Ibu Nifas post <i>Sectio Caesarea</i> di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	78
Tabel 4.6	Intervensi Keperawatan pada Pasien 1 post <i>Sectio Caesarea</i> di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.....	81

Tabel 4.7	Pelaksanaan Keperawatan pada Pasien 1 post <i>Sectio Caesarea</i> di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie	84
Tabel 4.8	Evaluasi Keperawatan pada Pasien 1 post <i>sectio caesarea</i> di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie	89
Tabel 4.9	Intervensi Keperawatan pada Pasien 2 post <i>Sectio Caesarea</i> di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	93
Tabel 4.10	Pelaksanaan Keperawatan pada Pasien 2 post <i>Sectio Caesarea</i> di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie	96
Tabel 4.11	Evaluasi Keperawatan pada Pasien 2 post <i>sectio caesarea</i> di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie	101





DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian

Lampiran 3 Lembar SOP dan Leaflet

Lampiran 4 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio caesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2011).

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

Menurut *World Health Organization* (WHO) angka persalinan dengan *sectio caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1.000 kelahiran di dunia. Peningkatan persalinan dengan *sectio caesarea* di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran diseluruh Asia. Standar *sectio caesarea* di rumah sakit pemerintah kira-kira 11% sementara rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (WHO, 2015).

Data dan Informasi dari Kemenkes RI, 2017 estimasi jumlah ibu bersalin/nifas menurut Provinsi Tahun 2017 sebanyak 5. 082.537 ibu. Di Indonesia angka kejadian *sectio caesarea* mengalami peningkatan, pada tahun 2000 jumlah ibu bersalin dengan *sectio caesarea* 47,22%, tahun 2001 sebesar

45,19%, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,2%, tahun 2005 sebesar 51,59%, tahun 2006 sebesar 53,68%, dan



tahun 2007 belum terdapat yang signifikan, tahun 2009 sebesar sekitar 22,8% (Karundeng, 2014).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menunjukkan angka persalinan Ibu di Indonesia mencapai 79,3% (RISKESDAS, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh Suryati (2012) bahwa angka persalinan *sectio caesarea* di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO sebesar 15-15%.

RSUD Abdul Wahab Sjahranie merupakan salah satu rumah sakit rujukan di Kalimantan Timur, tepatnya di daerah Samarinda. Tercatat pada tahun 2015 jumlah ibu yang melakukan persalinan *sectio caesarea* sebanyak 32,03%, tahun 2016 sebanyak 27,79%, tahun 2017 sebanyak 34,28% (Rekam Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie).

Indikasi *sectio caesarea* dibagi menjadi dua yaitu indikasi absolut dan indikasi relatif. Dilakukannya *sectio caesarea* bisa terjadi karena adanya permasalahan pada ibu maupun bayi. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut untuk *sectio abdominal*, diantaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir. Sedangkan pada indikasi relatif, kelahiran lewat vagina bisa terlaksana tetapi keadaan adalah sedemikian rupa sehingga kelahiran lewat *sectio caesarea* akan lebih aman bagi ibu, bayi atau keduanya (Mochtar, 2011). Penyebabnya karena keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang,

kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan *plasenta previa*, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut.

Dampak yang terjadi pada ibu nifas dengan post *sectio caesarea* adalah nyeri akut dan resiko infeksi serta gangguan integritas kulit yang terjadi akibat luka bekas pembedahan pada abdomen.

Upaya untuk mengatasi masalah nyeri akut bisa dilakukan dengan dua cara, yaitu farmakologi dan non farmakologi, untuk farmakologi dapat dilakukan dengan kolaborasi pemberian analgetik, dan untuk non farmakologi dilakukan dengan relaksasi nafas dalam serta relaksasi distraksi untuk mengurangi rasa nyeri. Untuk masalah gangguan integritas kulit dapat dilakukan dengan cara mengkaji kulit, area sirkulasi, dan perawatan luka. Sedangkan pada masalah resiko infeksi dapat dilakukan, mengkaji tanda dan gejala infeksi, observasi tanda-tanda infeksi, observasi nilai laboratorium, pertahankan teknik aseptik, anjurkan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan area sekitar pasien, dan kolaborasi dilakukan dengan pemberian antibiotik.

Untuk mengatasi dampak yang timbul maka diperlukannya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap ibu nifas dengan post *sectio caesarea* yang meliputi pengkajian, diganosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Sehingga dapat mencegah terjadinya masalah pada ibu nifas post *sectio caesarea*.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan kajian studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ibu Nifas dengan Post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka ditetapkan rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ibu Nifas dengan Post *Sectio Caesarea* di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dibuatnya Karya Tulis Ilmiah ini agar mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Keperawatan pada Ibu Nifas dengan post *Sectio Caesarea* di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam dibuatnya Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

- 1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada ibu nifas post *sectio caesarea*.
- 1.3.2.2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu nifas post *sectio caesarea*.
- 1.3.2.3 Mampu merumuskan rencana asuhan keperawatan pada ibu nifas post *sectio caesarea*.

1.3.2.4 Mampu melakukan tindakan keperawatan pada ibu nifas post *sectio caesarea*.

1.3.2.5 Mampu merumuskan evaluasi pada ibu nifas post *sectio caesarea*.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti dalam melaksanakan asuhan keperawatan, khususnya asuhan keperawatan mengenai studi kasus asuhan keperawatan ibu nifas dengan *Post Sectio Caesarea*. Dalam rangka memenuhi tugas akhir Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur Samarinda.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Penelitian ini dapat menjadi bahan informasi bagi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.4.3 Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar dalam bidang keperawatan khususnya mengenai Asuhan Keperawatan Ibu Nifas dengan *Post Sectio Caesarea*.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis *Sectio Caesarea*

2.1.1 Pengertian

Sectio Caesarea adalah prosedur pembedahan yang digunakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan yang dibuat pada perut dan rahim ibu (Penny, Janet, dan Ann, 2008). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009).

Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Mitayani, 2012). *Sectio Caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Solehati, 2015).

Dari beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin didalam rahim melalui insisi pada dinding



dan rahim perut ibu dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram.

2.1.2 Etiologi

Menurut Amin & Hardi (2013) operasi *Sectio Caesarea* dilakukan atas indikasi sebagai berikut :

2.1.2.1 Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, *Cefalo Pelvik Disproportion* (disproporsi janin/ panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre eklampsia dan eklampsia berat, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2.1.2.2 Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/ gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (*giant baby*), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolapsus tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu *plasenta previa*, *solutio plasenta*,

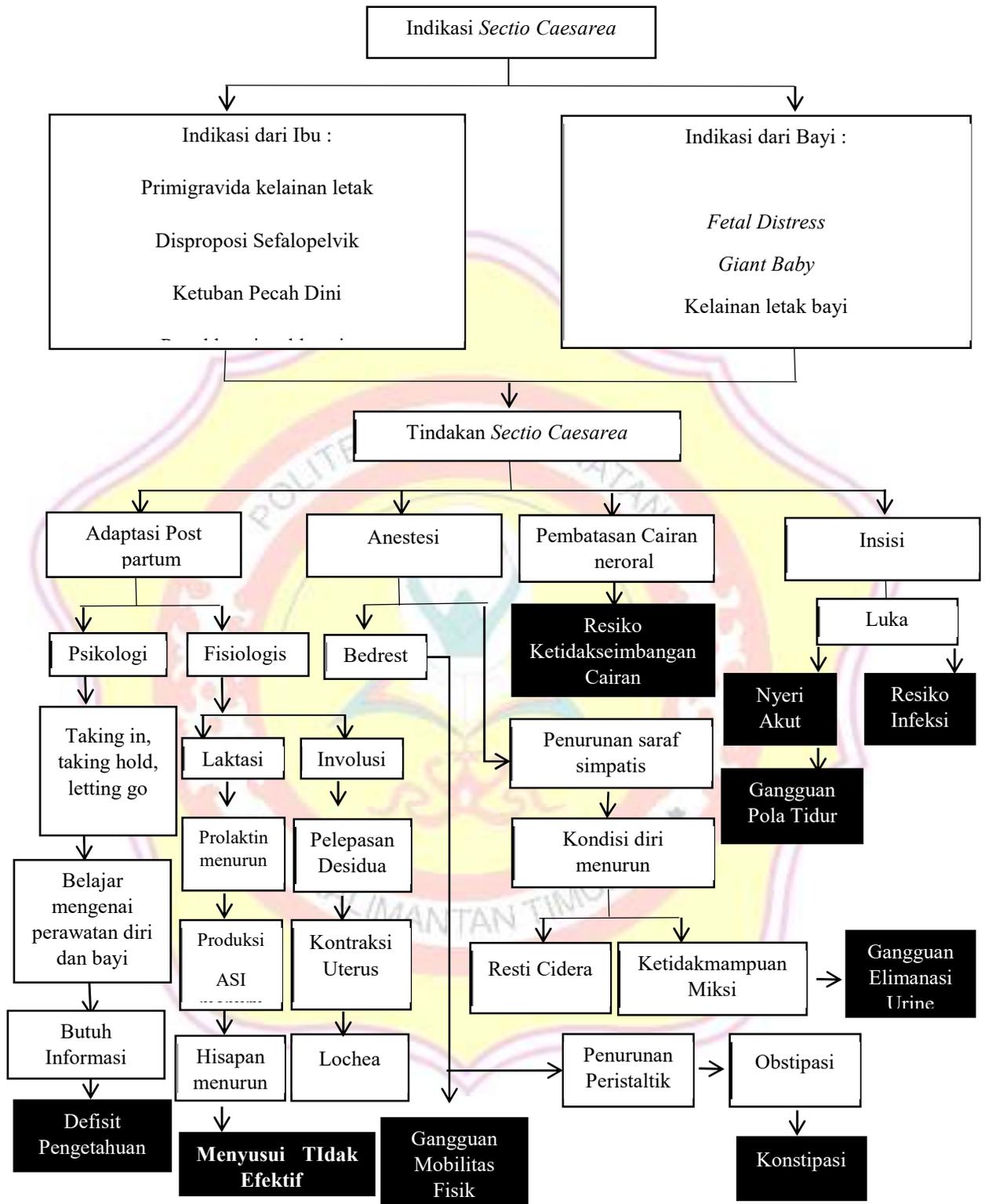
plasenta accreta, dan vasa previa. kegagalan persalinan
vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (*multiple pregnancy*).

2.1.3 Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan *plasenta previa*, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea*. (Sari, 2016).

2.1.4 Pathway





Sumber : Nurarif dan Hardhi (2015)

2.1.5 Klasifikasi

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

2.1.5.1 *Sectio Caesarea* Klasik

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

2.1.5.2 *Sectio Caesarea Transperitonel Profunda*

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

2.1.5.3 *Sectio Caesarea Histerektomi*

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

2.1.5.4 *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, yaitu *Sectio Caesarea* berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan *Sectio Caesarea*. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

2.1.6 Komplikasi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2012) komplikasi *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

2.1.6.1 Infeksi Periperal

Komplikasi ini bersifat ringan, seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti *peritonitis*, *sepsis* dan sebagainya.

2.1.6.2 Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka. Darah yang hilang lewat pembedahan *Sectio Caesarea* dua kali lipat dibanding lewat persalinan normal.

2.1.6.3 Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

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

Persalinan *Sectio Caesarea* juga dapat menimbulkan masalah keperawatan pada ibu diantaranya nyeri bekas luka operasi, kelemahan, kerusakan integritas kulit, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi, gangguan pola tidur.

2.1.7 Penatalaksanaan Post Op

Menurut (Hartanti, 2014), ibu post *sectio caesarea* perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

2.1.7.1 Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Wanita dengan berat badan rata-rata dengan hematokrit kurang

dari atau sama dengan 30 dan volume darah serta cairan ekstraseluler yang normal umumnya dapat mentoleransi kehilangan darah sampai 2.000 ml.

2.1.7.2 Ruang Perawatan

1) Monitor tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang perlu di evaluasi adalah tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, jumlah urine, jumlah perdarahan, dan status fundus uteri.

2) Pemberian obat-obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, Tramadol, Antrain, Ketorolak. Pemberian antibiotik seperti Ceftriaxone, Cefotaxime, dan sebagainya.

3) Terapi Cairan dan Diet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun, dibawah 30 ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 1%, garam fisiologi dan RL sevara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar

Hb rendah dapat diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

Pemberian cairan infus biasanya dihentikan setelah penderita flatus, lalu dianjurkan untuk pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-8 jam pasca operasi, berupa air putih.

4) Pengawasan fungsi vesika urinaria dan usus.

Kateter umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau keesokan paginya setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

5) Ambulasi

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi 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. Setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Latihan pernafasan dapat dilakukan sedini mungkin setelah ibu sadar sambil tidur telentang. Hari kedua post operasi, pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Pasien dapat diposisikan setengah duduk atau *semi fowler*. Selanjutnya pasien dianjurkan untuk belajar duduk

selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

6) Perawatan Luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit, bila balutan basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti. Perawatan luka juga harus rutin dilakukan dengan menggunakan prinsip steril untuk mencegah luka terinfeksi.

7) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah diperlukan setiap pagi hari setelah pembedahan, untuk mengukur Hematokrit apabila terdapat kehilangan darah yang banyak pada saat pembedahan atau terjadi oliguria atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan hipovolemia.

8) Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *Sectio Caesarea*.

2.2 Dasar Teori Nifas

2.2.1 Pengertian

Masa Nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali

organ kandungan seperti sebelum hamil dan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifa yaitu 6-8 minggu (Amru, 2012).

Jadi *postpartum* atau masa nifas (*puerperium*) adalah masa dimana kondisi pemulihan sesudah persalinan selesai hingga kembali ke kondisi sebelum hamil yang terjadi kurang lebih 6-8 minggu.

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

2.2.2 Periode Masa Nifas

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

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

2.2.2.2 *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

2.2.2.3 *Remote puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

2.2.3 Perubahan Fisiologis pada Ibu Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *postpartum*. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan menurut (Wulandari, 2017) setelah melahirkan antara lain :

2.2.3.1 Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

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

Tabel 2.1 Perubahan tinggi dan berat uterus masa nifas

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasenta	Keadaan Serviks
----------	---------------------	-------------------	---------------------------------	-----------------

Bayi lahir	Setinggi pusat	1000	12,5	
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750	7,5	Lembek
Satu minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	3-4	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari. Akhir minggu peretama dapat dimasuki 1 jari
Dua minggu	Tak teraba di atas simfisis	350	1-2	
Enam minggu	Bertambah kecil	50-60		
Delapan minggu	Sebesar normal	30		

(Sumber : Dewi dan Sunarsih, 2013)

Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) ibu nifas Post *Sectio Caesarea* mengalami keterlambatan penurunan TFU. Hal ini disebabkan oleh ibu post *Sectio Caesarea* kurang melakukan mobilisasi dikarenakan rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada abdomen (Fitriana & Lilis Dwi, 2012).

2) Perubahan Vulva dan Vagina

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

3) Perubahan Perineum

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

4) Perubahan Serviks

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

5) Perubahan pada Payudara

Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vaskular sementara, air susu saat diproduksi diispan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi.

2.2.3.2 Perubahan Pada Abdomen

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi *Sectio Caesarea* biasanya terdapat luka post *Sectio Caesarea* dengan berbagai bentuk insisi. Selain luka insisi terdapat perubahan pada pola pencernaan ibu post nifas yang biasanya membutuhkan waktu sekitar 103 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu

makan dapat kembali normal. Dibandingkan ibu yang melahirkan secara spontan lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada proses persalinan.

2.2.3.3 Perubahan Pada Genetalia

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

(1) Lokhea Rubra

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

(2) Lokhea Sanguinolenta

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

(3) Lokhea Serosa

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

(4) Lokhea Alba

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

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

(5) Lokhea Purulenta

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

(6) Lochiostatis

Pengeluaran lokhea yang tidak lancar.

2.2.3.4 Perubahan Sistem Perkemihan

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

2.2.3.5 Perubahan Sistem Muskuloskeletal

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

2.2.3.6 Perubahan Sistem Hematologi

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

2.2.3.7 Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

2.2.3.8 Perubahan Sistem Endokrin

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

2.2.3.9 Perubahan Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah. Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali permenit. Pada proses persalinan biasanya akan

mengalami peningkatan, tetapi pada masa nifas denyut nadi akan kembali normal. Frekuensi pernafasan normal berisar antara 18-24 kali permenit. Setelah persalinan, frekuensi pernafasan akan kembali normal, keadaan pernafasan biasanya berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal $36^{\circ} - 37,5^{\circ}\text{C}$, hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Tekanan darah normal untuk sistol berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastol antara 60-80 mmHg, setelah persalinan tekanan darah sedikit menurun karena terjadinya perdarahan pada saat proses persalinan.

2.2.4 Perubahan Psikologis pada Ibu Nifas

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

2.2.4.1 *Fase taking in*

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

2.2.4.2 *Fase taking hold*

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

2.2.4.3 *Fase letting go*

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

2.2.5 Kebutuhan dasar Ibu Nifas

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

Untuk membantu proses penyembuhan makan diperlukan beberapa kebutuhan dasar ibu saat nifas menurut (Wulandari, 2017), diantaranya :

2.2.5.1 Nutrisi dan Cairan

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila

menyusui akan meningkat sekitar 25%, pada masa nifas masalah diit perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik mempercepat penyembuhan ibu dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyetatkan bayi. Diit yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas perhari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari.

2.2.5.2 Ambulasi Dini (*Early Ambulation*)

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

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

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

2.2.5.3 Istirahat

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

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

2.2.5.4 Kebutuhan Eliminasi

- 1) Buang Air Kecil (BAK). Kebanyakan pada pasien *postpartum* normal dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam *postpartum*. Jika dalam 8 jam *postpartum* belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100cc, maka dilakukan katerisasi. Tetapi apabila kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk katerisasi (Saleha, 2013).
- 2) Buang Air Besar (BAB). Biasanya 2-3 hari *postpartum* masih sulit buang air besar. Jika pasien belum juga BAB pada hari ketiga maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal.

2.2.5.5 Aktivitas Seksual

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

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

2.2.5.6 Personal Hygiene

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

1) Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air kecil atau besar perineum dibersihkan secara rutin, dengan lembut dari sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus.

Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontamitasi dengan tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

2) Perawatan Payudara

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

2.2.5.7 Senam Nifas

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

2.2.5.8 Keluarga Berencana

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

2.3 Dasar Teori Ketuban Pecah Dini

2.3.1 Pengertian

Ketuban Pecah Dini adalah bocornya air ketuban (likuor amnii) secara spontan dari rongga amnion di mana janin ditampung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kelahiran yang sebenarnya. (Gahwagi et al, 2015). Sedangkan menurut Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (2014), ketuban pecah dini adalah sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum terjadinya persalinan. Ketuban pecah dini dapat terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu.

Kebanyakan ibu dengan ketuban pecah dini akan mengalami persalinan spontan namun ada bahaya yang berhubungan dengan ketuban pecah meliputi infeksi, tali pusat menumbang dan perlunya dilahirkan induksi dan dengan cara pembedahan yaitu dengan tindakan *sectio caesarea* (Nugroho, 2011).

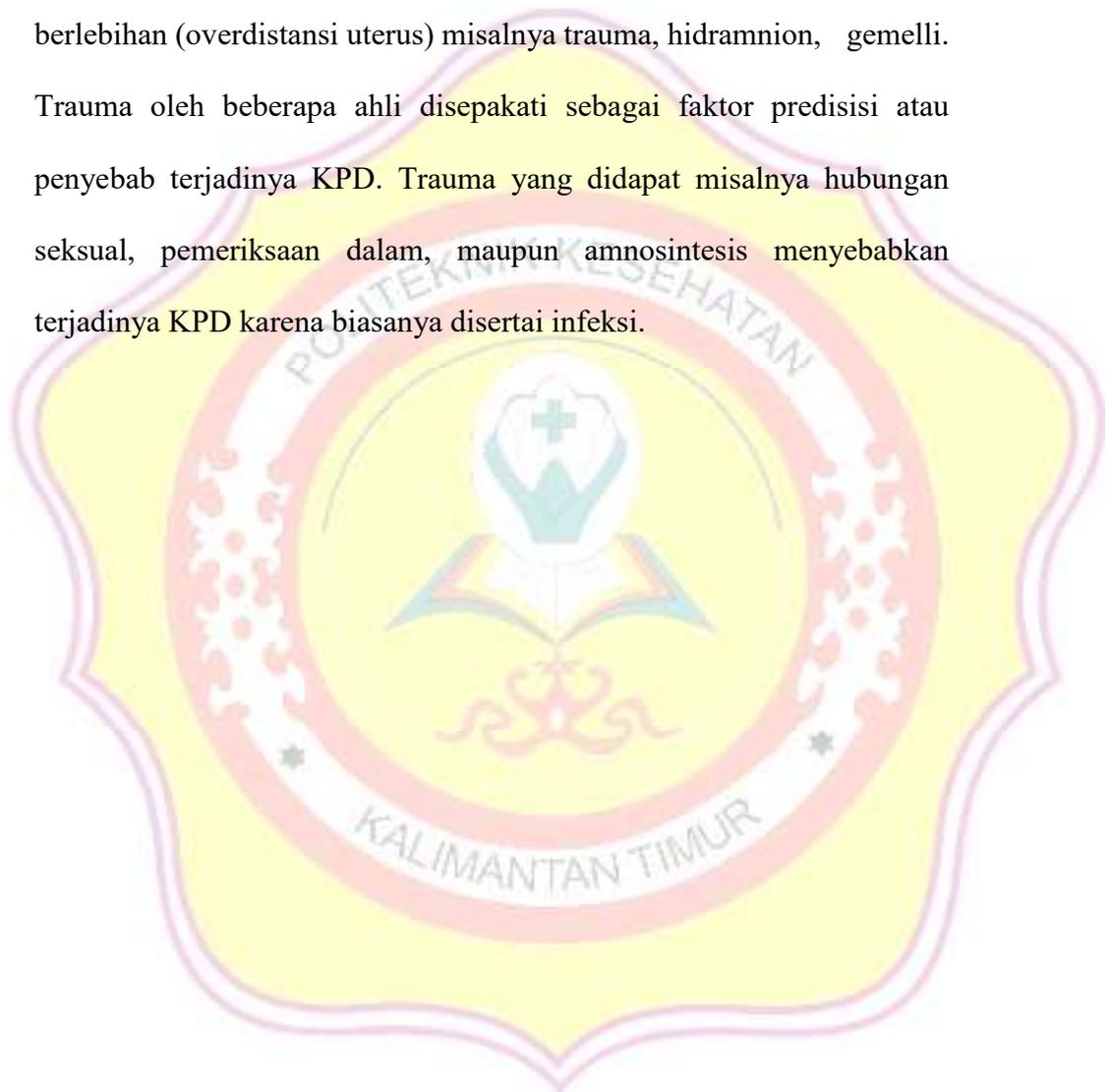
2.3.2 Etiologi

Penyebab ketuban pecah dini masih belum dapat diketahui, namun ada beberapa faktor yang menjadi predisposisi yaitu sebagai berikut Menurut Sulistyowati (2013) :

2.3.2.1 Infeksi, yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.

2.3.2.2 Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, curetage).

2.3.2.3 Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistansi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gemelli. Trauma oleh beberapa ahli disepakati sebagai faktor predisisi atau penyebab terjadinya KPD. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amnosintesis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.



2.3.2.4 Kelainan letak, sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah.

2.2.3 Patofisiologi

Pecahnya ketuban pada saat persalinan secara umum disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan juga peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah pada bagian tertentu dikarenakan adanya perubahan biokimia, yang mengakibatkan berkurangnya keelastisan selaput ketuban, sehingga menjadi rapuh. Biasanya terjadi pada daerah inferior (Prawirohardjo, 2010)

Korion amnion yang biasa disebut selaput janin merupakan batas desidua maternal dan lainnya pada membran basement kolagen tipe II serta IV dan lapisan berserat yang ada di bawahnya mengandung kolagen tipe I, III, V, dan VI, maka dari itu kolagen merupakan kekuatan utama untuk korion amnion. Selaput ketuban pecah adalah proses penyembuhan dari luka di mana kolagen dirusakkan. Kumpulan matrix metalloproteinase (MMPs) adalah salah satu keluarga enzim yang bertindak untuk merusak serat kolagen yang memegang peranan penting. Di sini prostaglandin juga memacu produksi MMPs di leher rahim dan desidua untuk mempromosikan pematangan serviks dan aktivasi membran desidua dan janin, MMPs-1 dan MMPs-8 adalah kolagenase yang mendegradasikan kolagen tipe I, II dan III, sedangkan MMPs-2 dan MMPs-9 merupakan gelatinase yang mendegradasikan kolagen tipe IV dan V. Aktivitas MMPs sendiri diatur oleh inhibitor jaringan MMPs yaitu *tissue inhibitors of MMPs* (TIMPs). Faktor yang sering dapat meningkatkan konsentrasi MMPs adalah infeksi atau peradangan.

Infeksi dapat meningkatkan konsentrasi MMP dan menurunkan kadar TIMP dalam rongga ketuban melalui protease yang dihasilkan langsung oleh bakteri, yang nantinya protease itu akan mengakibatkan degradasi kolagen. Proinflamasi seperti IL-1 dan TNF α juga dapat meningkatkan kadar MMP

(Sulistyowati, 2013).

Selaput ketuban yang tadinya sangat kuat pada kehamilan muda, akan semakin menurun seiring bertambahnya usia kehamilan, dan puncaknya pada trimester ketiga. Selain yang telah disebutkan di atas, melemahnya kekuatan selaput ketuban juga sering dihubungkan dengan gerakan janin yang berlebihan. Pecahnya ketuban pada kehamilan aterm merupakan hal yang fisiologis (Prawirohardjo, 2010)

2.2.4 Klasifikasi

Menurut POGI tahun (2014), KPD diklasifikasikan menjadi 2 kelompok, yaitu, KPD preterm dan KPD aterm.

2.2.4.1 KPD Preterm

Ketuban pecah dini preterm adalah pecahnya ketuban yang terbukti dengan *vaginal pooling*, tes nitrazin dan, tes *fern* atau IGFBP-1 (+) pada usia <37 minggu sebelum onset persalinan. KPD sangat preterm adalah pecahnya ketuban saat umur kehamilan ibu antara 24 sampai kurang dari 34 minggu, sedangkan KPD preterm saat umur kehamilan ibu antara 34 sampai kurang dari 37 minggu.

2.2.4.2 KPD Aterm

Ketuban pecah dini aterm adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya yang terbukti dengan *vaginal pooling*, tes nitrazin dan tes fern (+), IGFBP-1 (+) pada usia kehamilan ≥ 37 minggu.

2.2.5 Komplikasi

Ketuban pecah dini berhubungan dengan komplikasi, yang beberapa dapat berpotensi mengancam nyawa, diantaranya:

- 1) Prolaps tali pusat (yang berakibat hipoksia dan asfiksia janin)
- 2) Solusio plasenta (Gahwagi *et al.*, 2015)
- 3) Infeksi (Emechebe *et al.*, 2015)

Pada KPD aterm, infeksi merupakan komplikasi yang sangat serius bagi Ibu maupun janin. Risiko terjadinya Chorioamnionitis pada KPD telah dilaporkan menurun 10% dan meningkat 40% setelah 24 jam setelah terjadinya KPD (Emechebe *et al.*, 2015).

Sedangkan menurut POGI (2014), komplikasi pada kejadian KPD dibagi menjadi dua, yaitu:

- a) Komplikasi ibu

Komplikasi tersering biasanya adalah infeksi intrauterine (endomyometritis atau korioamnionitis yang nantinya berujung menjadi sepsis). Selain itu, komplikasi lain yang ditimbulkan dari ketuban pecah dini terhadap ibu hamil dapat menyebabkan: partus lama, atonia uteri, dan perdarahan post partum (Mochtar, 2011). Walaupun dari sisi ibu belum menunjukkan adanya gejala dan tanda-tanda terjadinya infeksi, tapi kita harus tetap waspada, masih sangat memungkinkan janin sudah terlebih dahulu terkena infeksi, dikarenakan prevalensi terjadinya infeksi intrauterine lebih dahulu terjadi sebelum gejala pada ibu dirasakan (Sofian, 2011)

b) Komplikasi janin

Salah satu komplikasi yang sering terjadi adalah persalinan lebih awal (prematuritas). Masa pecahnya selaput ketuban sampai terjadinya persalinan secara umum bersifat proporsional secara terbalik dengan usia gestasi pada saat KPD terjadi. Apabila KPD terjadi dengan waktu yang sangat cepat, akan berefek pada neonatus, di mana akan lahir hidup dapat mengalami sekuele seperti malpresentasi, kompresi tali pusat, oligohidramnion, *necrotizing enterocolitis*, gangguan neurologi, perdarahan intraventrikel, dan sindrom distress pernapasan (POGI, 2014). IUFD merupakan komplikasi dari KPD yang paling parah terhadap janin (Mochtar, 2011).

2.4 Dasar Teori CPD (*Cefalo Pelvik Disporportion*)

2.4.1 Pengertian

Disproporsi kepala panggul yaitu suatu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul ataupun kombinasi keduanya (Cunningham, *et al.*,2014). Dalam kasus DKP, jika kepala janin belum masuk ke dalam pintu atas panggul pada saat term, mungkin akan dilakukan *sectio caesarea* karena risiko terhadap janin semakin besar apabila persalinan tidak semakin maju. Apabila kepala janin telah masuk ke dalam pintu panggul, pilihannya adalah seksio sesarea elektif atau percobaan persalinan (Jones, 2001).

Ibu hamil dengan risiko tinggi terjadinya disproporsi kepala panggul seharusnya dibawa ke rumah sakit yang memiliki fasilitas ruangan operasi sebelum proses persalinan dimulai (Toh-Adam, *et al.*,2012).

2.4.2 Etiologi □

Sebab-sebab yang dapat menimbulkan kelainan panggul dapat dibagi sebagai berikut Menurut Rachimhadi (2009) :

2.4.2.1 Kelainan karena gangguan pertumbuhan

- a) Panggul sempit seluruh : semua ukuran kecil
- b) Panggul picak : ukuran muka belakang sempit, ukuran melintang biasa
- c) Panggul sempit picak : semua ukuran kecil tapi melebihi ukuranmuka belakang

- d) Panggul corong : pintu atas panggul biasa, pintu bawah panggul sempit.
- e) Panggul belah : symphyse terbuka

2.4.2.2 Kelainan karena penyakit tulang panggul atau sendi-sendinya

- a) Panggul rachitis : panggul picak, panggul sempit, seluruha panggul sempit picak dan lain-lain
- b) Panggul osteomalacci : panggul sempit melintang
- c) Radang articulatio sacroilliaca : panggul sempit miring

2.4.2.3 Kelainan panggul disebabkan kelainan tulang belakang

- a) Kyphose didaerah tulang pinggang menyebabkan panggul corong
- b) Sciliose didaerah tulang punggung menyebabkan panggul sempit miring.

2.4.2.4 Kelainan panggul disebabkan kelainan anggota bawah Coxitis, luxatio, atrofia. Salah satu anggota menyebabkan panggul sempit miring fraktura dari tulang panggul yang menjadi penyebab kelainan panggul.

Penyebab dari *Cephalopelvic Disproportion* sendiri antara lain oleh karena :

- a) Kapasitas panggul yang kecil atau ukuran panggul yang sempit
- b) Ukuran janin yang terlalu besar atau yang paling sering menyebabkan CPD.
- c) Kedua hal di atas yang terjadi pada saat yang bersamaan .

2.4.3 Patofisiologi

Patofisiologi terjadinya penyakit ini berhubungan erat dengan penyebab CPD itu sendiri, yaitu kapasitas panggul atau ukuran panggul yang sempit dan ukuran janin yang terlalu besar.

Patofisiologi terjadinya penyakit ini berhubungan erat dengan menyebabkan CPD itu sendiri, yaitu kapasitas panggul atau ukuran panggul yang sempit dan ukuran janin terlalu besar.

Pasien atas indikasi *Cephalopelvic disproportion* (CPD) dengan $CV < 8\frac{1}{2}$ perlu di lakukan pembedahan yang biasa disebut dengan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerektomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Dari sini pasien akan beradaptasi dengan keadaan akibat post anastesi dan luka post *sectio caesarea*.

Post anastesi dapat berdampak pada penurunan medulla oblongata sehingga menyebabkan penurunan refleks batuk yang akan berdampak pada akumulasi secret, pada keadaan ini pasien kemungkinan akan mengalami bersihan jalan napas tidak efektif. Post anastesi juga dapat berdampak pada Penurunan kerja pons yang dapat mengakibatkan penurunan kerja otot eliminasi dan penurunan perostaltik usus sehingga mengakibatkan konstipasi.

Sedangkan untuk pasien yang memiliki $CV > 8\frac{1}{2} - 10$ cm, dapat dilakukan persalinan percobaan, jika persalinan berhasil maka pasien akan mengalami preode post partum atau nifas. Pada priode ini dapat terjadi distensi kantung kemih yang dapat mengakibatkan udem dan memar di uretra. Keadaan ini mengakibatkan penurunan sensitivitas & sensasi kantung kemih dan pasien dapat

mengalami gangguan eliminasi urin. Namun, jika persalinan percobaan gagal maka penanganan selanjutnya adalah dilakukannya *sectio caesarea*.

2.4.4 Komplikasi

2.4.4.1 Ibu

- a) Partus lama dengan KPD, menimbulkan dehidrasi dan infeksi intrapartum.
- b) Ruptur uteri.
- c) Tekanan kepala janin yang lama pada jalan lahir akan menimbulkan gangguan sirkulasi setempat sehingga timbul ischaemia, kemudian timbul nekrosis dan beberapa hari kemudian akan timbul fistula vesiko-vaginal atau recto-vaginal.
- d) Ruptur simfisis.

2.4.4.2 Bayi

- a) Kematian perinatal akibat infeksi intra partum
- b) Prolaps tali pusat.
- c) Moulage yang berat pada kepala, sehingga menimbulkan perdarahan intra cranial
- d) Perlukaan/fraktur pada tulang kepala bayi.

2.4.5 Penatalaksanaan

2.4.5.1 Persalinan Percobaan

Setelah dilakukan penilaian ukuran panggul serta hubungan antara kepala janin dan panggul dapat diperkirakan bahwa persalinan dapat berlangsung per vaginan dengan selamat dapat dilakukan persalinan percobaan. Cara ini

merupakan tes terhadap kekuatan his, daya akomodasi, termasuk moulage karena faktor tersebut tidak dapat diketahui sebelum persalinan. Persalinan percobaan hanya dilakukan pada letak belakang kepala, tidak bisa pada letak sungsang, letak dahi, letak muka, atau kelainan letak lainnya. Ketentuan lainnya adalah umur keamilan tidak boleh lebih dari 42 minggu karena kepala janin bertambah besar sehingga sukar terjadi moulage dan ada kemungkinan disfungsi plasentajanin yang akan menjadi penyulit persalinan percobaan.

Pada janin yang besar kesulitan dalam melahirkan bahu tidak akan selalu dapat diduga sebelumnya. Apabila dalam proses kelahiran kepala bayi sudah keluar sedangkan dalam melahirkan bahu sulit, sebaiknya dilakukan episiotomy medioateral yang cukup luas, kemudian hidung dan mulut janin dibersihkan, kepala ditarik curam kebawah dengan hati-hati dan tentunya dengan kekuatan terukur. Bila hal tersebut tidak berhasil, dapat dilakukan pemutaran badan bayi di dalam rongga panggul, sehingga menjadi bahu depan dimana sebelumnya merupakan bahu belakang dan lahir dibawah simfisis. Bila cara tersebut masih juga belum berhasil, penolong memasukkan tangannya kedalam vagina, dan berusaha melahirkan janin dengan menggerakkan dimuka dadanya. Untuk melahirkan lengan kiri, penolong menggunakan tangan kanannya, dan sebaliknya. Kemudian bahu depan diputar ke diameter miring dari panggul untuk melahirkan bahu depan.

Persalinan percobaan ada dua macam yaitu *trial of labour* dan *test of labour*. *Trial of labour* serupa dengan persalinan percobaan di atas, sedangkan *test of labour* sebenarnya adalah fase akhir dari *trial of labour* karena baru dimulai

pada pembukaan lengkap dan berakhir 2 jam kemudian. Saat ini test of labour jarang digunakan karena biasanya pembukaan tidak lengkap pada persalinan dengan panggul sempit dan terdapat kematian anak yang tinggi pada cara ini.

Keberhasilan persalinan percobaan adalah anak dapat lahir spontan per vaginam atau dibantu ekstraksi dengan keadaan ibu dan anak baik. Persalinan percobaan dihentikan apabila pembukaan tidak atau kurang sekali kemajuannya, keadaan ibu atau anak kurang baik, ada lingkaran bandl, setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah kepala tidak masuk PAP dalam 2 jam meskipun his baik, serta pada forceps yang gagal. Pada keadaan ini dilakukan seksio sesarea.

2.4.5.2 *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea elektif dilakukan pada kesempitan panggul berat dengan kehamilan aterm, atau disproporsi sephalopelvik yang nyata. Seksio juga dapat dilakukan pada kesempitan panggul ringan apabila ada komplikasi seperti primigravida tua dan kelainan letak janin yang tak dapat diperbaiki.

Sectio caesarea sekunder (sesudah persalinan selama beberapa waktu) dilakukan karena peralihan perobaan dianggap gagal atau ada indikasi untuk menyelesaikan persalinan secepat mungkin sedangkan syarat persalinan per vaginum belum dipenuhi.

2.4.5.3 Simfisiotomi

Tindakan ini dilakukan dengan memisahkan panggul kiri dan kanan pada simfisis. Tindakan ini sudah tidak dilakukan lagi.

2.4.5.4 Kraniotomi

Dilakukan Pada janin yang meninggal.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dokumentasi Keperawatan, 2017), yang meliputi sebagai berikut :

2.3.1.1 Identitas Ibu

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2.3.1.2 Keluhan Utama

Pada umumnya Ibu dengan *Post Sectio Caesarea* mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi.

2.3.1.3 Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *Sectio Caesarea* misalnya

letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan *plasenta previa*, bayi kembar (*multiple pregnancy*), preeklampsia eklampsia berat, ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.

2) Riwayat Kesehatan Dulu

Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit konis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin. Ada tidaknya riwayat operasi umum/ lainnya maupun operasi kandungan (*sectio caesarea*, miomektomi, dan sebagainya).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari genogram keluarga apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, serta penyakit menular seperti TBC, hepatitis, dan penyakit kelamin yang mungkin penyakit tersebut diturunkan pada pasien.

2.3.1.4 Riwayat Perkawinan

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

2.3.1.5 Riwayat Obstetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat.

Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

2.3.1.6 Riwayat Kontrasepsi

Hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali

2.3.1.7 Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien nifas biasanya terjadi peningkatan nafsu makan karena dari keinginan untuk menyusui bayinya.

2) Pola Aktifitas

Pada pasien post *Sectio Caesarea* aktifitas masih terbatas, ambulasi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Kemudian ibu dapat diposisikan setengah duduk atau *semi fowler*. Selanjutnya ibu dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

3) Pola Eliminasi

Pada pasien post *Sectio Caesarea* sering terjadi adanya konstipasi sehingga pasien takut untuk melakukan BAB.

4) Istirahat dan Tidur

Pada pasien post *Sectio Caesarea* terjadi perubahan pada pola istirahat dan tidur karena adanya kehadiran bayi dan nyeri yang dirasakan akibat luka pembedahan.

5) Pola Sensori

Pasien merasakan nyeri pada abdomen akibat luka pembedahan yang dilakukan.

6) Pola Status Mental

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

7) Pola Reproduksi dan Sosial

Pada pasien post *Sectio Caesarea* terjadi disfungsi seksual yaitu perubahan dalam hubungan seksual atau fungsi dari seksual yang tidak adekuat karena adanya proses persalinan dan masa nifas.

2.3.1.8 Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Pemeriksaan kepala meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat *chloasma gravidarum*.

2) Mata

Pemeriksaan mata meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, ketajaman penglihatan. Biasanya ada keadaan dimana konjungtiva anemis karena proses persalinan yang mengalami perdarahan.

3) Hidung

Pemeriksaan hidung meliputi tulang hidung dan posisi septum nasi, kondisi lubang hidung, apakah ada sekret, perdarahan atau tidak, serta sumbatan jalan yang mengganggu pernafasan.

4) Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi bentuk, kesimetrisan, keadaan lubang telinga, kebersihan, serta ketajaman telinga.

5) Leher

Pemeriksaan leher meliputi kelenjar tiroid, vena jugularis, biasanya pada pasien post partum terjadi pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses menerang yang salah.

6) Dada

(1) Jantung

Bunyi jantung I dan II regular atau ireguler, tunggal atau tidak, intensitas kuat atau tidak, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop.

(2) Paru-Paru

Bunyi pernafasan vesikuler atau tidak, apakah ada suara tambahan seperti ronchi dan wheezing. Pergerakan dada simetris, pernafasan regular, frekuensi nafas 20x/menit.

7) Payudara

Pemeriksaan meliputi inspeksi warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, dan pada hari ke-3 *postpartum*, payudara membesar karena vaskularisasi dan engorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari I-III), keras dan nyeri, adanya hiperpigmentasi areola mammae serta penonjolan dari papila mammae. Ini menandai permukaan sekresi air susu dan apabila areola mammae dipijat, keluarlah cairan kolostrum. Pada payudara yang tidak disusui, engorgement (bengkak) akan berkurang dalam 2-3 hari, puting mudah erektile bila dirangsang. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari. Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.

8) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea,

apakah ada terjadinya *Diastasis Rectus Abdominis* yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti diastasis rectie ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak. Intensitas kontraksi uterus meningkat segera setelah bayi lahir kemudian terjadi respons uterus terhadap penurunan volume intra uterine kelenjar hipofisis yang mengeluarkan hormone oksitosin, berguna untuk memperkuat dan mengatur kontraksi uterus dan mengkrompesi pembuluh darah. Pada 1-2 jam pertama intensitas kontraksi uterus berkurang jumlahnya dan menjadi tidak teratur karena pemberian oksitosin dan isapan bayi.

9) Genetalia

Pemeriksaan genetalia untuk melihat apakah terdapat hematoma, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lokhea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.

10) Anus

Pada pemeriksaan anus apakah terdapat hemoroid atau tidak.

11) Integumen

Pemeriksaan integumen meliputi warna, turgor, kelembapan, suhu tubuh, tekstur, hiperpigmentasi. Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit.

12) Ekstremitas

Pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada beti. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk meunliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien. (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Masalah yang mungkin muncul, sebagai berikut :

2.3.2.1 SDKI, 2017

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

Kode : D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, luka post operasi *Sectio Caesarea*.

2.3.2.2 SDKI, 2017

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Kode : D.0029 Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.

2.3.2.3 SDKI, 2017

Kategori : Perilaku

Subkategori : Penyuluhan dan Pembelajaran

Kode : D.0111 Defisit Pengetahuan tentang Teknik Menyusui yang Benar berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi.

2.3.2.4 SDKI, 2017

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas dan Istirahat

Kode : D.0054 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, terpasang alat invasif.

2.3.2.5 SDKI, 2017

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Eliminasi

Kode : D.0049 Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal.

2.3.2.6 SDKI, 2017

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Eliminasi

Kode : D.0040 Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis, anastesi.

2.3.2.7 SDKI, 2017

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas dan Istirahat

Kode : D.0055 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat luka post *Sectio Caesarea*.

2.3.2.8 SDKI, 2017

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Kode : D.0142 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur pembedahan *Sectio Caesarea*.

2.3.2.9 SDKI, 2017

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Kode : D.0036 Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan mayor, pembatasan cairan peroral.

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah perumusan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diganosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien.

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
----------------------	---------------------------	------------

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>NOC : Tingkat Kenyamanan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melaporkan nyeri berkurang 2. Skala nyeri 2-3 3. Pasien tampak rileks 4. Pasien dapat istirahat dan tidur. 5. Tanda-tanda vital dalam batas normal 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 1.5 Kurangi faktor presipitasi nyeri. 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1.7 Pemberian analgetik dengan tepat. 1.8 Tingkatkan istirahat.
Menyusui tidak efektif b/d ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)	<p>NOC : Breast Feeding Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan menyusui efektif dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan puas dengan kebutuhan untuk menyusui 2. Kemantapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama 3. Kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji tingkat pengeluaran ASI 2.2 Kaji kemampuan menghisap secara efektif 2.3 Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 2.4 Beri kompres hangat sebelum menyusui 2.5 Ajarkan pijat oksitosin untuk memperlancar pengeluaran ASI 2.6 Lakukan teknik non farmakologi untuk memperlancar ASI (pijat Oksitosin). 2.7 Libatkan keluarga untuk membantu dan memberikan dukungan pada ibu.
Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)	<p>NOC : 1. Knowledge : Disease Process Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengerti tentang teknik menyusui yang benar dengan</p>	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Kaji pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar. 3.2 Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya 3.3 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar 3.4 Tanyakan kembali tentang

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga mampu menyatakan tentang cara menyusui yang benar. 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat/ tim kesehatan lainnya. 	<p>pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan fisik (D.0054)</p>	<p>NOC : Mobility Level Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. 	<p>NIC : <i>Exercice therapy : Ambulation</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor vital sign sebelum dan sesudah aktifitas 4.2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas. 4.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi 4.4 Kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh umum. 4.5 Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini 4.6 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan 4.7 Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. 4.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien 4.9 Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi 4.10 Evaluasi perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas
<p>Konstipasi b/d penurunan motilitas gastrointestinal. (D.0049)</p>	<p>NOC : Bowl Elimination Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien tidak konstipasi dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola BAB dalam batas normal. 2. Feses lunak 3. Aktivitas adekuat 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan konstipasi 5.2 Monitor bising usus 5.3 Monitor feses, frekuensi, konsistensi dan volume. 5.4 Jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi 5.5 Anjurkan kepada pasien makan-makanan yang tinggi serat seperti buah pepaya.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	4. Cairan dan serat adekuat	5. 6 Kolaborasi dengan ahli gizi diet tinggi serat dan cairan. 5. 7 Kolaborasi pemberian obat supositoria
Gangguan eliminasi urine b/d efek tindakan medis, anestesi. (D.0040)	<p>NOC : Urinary Elimination Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan pasien dapat berkemih dengan Kriteria Hasil</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandung kemih kosong 2. Intake cairan dalam batas normal 3. Tidak ada spasme Bladder. 4. Balance cairan seimbang 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 1 Lakukan penilaian kemih secara komprehensif (misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitif) 6. 2 Anjurkan keluarga untuk memonitor output urine 6. 3 Memantau asupan dan pengeluaran 6. 4 Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau properti apha agonis. 6. 5 Kolaborasi untuk penggunaan katerisasi.
Gangguan pola tidur b/d nyeri akibat luka post <i>Sectio Caesarea</i> . (D.0055)	<p>NOC : Pain Level Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari. 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal. 3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. 	<p>NIC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 1 Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam. 7. 2 Pantau pola tidur pasien 7. 3 Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat. 7. 4 Ciptakan lingkungan yang nyaman. 7. 5 Instruksikan keluarga untuk memonitor tidur pasien. 7. 6 Diskusikan dengan pasien dan keluarga tentang teknik tidur pasien.
Resiko infeksi b/d efek prosedur pembedahan <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142).	<p>NOC : Infection Control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. 3. Menunjukkan perilaku 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. 1 Monitor tanda-tanda infeksi 8. 2 Kaji keadaan verbal post operasi <i>sectio caesarea</i> 8. 3 Pantau suhu tubuh 8. 4 Pertahankan teknik isolasi 8. 5 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 8. 6 Pertahankan lingkungan aseptik selama tindakan 8. 7 Inspeksi kondisi luka / insisi pembedahan 8. 8 Anjurkan istirahat yang cukup 8. 9 Beritahu pada pasien pentingnya perawatan luka selama masa post operasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
	hidup sehat	8.10 Dorong masukan nutrisi dan cairan yang cukup 8.11 Pemberian obat antibiotik sesuai kebutuhan
Risiko ketidakseimbangan cairan b/d prosedur pembedahan mayor, pembatasan cairan peroral (D.0036)	NOC : Fluid Balance Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko ketidakseimbangan cairan tidak terjadi dengan Kriteria Hasil : 1. Mempertahankan output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal. 2. Tanda-tanda Vital dalam batas normal. 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.	NIC : 9.1 Monitor status dehidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi adekuat) jika perlu 9.2 Monitor status nutrisi 9.3 Monitor vital sign 9.4 Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 9.5 Tawarkan snack (jus buah, buah segar). 9.6 Lakukan terapi cairan IV

NANDA, 2015

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan

yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

2.3.4.1 Fase Perkenalan/Orientasi

Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan pasien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan pasien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu.

Tujuan perawat dalam tahapan ini adalah :

- 1) Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka.
- 2) Merumuskan kontrak (waktu, tempat, dan topik pembicaraan) bersama-sama dengan pasien dan menjelaskan atau mengklarifikasi kembali kontrak yang telah disepakati bersama.
- 3) Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah pasien yang umumnya dilakukan dengan menggunakan teknik komunikasi pertanyaan terbuka.
- 4) Merumuskan tujuan interaksi dengan pasien.

2.3.4.2 Fase Kerja

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena didalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa

respons ataupun pesan komunikasi verbal dan non verbal yang disampaikan oleh pasien.

Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan pasien secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.

2.3.4.3 Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan pasien. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien, setelah hal ini dilakukan perawat dan pasien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan.

Tugas perawat dalam tahap ini adalah :

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan (evaluasi objektif).
- 2) Melakukan evaluasi subjektif dengan cara menanyakan perasaan pasien setelah berinteraksi dengan perawat.
- 3) Menyetujui tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindak lanjut yang disepakati harus relevan dengan interaksi yang baru saja dilakukan atau dengan interaksi yang akan dilakukan selanjutnya. Tindak lanjut dievaluasi dalam tahap orientasi pada pertemuan berikutnya.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien disebut evaluasi proses dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut evaluasi hasil. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

Evaluasi formatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Sedangkan evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Dilakukan setiap hari dan meliputi 4 komponen, yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subyektif (respon verbal pasien terhadap tindakan),obyektif (respon nonverbal hasil dari tindakan dan data hasil pemeriksaan), analisis data (menyimpulkan masalah, masih tetap ada, berkurang atau muncul masalah baru) dan perencanaan (perencanaan atau tindak lanjut tindakan yang akan dilakukan selanjutnya berdasarkan hasil analisa dari respon pasien).

BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Pendekatan (Desain Studi Kasus)

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini peneliti menggunakan jenis penelitian observasi dan deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien dengan *Post Sectio Caesarea*. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pengamatan (observasi) adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Mula-mula rangsangan dari luar mengenai indera dan terjadilah penginderaan kemudian apabila rangsangan tersebut menarik perhatian akan dilanjutkan dengan adanya pengamatan. Metode deskriptif merupakan suatu penelitian yang berusaha untuk mendeskripsikan atau menggambarkan kenyataan-kenyataan (fakta-fakta) dengan mengemukakan keadaan-keadaan mengenai objek penelitian sebagaimana adanya secara lengkap (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini adalah pasien dengan diagnosa medis *Post Sectio Caesarea* sebanyak dua responden yang dirawat di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang

akan diteliti secara rinci dan mendalam.



3.3 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

3.3.1 Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan selama 3 sampai 6 hari.

3.3.2 Tempat

Penelitian ini dilakukan pada ibu nifas post *Sectio Caesarea* di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

3.4 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang langsung diberikan kepada pasien, adapun tahapan dari asuhan keperawatan yaitu pengkajian berupa wawancara menanyakan identitas pasien, serta riwayat penyakit, baik sekarang, dahulu, maupun keluarga, melakukan pengamatan (observasi) dimana pengamat harus ikut berpartisipasi pada aktivitas yang telah diselidiki, Lalu ada pemeriksaan fisik yang dilakukan secara *head to toe*. Menentukan masalah pada pasien sesuai dengan data dan etiologi serta memprioritaskan sesuai dengan kriteria yang penting dan perlu segera diatasi pada pasien. Menentukan perencanaan keperawatan sesuai dengan masalah yang didapatkan pada pasien, melakukan tindakan keperawatan serta evaluasi tindakan keperawatan.

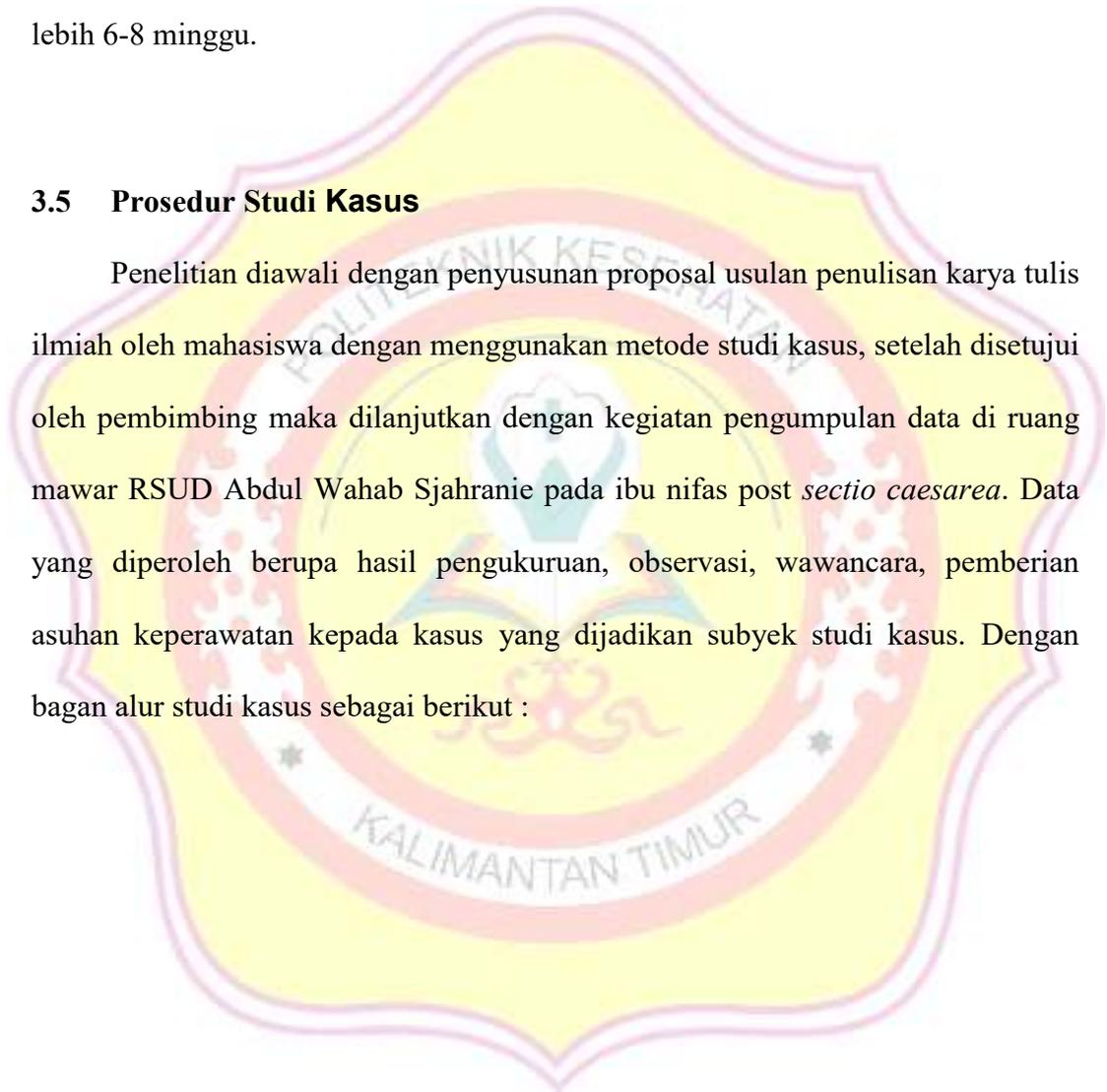
Sectio Caesarea adalah suatu tindakan pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin didalam rahim melalui insisi pada dinding dan rahim perut

ibu dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh dan bobot janin diatas 500 gram.

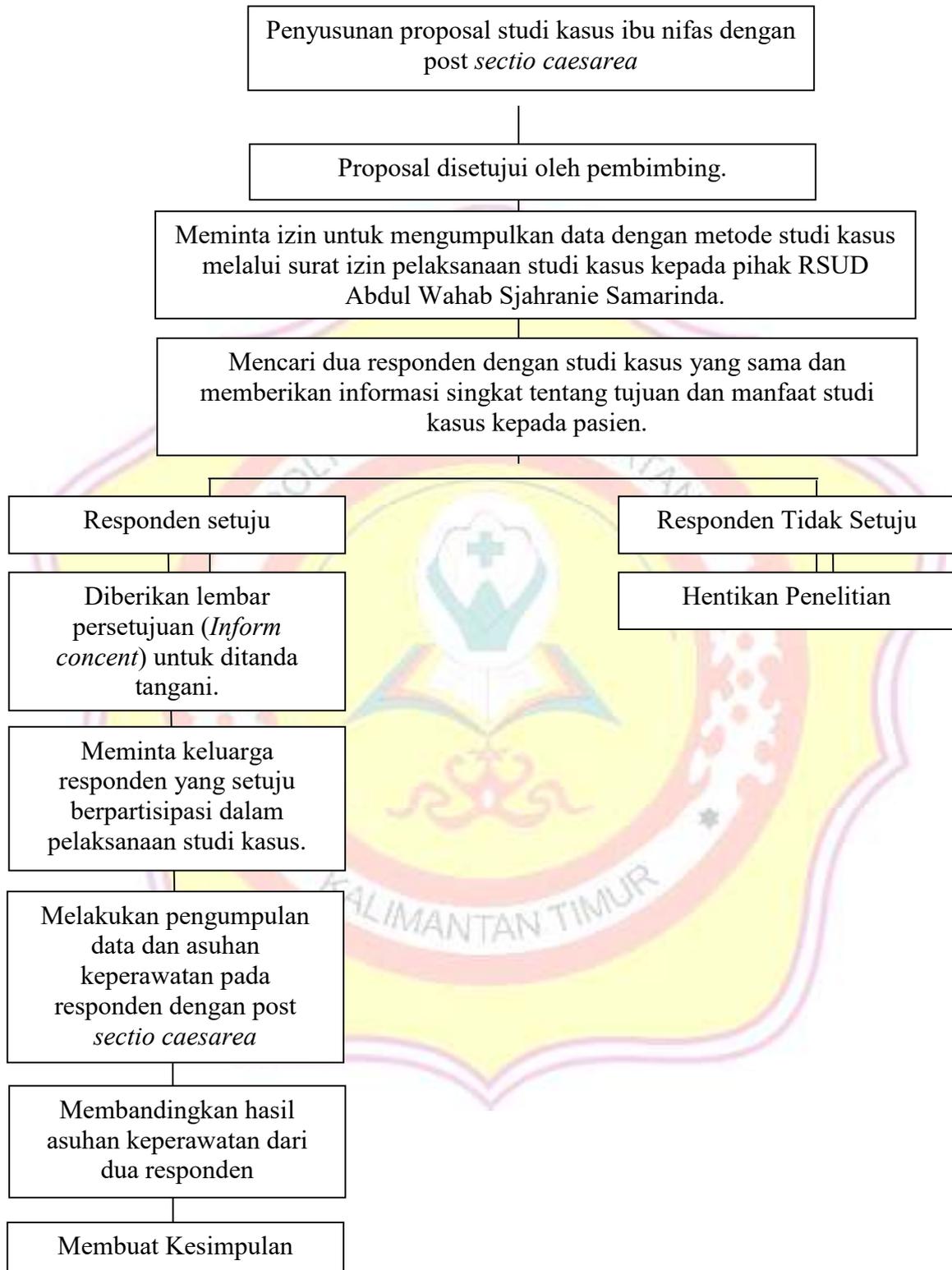
Masa nifas (*puerperium*) adalah masa dimana kondisi pemulihan sesudah persalinan selesai hingga kembali ke kondisi sebelum hamil yang terjadi kurang lebih 6-8 minggu.

3.5 Prosedur Studi Kasus

Penelitian diawali dengan penyusunan proposal usulan penulisan karya tulis ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus, setelah disetujui oleh pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data di ruang mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada ibu nifas post *sectio caesarea*. Data yang diperoleh berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pemberian asuhan keperawatan kepada kasus yang dijadikan subyek studi kasus. Dengan bagan alur studi kasus sebagai berikut :



Bagan 3.1 Alur Studi Kasus



3.6 Teknik dan instrumen pengumpulan data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

3.6.1.1 Wawancara

Wawancara yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden misalnya mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, genogram, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

3.6.1.2 Pengamatan (Observasi)

Metode Observasi adalah suatu usaha untuk mengumpulkan data yang dilakukan secara sistematis, dengan prosedur yang terstandar (Sugiyono, 2008). Pengamatan menggunakan metode pengamatan terlibat (observasi partisipasif). Pengamat benar-benar mengambil bagian dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kata lain pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang telah di selidiki, misalnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah nyeri akut dibagian abdomen karena luka insisi yang dapat dilakukan antara lain mengurangi dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan tindakan keperawatan yang dibutuhkan pasien.

3.6.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pengamatan yang mempunyai kerangka atau struktur yang jelas. Kerangka tersebut memuat beberapa hal, pada masalah nyeri akut hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain keluhan utama, pemeriksaan fisik. Dan pada umumnya observasi sistematis ini didahului oleh observasi pendahuluan yakni dengan observasi partisipatif.

3.6.1.4 Dokumentasi

Pada metode dokumentasi peneliti memegang *check list* untuk mencari variabel yang sudah ditentukan. Apabila terdapat atau muncul variabel yang dicari, maka peneliti tinggal membubuhkan tanda *check* atau *tally* di tempat yang sesuai (Arikunto, 2006).

Dari hasil data yang sudah diperoleh meliputi wawancara, pengkajian dan observasi untuk memvalidasi hasil tersebut peneliti melakukan *check list* hasil yang didapat dengan data pada rekam medik pasien.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang di gunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus post *Sectio Caesarea*.

3.7 Uji Keabsahan Data

Untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

3.7.1 Data Primer

Keabsahan dilakukan dengan pengambilan data primer yakni sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber aslinya yang berupa

wawancara dari individu pasien maupun hasil observasi dari suatu objek dan kejadian.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder berisi sumber data penelitian yang diperoleh melalui media perantara atau secara tidak langsung seperti data dari kerabat atau keluarga pasien.

3.7.3 Data Tersier

Diperoleh dari catatan perawatan pasien atau rekam medis pasien yang merupakan riwayat penyakit atau perawatan pasien dimasa lalu.

3.8 Analisis Data

Analisa data dilakukan dengan cara deskriptif yaitu mengemukakan fakta yang ada yang selanjutnya akan dikaitkan dan dibandingkan dengan teori yang ada yang dituangkan kedalam opini pembahasan. Teknik yang digunakan dengan cara menarasikan data yang diperoleh oleh penulis. Setelah dilakukan pengolahan data dan didapatkan hasil penelitian, maka data atau hasil penelitian akan disajikan dalam bentuk teks dan tabel (Alimul, 2011).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil penulisan studi kasus beserta pembahasan yang meliputi penjabaran data secara umum maupun khusus tentang Asuhan Keperawatan pada Ibu Nifas post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi Kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1, Sidodadi, Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur. Pada zaman penjajahan Belanda tahun 1933 dibangun Rumah Sakit bernama *Landschap Hospital* lalu berubah nama menjadi Rumah Sakit umum Segiri pada tahun 1974. Pada tanggal 12 November 1977 diresmikan oleh Gubernur yaitu Bapak H. Abdul Wahab Sjahranie untuk pelayanan rawat jalan. Seluruh pelayanan rawat inap dan rawat jalan dipindahkan dari rumah sakit lama (Selili) ke lokasi rumah sakit baru yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia pada tanggal 21 Juli 1984.

Pada tanggal 22 Februari 1986 diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul

Wahab Sjahranie antara lain Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi Rawat Jalan sebanyak 20 klinik, Instalasi Rawat Inap sebanyak 733 tempat tidur, Laboratorium,



Radiologi, Radioterapi, Instalasi Penunjang Medik, Farmasi, Hemodialisa, Rehabilitasi Medik, Intensive Care Unit, Instalasi Bedah Sentral, Stroke Centre.

Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan Ruang Mawar Nifas yaitu ruang rawat inap yang digunakan bagi ibu melahirkan normal maupun *sectio caesarea* dan wanita yang mengalami masalah dalam sistem reproduksi yang diterima dari ruang Verlos Kamer (VK) atau yang diterima langsung setelah pasien datang dari IGD.

Jumlah pasien yang ada di ruang Mawar berubah setiap hari karena Ruang Mawar Nifas merupakan ruang dimana pasien datang kapanpun dari IGD maupun Verlos Kamer (VK) dan segera di alih rawat setelah kondisi pasien mulai stabil.

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

Adapun batas-batas ruangan disekitar Ruang Mawar yaitu sebagai berikut: di bagian utara Ruang Mawar terdapat Ruang Bougenville, di bagian selatan Ruang Mawar terdapat Ruang Cempaka, di bagian barat terdapat ruang Teratai 3 dan bagian timur berbatasan langsung dengan koridor utama dan jalan menuju Ruang ICU, ICCU, PICU, NICU, dan Hemodialisa.

4.1.2 Gambaran Subyek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini dipilih dua pasien sebagai responden yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.



4.1.2.1 Subyek 1

Pasien atas nama Ny. D, umur 33 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan terakhir SLTA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Jl. P. Suryanata Komplek Perum H. Hadi RT. 15 Bukit Pinang Samarinda, dirawat di ruang Mawar Nifas sejak 03 April 2019 - 05 April 2019 dengan keluhan ASI tidak keluar serta nyeri pada luka operasi dan pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit untuk persalinan anak pertama pada tahun 2004 secara normal.

4.1.2.2 Subyek 2

Pasien atas nama Ny. S, umur 24 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan terakhir SLTA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, alamat Long Lees RT. 05, dirawat di ruang Mawar Nifas sejak 06 Mei 2019 - 08 Mei 2019 dengan keluhan nyeri pada luka operasi serta kurang pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar dan pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit.

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

4.1.3.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan menunjukkan bahwa Pasien 1 Ny. D berumur 33 tahun dengan diagnosa G₄P₂A₁ Post *Sectio Caesarea* indikasi Ketuban

Pecah Dini (KPD) dan Pasien 2 Ny. S berumur 24 tahun dengan diagnosa $G_1P_0A_0$
Post *Sectio Caesarea* indikasi CPD (*Cefalo Pelvik Disporpotion*).



Tabel 4.1
 Hasil Anamnesis Identitas Ibu Nifas Post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar
 RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

IDENTITAS PASIEN		
Biodata Pasien		
Istri		
	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. D	Ny. S
Umur	33 Tahun	24 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SLTA	SLTA
Pekerjaan	IRT	IRT
Alamat	Jl. Pangeran Suryanata Komplek Perum H. Hadi RT. 15 Bukit Pinang Samarinda	Long Lees RT. 05

	Suami	
Nama	Tn. F	Tn. L
Umur	38 Tahun	31 Tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SLTA	SLTP
Pekerjaan	Swasta	Swasta
Alamat	Jl. Pangeran Suryanata Komplek Perum H. Hadi RT. 15 Bukit Pinang Samarinda	Longg Lees RT. 05
Riwayat Kesehatan		
	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> .	Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> .
Alasan masuk Rumah Sakit/ Riwayat Kesehatan Sekarang	<p>Pasien mengatakan sakit pinggang dan perut terasa kencang. Keesokan harinya pada tanggal 03-04-2019 jam 04.00 WITA pasien mengatakan keluar lendir berserta bercak darah lalu dibawa ke klinik pada saat diperiksa oleh bidan sudah masuk pembukaan ke 5 tetapi kala 2 lama, ketuban sudah pecah, serta bayi terlilit tali pusat sehingga proses pengeluaran terhambat, karena itu pasien di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan masuk IGD lalu dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> pada jam 09.00 WITA dan dipindahkan keruang perawatan Mawar Nifas jam 11.30 WITA.</p> <p>Pada saat dikaji tanggal 03-04-2019 jam 16.00 WITA, Ny.</p>	<p>Pada tanggal 05-05-2019 malam pasien mengatakan perut terasa kencang tanggal 06-05-2019 jam 03.00 WITA dibawa ke puskesmas setelah diperiksa pembukaan 6, ketuban pecah, pinggang kecil, lalu di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan masuk IGD lalu dilakukan operasi <i>sectio caesarea</i> pada jam 09.40 WITA dan dipindahkan keruang perawatan Mawar Nifas jam 13.30 WITA.</p> <p>Pada saat dikaji tanggal 06-05-2019 jam 19.00 WITA, Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> dibagian abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 dengan intensitas hilang timbul dan menyatakan kurang terpapar informasi tentang cara menyusui yang benar</p>

	<p>D mengatakan nyeri pada luka bekas operasi <i>sectio caesarea</i> dibagian abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 dengan intensitas hilang timbul karena masih dalam efek obat bius dan mengeluarkan ASI sedikit keluar.</p> <p>Pada saat dikaji posisi pasien supine terpasang IVFD RL drip Tramadol, serta kateter, dan aktivitas masih dibantu oleh suami pasien.</p>	<p>karena anak pertama.</p> <p>Pada saat dikaji posisi pasien supine terpasang IVFD RL, serta kateter, dan aktivitas masih dibantu oleh suami pasien dan ibu pasien.</p>
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi, DM, dan penyakit jantung.	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi, DM, dan penyakit jantung.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit Hipertensi, DM, dan Penyakit Jantung.	Pasien mengatakan ada anggota keluarganya yang mengidap Hipertensi (Ibu).
Riwayat Obstetri		
Riwayat Kehamilan Sekarang		
	Pasien 1	Pasien 2
GPA	G ₄ P ₂ A ₁	G ₁ P ₀ A ₀
Umur Kehamilan	40 Minggu	40 Minggu
Taksiran Persalinan	02-04-2019	09-05-2019

ANC/ Ante Natal Care	9x				12x								
Masalah Kesehatan	Ketuban Pecah Dini (KPD)				CPD (<i>Cefalo Pelvik Disporption</i>)								
Riwayat Kehamilan dan Persalinan													
	Pasien 1				Pasien 2								
PA	P1	A1	P2	P3	P1								
Umur Kehamilan	38 Minggu	24 Minggu	38 Minggu	40 Minggu	40 Minggu								
Tanggal Tahun Partus	2004	2006	2008	2019	2019								
Penolong Persalinan	Dokter	Dokter	Bidan	Dokter	Dokter								
Jenis Persalinan	Spontan	Curet	Spontan	SC	SC								
Riwayat Anak dan Keadaan Nifas													
	Pasien 1								Pasien 2				
	ANAK				NIFAS				ANAK		NIFAS		
	1	2	3	4		1	2	3	4				
JK	L	L	L	L	Laktasi	√	-	√	√	JK	L	Laktasi	√
BB	4.200	-	3.500	3.350	Perdarahan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	BB	3.000	Perdarahan	Tidak Ada
PB	57	-	55	50	Infeksi	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	PB	49	Infeksi	Tidak Ada
Keadaan Lahir	Hidup	Meninggal	Hidup	Hidup						Keadaan Lahir	Hidup		

Umur Sekarang	15 Tahun	-	11 Tahun	0 Hari					Umur Sekarang	0 Hari		
Riwayat Persalinan Sekarang												
			Pasien 1				Pasien 2					
Tanggal Persalinan dan Jam			03-04-2019 Jam 09.00 Pagi				06-05-2019 Jam 09.40 Pagi					
Tipe Persalinan			<i>Sectio Caesarea</i>				<i>Sectio Caesarea</i>					
Lama Persalinan			Kala I, II, III tidak dilakukan				Kala I, II, III tidak dilakukan					
Jumlah Perdarahan			± 500 cc				± 250 cc					
Penyulit Persalinan			Ketuban Pecah Dini (KPD)				CPD (<i>Cefalo Pelvik Disporpotion</i>)					
Keadaan Bayi			- Jenis Kelamin : Laki-laki				- Jenis Kelamin : Laki-laki					
			- Berat Badan Lahir : 3.350 gram				- Berat Badan Lahir : 3.000 gram					
			- Panjang Badan : 50 cm				- Panjang Badan : 49 cm					
			- APGAR SCORE : 8/9				- APGAR SCORE : 8/9					

Berdasarkan Tabel 4.1 didapatkan data bahwa pasien 1 mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) yang merupakan salah satu indikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea*. Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Sedangkan salah satu indikasi dilakukannya operasi *sectio caesarea* pada pasien 2 karena mengalami CPD (*Cefalo pelvik Disporpotion*). CPD didefinisikan sebagai suatu bentuk ketidaksesuaian anantara ukuran pinggul ibu dengan kepala janin.

Tabel 4.2
 Hasil Pemeriksaan Fisik dan Pola-pola Fungsi Kesehatan pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea di ruang Mawar
 RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

PEMERIKSAAN FISIK		
	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	- Posisi Pasien : Supine - Alat Medis / Invasif yang terpasang : IVFD RL Drip Tramadol, Kateter.	- Posisi Pasien : Supine - Alat Medis / Invasif yang terpasang : IVFD RL, Kateter.
Kesadaran	- Kualitatif : Compos Mentis - Kuantitatif : GCS : E ₄ V ₅ M ₆ - Tanda-tanda Vital : TD : 120/80 mmHg N : 87x/menit RR : 20x/menit T : 36,2 °C	- Kualitatif : Compos Mentis - Kuantitatif : GCS : E ₄ V ₅ M ₆ - Tanda-tanda Vital : TD : 100/80 mmHg N : 90x/menit RR : 18x/menit T : 36,5 °C
Berat Badan	- Sebelum Hamil : 52 Kg	- Sebelum Hamil : 40 Kg

	- Sekarang : 66 Kg	- Sekarang : 59 Kg
Tinggi Badan	157 cm	143 cm
Kenyamanan/Nyeri	- P : Pasien mengatakan nyeri bertambah parah ketika bergerak - Q : seperti di tusuk-tusuk - R : abdomen - S : Skala Nyeri 5 - T : hilang timbul	- P : Pasien mengatakan nyeri bertambah parah ketika bergerak - Q : seperti di tusuk-tusuk - R : abdomen - S : Skala Nyeri 6 - T : hilang timbul
A. Pemeriksaan Kepala		
Finger Print (ditengah Frontal)	Terhidrasi	Terhidrasi
Kulit Kepala	Bersih	Bersih
Rambut :		
1. Penyebaran	Merata	Merata
2. Warna	Hitam Kecokelatan (Pirang)	Hitam
3. Mudah Patah	Tidak Mudah Patah	Tidak Mudah Patah
4. Bercabang	Tidak Bercabang	Tidak Bercabang
5. Cerah/Kusam	Kusam	Kusam
6. Kelainan	Tidak ada Kelainan	Tidak ada Kelainan
Mata :		
1. Sklera	Ikterik	Putih

2. Konjungtiva	Anemis	Merah Muda
3. Palpebra	Tidak ada Edema	Tidak ada Edema
4. Kornea	Jernih	Jernih
5. Reflek Cahaya	+	+
6. TIO	(Tidak Dikaji)	(Tidak Dikaji)
7. Pupil	Isokor	Isokor
8. Visus	6/6	6/6
9. Kelainan	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan
Hidung :		
1. Pernafasan Cuping Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung
2. Posisi Septum Nasal	Ditengah	Ditengah
3. Lubang Hidung	Bersih tidak terdapat kotoran	Bersih tidak terdapat kotoran
4. Ketajaman Penciuman	Pasien dapat membedakan bau	Pasien dapat membedakan bau
5. Kelainan	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan
Rongga Mulut :		
1. Bibir : Warna	Pucat	Cokelat
2. Gigi Geligi	Terdapat caries dibagian geraham atas kanan kiri	Tidak terdapat caries gigi
3. Lidah : Warna	Merah Muda	Merah Muda
4. Mukosa	Lembab	Lembab
5. Tonsil : Ukuran	Tidak diukur	Tidak diukur

6. Ovula : Letak	Simetris Ditengah	Simetris Ditengah
Telinga :		
1. Daun/Pina Telinga	Simetris kanan dan kiri	Simetris kanan dan kiri
2. Kanalis Telinga	Bersih, Tidak terdapat Serumen	Bersih, Tidak terdapat Serumen
3. Ketajaman Pendengaran	Pasien dapat mendengar dengan baik	Pasien dapat mendengar dengan baik
B. Pemeriksaan Leher		
Kelenjar Getah Bening	Tidak teraba	Tidak teraba
Tiroid	Tidak teraba	Tidak teraba
Posisi Trakea	Letak ditengah	Letak ditengah
C. Pemeriksaan Thorak		
Keluhan :	Tidak sesak maupun nyeri waktu nafas	Tidak sesak maupun nyeri waktu nafas
1. Batuk	Tidak ada batuk	Tidak ada batuk
2. Sekret,Warna, Konsistensi, Bau	-	-
Inspeksi :		
1. Bentuk Dada	Elips	Elips
2. Payudara	Payudara simetris antara kanan dan kiri	Payudara simetris antara kanan dan kiri
3. Puting Susu	Menonjol	Menonjol
4. Konsistensi	Keras	Lunak
5. Colostrum	Ada pengeluaran Colostrum	Ada pengeluaran Colostrum

6. Hiperpigmentasi Aerola	Terdapat hiperpigmentasi pada aerola	Terdapat hiperpigmentasi pada aerola
7. Lain-lain	Tidak ada	Tidak ada
Frekuensi :	20x/menit	18x/menit
1. Irama Nafas	Teratur	Teratur
2. Pola Pernafasan	Normal	Normal
3. Pernafasan Cuping Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung
4. Otot Bantu Pernafasan	Tidak ada otot bantu pernafasan	Tidak ada otot bantu pernafasan
5. Usaha Nafas	Dapat bernafas dalam posisi apapun	Dapat bernafas dalam posisi apapun
6. Alat Bantu Nafas	Tidak menggunakan alat bantu nafas	Tidak menggunakan alat bantu nafas
Palpasi :		
1. Vocal Premitus	Sama getaran antara kanan dan kiri	Sama getaran antara kanan dan kiri
2. Ekspansi Paru	Mengembang	Mengembang
3. Kelainan	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan
Perkusi :	Sonor	Sonor
1. Batas Paru Hepar	ICS V Midclavicula Dekstra	ICS V Midclavicula Dextra
Auskultasi :		
1. Suara Nafas	Vesikuler	Vesikuler
Penggunaan WSD	Tidak menggunakan WSD	Tidak menggunakan WSD
Trakeostomy	Tidak ada Trakeostomy	Tidak ada Trakeostomy
Lain-lain	Tidak Ada	Tidak Ada

D. Pemeriksaan Jantung		
Keluhan Nyeri Dada	Tidak ada nyeri dada	Tidak ada nyeri dada
Inspeksi :	Simetris, tidak ada jejas ataupun pembesaran	Simetris, tidak ada jejas ataupun pembesaran
1. CRT	<2 detik	<2 detik
2. Sianosis	Tidak sianosis	Tidak sianosis
3. Ujung Jari	Ujung jari tidak tabuh	Ujung jari tidak tabuh
Palpasi : Ictus Cordis	ICS V Midclavicula Sinistra	ICS V Midclavicula Sinistra
1. Akral	Hangat	Hangat
Perkusi :		
1. Batas Atas	ICS II Line Parasternal Dekstra	ICS II Line Parasternal Dekstra
2. Batas Bawah	ICS V Line Midclavicula Sinistra	ICS V Line Midclavicula Sinistra
3. Batas Kanan	ICS III Line Parasternal Dekstra	ICS III Line Parasternal Dekstra
4. Batas Kiri	ICS III Line Parasternal Sinistra	ICS III Line Parasternal Sinistra
Auskultasi :		
1. BJ II - Aorta	Dub, Reguler, Intensitas Kuat	Dub, Reguler, Intensitas Kuat
2. BJ II - Pulmonal	Dub, Reguler, Intensitas Kuat	Dub, Reguler, Intensitas Kuat
3. BJ I - Trikuspidalis	Lub, Reguler, Intensitas Kuat	Lub, Reguler, Intensitas Kuat

4. BJI - Mitral	Lub, Reguler, Intensitas Kuat	Lub, Reguler, Intensitas Kuat
5. Bunyi Jantung Tambahan	Tidak ada bunyi jantung tambahan	Tidak ada bunyi jantung tambahan
6. Kelainan	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan
JVP	Normal	Normal
CVP	Tidak terpasang CVP	Tidak terpasang CVP
CTR	Tidak dikaji	Tidak dikaji
ECG & Interpretasinya	Tidak ada	Tidak ada
Lain-lain	Tidak ada	Tidak ada
E. Sistem Pencernaan		
Abdomen		
Inspeksi :		
1. Bentuk Abdomen	Simetris	Simetris
2. Striae Gravidarum	Terdapat striae gravidarum	Terdapat striae gravidarum
3. Linea	Terdapat Linea Nigra	Terdapat Linea Nigra
4. Bayangan Vena	Tidak ada bayang Vena	Tidak ada bayang Vena
5. Benjolan/Massa	Tidak ada benjolan maupun massa	Tidak ada benjolan maupun massa
6. Luka Operasi, Tanggal Operasi	Terdapat luka operasi post operasi <i>sectio caesaraea</i> , jenis sayatan vertikal, panjang luka \pm 10 cm yang masih ditutup verban, Tanggal 03-04-2019	Terdapat luka operasi post operasi <i>sectio caesaraea</i> , jenis sayatan vertikal, panjang luka \pm 8 cm yang masih ditutup verban,, Tanggal 06-05-2019
7. Jenis Operasi, Lokasi	Operasi <i>Sectio Caesarea</i> , Abdomen	Operasi <i>Sectio Caesarea</i> , Abdomen

8. Diastatis Rektus Abdominalis	Tidak dapat dikaji	Tidak dapat dikaji
9. Peristaltik Usus	3x/menit	2x/menit
10. TFU	2 jari dibawah pusat	1 jari dibawah pusat
11. Konsistensi	Keras dan membulat	Keras dan membulat
12. Kontraksi Uterus	Kontraksi uterus baik	Kontraksi uterus baik
F. Sistem Perkemihan		
1. Kebersihan	Bersih	Bersih
2. Keluhan Kencing	Tidak ada keluhan kencing	Tidak ada keluhan kencing
3. Kemampuan Berkemih	Menggunakan selang kateter	Menggunakan selang kateter
4. Produksi Urine	± 1500 ml/hari	± 900 ml/hari
5. Kandung Kemih	Tidak ada pembesaran maupun nyeri tekan	Tidak ada pembesaran maupun nyeri tekan
G. Sistem Persyarafan		
Memori	Dapat mengingat jangka panjang	Dapat mengingat jangka panjang
Perhatian	Dapat mengulang	Dapat mengulang
Bahasa	Baik, pasien dapat menggunakan bahasa Indonesia	Baik, pasien dapat menggunakan bahasa Indonesia
Kognisi	Baik	Baik
Orientasi	Orientasi pada orang, waktu, dan tempat baik	Orientasi pada orang, waktu, dan tempat baik
Saraf Sensori	Dapat merasakan nyeri tusuk, suhu, dan sentuhan	Dapat merasakan nyeri tusuk, suhu, dan sentuhan
Refleks Fisiologis		
1. Patella	2 (Normal)	2 (Normal)

2. Achilles	2 (Normal)	2 (Normal)
3. Bisep	2 (Normal)	2 (Normal)
4. Trisep	2 (Normal)	2 (Normal)
5. Brankoradialis	2 (Normal)	2 (Normal)
Reflek Patologi		
1. Babinsky	Hasil pemeriksaan (-)	Hasil pemeriksaan (-)
2. Human Sign	Hasil pemeriksaan (-)	Hasil pemeriksaan (-)
Keluhan pusing	Tidak pusing	Tidak pusing
Pupil	Isokor	Isokor
Sklera/Konjungtiva	Ikterik/Anemis	Putih/ Merah Muda
Gangguan Pandangan	Tidak ada gangguan pandangan	Tidak ada gangguan pandangan
Gangguan Pendengaran	Tidak ada gangguan pendengaran	Tidak ada gangguan pendengaran
Gangguan Penciuman	Tidak ada gangguan penciuman	Tidak ada gangguan penciuman
Istirahat/Tidur	6-8 jam/hari	6-8 jam/hari
H. Genetalia		
Vulva		
1. Oedema	Oedema	Tidak terjadi Oedema
2. Varises	Tidak ada varises	Tidak ada varises

Perineum 1. Utuh/Luka 2. Episiotomi 3. Jahitan	Luka Tidak ada episiotomi Tidak dijahit	Utuh Tidak ada episiotomi Tidak dijahit
Lokia 1. Jumlah 2. Jenis/warna 3. Konsistensi 4. Bau	2x ganti pembalut dalam sehari Rubra/ Merah terang Cair dan terdapat gumpalan darah Khas	2x ganti pembalut dalam sehari Rubra/ Merah terang Cair dan terdapat gumpalan darah Khas
Anus 1. Iritasi 2. Haemoroid	Tidak ada iritasi Terdapat Haemoroid	Tidak ada iritasi Tidak ada Haemoroid
I. Ekstremitas		
Tangan 1. Oedema 2. Varises	Tidak terjadi oedema Tidak ada varises	Tidak terjadi oedema Tidak ada varises
Kaki		

1. Oedema	Tidak terjadi oedema	Tidak terjadi oedema
2. Varises	Tidak ada varises	Tidak ada varises
3. Masalah Khusus	Tidak ada masalah khusus	Tidak ada masalah khusus
POLA KESEHATAN FUNGSIONAL		
	Pasien 1	Pasien 2
A. Nutrisi		
Nafsu Makan	Baik	Baik
Pola Makan	3x/hari	3x/hari
Gangguan Makan	Tidak ada gangguan makan	Tidak ada gangguan makan
Pantangan	Tidak ada pantangan	Tidak ada pantangan
Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Diet	Bubur	Bubur
Porsi Makan	Habis	Habis
B. Aktivitas / Mobilisasi		
Ambulasi	Pada saat dilakukan pengkajian 5 jam post <i>sectio caesarea</i> , pasien tirah baring dan mampu menggerakkan tangan dan kaki	Pada saat dilakukan pengkajian 6 jam post <i>sectio caesarea</i> , pasien tirah baring dan mampu menggerakkan tangan dan kaki.
Kegiatan Sehari-hari	Pasien istirahat diatas tempat tidur dan melakukan aktivitas di atas tempat tidur	Pasien istirahat diatas tempat tidur dan melakukan aktivitas di atas tempat tidur
Masalah dalam beraktivitas	Pasien mengatakan masih sulit bergerak karena nyeri post <i>sectio caesarea</i>	Pasien mengatakan masih sulit bergerak karena nyeri post <i>sectio caesarea</i>

Senam Nifas	Tidak dilakukan senam nifas	Tidak dilakukan senam nifas
C. Eliminasi		
BAK		
1. Frekuensi	Pasien terpasang kateter	Pasien terpasang kateter
2. Warna	Kuning	Kuning
3. Bau	Khas urine	Khas urine
4. Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
BAB		
1. Frekuensi	Belum ada BAB pada saat hari dikaji	Belum ada BAB pada saat hari dikaji
2. Konsistensi	Tidak ada	Tidak ada
3. Warna	Tidak ada	Tidak ada
4. Bau	Tidak ada	Tidak ada
5. Konstipasi	Tidak ada	Tidak ada
6. Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
D. Istirahat dan Tidur		
Jumlah jam tidur	5-6 jam /hari	5-6 jam /hari
Yang mempermudah tidur	Suasana yang tenang	Suasana yang tenang
Yang mempermudah bangun	Nyeri pada luka post <i>sectio caesarea</i>	Nyeri pada luka post <i>sectio caesarea</i>
E. Personal Hygiene		
Mandi	2x/hari	2x/hari

Gosok gigi	3x/hari	3x/hari
Cuci Rambut	Belum ada	Belum ada
Potong kuku	Pasien memotong kuku setiap kuku panjang	Pasien memotong kuku setiap kuku panjang
Perawatan payudara	Pasien membersihkan payudara setiap hari pada saat mandi	Pasien membersihkan payudara setiap hari pada saat mandi
Perawatan perineum	Pasien membersihkan perineum setiap hari pada saat mandi	Pasien membersihkan perineum setiap hari pada saat mandi
F. Seksualitas dan Reproduksi		
Payudara	Tidak ada benjolan	Tidak ada benjolan
Genetalia	Tidak ada flour albus maupun prolaps uteri, terdapat haemoroid	Tidak ada flour albus, prolaps uteri, maupun haemoroid
Masalah Seksual		
1. Apakah ada perubahan pola	Ya ada	Ya ada
2. Jenis perubahan	Tidak melakukan hubungan seksual pada masa nifas	Tidak melakukan hubungan seksual pada masa nifas
3. Cara mengatasi	Melakukan hubungan seksual setelah masa nifas berakhir (setelah ± 40 hari pasca melahirkan)	Melakukan hubungan seksual setelah masa nifas berakhir (setelah ± 40 hari pasca melahirkan)
DATA PSIKOLOGIS		
	Pasien 1	Pasien 2
Hubungan dengan bayi	Sangat baik dan penuh kasih sayang	Sangat baik dan penuh kasih sayang
Sedih/Gembira	Gembira	Gembira
Hubungan dengan keluarga	Sangat baik dan harmonis	Sangat baik dan harmonis

Masalah yang dipikirkan	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
PENGAJIAN PSIKOSOSIAL		
	Pasien 1	Pasien 2
Reaksi saat interaksi	Kooperatif	Kooperatif
Gangguan konsep diri	Tidak	Tidak
Status Perkawinan		
1. Usia waktu kawin	18 Tahun	20 Tahun
2. Perkawinan ke	1	1
3. Lama perkawinan	16 Tahun	4 Tahun
Orang yang berharga bagi pasien	Keluarga	Keluarga
Hubungan dengan orang lain	Orientasi terhadap orang lain baik	Orientasi terhadap orang lain baik

Berdasarkan Tabel 4.2 didapatkan data bahwa kedua pasien post *sectio caesarea* mengeluh nyeri pada luka post operasi *sectio caesarea* karena proses pembedahan yang dilakukan di area abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi.



Tabel 4.3

Hasil pemeriksaan penunjang pada Ibu nifas post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar
RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Pasien 1	Pasien 2	
Laboratorium			
1. Hb	10.9 g/dL	13.2 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
2. Ht	33.9 %	41.0 %	37.0 - 54.0 %
3. Leukosit	23.02 $10^3/\mu\text{L}$	15.30 $10^3/\mu\text{L}$	4.80 - 10.80 $10^3/\mu\text{L}$
4. Ureum	20.3 mg/dL	21.0 mg/dL	19.3 - 49.2 mg/dL

5. Creatinin	0.8 mg/dL	0.6 mg/dL	0.5 - 1.1 mg/dL
6. GDS	141 mg/dL	70 mg/dL	70 - 140 mg/dL
USG			
1. DJJ	160x/menit	120x/menit	
2. Taksiran Persalinan	02-04-2019	09-05-2019	
3. Persentasi	Kepala	Kepala	
4. Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki	
5. Berat Badan	3.800 gr	3.000 gr	
6. Panjang Badan	58 cm	49 cm	

Berdasarkan Tabel 4.3 ditemukan data dari pemeriksaan penunjang Laboratorium pasien 1 dan 2 ditemukan hasil laboratorium pada tanggal 03 April 2019 dan 06 Mei 2019 jumlah Leukosit diatas nilai normal yaitu $23.02 \times 10^3/\mu\text{L}$ dan $15.30 \times 10^3/\mu\text{L}$ dan jumlah Hemoglobin (Hb) dari pasien 1 ditemukan dibawah nilai normal yaitu 10,9 g/dL. Pada pemeriksaan USG terdapat kesamaan diantara 2 pasien yaitu persentasi dan jenis kelamin bayi.

Tabel 4.4

Penatalaksanaan/Terapi (Obat yang Diterima) pada Ibu Nifas Post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar
RSUD Abdul Sjahranie Samarinda.

	Pasien 1			Pasien 2		
Nama Obat	Ceftriaxone	Metronidazole	Antrain	Ceftriaxone	Antrain	Ranitidine
Kandungan Obat	Ceftriaxone Disodium	Nitrimidazoles	Metamizole	Ceftriaxone Disodium	Metamizole	Ranitidine
Kekuatan	1 gr	100 mL	500 mg	1 gr	500 mg	50 mg
Dosis	3x1 gr	3x500 mg	3x1 amp	3x1 gr	3x1 amp	2x1 gr
Sediaan/Bentuk	Vial	IVFD	Ampul	Vial	Ampul	Ampul
Cara/Rute Pemberian	Via Intra Vena Injection					

Berdasarkan Tabel 4.4 pasien 1 dan 2 memiliki penatalaksanaan terapi yang sama, yaitu obat nyeri untuk mengurangi rasa nyeri post operasi *sectio caesarea*, dan antibiotik untuk mencegah infeksi.

4.1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5

Diagnosa Keperawatan pada Pasien 1 dan 2 post *Sectio Caesarea* di ruang Mawar
RSUD Abdul Wahab Sjahrhanie Samarinda

Pasien 1		Pasien 2	
Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
Rabu, 03-04-2019	(D.0077) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik, luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i> DS : Pasien mengatakan nyeri : - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak.	Senin, 06-05-2019	(D.0077) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik, luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i> DS : Pasien mengatakan nyeri : - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak.

Pasien 1		Pasien 2	
Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
	<p>- Q : Terasa seperti ditusuk-tusuk</p> <p>- R : Abdomen bawah</p> <p>- S : Skala Nyeri 5</p> <p>- T : hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis kesakitan pada saat mencoba untuk miring kanan-miring kiri. 2. Pasien meminimalkan gerakan 3. Terdapat luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i>. Jenis sayatan vertikal dengan panjang luka ± 16 cm. 4. Pasien mendapatkan terapi analgetik antrain. 		<p>- Q : Terasa seperti ditusuk-tusuk</p> <p>- R : Abdomen bawah</p> <p>- S : Skala Nyeri 6</p> <p>- T : hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis dan merintih menahan nyeri. 2. Pasien tampak berhati-hati bila bergerak. 3. Terdapat luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i>. Jenis Sayatan vertikal dengan panjang luka ± 14 cm. 4. Pasien mendapatkan terapi analgetik antrain.
	<p>(D. 0029) Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan Ketidakadekuatan suplai ASI</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit. 		<p>(D.0111) Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi.</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum mengerti tentang cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama

Pasien 1		Pasien 2	
Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
	<p>2. Pasien mengatakan jika payudaranya terasa penuh dan bengkak.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Payudara teraba keras. 2. Pasien terlihat kesakitan pada saat payudaranya di sentuh. 3. ASI hanya keluar sedikit pada saat aerola dipencet. 		<p>memiliki anak.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien belum pernah mendapatkan penyuluhan mengenai teknik menyusui yang benar <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien banyak bertanya mengenai cara menyusui yang benar.
	<p>(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum mencoba untuk miring kanan-kiri 2. Pasien mengatakan aktivitas dilakukan diatas tempat tidur dan dibantu oleh suami. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meminimalkan gerakan. 2. Pasien baru melakukan mobilisasi berupa menggerakkan kaki dan tangan. 		<p>(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri. 2. Pasien mengatakan aktivitas dilakukan diatas tempat tidur dan dibantu oleh suami dan keluarga. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak melakukan gerakan seminimal mungkin. 2. Pasien baru melakukan mobilisasi berupa menggerakkan kaki dan tangan.

Pasien 1		Pasien 2	
Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari, Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
	(D.0142) Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> DS : - DO : 1. Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> . Jenis sayatan vertikal, panjang luka ± 16 cm yang masih ditutup verban. 2. Hasil pemeriksaan Leukosit : 23.02 $10^3/\mu\text{L}$ 3. Pasien mendapatkan terapi antibiotik.		(D.0142) Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> DS : - DO : 1. Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> . Jenis sayatan vertikal, panjang luka ± 14 cm yang masih ditutup verban. 2. Hasil pemeriksaan Leukosit : 15.30 $10^3/\mu\text{L}$ 3. Pasien mendapatkan terapi antibiotik.

Berdasarkan Tabel 4.5 ditemukan data dari pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2 ditemukan masalah keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 terdiri dari 4 diagnosa keperawatan diantaranya terdapat diagnosa keperawatan yang sama yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

4.1.3.3 Perencanaan Keperawatan Pasien 1

Tabel 4.6

Intervensi Keperawatan pada Pasien 1 post *Sectio Caesarea* di ruang Mawar
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pasien 1				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi

Pasien 1				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	03 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>NOC :</p> <p>1. Pain Level</p> <p>2. Pain Control</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Skala nyeri menjadi 1-2 4. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah: 110-140/70-90 mmHg. b. Nadi : 60-100 kali/menit c. Pernafasan : 16-24 kali/menit. d. Suhu : 36-37°C 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1. 2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1. 3 Monitor tanda-tanda vital 1. 4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 1. 5 Kurangi faktor presipitasi nyeri. 1. 6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1. 7 Tingkatkan istirahat. 1. 8 Berikan kompres air hangat pada pasien 1. 9 Pemberian analgetik dengan tepat.
2.	03 April 2019	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)	<p>NOC :</p> <p>Breast Feeding</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan menyusui efektif dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan puas dengan kebutuhan untuk menyusui 2. Kemantapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 1 Kaji tingkat pengeluaran ASI 2. 2 Kaji kemampuan menghisap secara efektif 2. 3 Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 2. 4 Beri kompres hangat sebelum menyusui 2. 5 Ajarkan pijat oksitosin untuk memperlancar pengeluaran ASI 2. 6 Lakukan teknik non farmakologi untuk

Pasien 1				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>proses menghisap payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama</p> <p>3. Kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.</p>	<p>memperlancar ASI (pijat Oksitosin).</p> <p>2. 7 Libatkan keluarga untuk membantu dan memberikan dukungan pada ibu.</p>
3.	03 April 2019	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Joint Movement : Active 2. Mobility Level 3. Self Care : ADLs <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 	<p>NIC :</p> <p>Exccercise therapy : Ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor vital sign sebelum dan sesudah aktifitas 3.2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas. 3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi 3.4 Kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh umum. 3.5 Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini 3.6 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan 3.7 Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. 3.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien 3.9 Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi 3.10 Evaluasi perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas

Pasien 1				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
4.	03 April 2019	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	<p>NOC : <i>Infection Control</i> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 1 Monitor tanda-tanda infeksi 4. 2 Kaji keadaan verbal post operasi <i>sectio caesarea</i> 4. 3 Pantau suhu tubuh 4. 4 Pertahankan teknik isolasi 4. 5 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4. 6 Pertahankan lingkungan aseptik selama tindakan 4. 7 Inspeksi kondisi luka / insisi pembedahan 4. 8 Anjurkan istirahat yang cukup 4. 9 Beritahu pada pasien pentingnya perawatan luka selama masa post operasi 4. 10 Dorong masukan nutrisi dan cairan yang cukup 4. 11 Pemberian obat antibiotik sesuai kebutuhan.

NANDA, 2015

Berdasarkan Tabel 4.6 setelah dilakukan penegakan diagnosa keperawatan pada pasien 1, dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada pasien tersebut.

4.1.3.4 Pelaksanaan Keperawatan Pasien 1

Tabel 4.7

Pelaksanaan Keperawatan pada Pasien 1 post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar
RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	Rabu, 03 April 2019			
	18.00	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan	<i>Fita</i>
	18.05	1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	1.3 TD : 120/80 mmHg N : 85x/menit RR : 20x/menit T : 36,6 °C	<i>Fita</i>
	18.15	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien.	1.2 Pasien terlihat meringis kesakitan.	<i>Fita</i>
	18.20	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
			3.3 Pasien hanya bisa	

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	18.30	3.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	menggerakkan kaki dan tangan	<i>Fita</i>
	18.35	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan	<i>Fita</i>
	18.40	3.5 Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini (miring kanan-kiri)	3.5 Pada saat mencoba melakukan miring kanan-kiri pasien kesusahan karena merasa nyeri.	<i>Fita</i>
	18.55	1.1 Memonitor tanda-tanda infeksi. 1.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi. 4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Fita</i>
	19.05	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan	<i>Fita</i>
	19.15	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter 4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV 4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Fita</i>

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	19.18	2.1 Mengkaji tingkat pengeluaran ASI	1.1 Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit pada saat puting dipencet.	<i>Fita</i>
	19.20	2.4 Memberi kompres hangat sebelum menyusui.	2.4 Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di kompres dan ASI masih keluar sedikit.	<i>Fita</i>
	19.35	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.6 Pasien mengatakan merasa lebih rileks tetapi nyeri sedikit berkurang	<i>Fita</i>
	19.45	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
	20.00		3.3 Pasien berbaring ditempat tidur.	<i>Fita</i>
	20.10	3.3 Mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk mobilisasi. 3.8 Membantu pasien untuk melakukan	3.8 Pasien mampu melakukannya	<i>Fita</i>

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
		tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (miring kanan-kiri).		
	20.15	1.7 Mengajukan untuk peningkatan istirahat.	1.7 Pasien mengatakan ingin beristirahat.	<i>Fita</i>
	20.25			<i>Fita</i>
	21.05			<i>Fita</i>
2.	Kamis, 04 April 2019			
	08.30	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	08.35	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.6 Pasien melakukan dan mengatakan merasa lebih rileks tetapi masih merasa nyeri.	<i>Fita</i>
	08.40	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien	1.2 Pasien terlihat meringis menahan sakit.	<i>Fita</i>
	08.45	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (berdiri dan berjalan).	3.8 Pasien mampu melakukannya tetapi berjalan masih dengan tertatih-tatih	<i>Fita</i>
	08.48	2.1 Mengkaji tingkat pengeluaran ASI	2.1 Pasien mengatakan ASI lebih banyak keluar dibanding kemarin.	<i>Fita</i>
	08.50	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan	<i>Fita</i>
		1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV	
	08.55	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Fita</i>

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.00	2.4 Memberi kompres hangat sebelum menyusui.	2.4 Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di kompres dan ASI mulai banyak keluar.	<i>Fita</i>
	09.10	2.6 Memberi teknik non farmakologi pijat oksitosin	2.6 Pasien mengatakan merasa lebih rileks nyaman.	<i>Fita</i>
	09.20	3.1 Memonitor tanda-tanda infeksi. 3.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	3.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi. 4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Fita</i>
	09.35	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
	10.00			<i>Fita</i>
	10.15	3.3 Mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk mobilisasi.	3.3 Pasien mengatakan sudah berjalan keluar kamar.	<i>Fita</i>
		1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	1.3 TD : 130/80 mmHg N : 92x/menit	

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	11.00		RR : 20x/menit T : 36,0 °C	<i>Fita</i>
	12.00			<i>Fita</i>
3.	Jum'at 05 April 2019			
	08.30	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi.	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<i>Fita</i>
	08.35	4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Fita</i>
	08.45	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
		1.3 Mengobservasi reaksi	1.2 Pasien terlihat meringis kesakitan.	

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	08.50	non verbal dari pasien. 1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.6 Pasien melakukannya dan mengatakan lebih merasa rileks.	<i>Fita</i>
	08.55	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.3 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Fita</i>
	09.00	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV	<i>Fita</i>
	09.05	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Fita</i>
	09.08	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah	<i>Fita</i>
	10.05	1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	S : Skala nyeri 3 T : Hilang-timbul 1.3 TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit RR : 18x/menit T : 36,7 °C	<i>Fita</i>

Pasien 1				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	12.00			<i>Fita</i>

Berdasarkan Tabel 4.7 diatas bahwa implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada pasien 1 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit pada tanggal 03-05 April 2019.

4.1.3.5 Evaluasi Keperawatan Pasien 1

Tabel 4.8

Evaluasi Keperawatan pada Pasien 1 post *sectio caesarea* di ruang Mawar
RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 1			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf

Pasien 1			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Rabu, 03 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>Sectio caesarea</i> <p>P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda- Tanda Vital sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> TD : 120/80 mmHg N : 85x/menit RR : 20x/menit T : 36,6 °C - Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak - Pasien mendapatkan terapi analgetik <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1.7 Tingkatkan istirahat. 1.9 Pemberian analgetik dengan tepat. <p>S : - Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit pada saat puting dipencet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di 	<i>Fita</i>
	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan		<i>Fita</i>

Pasien 1			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)	<p>kompres dan ASI masih keluar sedikit</p> <p>O : - Puting menonjol, payudara teraba keras</p> <p>A : Masalah keperawatan menyusui tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1. 1 Kaji tingkat pengeluaran ASI</p> <p>2. 4 Beri Kompres hangat sebelum menyusui</p> <p>2.6 Lakukan teknik non farmakologi untuk memperlancar ASI (Pijat Oksitosin)</p>	
	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)	<p>S : Pasien mengatakan dapat melakukan miring kanan miring kiri.</p> <p>O : Pada saat pasien melakukan pergerakan mobilisasi masih terlihat susah dan sesekali meringis karena nyeri.</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi</p> <p>3.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien</p>	Jita
	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verban bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p>	Jita

Pasien 1			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
		4.10 Pemberian antibiotik sesuai kebutuhan.	
Kamis, 04 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri</p> <p>- Pasien melakukan teknik tarfaslam dan mengatakan merasa lebih rileks tetapi masih merasa nyeri.</p> <p>O : - P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 4</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <p>- Pasien terlihat meringis kesakitan ketika mencoba bergerak.</p> <p>- TD : 130/80 mmHg</p> <p>N : 92x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,0 °C</p> <p>- Pasien mendapatkan terapi analgetik</p> <p>A : Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T.</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari</p>	<i>Fita</i>

Pasien 1			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)</p>	<p>pasien.</p> <p>1.3 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>1.7 Tingkatkan istirahat.</p> <p>1.9 Pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : - Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman pada saat dilakukan pijat oksitosin</p> <p>- Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di kompres dan ASI mulai banyak keluar dan merasa puas.</p> <p>O : - Puting menonjol dan payudara teraba lunak</p> <p>A : Masalah Keperawatan menyusui tidak efektif teratasi.</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>S : - Pasien mengatakan sudah mampu berjalan keluar kamar</p> <p>O : - Pasien mampu berdiri tetapi berjalan masih dengan tertatih-tatih.</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi.</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	<p><i>Fita</i></p>
	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio</i></p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verban bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	<p><i>Fita</i></p>

Pasien 1			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<i>Caesarea</i> (D.0142)	4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.10 Pemberian antibiotik sesuai kebutuhan	<i>Fita</i>
Jum'at, 05 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri ketika ingin bergerak. O : - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 3 T : Hilang-timbul - Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak - Pasien mendapatkan terapi analgetik - TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit RR : 18x/menit T : 36,7 °C A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan dirumah : 1.1 Kaji nyeri secara komprehensif	<i>Fita</i>

Pasien 1			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	<p>meliputi P, Q, R, S, T.</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien.</p> <p>1.3 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>1.7 Tingkatkan istirahat.</p> <p>1.9 Pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verbal bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dirumah :</p> <p>4.1 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>4.10 Pemberian antibiotik sesuai kebutuhan</p>	<i>Tita</i>

Tabel 4.8 diatas menjelaskan bahwa pada pasien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, evaluasi pada pasien 1 menunjukkan 2 diagnosa keperawatan teratasi dan 2 diagnosa keperawatan teratasi sebagian.

4.1.3.6 Perencanaan Keperawatan Pasien 2

Tabel 4.9

Intervensi Keperawatan pada Pasien 2 post *Sectio Caesarea* di ruang Mawar

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pasien 2				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	06 Mei 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pain Level 3. Pain Control <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 4. Skala nyeri menjadi 1-2 5. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah: 110-140/70-90 mmHg. b. Nadi : 60-100 kali/menit c. Pernafasan : 16-24 kali/menit. 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1. 2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1. 3 Monitor tanda-tanda vital 1. 4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 1. 5 Kurangi faktor presipitasi nyeri. 1. 6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1. 7 Tingkatkan istirahat. 1. 8 Berikan kompres air hangat pada pasien 1. 9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.

Pasien 2				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			d. Suhu : 36-37°C	
2.	06 Mei 2019	Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)	<p>NOC : Knowledge : Disease Process Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengerti tentang teknik menyusui yang benar dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga mampu menyatakan tentang cara menyusui yang benar. 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar. 2.2 Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya 2.3 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar 2.4 Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.

Pasien 2				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>secara benar</p> <p>3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat/ tim kesehatan lainnya.</p>	
3.	06 Mei 2019	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> Joint Movement : Active Mobility Level Self Care : ADLs <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien meningkat dalam aktivitas fisik Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 	<p>NIC :</p> <p>Excercise therapy : Ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor vital sign sebelum dan sesudah aktifitas 3.2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas. 3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi 3.4 Kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh umum. 3.5 Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini 3.6 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan 3.7 Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. 3.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien 3.9 Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi 3.10 Evaluasi perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas

Pasien 2				
No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
4.	06 Mei 2019	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	NOC : <i>Infection Control</i> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	NIC : <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.2 Kaji keadaan verbal post operasi <i>sectio caesarea</i> 4.3 Pantau suhu tubuh 4.4 Pertahankan teknik isolasi 4.5 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.6 Pertahankan lingkungan aseptik selama tindakan 4.7 Inspeksi kondisi luka / insisi pembedahan 4.8 Anjurkan istirahat yang cukup 4.9 Beritahu pada pasien pentingnya perawatan luka selama masa post operasi 4.10 Dorong masukan nutrisi dan cairan yang cukup 4.11 Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik sesuai kebutuhan

NANDA, 2015

Berdasarkan Tabel 4.9 setelah dilakukan penegakan diagnosa keperawatan pada pasien 2, dibuat perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada pasien tersebut.

4.1.3.7 Pelaksanaan Keperawatan Pasien 2

Tabel 4.10

Pelaksanaan Keperawatan pada Pasien 2 post *Sectio Caesarea* di Ruang Mawar
RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	Senin, 06 Mei 2019			
	19.15	2.3 Memonitor tanda-tanda vital.	1.3 TD : 100/80 mmHg N : 90x/menit RR : 18x/menit T : 36,5 °C	<i>Jita</i>
	19.18	3.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	3.3 Pasien tirah baring dan dapat menggerakkan tangan serta kakinya.	<i>Jita</i>
	19.20	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien.	1.2 Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak	<i>Jita</i>
	19.25	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 6 T : Hilang-timbul	<i>Jita</i>

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	19.30	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.6 Pasien mengerti, melakukan dan mengatakan merasa rileks tetapi masih merasa nyeri.	<i>Jita</i>
	19.35	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Jita</i>
	19.40	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter 4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV 4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Jita</i>
	19.42	2.1 Mengkaji pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar.	2.1 Pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak.	<i>Jita</i>
	19.50	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi. 4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi. 4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Jita</i>
	19.55	1.1 Mengkaji nyeri secara	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika	<i>Jita</i>

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	20.00	komprehensif.	pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk	<i>Jita</i>
	20.20		R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Jita</i>
	20.25	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (miring kanan-kiri). 3.2 Mengkaji aktivitas kemampuan pasien untuk beraktivitas. 1.7 Menganjurkan untuk peningkatan istirahat.	3.8 Pasien mengatakan belum mampu melakukan karena masih merasa nyeri. 3.2 Aktivitas pasien masih dibantu oleh suami dan keluarga. 1.7 Pasien mengatakan ingin beristirahat.	<i>Jita</i>
	20.35			<i>Jita</i>
	20.55			<i>Jita</i>

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
2.	Selasa, 07 Mei 2019			
	07.30	3.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	3.3 Pasien mengatakan sudah mencoba miring kanan dan kiri	<i>Fita</i>
	07.45	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (memposisikan setengan duduk).	3.8 Pasien mencoba dan mampu melakukannya.	<i>Fita</i>
	08.05	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien.	2.2 Pasien terlihat meringis kesakitan sesekali apabila setelah bergerak	<i>Fita</i>
	08.15	3.2 Mengkaji aktivitas kemampuan pasien untuk beraktivitas.	3.2 Beberapa aktivitas sudah dapat dilakukan dengan sendiri seperti makan.	<i>Fita</i>
	08.25	2.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
		1.6 Mengajarkan teknik	1.6 Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan	

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
		relaksasi nafas dalam.	nyeri sedikit berkurang apabila melakukan teknik tarfaslam.	<i>Jita</i>
	08.35	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Jita</i>
	08.45	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi. 4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi. 4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Jita</i>
	08.55	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Jita</i>
	09.00	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV	<i>Jita</i>
	09.10	2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang informasi mengenai teknik menyusui yang benar.	2.3 Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan perawat memberikan pendidikan kesehatan.	<i>Jita</i>
	09.15	2.2 Memberikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya 2.4 Menanyakan kembali	2.2 Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan mengaplikasikannya.	<i>Jita</i>

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.45	tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat. 1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	2.4 Pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat.	
	10.00		1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T : Hilang-timbul	<i>Jita</i>
	10.10	3.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. 1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	3.3 Posisi pasien duduk semi fowler	<i>Jita</i>
	10.20	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (berdiri).	1.3 TD : 100/70 mmHg N : 85x/menit RR : 19x/menit T : 36,3 °C 3.8 Pasien mengatakan masih susah untuk berdiri karena nyeri.	<i>Jita</i>
	11.50			<i>Jita</i>

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	12.05			<i>Jita</i>
	12.15			
	Rabu, 08 Mei 2019			
	09.15	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.3 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Jita</i>
	09.20	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV	<i>Jita</i>
	09.25	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter.	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Jita</i>
	09.30	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (berdiri dan berjalan).	3.8 Pasien mengatakan dapat melakukannya	<i>Jita</i>

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	10.35	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 3 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
	10.40	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien. 1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.2 Pasien sesekali terlihat meringis kesakitan. 1.6 Pasien merasa lebih rileks dan nyerinya mulai berkurang.	<i>Fita</i>
	10.45	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi. 4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi. 4.2 Keadaan verban bersih dan kering	<i>Fita</i>
	11.15	3.2 Mengkaji aktivitas kemampuan pasien untuk beraktivitas.		<i>Fita</i>
	11.20	1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	3.2 Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri 1.3 TD : 110/70 mmHg	<i>Fita</i>

Pasien 2				
No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	11.30		N : 82x/menit RR : 19x/menit T : 36,8 °C	<i>Fita</i>
	12.00			<i>Fita</i>

Berdasarkan Tabel 4.10 diatas bahwa implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada pasien ke 2 dilakukan selama 3 hari dirumah sakit dari tanggal 06-08 Mei 2019.

4.1.3.8 Evaluasi Keperawatan Pasien 2

Tabel 4.11

Evaluasi Keperawatan pada Pasien 2 – post *sectio caesarea* di ruang Mawar
RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Senin, 06 Mei 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri O :- P : pasien mengatakan nyeri	<i>Fita</i>

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	(D.0077)	<p>bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <p>- Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyeri sedikit berkurang apabila melakukan teknik tarfaslam.</p> <p>- Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak</p> <p>- Pasien mendapatkan terapi analgetik</p> <p>- TD : 100/80 mmHg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>RR : 18x/menit</p> <p>T : 36,5 °C</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T.</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien.</p> <p>1.3 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>1.7 Tingkatkan istirahat.</p> <p>1.9 Pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : - Pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak.</p> <p>O : - Pasien banyak bertanya pada perawat setiap ada tindakan.</p> <p>A : Masalah keperawatan defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar belum teratasi</p>	
	Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar		<i>Fita</i>

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	informasi. (D.0111)	<p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>2. 2 Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>2. 3 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar</p> <p>2. 4 Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.</p> <p>S : Pasien mengatakan belum mampu melakukan miring kanan miring kiri karena masih merasa nyeri.</p> <p>O : Pasien tirah baring dan dapat menggerakkan tangan serta kakinya.</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p>	
	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)	<p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>3. 2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas.</p> <p>3. 3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi</p> <p>3. 8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verban bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p>	<i>Fita</i>
	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i>	<p>P : Pertahankan Intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>4.10 Pemberian antibiotik sesuai kebutuhan</p>	<i>Fita</i>

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	(D.0142)		
Selasa, 07 Mei 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri</p> <p>O :- P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 4</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengerti untuk melakukan tarfaslam dan mengatakan merasa rileks tetapi masih merasa nyeri. - Pasien terlihat meringis kesakitan sesekali apabila setelah bergerak - Pasien mendapatkan terapi analgetik - TD : 100/70 mmHg N : 85x/menit RR : 19x/menit T : 36,3 °C <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p>	<i>Tita</i>

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
		<p>sebagian.</p> <p>P : Pertahankan Intervensi :</p> <p>1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T.</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien.</p> <p>1.3 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>1.7 Tingkatkan istirahat.</p> <p>1.9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan mengaplikasikannya.</p> <p>O : - Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan perawat memberikan pendidikan kesehatan.</p> <p>- Pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat.</p> <p>A : Masalah keperawatan defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar telah teratasi.</p> <p>P : Hentikan Intervensi.</p> <p>S : - Pasien mengatakan masih susah untuk berdiri karena nyeri.</p> <p>O : - Beberapa aktivitas sudah dapat dilakukan dengan sendiri seperti makan.</p> <p>- Posisi pasien setengah duduk.</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.</p> <p>P : Pertahankan Intervensi :</p> <p>3.2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas.</p> <p>3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi</p> <p>3.8 Bantu pasien untuk melakukan</p>	
	Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)		<i>Fita</i>
	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)		<i>Fita</i>

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	<p>tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verban bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.10 Pemberian antibiotik sesuai kebutuhan 	<i>Fita</i>
Rabu,	Nyeri akut berhubungan dengan	S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri	<i>Fita</i>

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
08 Mei 2019	agen pencedera fisik (D.0077)	<p>O :- P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <p>- Pasien sesekali terlihat meringis kesakitan.</p> <p>- Pasien merasa lebih rileks dan nyerinya mulai berkurang.</p> <p>- Pasien mendapatkan terapi analgetik</p> <p>- TD : 120/70 mmHg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>RR : 19x/menit</p> <p>T : 36,8 °C</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dirumah :</p> <p>1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T.</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien.</p> <p>1.3 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>1.7 Tingkatkan istirahat.</p> <p>1.9 Pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : Pasien mengatakan dapat berdiri dan berjalan</p> <p>O : Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik telah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	
	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)		<i>Fita</i>

Pasien 2			
Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	S : - O : - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verbal bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik A : Masalah keperawatan risiko infeksi tertasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan dirumah. 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.10 Pemberian antibiotik sesuai kebutuhan	<i>Fita</i>

Tabel 4.11 diatas menjelaskan bahwa pada pasien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, evaluasi pada pasien 2 menunjukkan 2 diagnosa keperawatan teratasi dan 2 diagnosa keperawatan teratasi sebagian.

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil Asuhan Keperawatan pada Pasien 1 dan 2 dengan kasus Post Operasi *Sectio Caesarea* di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, yang telah dilakukan dari tanggal 03 – 05

April 2019 untuk pasien 1 dan tanggal 06 - 08 Mei 2019 untuk pasien 2. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 03 April 2019 dan tanggal 06 Mei 2019.

Pada tahap pengkajian post operasi *sectio caesarea* pada pasien 1 penulis mendapatkan data berupa adanya keluhan rasa nyeri disebabkan karena luka post operasi *sectio caesarea* dengan karakteristik luka jenis sayatan vertikal dengan panjang luka \pm 16 cm, nyeri yang dirasakan pasien seperti di tusuk-tusuk di daerah abdomen bawah dengan skala nyeri 5 intensitas hilang timbul. Adapun data yang didapatkan dari pasien 2 penulis mendapatkan juga data berupa adanya keluhan rasa nyeri disebabkan karena luka post operasi *sectio caesarea* dengan karakteristik luka jenis sayatan vertikal dengan panjang luka \pm 14 cm, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk di daerah abdomen bawah dengan skala nyeri 6 intensitas hilang timbul.

Menurut Solehati (2015) *Sectio Caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram. Adapun teori dari Gary (2008), *sectio caesarea* akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi.

Pendapat penulis mengenai nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* sering terjadi setelah proses insisi pada dinding abdomen, hal ini sesuai antara teori dan fakta.

Keluhan Pasien 1 dan 2 dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu pasien mengatakan nyeri saat bergerak, dan pada hari pertama pasien sangat meminimalkan gerakan karena takut merasa nyeri, kedua pasien hanya dapat menggerakkan tangan serta kakinya saja. Aktivitas kedua pasien dibantu oleh keluarga.

Menurut Riyadi & Widuri, (2015) gangguan mobilitas merupakan suatu keadaan ketika seseorang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerak fisik (Imobilitas merupakan keadaan ketika seseorang tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan) Imobilitas dapat terjadi karena berbagai hal misalnya nyeri pada luka dan lain lain. Sesuai teori yang ada menurut Mitiyani (2012) aktifitas pasien post *Sectio Caesarea* masih terbatas, ambulasi dilakukan secara bertahap, setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan

dan kiri. Kemudian pasien dapat diposisikan setengah duduk atau *semi fowler*. Selanjutnya dianjurkan untuk belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri pada hari ke tiga sampai hari ke lima pasca operasi.

Menurut penulis seseorang yang mengalami luka serta nyeri maka untuk aktivitas sehari-hari terhambat sesuai dengan fakta dan teori yang dikemukakan.

Maka kesimpulan penulis mengenai beberapa keluhan yang sama-sama terjadi pada pasien 1 dan 2 post operasi *sectio caesarea* dengan teori menurut beberapa penelitian sesuai antara teori dan fakta.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien. (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

Dalam studi kasus ini penulis menegakkan 4 diagnosa dari masing-masing kasus post *sectio caesarea*. Pada pasien 1 yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik luka post operasi *sectio caesarea* (D.0077), Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029), Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri, terpasang alat invasif (D.0054), dan Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif operasi *Sectio caesarea* (D.0142). Adapun pada pasien 2 yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen

Pencedera Fisik luka post operasi *sectio caesarea* (D.0077), Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111), Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri, terpasang alat invasif (D.0054), dan Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif operasi *Sectio caesarea* (D.0142).

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

4.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, luka post operasi *Sectio Caesarea*. Dimana kedua pasien mengeluh nyeri post operasi *sectio caesarea* dibagian abdomen bawah nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan intensitas hilang timbul, tetapi dengan skala yang berbeda, pasien 1 menyatakan skala nyeri 5 sedangkan pasien 2 dengan skala nyeri 6. Nyeri dalam persalinan *sectio caesarea* memberi sumbangan nyeri yang bukan lagi nyeri fisiologis dari persalinannya tetapi dari luka sayatan pada area yang dibedah (Judha, Sudarti & Fauziah, 2012). Menurut penulis setelah dilakukan operasi *sectio caesarea* akan menimbulkan luka pada daerah abdomen mengakibatkan rusaknya kontinuitas jaringan pada daerah tersebut sehingga nyeri terjadi, yang dirasakan dari nyeri sedang hingga berat pada saat bergerak.

4.2.2.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, terpasang alat invasif karena akibat dari prosedur pembedahan *sectio caesarea* maka terjadinya gangguan mobilitas fisik. Dalam kasus, diagnosa ditegaskan

oleh penulis karena pada saat pengkajian ditemukan data kedua pasien mengatakan nyeri saat bergerak, susah untuk merubah posisi karena takut merasa nyeri, jadi kedua pasien sangat meminimalkan gerakan, dan ADL dibantu oleh suami maupun keluarga. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik pada bagian tubuh tertentu atau pada satu atau lebih ekstremitas. Suatu kondisi dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan Bergeraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas menurut Solikhah (2011) dan Chabibah (2014). Menurut penulis ketika terjadinya luka akan sulit untuk melakukan aktivitas baik aktivitas berat maupun ringan, sehingga diperlukan bantuan pada pasien salah satunya ambulasi pada ibu nifas secara bertahap.

- 4.2.2.3 Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif operasi *Sectio caesarea*. Pada saat dikaji terdapat luka post operasi *sectio caesarea* dengan jenis sayatan vertikal dengan masing-masing panjang luka ± 16 cm untuk pasien 1 dan ± 14 cm untuk pasien 2 yang masih tertutup verban. Pada ibu dengan persalinan *sectio caesarea* memungkinkan ibu mengalami komplikasi apabila tidak dilakukan perawatan yang benar seperti tidak menjaga kebersihan diri akan mengakibatkan infeksi puerperalis (Wiknjastro, 2008). Menurut penulis masalah risiko infeksi dapat muncul ketika proses pembedahan berakhir dan tidak adanya perawatan pada luka post operasi *sectio caesarea*.

- 4.2.2.4 Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, diagnosa ini muncul pada pasien 1 yang menyatakan bahwa payudaranya terasa keras dan ASI baru keluar sedikit apabila puting.dipencet. Beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian ASI yaitu usia ibu, pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu, serta paritas ibu (Septia, 2012). Adapun faktor yang menyebabkan ASI tidak keluar yaitu tidak bekerjanya reflek oksitosin dengan baik, payudara seolah-olah telah berhenti memproduksi ASI, padahal payudara tetap menghasilkan ASI namun tidak mengalir keluar. Menurut penulis masalah ini dapat teratasi tergantung persepsi dari si ibu sendiri karena faktor yang dapat membuat suplai ASI adekuat adanya hormon oksitosin yang muncul apabila ibu merasa nyaman, adanya perasaan dan curahan kasih sayang terhadap bayinya, serta dukungan dari suami untuk memacu ibu dalam menyusui.
- 4.2.2.5 Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, diagnosa ini muncul pada pasien 2 yang menyatakan bahwa kurang mengerti tentang cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak. Teknik menyusui yang benar dipengaruhi oleh kemampuan ibu dalam menyusui khususnya bagi ibu primipara sangat mendukung keberhasilan ibu dalam menyusui dengan teknik yang benar. Cara menyusui berpengaruh terhadap keberhasilan menyusui, sehingga seorang ibu perlu meningkatkan pemahaman dan kemampuan selama proses menyusui

(Laily & Retno, 2011). Menurut penulis tingkat pengetahuan pasien dilihat pengalaman pasien memiliki anak.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan yang dilakukan dasarnya sama dengan tinjauan teori yang ada. Adanya penambahan maupun pengurangan rencana tindakan dikarenakan penulis berusaha menyesuaikan rencana tindakan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang tersedia. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diganosa keperawatan. Tujuan intervensi keperawatan adalah untuk menghilangkan, mengurangi, dan mencegah masalah keperawatan pasien.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, skala nyeri menjadi 1-2, tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal. Rencana diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik meliputi: Kaji nyeri secara komperehensif meliputi P, Q, R, S, T, observasi reaksi non verbal dari pasien, monitor tanda-tanda vital, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,

pencapaian, dan kebisingan, kurangi faktor presipitasi nyeri ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, tingkatkan istirahat berikan kompres air hangat pada pasien, kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat (Nurarif dan Kusuma, 2016).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: Pasien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah. Rencana diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri meliputi : Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas, Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi, bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien. Mobilisasi seseorang dipengaruhi salah satunya karena proses penyakit, untuk itu seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik apabila memiliki energi yang cukup, dan usia (Hidayat,2012).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada kedua pasien dengan masalah risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil: Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat. Adapun salah satu tanda yang ditemukan apabila infeksi terjadi yaitu

adanya tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan, panas, bengkak, nyeri, dan fungsi laesa terganggu (Septiari, 2012). Rencana diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif meliputi : Monitor tanda-tanda infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, kolaborasi pemberian antibiotik sesuai kebutuhan.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien 1 dengan masalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan suplai ASI adekuat dengan kriteria hasil: Pasien mengungkapkan puas dengan kebutuhan untuk menyusui, kemantapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama, kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat dengan tepat menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI. Teknik menyusui merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ASI dimana bila teknik menyusui tidak benar dapat menyebabkan puting lecet dan menjadikan ibu enggan menyusui dan bayi jarang menyusu karena bayi enggan menyusu akan berakibat kurang baik, karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya (Roesli, 2011). Rencana diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI meliputi : Kaji tingkat pengeluaran ASI, beri kompres hangat sebelum menyusui, lakukan teknik non farmakologi untuk memperlancar ASI (Pijat Oksitosin).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien 2 dengan masalah defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengetahui cara menyusui yang benar dengan kriteria hasil: Pasien dan keluarga mampu menyatakan tentang cara menyusui yang benar, pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar, pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat/ tim kesehatan lainnya. Teknik menyusui yang tidak dikuasai ibu maka akan berdampak pada ibu dan bayinya itu sendiri. Dampak pada ibu berupa mastitis, payudara bergumpal, puting sakit, sedangkan pada bayi dapat dipastikan, bayi tidak mau menyusu yang berakibat bayi tidak akan mendapat ASI (Sulistiyowati, 2011). Rencana diagnosa defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi meliputi : Kaji pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar, berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya, jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar, tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan/implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 selama 3 hari perawatan pada hari ke 0 tanggal 03 April 2019 jam 18.00 yaitu tindakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan untuk meminimalisir terjadinya infeksi, lalu pada jam 18.05 mengukur tanda-tanda vital dengan TD : 120/80 mmHg, N : 85x/menit, RR : 20x/menit, T : 36,6 °C. Pada jam 18.15 mengobservasi reaksi non verbal dari pasien yang hasilnya pasien terlihat meringis kesakitan. Lalu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi PQRST data yang didapatkan sebagai berikut : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak, terasa seperti ditusuk-tusuk di bagian abdomen bawah dengan skala nyeri 5 intensitas hilang timbul. Tindakan yang dilakukan selanjutnya adalah mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi yang hasilnya pasien hanya bisa menggerakkan ekstremitas, lalu mengajarkan pasien untuk melakukan teknik ambulasi dini miring kanan-kiri tetapi pasien sulit melakukan karena merasa nyeri. Setelah itu memonitor tanda-tanda adanya infeksi serta melihat keadaan verbal pada bagian luka post operasi *sectio caesarea* dan tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi dan verbal terlihat bersih dan kering. Pada jam 19.20 memberikan pasien terapi Antrain dan Ceftriaxone Via IV. Selanjutnya menanyakan kepada pasien apakah ada pengeluaran ASI dan pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit pada saat puting dipencet, menyarankan kepada pasien untuk memberi kompres air hangat pada payudara sebelum menyusui, pasien merasa nyaman dan ASI masih keluar sedikit. Lalu perawat mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengerti dan melakukannya dan mengatakan lebih rileks dan nyeri sedikit berkurang, dan pada saat nyeri dikaji kembali pasien

mengatakan skala nyerinya menjadi 4 karena sebelum sudah diinjeksi analgetik, terpasang IVFD RL Drip Tramadol dan melakukan tarfaslam. Perawat menganjurkan untuk pasien melakukan miring kanan dan kiri, dan pasien mampu melakukannya dengan bantuan.

Implementasi hari ke 1 pada pasien 1 pada tanggal 04 April 2019 jam 08.30 yang dilakukan adalah mengkaji kembali nyeri yang dirasakan pasien, masih sama dengan sebelumnya bahwa nyeri bertambah jika pasien bergerak, terasa seperti ditusuk-tusuk di bagian abdomen bawah dengan skal nyeri 5 intensitas hilang timbul. 5 menit kemudian perawat menyarankan untuk pasien menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan pasien menyatakan lebih rileks daripada sebelumnya, pasien menyatakan sudah bisa posisi setengah duduk, pasien terlihat sesekali meringis kesakitan. menahan sakit. Lalu perawat membantu pasien dalam mobilisasi berdiri dan berjalan dan pasien mampu melakukannya meski masih tertatih. Perawat menanyakan kembali seberapa pengeluaran ASI dan pasien mengatakan lebih banyak dibanding sebelumnya. Pada jam 09.00 pasien diberikan injeksi terapi Antrain dan Ceftriaxone Via IV. Lalu perawat memberi pijat oksitosin kepada pasien dan pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman, ASI mulai banyak keluar. Pada saat memeriksa keadaan verban terlihat bersih dan kering serta tidak ada tanda infeksi. Setelah dilakukannya pemberian injeksi analgetik serta melakukan teknik tarfaslam pasien menyatakan skala nyeri 4. Pada jam 11.00 pasien sudah berjalan-jalan keluar kamar. Pada jam 12.00 dilakukan pengukuran tanda-tanda vital TD : 130/80 mmHg, N : 92x/menit, RR : 20x/menit, T : 36,0°C.

Pada pelaksanaan hari ke 2 pada pasien 1 yang dilaksanakan tanggal 05 April 2019 pada jam 08.30 yaitu melakukan monitor tanda infeksi serta melihat keadaan verban yang hasilnya tidak ada tanda infeksi dan keadaan verban bersih dan kering. Lalu mengkaji skala nyeri pasien menyatakan nyeri yang dirasakan adalah skala 4, sesekali pasien meringis kesakitan, dan pasien melakukan teknik tarfaslam dan menyatakan merasa lebih rileks. Pada jam 09.05 pasien diberikan terapi Antrain dan Cefriaxone via IV. 1 jam kemudian nyeri dikaji kembali dan pasien mangatakn skala nyeri menjadi 3. Selanjutnya pada jam 12.00 mengukur tanda-tanda vital pasien TD : 110/70 mmHg, N: 80x/menit, RR : 18 x/menit, T : 36,7°C.

Implementasi yang dilakukan pada pasien 2 selama 3 hari perawatan pada hari ke 0 tanggal 06 Mei 2019 pada jam 19.15 yaitu tindakan mengukur tanda-tanda vital dengan hasil TD : 100/80 mmHg, N : 90x/menit, RR : 18x/menit, T 36,5°C. Pada saat mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi pasien tirah baring dan dapat menggerakkan tangan serta kakinya. Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak. Pada saat nyeri dikaji pasien menyatakan nyeri bertambah jika bergerak, terasa seperti ditusuk-tusuk, dibagian abdomen bawah dengan skala nyeri 6 intensitas hilang-timbul. Lalu perawat mengajarkan teknik tarfaslam dan pasien langsung mengerti, mengaplikasikan dan mengatakan merasa lebih rileks. Pada jam 19.40 pasien diberikan terapi Antrain dan Ceftriaxone via IV. Pada saat ditanya nmengenai teknik menyusui yang benar pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak. Setelah itu memeriksa bagian verban dan terlihat bersih, kering

serta tidak ada tanda infeksi. 1 jam kemudian nyeri dikaji kembali dan pasien mengatakan skala nyeri sudah turun menjadi 5. Perawat menyarankan untuk mobilisasi miring kanan-kiri tetapi pasien belum mampu melakukan karena merasa nyeri. Aktivitas pasien masih dibantu oleh suami dan keluarga.

Pelaksanaan hari ke 1 pada pasien 2 yang dilakukan pada tanggal 07 Mei 2019 jam 07.30 tindakan yang dilakukan adalah mengkaji kembali kemampuan pasien dalam mobilisasi dan pasien menyatakan sudah mencoba miring kanan kiri, dan menyarankan untuk memposisikan setengah duduk pasien mencoba dan mampu melakukannya. Sesekali pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak. Beberapa aktivitas sudah dapat dilakukan sendiri seperti makan. Pada saat nyeri dikaji didapatkan bahwa skala nyeri 5, dan menyarankan kepada pasien untuk menggunakan teknik tarfaslam, pasien menyatakan rileks dan nyeri sedikit berkurang. Pada jam 08. 55 memonitor tanda infeksi serta melihat keadaan verban dan hasilnya verban bersih dan kering serta tidak ada tanda infeksi. Jam 09.10 Antrain dan Ceftriaxone diberikan kepada pasien via IV. Perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar, pasien dan keluarga antusias mendengarkan dan pada saat ditanya pasien dapat menjawab. Nyeri dikaji kembali, pasien mengatakan nyeri dengan skala 4 dengan TD :100/70 mmHg, N : 85x/menit, RR : 19x/menit, T : 36,3°C. Perawat menyarankan untuk melakukan mobilisasi yaitu berdiri tetapi pasien masih merasa susah karena nyeri.

Pelaksanaan hari 2 pada pasien 2 yang dilakukan pada tanggal 08 Mei 2019 jam 09.15 tindakan yang dilakukan adalah memberikan injeksi Antrain dan Ceftriaxone Via IV, lalu perawat membantu pasien untuk mobilisasi berdiri dan

berjalan dan pasien menyatakan pasien dapat melakukannya. Nyeri dikaji kembali dan pasien menyatakan skala nyeri 3, pasien masih terlihat meringis kesakitan setelah bergerak. Perawat menyarankan untuk menggunakan teknik tarfaslam pasien menyatakan lebih rileks dan nyeri mulai berkurang. Memonitor tanda infeksi dan mengkaji keadaan verban yang hasilnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, serta keadaan verban yang bersih dan kering. Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan dan terakhir pengukuran tanda-tanda vital TD : 110/70 mmHg, N : 82x/menit, RR : 19x/menit, T : 36.8°C.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dokumentasi Keperawatan, 2017).

Hasil evaluasi pada diganosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post operasi *sectio caesarea* yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien 1 didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih merasa nyeri ketika ingin bergerak data objektif P: nyeri bertambah ketika pasien bergerak, Q : terasa seperti ditusuk-tusuk R : abdomen bagian bawah S : Skala nyeri 3 T : Hilang timbul, yang pada saat pengkajian nyeri yang dirasakan pasien dengan skala 5 yang berarti nyeri pasien sudah berkurang. Terlihat pasien

meringis kesakitan apabila bergerak. Pasien mendapatkan terapi analgetik Antrain 1 amp via IV. Tanda-tanda vital sebagai berikut: TD : 120/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 18x/menit, T : 36.7°C. Masalah masih sebagian teratasi sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum maksimal teratasi seperti pasien masih merasa nyeri.

Hasil evaluasi pada diganosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post operasi *sectio caesarea* yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien 2 didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa nyeri apabila bergerak data objektif P: nyeri bertambah ketika pasien bergerak, Q : terasa seperti ditusuk-tusuk, R : abdomen bagian bawah S : Skala nyeri 3, T : Hilang timbul, yang pada saat pengkajian nyeri yang dirasakan pasien dengan skala 6 yang berarti nyeri pasien sudah berkurang. Terlihat pasien meringis kesakitan apabila bergerak. Pasien mendapatkan terapi analgetik Antrain 1 amp via IV. Tanda-tanda vital sebagai berikut: TD : 110/70 mmHg, N : 82x/menit, RR : 19x/menit, T : 36.8°C. Masalah masih sebagian tertasi sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum maksimal teratasi seperti pasien masih merasa nyeri.

Dari evaluasi yang didapatkan relevan dengan teori yang ada bahwa proses penyembuhan nyeri secara menyeluruh tidak selalu dapat dicapai, tetapi mengurangi rasa nyeri sampai dengan tingkat yang dapat ditoleransi harus dilakukan (Potter & Perry, 2010).

Hasil evaluasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien 1 didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah mampu berjalan keluar kamar data objektif pasien mampu berdiri tetapi berjalan masih dengan tertatih. Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien meningkat dalam melakukan aktivitas fisik.

Hasil evaluasi yang pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien 2 didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah dapat berdiri dan berjalan data objektif pasien sudah dapat melakukan aktivitas mandiri.

Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien meningkat dalam melakukan aktivitas fisik yang relevan terhadap teori bahwa tingkat keberhasilan pasien post *sectio caesarea* dalam mobilisasi dini dapat meningkatkan kemandirian serta aktivitas pasien (Sumayarti ,dkk 2018).

Hasil evaluasi yang pada diagnosa risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien 1 dan 2 didapatkan data subjektif tidak ada, data objektif terdapat luka post operasi *sectio caesarea*, tidak ada tanda infeksi, kondisi verban bersih dan kering, perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, serta kedua pasien mendapatkan terapi Ceftriaxone via IV.

Masalah keperawatan teratasi sebagian karena termasuk risiko dengan kriteria hasil yaitu pasien terbebas dari tanda dan gejala infeksi Hal ini relevan

apabila pasien merawat diri dengan baik seperti menjaga kebersihan diri maka infeksi tidak akan terjadi (Wiknjosastro, 2008).

Hasil evaluasi pada diagnosa Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien 1 didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah dipijat oksitosin dan pada saat payudaranya di kompres ASI mulai banyak keluar dan merasa puas. Data objektif puting menonjol dan payudara teraba lunak. Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien mengungkapkan puas dengan kebutuhan untuk menyusui.

Salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI yaitu dukungan dari suami dan dari ibu juga harus tau apa yang menyebabkan suplai ASI tidak adekuat (Creasoft, 2008).

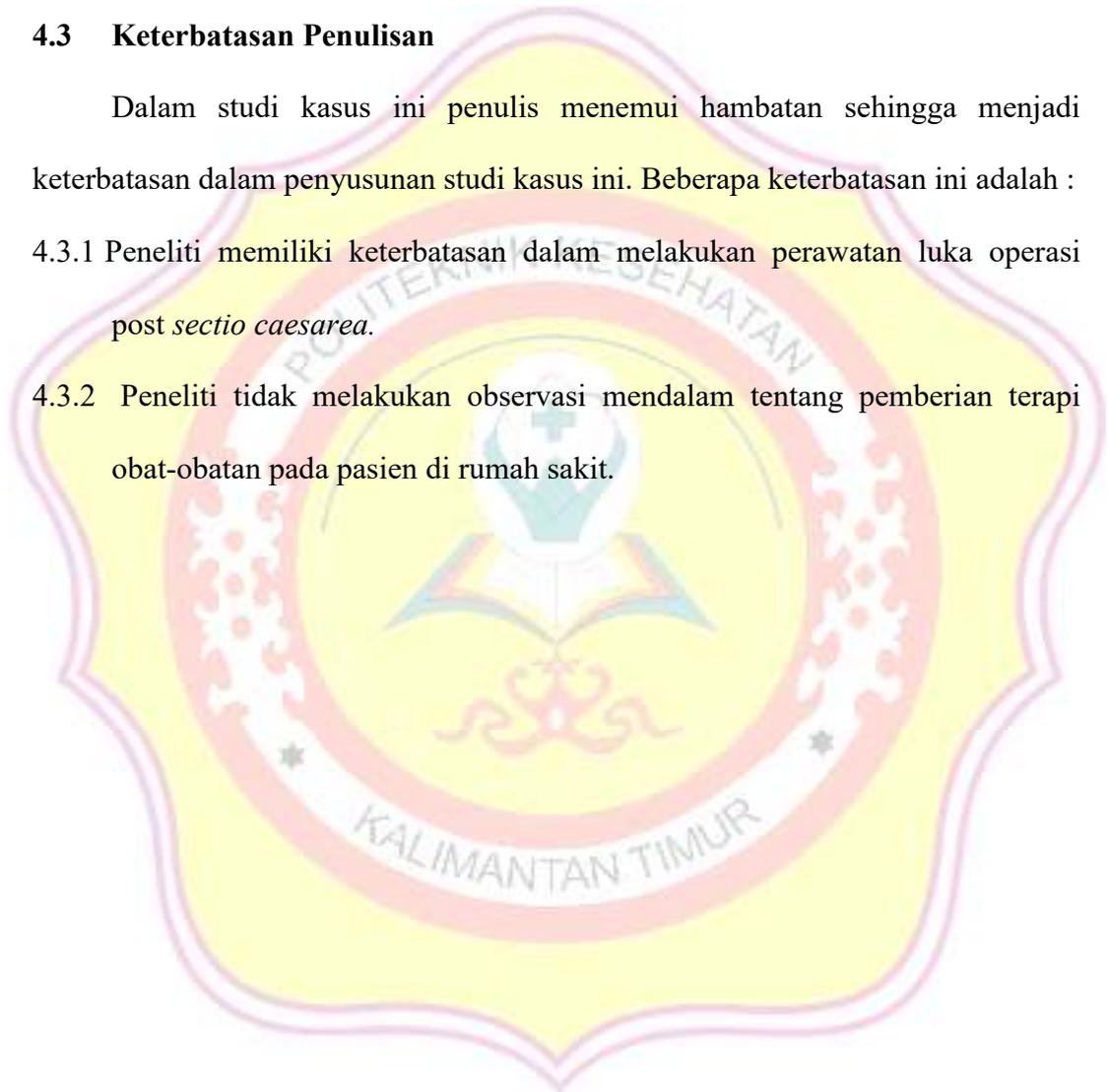
Hasil evaluasi pada diagnosa defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada pasien 2 didapatkan data subjektif pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan mengaplikasikan apa yang telah disampaikan. Data objektif pasien dan keluarga antusias mendengarkan pendidikan kesehatan tentang teknik menyusui yang benar, pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil pasien dan keluarga mampu menyatakan tentang cara menyusui yang benar.

Teknik menyusui yang benar menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam menyusui yang pastinya harus mengetahui seperti apa teknik dengan cara mencari informasi (Roesli, 2011).

4.3 Keterbatasan Penulisan

Dalam studi kasus ini penulis menemui hambatan sehingga menjadi keterbatasan dalam penyusunan studi kasus ini. Beberapa keterbatasan ini adalah :

- 4.3.1 Peneliti memiliki keterbatasan dalam melakukan perawatan luka operasi *post sectio caesarea*.
- 4.3.2 Peneliti tidak melakukan observasi mendalam tentang pemberian terapi obat-obatan pada pasien di rumah sakit.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus penerapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi pada pasien 1 dan pasien 2 dengan post operasi *sectio caesarea* di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada kasus post operasi *sectio caesarea* perawat dalam melakukan pengkajian dituntut harus teliti dan kompherensif, sehingga mudah dalam menegakkan diagnosa.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Seperti yang dikemukakan beberapa ahli sebelumnya daftar diagnosa keperawatan pada bab dua di temukan kesenjangan dengan kasus nyata yang didapat pada kedua pasien dengan post operasi *Sectio Caesarea*. Adapun diagnosa yang ,muncul pada kedua pasien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, post operasi *sectio caesarea*, gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan nyeri, terpasang alat invasif, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur pembedahan, menyusui tidak efektif berhubungan dengan



ketidakadekuatan suplai ASI untuk pasien 1, dan defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

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

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien post operasi *sectio caesarea*.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang penulis lakukan pada pasien 1 berdasarkan kriteria yang penulis susun terhadap 2 diagnosa keperawatan teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. 1 diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik post operasi *sectio caesarea*, dan 1 diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Sedangkan pada pasien 2 terdapat 2 diagnosa keperawatan teratasi yaitu, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, defisit pengetahuan tentang

teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. 1
diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu nyeri akut berhubungan dengan



agen pencedera fisik post operasi *sectio caesarea*, dan 1 diagnosa keperawatan tidak terjadi yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

5.2 Saran

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

5.2.1 Bagi Peneliti

Hasil studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien dengan Post Operasi *Sectio Caesarea*.

5.2.2 Bagi Perawat Ruang

Sebaiknya ditingkatkan pada pasien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan di ruang inap .

5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

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

DAFTAR PUSTAKA

Aini O. (2012). *Perbedaan Kejadian Ketuban Pecah Dini Antara Primipara dan Multipara*. Program Studi D-III Kebidanan. Universitas Islam Lamongan.

Aprina A. (2016). *Ukuran Panggul pada Pasien Pasca Seksio Sesaria atas Indikasi Panggul Sempit*. Poltekkes Jakarta

Asmadi. (2008) *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta. EGC

Baston & Hall. (2014). *Midwifery Essentials : Persalinan, Volume 3*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC

Candika & Indarwati. (2010). *Panduan Pintar Hamil dan Melahirkan*. Jakarta : WahyuMedia.

Cunningham. (2005). *Obstetri Williams*. Jakarta : EGC

Data dan Informasi Kemenkes RI. (2017). *Jumlah ibu bersalin/nifas menurut provinsi Tahun 2017*. http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2017.pdf. (Diakses 21 November 2018).

Desi M. (2017). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea*. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas 'Aisyiyah : Yogyakarta

Dewi & Sunarsih. (2013). *Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika

Doenges, Marilyn, E., dkk. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan Keperawatan Pasien*, Edisi 3. Jakarta:EGC.

Hartanti S. (2014). *Penatalaksanaan Post Op Sectio Caesarea pada ibu*. Published thesis for University Of Muhammadiyah Purwokerto.

Heny S. (2013). *Faktor terjadinya Ketuban Pecah Dini pada Ibu Bersalin Rumah sakit Umum Daerah Rokan Hulu*. Program Studi D-III Kebidanan. Universitas Pasir Pengaian

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Dokumentasi Keperawatan 2017. <http://bppsdk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>. (Diakses 18 Desember 2018)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. <https://drive.google.com/file/d/1Vpf3ntFMm3A78S8Xlan2MHxbQhQyMV5i/view>. (Diakses 02 Desember 2018)

Manuaba. (2012). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan*. Jakarta :EGC.

Maternity, Dainty, dkk. (2016). *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Tangerang : Binarupa Aksara.

Martin, Reeder, G., Koniak. (2014). *Keperawatan Maternitas*, Volume 1. Jakarta:EGC

Mitayani. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika.

NANDA Internasional. (2015). *Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta : EGC.

Notoadmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Nurarif, Amin Huda, Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Jakarta:Medication.

Penny, Janet, Ann. (2008). *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan, Bayi*. Jakarta : Arcan

Perry & Potter (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses Dan Praktek Edisi 4 Volume 1*. Jakarta : EGC

Prawirohardjo, Sarwono. (2012). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI.

Putri A. (2018). *Asuhan Keperawatan Ibu Post Operasi Seksio Caesaria pada Hambatan Mobilitas Fisik dengan Tindakan Ambulasi Dini di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda*. Poltekkes Kaltim : Samarinda.

- Rini P. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan masalah Nyeri Akut menggunakan Aromaterapi Lavender di Ruang Mawar Nifas RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Poltekkes Kaltim : Samarinda.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2017). *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI*. Jakarta
- Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie. (2017). Profil 2017 Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Tindakan SC. <http://www.rsudaws.co.id/uploads/DOWNLOAD/Profil%20RSUD%20AWS%202017.pdf>. (Diakses 21 November 2018)
- Saleha. (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Sari L. (2016). *Patofisiologi Sectio Caesarea*. Published thesis for University of Muhammadiyah Purwokerto
- Sari & Rimandini. (2014). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Postnatal Care)*. Jakarta : Buku Mahasiswa Kesehatan.
- Syamsul & Sukfitrianty. (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Teknik Menyusui pada Ibu di Puskesmas Pattalassang Kabupaten Takalar*. Published thesis for University Alauddin Makassar.
- Sumaryati, Gupta, Heni. (2018). *Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio Caesarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung*. Published thesis for University Ngudi Waluyo.
- Sudarto, Tunut. (2016). *Risiko terjadinya Ketuban Pecah Dini pada Ibu Hamil dengan Infeksi Menular Seksual*. Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Pontianak.
- Wahyuni, Sefti, Vandri. (2019). *Hubungan antara Pengetahuan Perawatan Luka Pasca Bedah Sectio Caesarea (SC) dengan Tingkat Kemandirian Pasien di Ruang Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Kandungan Rumah Sakit Bhayangkara Manado*. Published thesis for University Sam Ratulangi.
- Wulandari D. (2017). *Perubahan Fisiologis pada Ibu Nifas & Kebutuhan Ibu nifas*. Published thesis for University Muhammadiyah Purwokerto.
- World Health Organization (WHO). (2015). *The Global Numbers and Costs of Additinally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year : Overuse as a Barrier to Universal Covereage*. Health Systems Financing. WHO.



Lampiran 1

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Khairita Silvana Sofyan sebagai peneliti dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Saya memutuskan setuju ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Samarinda, 3 April 2019

Saksi

.....
FERDI SUTISMAN

Yang memberi persetujuan

.....
Dewi Dhanwati Sari

Samarinda, 3 April 2019

Peneliti

Khairita Silvana Sofyan

NIM. P07220116016

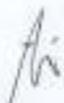
INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Khairita Silvana Sofyan sebagai peneliti dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Saya memutuskan setuju ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Samarinda, 06 Mei 2019

Saksi



.....
Nurhayati

Yang memberi persetujuan



.....
Siti Madina

Samarinda, 06 Mei 2019

Peneliti



Khairita Silvana Sofyan
NIM. P07220116016

Lampiran 2



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RSUD A. WAHAB SJHRANIE

Jalan Dr. Soetomo No. 1 Telp. (0541) 738118 (Hunting System) Fax. (0541) 741793
SAMARINDA 75123

E-mail : rsudras@gmail.com

Samarinda, 22 Maret 2019

Nomor : 070.025/Diklit-Mutu/III/2019
Lamp : --
Perihal : **Persetujuan Izin Penelitian**

Kepada Yth,
**Ketua Prodi D.III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim**
Di -
Samarinda

Sehubungan dengan surat dari Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim, No : KH.04.02/3.L/0928/2019, tanggal 19 Februari 2019, perihal permohonan ijin pelaksanaan penelitian, bersama ini kami sampaikan bahwa :

1. Pada prinsipnya kami dapat menerima mahasiswa Program Studi D.III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim:

No	Nama	Judul
1.	Khairita Silvana Sofyan Nim : P07220116016.	Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

untuk melaksanakan Penelitian di RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda;

2. Selama melaksanakan kegiatan tersebut, mahasiswa wajib memakai **Almamater, Menggunakan Kartu Mahasiswa dan mematuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku** di RSUD. A. Wahab Sjahranie Samarinda;
3. Sesuai ketentuan yang berlaku di RSUD. A. Wahab Sjahranie Samarinda untuk pelaksanaan kegiatan tersebut dikenakan **biaya kontribusi sesuai Pergub Kaltim Nomor : 58 Tahun 2013 sebesar Rp. 300.000,- (Tiga Ratus Ribu Rupiah)**;
4. Sebelum melaksanakan kegiatan agar menghubungi Kepala Bidang Diklit & Mutu SDM RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda.

Demikian kami sampaikan, utas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.



Wakil Penunjang & Pengembangan SDM

dr. Mazniati, MPH

NIP. 19680509 199803 2 002



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RSUD A. WAHAB SJAHRIANIE

Jalan Dr. Soetomo No. 1 Telp. (0541) 738118 (Hunting System) Fax. (0541) 741793
SAMARINDA 75123

E-mail : rsudaws@gmail.com

NOTA DINAS

Kepada Yth : 1. Ka. Bid Keperawatan RSUD. AW. Sjahranie Samarinda
2. Ka. Instalasi Rawat Inap (IRNA) RSUD. AW. Sjahranie Samarinda
3. Ka. Ruang Mawar RSUD. AW. Sjahranie Samarinda

Dari : Ka. Bidang Diklit & Mutu SDM RSUD. AW. Sjahranie Samarinda
Tanggal : 22 Maret 2019
Nomor : 223/Diklit-Mutu/III/2019
Lampiran : -
Perihal : **Pelaksanaan Penelitian**

Sesuai surat pemberitahuan dari Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim, No : KH.04.02/3.1./0928/2019, tanggal 19 Februari 2019 dan Surat Wadir Penunjang & Pengembangan SDM RSUD. A Wahab Sjahranie Samarinda No : 070.00/Diklit-Mutu/III/2019, tanggal 22 Maret 2019, perihal sebagaimana tersebut diatas bersama ini kami sampaikan bahwa :

1. Kegiatan penelitian bagi Mahasiswa Program Studi D.III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim a.n :

No	Nama	Judul
1.	Khairita Silvana Sofyan Nim : P07220116016.	Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Post Sectio Caesarea di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Dapat dilaksanakan selambat-lambatnya 3 (tiga) hari setelah penerimaan surat dari Bidang Diklit RSUD. A. Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Selama melaksanakan kegiatan tersebut, supaya mematuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku di RSUD. A. Wahab Sjahranie Samarinda;
3. Pendampingan selanjutnya kami serahkan kepada Nota Dinas yang dituju di RSUD A Wahab Sjahranie Samarinda.

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.



Kepala Bidang Diklit & Mutu

Dra. Hj. A. H. Yone May, M.Si

Nip. 19611031 198903 2 004

06/000
keperawatan
Harah

Na: Kardinia pagi
Sm -> Pj



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



LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : KHAIRITA SILVANA SOFYAN
NIM : P07220116016
NAMA PEMBIMBING : 1. Ns. Nilam Noorma, S.Kep., M. Kes.
2. Nursari Abdul Syukur, SST., M.Keb

NO	TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	Kamis, 27 / 09 2018	Acc Judul	Asuhan Keperawatan Ibu dengan post sectio Caesarea di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie		
2.	Kamis, 28 / 11 2018	Bab I - Bab III	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan Pathway.- Perbaiki penulisan Diagnosa.- Perbaiki dan tambahkan intervensi sebanyak yang dapat dilakukan tindakan		
3.	Kamis, 06 / 12 2018	Bab I - Bab III	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki tabel intervensi- Tambahkan Daftar isi, Daftar tabel, kata pengantar, Daftar Pustaka.		

4	Kamis, 06/12-18		Kas I & II, II Kas II → Feas Mfor	
5	Jumat 07/12-18		Perbaiki Daftar Pustaka Lengkapi Halaman depan - Kata Pengantar - Daftar Isi - Daftar Tabel	
6	Jumat 07/12-18		- Perbaiki Penulisan - Acc urum proposal	
7	Senin, 10/12-18		- Acc Ujiam Proposal	
8	Kamis, 16/12-18		Pada perubahan ditentukan dengan jurnal yg sudah penerbitan	

9.	Jum'at 17/05-19		Siapa untuk diujikan pada Seminar Hand		
10	Jum'at 17/05-19		Perbaiki BAB IV & V. Ace ujian Hand.		

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep
NIP. 19680329199402201

Pada tanggal 05-05-2019 malam pasien mengatakan perut terasa kencang tanggal 06-05-2019 jam 03.00 WITA dibawa ke puskesmas setelah diperiksa pembukaan 6, ketuban pecah, pinggang kecil, lalu di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan masuk IGD lalu dilakukan operasi *sectio caesarea* pada jam 09.40 WITA dan dipindahkan keruang perawatan Mawar Nifas jam 13.30 WITA.

Pada saat dikaji tanggal 06-05-2019 jam 19.00 WITA, Ny. S mengatakan nyeri pada luka bekas operasi *sectio caesarea* dibagian abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 dengan intensitas hilang timbul dan menyatakan kurang terpapar informasi tentang cara menyusui yang benar karena anak pertama.

Pada saat dikaji posisi pasien supine terpasang IVFD RL, serta kateter, dan aktivitas masih dibantu oleh suami pasien dan ibu pasien.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi, DM, dan penyakit jantung.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan terdapat anggota keluarga yang mengidap Hipertensi (Ibu).

C. RIWAYAT OBSTETRI

Riwayat Kehamilan Sekarang

GPA	G ₁ P ₀ A ₀
Umur Kehamilan	40 Minggu
Taksiran Persalinan	09-05-2019
ANC/ Ante Natal Care	12x
Masalah Kesehatan	CPD (<i>Cefalo Pelvik Disporption</i>)

Riwayat Kehamilan dan Persalinan

PA	P1
Umur Kehamilan	40 Minggu
Tanggal Tahun Partus	2019
Penolong Persalinan	Dokter
Jenis Persalinan	SC

Riwayat Anak dan Keadaan Nifas

Anak					Nifas		
JK	BB	PB	Keadaan Lahir	Umur Sekarang	Laktasi	Perdarahan	Infeksi
L	3.000	49	Hidup	0 Hari	√	-	-

D. RIWAYAT PERSALINAN SEKARANG

1. Tanggal Persalinan : 06/05/2019 Jam 09.40 Pagi
2. Tipe Persalinan : *Sectio Caesarea*
3. Lama Persalinan
 - a. Lama Kala I : -
 - b. Lama Kala II : -
 - c. Lama Kala III : -
4. Jumlah Perdarahan : ± 250 cc
5. Penyulit Persalinan : *Cefalo Pelvik Disporpotion (CPD)*
6. Keadaan Bayi
 - a. Jenis Kelamin : Laki-laki
 - b. Berat Badan Lahir : 3000 gr

- c. Panjang Badan : 49 cm
d. APGAR SCORE : 1' 8/10 5' 9/10

E. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

- a) Posisi Pasien : Supine
b) Alat Medis/Invasif
yang terpasang : IVFD RL Drip Tramadol, Kateter.

2. Kesadaran

- a) Kualitatif : Compos Mentis
b) Kuantitatif : GCS : E₄V₅M₆
c) Tanda-tanda Vital : TD : 100/80 mmHg, N : 90x/menit, RR :
18x/menit, T : 36,5 °C.
d) Berat Badan :
- Sebelum Hamil : 40 kg
- Sekarang : 59 cm
- Tinggi Badan : 143 cm

3. Kenyaman/Nyeri :

- P : Pasien mengatakan nyeri bertambah parah saat bergerak.
- Q : Seperti ditusuk-tusuk
- R : Abdomen
- S : Skala Nyeri 6
- T : Hilang Timbul

4. Pemeriksaan Kepala :

Finger Print (ditengah Frontal)	Terhidrasi
Kulit Kepala	Bersih
Rambut : 1. Penyebaran 2. Warna 3. Mudah Patah 4. Bercabang 5. Cerah/Kusam 6. Kelainan	Merata Hitam Tidak Mudah Patah Tidak Bercabang Kusam Tidak ada Kelainan
Mata : 1. Sklera 2. Konjungtiva 3. Palpebra 4. Kornea 5. Reflek Cahaya 6. TIO 7. Pupil 8. Visus 9. Kelainan	Putih Merah Muda Tidak ada Edema Jernih + (Tidak Dikaji) Isokor 6/6 Tidak ada kelainan
Hidung : 1. Pernafasan Cuping Hidung 2. Posisi Septum Nasal 3. Lubang Hidung 4. Ketajaman Penciuman 5. Kelainan	Tidak ada pernafasan cuping hidung Ditengah Bersih tidak terdapat kotoran Pasien dapat membedakan bau Tidak ada kelainan
Rongga Mulut : 1. Bibir : Warna 2. Gigi Geligi 3. Lidah : Warna 4. Mukosa 5. Tonsil : Ukuran 6. Ovula : Letak	Cokelat Tidak terdapat caries gigi Merah Muda Lembab Tidak diukur Simetris Ditengah

Telinga :	
1. Daun/Pina Telinga	Simetris kanan dan kiri
2. Kanalis Telinga	Bersih, Tidak terdapat Serumen
3. Ketajaman Pendengaran	Pasien dapat mendengar dengan baik

5. Pemeriksaan Leher :

Kelenjar Getah Bening	Tidak teraba
Tiroid	Tidak teraba
Posisi Trakea	Letak ditengah

6. Pemeriksaan Thorak :

Keluhan :	Tidak sesak maupun nyeri waktu nafas
1. Batuk	Tidak ada batuk
2. Sekret,Warna, Konsistensi, Bau	-
Inspeksi :	
1. Bentuk Dada	Elips
2. Payudara	Payudara simetris antara kanan dan kiri
3. Puting Susu	Menonjol
4. Konsistensi	Lunak
5. Colostrum	Ada pengeluaran Colostrum
6. Hiperpigmentasi Aerola	Terdapat hiperpigmentasi pada aerola
7. Lain-lain	Tidak ada
Frekuensi :	18x/menit
1. Irama Nafas	Teratur
2. Pola Pernafasan	Normal
3. Pernafasan Cuping Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung
4. Otot Bantu Pernafasan	Tidak ada otot bantu pernafasan
5. Usaha Nafas	Dapat bernafas dalam posisi apapun
6. Alat Bantu Nafas	Tidak menggunakan alat bantu nafas

Palpasi :	
1. Vocal Premitus	Sama getaran antara kanan dan kiri
2. Ekspansi Paru	Mengembang
3. Kelainan	Tidak ada kelainan
Perkusi :	Sonor
1. Batas Paru Hepar	ICS V Midclavicula Dekstra
Auskultasi :	
1. Suara Nafas	Vesikuler
Penggunaan WSD	Tidak menggunakan WSD
Trakeostomy	Tidak ada Trakeostomy
Lain-lain	Tidak Ada
Pemeriksaan Jantung	
Keluhan Nyeri Dada	Tidak ada nyeri dada
Inspeksi :	Simetris, tidak ada jejas ataupun pembesaran
1. CRT	<2 detik
2. Sianosis	Tidak sianosis
3. Ujung Jari	Ujung jari tidak tabuh
Palpasi : Ictus Cordis	ICS V Midclavicula Sinistra
1. Akral	Hangat
Perkusi :	
1. Batas Atas	ICS II Line Parasternal Dekstra
2. Batas Bawah	ICS V Line Midclavicula Sinistra
3. Batas Kanan	ICS III Line Parasternal Dekstra
4. Batas Kiri	ICS III Line Parasternal Sinistra
Auskultasi :	
1. BJ II - Aorta	Dub, Reguler, Intensitas Kuat
2. BJ II - Pulmonal	Dub, Reguler, Intensitas Kuat
3. BJ I - Trikuspidalis	Lub, Reguler, Intensitas Kuat
4. BJ I - Mitral	Lub, Reguler, Intensitas Kuat
5. Bunyi Jantung Tambahan	Tidak ada bunyi jantung tambahan
6. Kelainan	Tidak ada kelainan
JVP	Normal

CVP	Tidak terpasang CVP
CTR	Tidak dikaji
ECG & Interpretasinya	Tidak ada
Lain-lain	Tidak ada

7. Pemeriksaan Abdomen :

Abdomen	
Inspeksi :	
1. Bentuk Abdomen	Simetris
2. Striae Gravidarum	Terdapat striae gravidarum
3. Linea	Terdapat Linea Nigra
4. Bayangan Vena	Tidak ada bayang Vena
5. Benjolan/Massa	Tidak ada benjolan maupun massa
6. Luka Operasi, Tanggal Operasi	Terdapat luka operasi, Tanggal 06-05-2019
7. Jenis Operasi, Lokasi	Operasi <i>Sectio Caesarea</i> , Abdomen
8. Diastatis Rektus Abdominalis	20x3 cm
9. Peristaltik Usus	2x/menit
10. TFU	1 jari dibawah pusat
11. Konsistensi	Keras dan membulat
12. Kontraksi Uterus	Kontraksi uterus baik

8. Pemeriksaan Genetalia

Vulva	
1. Oedema	Tidak terjadi Oedema
2. Varises	Tidak ada varises
Perineum	
1. Utuh/Luka	Utuh
2. Episiotomi	Tidak ada episiotomi
3. Jahitan	Tidak dijahit

Lokia	
1. Jumlah	2x ganti pembalut dalam sehari
2. Jenis/warna	Rubra/ Merah terang
3. Konsistensi	Cair dan terdapat gumpalan darah
4. Bau	Khas
Anus	
1. Iritasi	Tidak ada iritasi
2. Haemoroid	Tidak terdapat Haemoroid

9. Pemeriksaan Ekstremitas

Tangan	
1. Oedema	Tidak terjadi oedema
2. Varises	Tidak ada varises
Kaki	
1. Oedema	Tidak terjadi oedema
2. Varises	Tidak ada varises
3. Masalah Khusus	Tidak ada masalah khusus

10. Pemeriksaan Sistem Perkemihan

1. Kebersihan	Bersih
2. Keluhan Kencing	Tidak ada keluhan kencing
3. Kemampuan Berkemih	Menggunakan selang kateter
4. Produksi Urine	± 900 ml/hari
5. Kandung Kemih	Tidak ada pembesaran maupun nyeri tekan

11. Pemeriksaan Sistem Persyarafan

Memori	Dapat mengingat jangka panjang
--------	--------------------------------

Perhatian	Dapat mengulang
Bahasa	Baik, pasien dapat menggunakan bahasa Indonesia
Kognisi	Baik
Orientasi	Orientasi pada orang, waktu, dan tempat baik
Saraf Sensori	Dapat merasakan nyeri tusuk, suhu, dan sentuhan
Refleks Fisiologis	
1. Patella	2 (Normal)
2. Achilles	2 (Normal)
3. Bisep	2 (Normal)
4. Trisep	2 (Normal)
5. Brankoradialis	2 (Normal)
Reflek Patologi	
1. Babinsky	Hasil pemeriksaan (-)
2. Human Sign	Hasil pemeriksaan (-)
Keluhan pusing	Tidak pusing
Pupil	Isokor
Sklera/Konjungtiva	Ikterik/Anemis
Gangguan Pandangan	Tidak ada gangguan pandangan
Gangguan Pendengaran	Tidak ada gangguan pendengaran
Gangguan Penciuman	Tidak ada gangguan penciuman
Istirahat/Tidur	6-8 jam/hari

12. Aktivitas/Mobilisasi

Ambulasi	Pada saat dilakukan pengkajian 6 jam post <i>sectio caesarea</i> , pasien tirah baring dan mampu menggerakkan tangan dan kaki
Kegiatan Sehari-hari	Pasien istirahat diatas tempat tidur dan melakukan aktivitas di atas tempat tidur

Masalah dalam beraktivitas	Pasien mengatakan masih sulit bergerak karena nyeri post <i>sectio caesarea</i>
Senam Nifas	Tidak dilakukan senam nifas

F. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

	RS	RUMAH
G. Nutrisi		
Nafsu Makan	Baik	Baik
Pola Makan	3x/hari	3x/hari
Gangguan Makan	Tidak ada gangguan makan	Tidak ada gangguan makan
Pantangan	Tidak ada pantangan	Tidak ada pantangan
Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Diet	Bubur	-
Porsi Makan	Habis	Habis
H. Eliminasi		
BAK		
1. Frekuensi	Pasien terpasang kateter	± 5 x/sehari
2. Warna	Kuning	Kuning
3. Bau	Khas urine	Khas urine
4. Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
BAB		
1. Frekuensi	Belum ada BAB pada saat hari dikaji	1xsehari
2. Konsistensi	Tidak ada	Lunak
3. Warna	Tidak ada	Kecokelatan
4. Bau	Tidak ada	Khas
5. Konstipasi	Tidak ada	Tidak ada
6. Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
I. Istirahat dan Tidur		
Jumlah jam tidur	5-6 jam /hari	6-8 jam /hari

Yang mempermudah tidur	Suasana yang tenang	Suasana yang tenang
Yang mempermudah bangun	Nyeri pada luka post <i>sectio caesarea</i>	-
J. Personal Hygiene		
Mandi	2x/hari	2x/hari
Gosok gigi	3x/hari	3x/hari
Cuci Rambut	Belum ada	2 hari sekali
Potong kuku	Jika Panjang	Jika Panjang
Perawatan payudara	Pasien membersihkan payudara setiap hari saat mandi	Saat mandi
Perawatan perineum	Pasien membersihkan perineum setiap hari saat mandi	Saat mandi
K. Seksualitas dan Reproduksi		
Payudara	Tidak ada benjolan	Tidak ada benjolan
Genetalia	Tidak ada flour albus maupun prolaps uteri, tidak terdapat haemoroid	Tidak ada flour albus ,prolaps uteri maupun haemoroid
Masalah Seksual		
1. Apakah ada perubahan pola	Ya ada	Ya ada
2. Jenis perubahan	Tidak melakukan hubungan seksual pada masa nifas	Jarang melakukan hubungan seksual pada saat hamil
3. Cara mengatasi	Melakukan hubungan seksual setelah masa nifas berakhir (setelah \pm 40 hari pasca melahirkan)	-

G. DATA PSIKOLOGIS

Hubungan dengan bayi	Sangat baik dan penuh kasih sayang
Sedih/Gembira	Gembira
Hubungan dengan keluarga	Sangat baik dan harmonis
Masalah yang dipikirkan	Tidak ada masalah

Kebutuhan Penkes	
1. Manajemen Laktasi	Ya/tidak
2. Perosonal Hygiene	Ya/tidak
3. Nutrisi Ibu Menyusui	Ya/tidak
4. Perawatan bayi baru lahir	Ya/tidak
5. Latihan dan aktivitas	Ya/tidak
6. Pemberian makanan tambahan	Ya/tidak
7. Imunisasi pada bayi	Ya/tidak
8. KB	Ya/tidak

H. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

Reaksi saat interaksi	Kooperatif
Gangguan konsep diri	Tidak
Status Perkawinan	
1. Usia waktu kawin	20 Tahun
2. Perkawinan ke	1
3. Lama perkawinan	4 Tahun
Orang yang berharga bagi pasien	Keluarga
Hubungan dengan orang lain	Orientasi terhadap orang lain baik

I. DATA PENUNJANG

Laboratorium	
1. Hb	13.2 g/dL
2. Ht	41.0 %
3. Leukosit	15.30 $10^3/\mu\text{L}$
4. Ureum	21.0 mg/dL
5. Creatinin	0.6 mg/dL
6. GDS	70 mg/dL
USG	
1. DJJ	120x/menit
2. Taksiran Persalinan	09-05-2019
3. Persentasi	Kepala
4. Jenis Kelamin	Laki-laki
5. Berat Badan	3.000 gr
6. Panjang Badan	49 cm

J. PENATALAKSAAN TERAPI

Nama Obat	Ceftriaxone	Ranitidine	Antrain
Kandungan Obat	Ceftriaxone Disodium	Ranitidine	Metamizole
Kekuatan	1 gr	50 mg	500 mg
Dosis	3x1 gr	2x1 gr	3x1 amp
Sediaan/Bentuk	Vial	Ampul	Ampul
Cara/Rute Pemberian	Via Intra Vena Injection	Via Intra Vena Injection	Via Intra Vena Injection

Yang melakukan pengkajian,

Jita

Khairita Silvana Sofyan

NIM : P07220116016

DATA FOKUS

1. Data Subjektif

- a. Pasien mengatakan nyeri :
 - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak,
 - Q : Terasa seperti ditusuk-tusuk
 - R : Abdomen bawah
 - S : Skala Nyeri 6
 - T : Hilang Timbul
- b. Pasien mengatakan belum mengerti tentang cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak.

- c. Pasien belum pernah mendapatkan penyuluhan mengenai teknik menyusui yang benar
- d. Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri
- e. Pasien mengatakan aktivitas dilakukan diatas tempat tidur dan dibantu oleh suami dan keluarga.

2. Data Objektif

- a. Pasien tampak meringis dan merintih menahan nyeri.
- b. Pasien tampak berhati-hati bila bergerak.
- c. Terdapat luka post operasi *sectio caesarea*. Jenis sayatan vertikal dengan panjang luka ± 14 cm.
- d. Pasien banyak bertanya mengenai cara menyusui yang benar.
- e. Pasien tampak melakukan gerakan seminimal mungkin.
- f. Pasien baru melakukan mobilisasi berupa menggerakkan kaki dan tangan.
- g. Hasil pemeriksaan Leukosit : $15.30 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
- h. Terdapat luka post operasi *sectio caesarea*. Jenis sayatan vertikal, panjang luka ± 14 cm yang masih ditutup verban.
- i. Pasien mendapatkan terapi analgetik Antrain 3x1 Via IV.
- j. Pasien mendapatkan terapi antibiotik Ceftriaxone 3x1 Via IV.

ANALISA DATA

Nama Pasien: Ny. D Tahun Jenis Kelamin/Umur : Pr/24

Dx. Medis : CPD, Inpartu Kala I Ruang/Kamar : Mawar Nifas

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri :</p> <ul style="list-style-type: none">- P : Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak.- Q : Terasa seperti ditusuk-tusuk- R : Abdomen bawah- S : Skala Nyeri 6- T : hilang timbul <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak meringis dan merintih menahan nyeri.2. Pasien tampak berhati-hati bila bergerak.3. Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i>. Jenis sayatan vertikal dengan panjang luka ±	<p>Agen Pencedera Fisik, luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i></p>	<p>Nyeri Akut</p>

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>14 cm.</p> <p>4. Pasien mendapatkan terapi analgetik Antrain 3x1 Via IV.</p>		
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan belum mengerti tentang cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak. Pasien belum pernah mendapatkan penyuluhan mengenai teknik menyusui yang benar <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien banyak bertanya mengenai cara menyusui yang benar. 	<p>Kurang terpapar informasi</p>	<p>Defisit Pengetahuan tentang Teknik Menyusui yang Benar</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri Pasien mengatakan aktivitas dilakukan diatas tempat tidur dan dibantu oleh suami dan keluarga <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak melakukan gerakan seminimal mungkin. 	<p>Nyeri</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
2. Pasien baru melakukan mobilisasi berupa menggerakkan kaki dan tangan.		
<p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i>. Jenis sayatan vertikal, panjang luka ± 14 cm yang masih ditutup verban. 2. Hasil pemeriksaan Leukosit : $15.30 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ 3. Pasien mendapatkan terapi antibiotik. 	Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i>	Risiko Infeksi





DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Pasien: Ny. S

Jenis Kelamin/Umur : Pr/24 Tahun

Dx. Medis : CPD, Inpartu Kala I

Ruangan/Kamar * : Mawar Nifas

No	Tgl Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Paraf Nama
----	---------------	----------------------	------------

1.	06/05/2019	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.	<i>Fita</i>
2.	06/05/2019	Defisit Pengetahuan tentang teknik Menyusui yang Benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi.	<i>Fita</i>
3.	06/05/2019	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.	<i>Fita</i>
4.	06/05/2019	Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, operasi <i>sectio caesarea</i> .	<i>Fita</i>

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien: Ny. S

Jenis Kelamin/Umur : Pr/24 Tahun

Dx. Medis : CPD, Inpartu Kala I Ruang/Kamar : Mawar Nifas

No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil Intevensi
1.	06 Mei 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pain Level</i> 2. <i>Pain Control</i> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Skala nyeri menjadi 1-2 4. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah: 110-140/70-90 mmHg. b. Nadi : 60-100 kali/menit c. Pernafasan : 16-24 kali/menit. d. Suhu : 36-37°C <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1. 2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1. 3 Monitor tanda-tanda vital 1. 4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 1. 5 Kurangi faktor presipitasi nyeri. 1. 6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1. 7 Tingkatkan istirahat. 1. 8 Berikan kompres air hangat pada pasien 1. 9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.
2.	06 Mei 2019	Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)	<p>NOC :</p> <p>Knowledge : Disease Process</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengerti tentang teknik menyusui yang benar dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga mampu menyatakan tentang cara menyusui yang benar. 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat/ tim kesehatan lainnya.

			<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar. 2.2 Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya 2.3 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar 2.4 Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.
3.	06 Mei 2019	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Joint Movement : Active 2. Mobility Level 3. Self Care : ADLs <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah <p>NIC :</p> <p>Exercise therapy : Ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor vital sign sebelum dan sesudah aktifitas 3.2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas. 3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi 3.4 Kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh umum. 3.5 Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini 3.6 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan 3.7 Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. 3.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien 3.9 Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi 3.10 Evaluasi perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas

4.	06 Mei 2019	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	<p>NOC :</p> <p><i>Infection Control</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.2 Kaji keadaan verbal post operasi <i>sectio caesarea</i> 4.3 Pantau suhu tubuh 4.4 Pertahankan teknik isolasi 4.5 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.6 Pertahankan lingkungan aseptik selama tindakan 4.7 Inspeksi kondisi luka / insisi pembedahan 4.8 Anjurkan istirahat yang cukup 4.9 Beritahu pada pasien pentingnya perawatan luka selama masa post operasi 4.10 Dorong masukan nutrisi dan cairan yang cukup 4.11 Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik sesuai kebutuhan
----	-------------	--	--

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	19.25	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	bergerak 1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 6 T : Hilang-timbul	<i>Jita</i>
	19.30	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.6 Pasien mengerti, melakukan dan mengatakan merasa rileks tetapi masih merasa nyeri.	<i>Jita</i>
	19.35	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Jita</i>
	19.40	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter 4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV 4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Jita</i>
	19.42	2.1 Mengkaji pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar.	2.1 Pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak.	<i>Jita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	19.50	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi.	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<i>Jita</i>
	19.55	4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i> 1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	4.2 Keadaan verban bersih dan kering. 1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk	<i>Jita</i> <i>Jita</i>
	20.00		R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Jita</i>
	20.20	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (miring kanan-kiri).	3.8 Pasien mengatakan belum mampu melakukan karena masih merasa nyeri.	
	20.25	3.2 Mengkaji aktivitas kemampuan pasien untuk beraktivitas. 1.7 Menganjurkan untuk peningkatan istirahat.	3.2 Aktivitas pasien masih dibantu oleh suami dan keluarga. 1.7 Pasien mengatakan ingin beristirahat.	<i>Jita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	20.35			<i>Fita</i>
	20.55			<i>Fita</i>
2.	Selasa, 07 Mei 2019			
	07.30	3.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	3.3 Pasien mengatakan sudah mencoba miring kanan dan kiri	<i>Fita</i>
	07.45	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (memposisikan setengan duduk).	3.8 Pasien mencoba dan mampu melakukannya.	<i>Fita</i>
	08.05	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien.	1.2 Pasien terlihat meringis kesakitan sesekali apabila setelah bergerak	<i>Fita</i>
	08.15	3.2 Mengkaji aktivitas kemampuan pasien untuk beraktivitas.	3.2 Beberapa aktivitas sudah dapat dilakukan dengan sendiri seperti makan.	<i>Fita</i>
		1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien	

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	08.25		bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Jita</i>
	08.35	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.6 Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyeri sedikit berkurang apabila melakukan teknik tarfaslam.	<i>Jita</i>
	08.45	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Jita</i>
	08.45	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi.	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<i>Jita</i>
	08.45	4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Jita</i>
	08.55	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Jita</i>
	09.00	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV	<i>Jita</i>
			2.3 Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan perawat	

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.10	2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang informasi mengenai teknik menyusui yang benar.	memberikan pendidikan kesehatan.	<i>Jita</i>
	09.15	2.2 Memberikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya	2.2 Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan mengaplikasikannya.	<i>Jita</i>
	09.45	2.4 Menanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.	2.4 Pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat.	<i>Jita</i>
	10.00	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T : Hilang-timbul	<i>Jita</i>
	10.10	3.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	3.3 Posisi pasien duduk semi fowler	<i>Jita</i>
	10.20	1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	1.3 TD : 100/70 mmHg N : 85x/menit RR : 19x/menit T : 36,3 °C	<i>Jita</i>
		3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (berdiri).	3.8 Pasien mengatakan masih susah untuk berdiri karena nyeri.	

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	11.50			<i>Jita</i>
	12.05			<i>Jita</i>
	12.15			<i>Jita</i>
	Rabu, 08 Mei 2019			
	09.15	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.3 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Jita</i>
	09.20	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV	<i>Jita</i>
	09.25	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter.	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Jita</i>
		3.8 Membantu pasien		

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	09.30	<p>untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (berdiri dan berjalan).</p>	3.8 Pasien mengatakan dapat melakukannya	<i>Tita</i>
	10.35	<p>1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.</p> <p>1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien.</p> <p>1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p>	<p>1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <p>1.2 Pasien sesekali terlihat meringis kesakitan.</p> <p>1.6 Pasien merasa lebih rileks dan nyerinya mulai berkurang.</p>	<i>Tita</i>
	10.40	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi.	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<i>Tita</i>
	10.45	4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.2 Keadaan verban bersih dan kering	<i>Tita</i>
	11.15	<p>3.2 Mengkaji aktivitas kemampuan pasien untuk beraktivitas.</p> <p>1.3 Memonitor tanda-tanda vital.</p>	3.2 Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri	<i>Tita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	11.20		1.3 TD : 110/70 mmHg N : 82x/menit RR : 19x/menit	<i>Tita</i>
	11.30		T : 36,8 °C	<i>Tita</i>
	12.00			<i>Tita</i>



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien: Ny. S

Jenis Kelamin/Umur : Pr/24 Tahun

Dx. Medis : CPD, Inpartu Kala I

Ruangan/Kamar : Mawar Nifas

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
<p>Senin, 06 Mei 2019</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri</p> <p>O : - P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <p>- Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyeri sedikit berkurang apabila melakukan teknik tarfaslam.</p> <p>- Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak</p> <p>- Pasien mendapatkan terapi analgetik</p> <p>- TD : 100/80 mmHg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>RR : 18x/menit</p> <p>T : 36,5 °C</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T.</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien.</p> <p>1.3 Monitor tanda-tanda vital</p> <p>1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas</p>	<p><i>Fita</i></p>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p>Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)</p>	<p>dalam.</p> <p>1.7 Tingkatkan istirahat.</p> <p>1.9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : - Pasien mengatakan belum mengerti cara menyusui yang benar karena ini pengalaman pertama memiliki anak.</p> <p>O : - Pasien banyak bertanya pada perawat setiap ada tindakan.</p> <p>A : Masalah keperawatan defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>2.2 Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>2.3 Jelaskan informasi mengenai teknik menyusui yang benar</p> <p>2.4 Tanyakan kembali tentang pengetahuan dan prosedur yang telah dijelaskan oleh perawat.</p> <p>S : Pasien mengatakan belum mampu melakukan miring kanan miring kiri karena masih merasa nyeri.</p> <p>O : Pasien tirah baring dan dapat menggerakkan tangan serta kakinya.</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>3.2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas.</p> <p>3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi</p> <p>3.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verbal bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum 	<p><i>Fita</i></p> <p><i>Fita</i></p>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian P : Pertahankan Intervensi 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai kebutuhan	<i>Fita</i>
Selasa, 07 Mei 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri O :- P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4	<i>Fita</i>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p>Defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)</p>	<p>T : Hilang-timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengerti untuk melakukan tarfaslam dan mengatakan merasa rileks tetapi masih merasa nyeri. - Pasien terlihat meringis kesakitan sesekali apabila setelah bergerak - Pasien mendapatkan terapi analgetik - TD : 100/70 mmHg N : 85x/menit RR : 19x/menit T : 36,3 °C <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1.7 Tingkatkan istirahat. 1.9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat. <p>S : - Pasien dan keluarga mengatakan mengerti dan mengaplikasikannya.</p> <p>O : - Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan perawat memberikan pendidikan kesehatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. <p>A : Masalah keperawatan defisit pengetahuan tentang teknik menyusui yang benar telah teratasi.</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>S : Pasien mengatakan masih susah untuk</p>	<p><i>Fita</i></p>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p data-bbox="491 544 721 667">Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)</p> <p data-bbox="491 1256 721 1440">Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)</p>	<p data-bbox="802 387 1023 416">berdiri karena nyeri.</p> <p data-bbox="746 443 1187 528">O :- Beberapa aktivitas sudah dapat dilakukan dengan sendiri seperti makan.</p> <p data-bbox="802 555 1158 584">- Posisi pasien setengah duduk.</p> <p data-bbox="746 611 1158 667">A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.</p> <p data-bbox="746 689 1023 719">P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p data-bbox="775 741 1193 797">3.2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas.</p> <p data-bbox="775 801 1177 857">3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi</p> <p data-bbox="775 862 1246 947">3.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien</p> <p data-bbox="746 987 847 1016">S : -</p> <p data-bbox="746 1021 783 1050">O :</p> <p data-bbox="746 1055 1246 1223">- Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verbal bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik</p> <p data-bbox="746 1256 1257 1312">A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p data-bbox="746 1323 1054 1352">P : Pertahankan Intervensi</p> <p data-bbox="802 1357 1177 1386">4.1 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p data-bbox="802 1391 1257 1447">4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p data-bbox="802 1451 1225 1507">4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai kebutuhan</p>	<p data-bbox="1294 752 1337 781"><i>Fita</i></p> <p data-bbox="1294 1637 1337 1666"><i>Fita</i></p>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Rabu, 08 Mei 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan masih merasa nyeri</p> <p>O : - P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sesekali terlihat meringis kesakitan. - Pasien merasa lebih rileks dan nyerinya mulai berkurang. - Pasien mendapatkan terapi analgetik - TD : 120/70 mmHg N : 82x/menit RR : 19x/menit T : 36,8 °C <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas 	<i>Fita</i>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)</p> <p>Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)</p>	<p>dalam.</p> <p>1.7 Tingkatkan istirahat.</p> <p>1.9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : Pasien mengatakan dapat berdiri dan berjalan</p> <p>O : Pasien sudah bisa melakukan aktivitas sendiri</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik telah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verban bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik <p>A : Masalah keperawatan risiko infeksi tidak terjadi.</p> <p>P : Hentikan Intervensi.</p>	<p><i>Fita</i></p> <p><i>Fita</i></p>

Lampiran 3

SATUAN ACARA PENYULUHAN CARA MENYUSUI YANG BENAR

POKOK BAHASAN	: Keperawatan Maternitas
SUB POKOK BAHASAN	: Cara Menyusui Yang Benar
HARI/TANGGAL	: Kamis , 04 April 2019
WAKTU	: 20 Menit
SASARAN	: Ibu Post <i>Sectio Caesarea</i>
TEMPAT	: RSUD Abdul Wahab Sjahranie Ruang Mawar
PEMATERI	: Khairita Silvana Sofyan

I. TUJUAN

A. Tujuan Instruksional Umum

Dengan diadakannya promosi kesehatan diharapkan klien dapat mempraktekkan cara menyusui yang benar serta mampu menginformasikannya kembali pada keluarganya dan lingkungan dimana saja ia berada.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Dengan diadakannya promosi kesehatan diharapkan klien dapat mengetahui :

- A. Klien dapat menjelaskan pengertian cara menyusui yang benar
- B. Klien dapat Menyebutkan posisi posisi menyusui
- C. Klien dapat menjelaskan tanda bayi cukup asi
- D. Klien dapat mempraktekkan cara menyusui yang benar
- E. Klien dapat menjelaskan upaya untuk memperbanyak ASI

II. METODE PENYAMPAIAN

Ceramah, tanya jawab atau diskusi

III. MEDIA

Leaflet

Lembar Balik

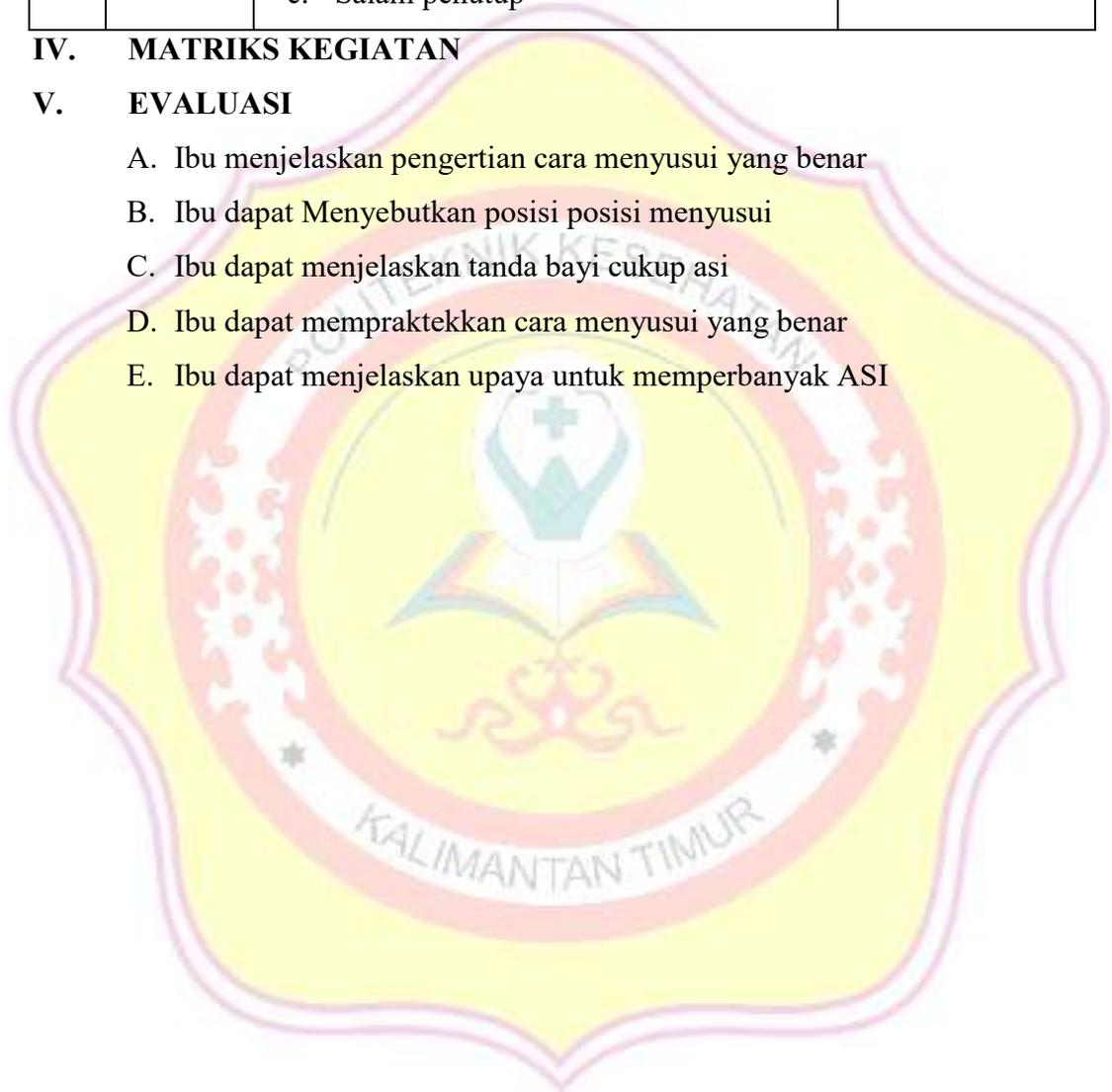
No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	3 Menit	Pembukaan : a. Mengucapkan salam b. Perkenalan c. Menjelaskan tujuan dari kegiatan d. Menyebutkan materi atau pokok bahasan yang akan disampaikan e. Kontrak waktu	Menjawab salam dan mendengarkan
2	12 Menit	Pelaksanaan : a. Menjelaskan pengertian cara menyusui yang benar b. Menjelaskan posisi posisi menyusui c. Menjelaskan tanda bayi cukup asi d. Menjelaskan dan mempraktekkan cara menyusui yang benar e. Menjelaskan upaya untuk memperbanyak ASI.	Mendengarkan dan memperhatikan
3	3 Menit	Evaluasi : Sesi Tanya Jawab Dan meminta klien untuk menjelaskan kembali mengenai materi yang telah disampaikan.	Bertanya dan menjawab pertanyaan dari pemateri

4	2 Menit	Penutup : a. Memaparkan kesimpulan b. Mengucapkan terima kasih atas waktu yang diluangkan, perhatian serta peran aktif dari peserta. c. Salam penutup	Mendengarkan dan menjawab salam
---	---------	--	---------------------------------

IV. MATRIKS KEGIATAN

V. EVALUASI

- A. Ibu menjelaskan pengertian cara menyusui yang benar
- B. Ibu dapat Menyebutkan posisi posisi menyusui
- C. Ibu dapat menjelaskan tanda bayi cukup asi
- D. Ibu dapat mempraktekkan cara menyusui yang benar
- E. Ibu dapat menjelaskan upaya untuk memperbanyak ASI





MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN CARA MENYUSUI YANG BENAR

A. Pengertian

Memberi ASI dalam suasana yang santai bagi ibu dan bayi. Buat kondisi ibu nyaman mungkin. Selama beberapa minggu pertama, bayi perlu diberi ASI setiap 2,5 -3 jam sekali. Menjelang akhir minggu ke enam, sebagian besar kebutuhan bayi akan ASI setiap 4 jam sekali. Jadwal ini baik sampai bayi berumur antara 10-12 bulan. Pada usia ini sebagian besar bayi tidur sepanjang malam sehingga tidak perlu lagi memberi makan di malam hari (Saryono, 2008; h. 30)

B. Posisi menyusui

1. Posisi Dekapan

Breast-Feeding Positions

Posisi klasik dan telah menjadi kegemaran kebanyakan para ibu, posisi ini membolehkan perut bayi dan perut ibu bertemu supaya tidak perlu memutar kepalanya untuk menyusui. Kepala bayi berada di dalam dekapan, sokong kepala badan dan punggung bayi serta lengan bayi perlu berada di bagian sisinya (Saryono, 2008; h. 34).

2. Posisi Football hold

Posisi ini sangat sesuai jika baru pulih dari pembedahan caesar, memiliki payudara yang besar, menyusui bayi prematur atau bayi yang kecil ukurannya atau menyusui anak kembar pada waktu yang bersamaan. Sokong kepala bayi dengan tangan, menggunakan bantal untuk menyokong belakang badan ibu (Saryono, 2008; h; 35).

3. Posisi Berbaring

Posisi ini apabila ibu dan bayi merasa letih. Jika baru pulih dari pembedahan caesar ini mungkin satu-satunya posisi yang biasa dicoba pada beberapa hari pertama. Sokong kepala ibu dengan lengan dan sokong bayi dengan lengan atas (Saryono, 2008; h. 35).



C. Fungsi menyusui yang benar

1. Puting susu tidak lecet
2. Perlekatan menyusui pada bayi kuat
3. Bayi menjadi tenang
4. Tidak terjadi gumoh

D. Akibat tidak menyusui dengan benar

1. Puting susu menjadi lecet
2. ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI
3. Bayi enggan menyusui
4. Bayi menjadi kembung

E. Tanda bayi menyusui dengan benar

1. Bayi tampak tenang
2. Badan bayi menempel pada perut ibu
3. Mulut bayi terbuka lebar
4. Daggu bayi menempel pada payudara ibu
5. Sebagian areola masuk dalam mulut bayi, areola bawah masuk lebih banyak
6. Bayi nampak menghisap kuat dengan irama perlahan Puting susu tidak terasa nyeri

F. Tanda bayi mendapat ASI dalam jumlah cukup

- 1) Bayi akan terlihat puas setelah menyusui
- 2) Bayi terlihat sehat dan berat badannya naik setelah 2 minggu pertama (100-200 gr setiap minggu)
- 3) Puting dan payudara tidak luka atau nyeri
- 4) Setelah beberapa hari menyusui, bayi akan buang air kecil 6-8 kali sehari dan buang air besar berwarna kuning 2 kali sehari
- 5) Apabila selalu tidur dan tidak mau menyusui maka sebaiknya bayi dibangunkan dan dirangsang untuk menyusui setiap 2-3 jam sekali setiap harinya.

G. Langkah-langkah menyusui yang benar

1. Menjelaskan maksud dan tujuan pendkes
2. Cuci tangan sebelum menyusui dan mengajari ibu
3. Ibu duduk atau berbaring dengan santai (bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu menggantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi).
4. Mempersilahkan dan membantu ibu membuka pakaian bagian atas
5. Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekitar areola payudara (cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu).
6. Mengajari ibu untuk meletakkan bayi pada satu lengan, kepala bayi berada pada lengkung siku ibu dan bokong bayi berada pada lengan bawah ibu
7. Mengajari ibu untuk menempelkan perut bayi pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi di belakang badan ibu dan yang satu di depan, kepala bayi menghadap payudara

9. Mengajari ibu untuk memposisikan bayi dengan telinga dan lengan pada garis lurus Mengajari ibu untuk memegang payudara dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah serta jangan menekan puting susu dan areolanya
10. Mengajari ibu untuk merangsang membuka mulut bayi : Menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sudut mulut bayi
11. Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk mendekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian memasukkan puting susu serta sebagian besar areola ke mulut bayi)
12. Setelah bayi mulai menghisap, menganjurkan ibu untuk tidak memegang atau menyangga payudara lagi
13. Menganjurkan ibu untuk memperhatikan bayi selama menyusui
14. Mengajari ibu cara melepas isapan bayi (jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan ke bawah)
15. Setelah selesai menyusui, mengajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. Biarkan kering dengan sendirinya
16. Mengajari ibu untuk menyendawakan bayi : Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung ditepuk perlahan-lahan sampai bayi bersendawa (bila tidak bersendawa tunggu 10 – 15 menit) ATAU Bayi ditengkurapkan dipangkuan

H. Upaya memperbanyak ASI

1. Untuk Bayi
 - a. Menyusui bayi setiap 2 jam siang dan malam dengan lama menyusui antara 10-15 menit disetiap payudara
 - b. Bangunkan bayi, lepas baju bayi yang menyebabkan rasa gerah
 - c. Pastikan bayi menyusui dengan posisi menempel yang baik dan mendengarkan suara menelan yang aktif.

d. Susui bayi ditempat yang tenang dan nyaman dan minumlah setiap kali menyusui.

2. Untuk Ibu

a. Ibu harus meningkatkan istirahat dan minum

b. Makan makanan yang bergizi

c. Petugas kesehatan harus mengamati ibu yang menyusui bayinya dan mengoreksi setiap kali terdapat masalah pada posisi penempelan.

d. Susukan bayinya sesering mungkin (Anggraini, 2010; h. 22)

**FORMAT PENGAJIAN
ASUHAN KEPERAWATAN IBU DALAM MASA NIFAS
POST NATAL CARE (PNC)**

Mrs tgl/jam : 03/04/2019

Diagnosa Medik : KPD Kala II Lama

Rumah Sakit: RSUD AWS

Dokter : dr. Novia Fransiska, SpOG

A. BIODATA

ISTRI

SUAMI

- | | | | |
|---------------|---|--|----------|
| 1. Nama | : | Ny. D | Tn. F |
| 2. Umur | : | 33 Tahun | 38 Tahun |
| 3. Agama | : | Islam | Islam |
| 4. Pendidikan | : | SLTA | SLTA |
| 5. Pekerjaan | : | IRT | Swasta |
| 6. Alamat | : | Jl. Pangeran Suryanata Komplek Perum H. Hadi RT. 15
Bukit Pinang Samarinda. | |

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri :

- P : Pasien mengatakan nyeri bertambah parah ketika bergerak.
- Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk
- R : Abdomen bawah
- S : Skala Nyeri 5
- T : hilang timbul

2. Alasan Masuk Rumah Sakit/Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan sakit pinggang dan perut terasa kencang. Keesokan harinya pada tanggal 03-04-2019 jam 04.00 WITA pasien mengatakan keluar lendir berserta bercak darah lalu dibawa ke klinik pada saat diperiksa oleh bidan sudah masuk pembukaan ke 5 tetapi kala 2 lama, ketuban sudah pecah, serta bayi terlilit tali pusat sehingga proses pengeluaran terhambat, karena itu pasien di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan masuk IGD lalu dilakukan operasi *sectio caesarea* pada jam 09.00 WITA dan dipindahkan keruang perawatan Mawar Nifas jam 11.30 WITA.

Pada saat dikaji tanggal 03-04-2019 jam 16.00 WITA, Ny. D mengatakan nyeri pada luka bekas operasi *sectio caesarea* dibagian abdomen rasanya seperti di tusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 dengan intensitas hilang timbul karena masih dalam efek obat bius dan mengeluarkan ASI sedikit keluar. Pada saat dikaji posisi pasien supine terpasang IVFD RL drip Tramadol, serta kateter, dan aktivitas masih dibantu oleh suami pasien.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit Hipertensi, DM, dan penyakit jantung.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit Hipertensi, DM, dan Penyakit Jantung.

C. RIWAYAT OBSTETRI

Riwayat Kehamilan Sekarang

GPA	G ₄ P ₂ A ₁
Umur Kehamilan	40 Minggu
Taksiran Persalinan	02-04-2019
ANC/ Ante Natal Care	9x
Masalah Kesehatan	Ketuban Pecah Dini (KPD)

Riwayat Kehamilan dan Persalinan

PA	P1	A1	P2	P3
Umur Kehamilan	38 Minggu	24 Minggu	38 Minggu	40 Minggu
Tanggal Tahun Partus	2004	2006	2008	2019
Penolong Persalinan	Dokter	Dokter	Bidan	Dokter
Jenis Persalinan	Spontan	Curet	Spontan	SC

Riwayat Anak dan Keadaan Nifas

Anak					Nifas		
JK	BB	PB	Keadaan Lahir	Umur Sekarang	Laktasi	Perdarahan	Infeksi
L	4,2	57	Hidup	15 Tahun	√	-	-
L	-	-	Meninggal	-	-	-	-
L	3,5	55	Hidup	11 Tahun	√	-	-
L	3,350	50	Hidup	0 Hari	√	-	-

D. RIWAYAT PERSALINAN SEKARANG

1. Tanggal Persalinan : 03/04/2019 Jam 09.00 Pagi
2. Tipe Persalinan : *Sectio Caesarea*
3. Lama Persalinan
 - a. Lama Kala I : -
 - b. Lama Kala II : -
 - c. Lama Kala III : -
4. Jumlah Perdarahan : \pm 500 cc
5. Penyulit Persalinan : Ketuban Pecah Dini (KPD)
6. Keadaan Bayi
 - a. Jenis Kelamin : Laki-laki
 - b. Berat Badan Lahir : 3350 gr
 - c. Panjang Badan : 50 cm
 - d. APGAR SCORE : 1' 8/10 5' 9/10

E. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum
 - a) Posisi Pasien : Supine
 - b) Alat Medis/Invasif yang terpasang : IVFD RL Drip Tramadol, Kateter.
2. Kesadaran
 - a) Kualitatif : Compos Mentis
 - b) Kuantitatif : GCS : E₄V₅M₆
 - c) Tanda-tanda Vital : TD : 120/80 mmHg, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, T : 36,2 °C.
 - d) Berat Badan :
 - Sebelum Hamil : 52 kg
 - Sekarang : 66 cm

- Tinggi Badan : 157 cm

3. Kenyaman/Nyeri :

- P : Pasien mengatakan nyeri bertambah parah saat bergerak.
- Q : Seperti ditusuk-tusuk
- R : Abdomen
- S : Skala Nyeri 5
- T : Hilang Timbul

4. Pemeriksaan Kepala :

Finger Print (ditengah Frontal)	Terhidrasi
Kulit Kepala	Bersih
Rambut :	
1. Penyebaran	Merata
2. Warna	Hitam Kecokelatan (Pirang)
3. Mudah Patah	Tidak Mudah Patah
4. Bercabang	Tidak Bercabang
5. Cerah/Kusam	Kusam
6. Kelainan	Tidak ada Kelainan
Mata :	
1. Sklera	Ikterik
2. Konjungtiva	Anemis
3. Palpebra	Tidak ada Edema
4. Kornea	Jernih
5. Reflek Cahaya	+
6. TIO	(Tidak Dikaji)
7. Pupil	Isokor
8. Visus	6/6
9. Kelainan	Tidak ada kelainan

Hidung :	
1. Pernafasan Cuping Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung
2. Posisi Septum Nasal	Ditengah
3. Lubang Hidung	Bersih tidak terdapat kotoran
4. Ketajaman Penciuman	Pasien dapat membedakan bau
5. Kelainan	Tidak ada kelainan
Rongga Mulut :	
1. Bibir : Warna	Pucat
2. Gigi Geligi	Terdapat caries dibagian geraham atas kanan kiri
3. Lidah : Warna	Merah Muda
4. Mukosa	Lembab
5. Tonsil : Ukuran	Tidak diukur
6. Ovula : Letak	Simetris Ditengah
Telinga :	
1. Daun/Pina Telinga	Simetris kanan dan kiri
2. Kanalis Telinga	Bersih, Tidak terdapat Serumen
3. Ketajaman Pendengaran	Pasien dapat mendengar dengan baik

5. Pemeriksaan Leher :

Kelenjar Getah Bening	Tidak teraba
Tiroid	Tidak teraba
Posisi Trakea	Letak ditengah

6. Pemeriksaan Thorak :

Keluhan :	Tidak sesak maupun nyeri waktu nafas
1. Batuk	Tidak ada batuk
2. Sekret,Warna, Konsistensi, Bau	-
Inspeksi :	

1. Bentuk Dada	Elips
2. Payudara	Payudara simetris antara kanan dan kiri
3. Puting Susu	Menonjol
4. Konsistensi	Keras
5. Colostrum	Ada pengeluaran Colostrum
6. Hiperpigmentasi Aerola	Terdapat hiperpigmentasi pada aerola
7. Lain-lain	Tidak ada
Frekuensi :	20x/menit
1. Irama Nafas	Teratur
2. Pola Pernafasan	Normal
3. Pernafasan Cuping Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung
4. Otot Bantu Pernafasan	Tidak ada otot bantu pernafasan
5. Usaha Nafas	Dapat bernafas dalam posisi apapun
6. Alat Bantu Nafas	Tidak menggunakan alat bantu nafas
Palpasi :	
1. Vocal Premitus	Sama getaran antara kanan dan kiri
2. Ekspansi Paru	Mengembang
3. Kelainan	Tidak ada kelainan
Perkusi :	Sonor
1. Batas Paru Hepar	ICS V Midclavicula Dekstra
Auskultasi :	
1. Suara Nafas	Vesikuler
Penggunaan WSD	Tidak menggunakan WSD
Trakeostomy	Tidak ada Trakeostomy
Lain-lain	Tidak Ada
Pemeriksaan Jantung	
Keluhan Nyeri Dada	Tidak ada nyeri dada
Inspeksi :	Simetris, tidak ada jejas ataupun pembesaran
1. CRT	<2 detik
2. Sianosis	Tidak sianosis
3. Ujung Jari	Ujung jari tidak tabuh
Palpasi : Ictus Cordis	ICS V Midclavicula Sinistra

1. Akral	Hangat
Perkusi :	
1. Batas Atas	ICS II Line Parasternal Dekstra
2. Batas Bawah	ICS V Line Midclavicula Sinistra
3. Batas Kanan	ICS III Line Parasternal Dekstra
4. Batas Kiri	ICS III Line Parasternal Sinistra
Auskultasi :	
1. BJ II - Aorta	Dub, Reguler, Intensitas Kuat
2. BJ II - Pulmonal	Dub, Reguler, Intensitas Kuat
3. BJ I - Trikuspidalis	Lub, Reguler, Intensitas Kuat
4. BJ I - Mitral	Lub, Reguler, Intensitas Kuat
5. Bunyi Jantung Tambahan	Tidak ada bunyi jantung tambahan
6. Kelainan	Tidak ada kelainan
JVP	Normal
CVP	Tidak terpasang CVP
CTR	Tidak dikaji
ECG & Interpretasinya	Tidak ada
Lain-lain	Tidak ada

7. Pemeriksaan Abdomen :

Abdomen	
Inspeksi :	
1. Bentuk Abdomen	Simetris
2. Striae Gravidarum	Terdapat striae gravidarum
3. Linea	Terdapat Linea Nigra
4. Bayangan Vena	Tidak ada bayang Vena
5. Benjolan/Massa	Tidak ada benjolan maupun massa
6. Luka Operasi, Tanggal Operasi	Terdapat luka operasi, Tanggal 03-04-2019
7. Jenis Operasi, Lokasi	Operasi <i>Sectio Caesarea</i> , Abdomen
8. Diastatis Rektus Abdominalis	21x3 cm

9. Peristaltik Usus	3x/menit
10. TFU	2 jari dibawah pusat
11. Konsistensi	Keras dan membulat
12. Kontraksi Uterus	Kontraksi uterus baik

8. Pemeriksaan Genetalia

Vulva	
1. Oedema	Oedema
2. Varises	Tidak ada varises
Perineum	
1. Utuh/Luka	Luka
2. Episiotomi	Tidak ada episiotomi
3. Jahitan	Tidak dijahit
Lokia	
1. Jumlah	2x ganti pembalut dalam sehari
2. Jenis/warna	Rubra/ Merah terang
3. Konsistensi	Cair dan terdapat gumpalan darah
4. Bau	Khas
Anus	
1. Iritasi	Tidak ada iritasi
2. Haemoroid	Terdapat Haemoroid

9. Pemeriksaan Ekstremitas

Tangan	
---------------	--

1. Oedema	Tidak terjadi oedema
2. Varises	Tidak ada varises
Kaki	
1. Oedema	Tidak terjadi oedema
2. Varises	Tidak ada varises
3. Masalah Khusus	Tidak ada masalah khusus

10. Pemeriksaan Sistem Perkemihan

1. Kebersihan	Bersih
2. Keluhan Kencing	Tidak ada keluhan kencing
3. Kemampuan Berkemih	Menggunakan selang kateter
4. Produksi Urine	± 1500 ml/hari
5. Kandung Kemih	Tidak ada pembesaran maupun nyeri tekan

11. Pemeriksaan Sistem Persyarafan

Memori	Dapat mengingat jangka panjang
Perhatian	Dapat mengulang
Bahasa	Baik, pasien dapat menggunakan bahasa Indonesia
Kognisi	Baik
Orientasi	Orientasi pada orang, waktu, dan tempat baik
Saraf Sensori	Dapat merasakan nyeri tusuk, suhu, dan sentuhan
Refleks Fisiologis	
1. Patella	2 (Normal)
2. Achilles	2 (Normal)
3. Bisep	2 (Normal)
4. Trisep	2 (Normal)
5. Brankoradialis	2 (Normal)
Reflek Patologi	

1. Babinsky	Hasil pemeriksaan (-)
2. Human Sign	Hasil pemeriksaan (-)
Keluhan pusing	Tidak pusing
Pupil	Isokor
Sklera/Konjungtiva	Ikterik/Anemis
Gangguan Pandangan	Tidak ada gangguan pandangan
Gangguan Pendengaran	Tidak ada gangguan pendengaran
Gangguan Penciuman	Tidak ada gangguan penciuman
Istirahat/Tidur	6-8 jam/hari

12. Aktivitas/Mobilisasi

Ambulasi	Pada saat dilakukan pengkajian 5 jam post <i>sectio caesarea</i> , pasien tirah baring dan mampu menggerakkan tangan dan kaki
Kegiatan Sehari-hari	Pasien istirahat diatas tempat tidur dan melakukan aktivitas di atas tempat tidur
Masalah dalam beraktivitas	Pasien mengatakan masih sulit bergerak karena nyeri post <i>sectio caesarea</i>
Senam Nifas	Tidak dilakukan senam nifas

F. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

	RS	RUMAH
G. Nutrisi		
Nafsu Makan	Baik	Baik
Pola Makan	3x/hari	3x/hari
Gangguan Makan	Tidak ada gangguan makan	Tidak ada gangguan makan
Pantangan	Tidak ada pantangan	Tidak ada pantangan
Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Diet	Bubur	-

Porsi Makan	Habis	Habis
H. Eliminasi		
BAK		
1. Frekuensi	Pasien terpasang kateter	± 4-5 x/sehari
2. Warna	Kuning	Kuning
3. Bau	Khas urine	Khas urine
4. Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
BAB		
1. Frekuensi	Belum ada BAB pada saat hari dikaji	1xsehari
2. Konsistensi	Tidak ada	Lunak
3. Warna	Tidak ada	Kecokelatan
4. Bau	Tidak ada	Khas
5. Konstipasi	Tidak ada	Tidak ada
6. Masalah Khusus	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
I. Istirahat dan Tidur		
Jumlah jam tidur	5-6 jam /hari	6-8 jam /hari
Yang mempermudah tidur	Suasana yang tenang	Suasana yang tenang
Yang mempermudah bangun	Nyeri pada luka post <i>sectio caesarea</i>	-
J. Personal Hygiene		
Mandi	2x/hari	2x/hari
Gosok gigi	3x/hari	3x/hari
Cuci Rambut	Belum ada	2 hari sekali
Potong kuku	Jika Panjang	Jika Panjang
Perawatan payudara	Pasien membersihkan payudara setiap hari saat mandi	Saat mandi
Perawatan perineum	Pasien membersihkan perineum setiap hari saat mandi	Saat mandi
K. Seksualitas dan Reproduksi		
Payudara	Tidak ada benjolan	Tidak ada benjolan

Genetalia	Tidak ada flour albus maupun prolaps uteri, terdapat haemoroid	Tidak ada flour albus maupun prolaps uteri, terdapat haemoroid
Masalah Seksual		
1. Apakah ada perubahan pola	Ya ada	Ya ada
2. Jenis perubahan	Tidak melakukan hubungan seksual pada masa nifas	Jarang melakukan hubungan seksual pada saat hamil
3. Cara mengatasi	Melakukan hubungan seksual setelah masa nifas berakhir (setelah ± 40 hari pasca melahirkan)	-

G. DATA PSIKOLOGIS

Hubungan dengan bayi	Sangat baik dan penuh kasih sayang
Sedih/Gembira	Gembira
Hubungan dengan keluarga	Sangat baik dan harmonis
Masalah yang dipikirkan	Tidak ada masalah
Kebutuhan Penkes	
1. Manajemen Laktasi	Ya/tidak
2. Perosonal Hygiene	Ya/tidak
3. Nutrisi Ibu Menyusui	Ya/tidak
4. Perawatan bayi baru lahir	Ya/tidak
5. Latihan dan aktivitas	Ya/tidak
6. Pemberian makanan tambahan	Ya/tidak
7. Imunisasi pada bayi	Ya/tidak
8. KB	Ya/tidak

H. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

Reaksi saat interaksi	Kooperatif
Gangguan konsep diri	Tidak

Status Perkawinan	
1. Usia waktu kawin	18 Tahun
2. Perkawinan ke	1
3. Lama perkawinan	16 Tahun
Orang yang berharga bagi pasien	Keluarga
Hubungan dengan orang lain	Orientasi terhadap orang lain baik

I. DATA PENUNJANG

Laboratorium	
1. Hb	10.9 g/dL
2. Ht	33.9 %
3. Leukosit	23.02 $10^3/\mu\text{L}$
4. Ureum	20.3 mg/dL
5. Creatinin	0.8 mg/dL
6. GDS	141 mg/dL
USG	
1. DJJ	160x/menit
2. Taksiran Persalinan	02-04-2019
3. Persentasi	Kepala
4. Jenis Kelamin	Laki-laki
5. Berat Badan	3.800 gr
6. Panjang Badan	58 cm

J. PENATALAKSAAN TERAPI

Nama Obat	Ceftriaxone	Metronidazole	Antrain
Kandungan Obat	Ceftriaxone Disodium	Nitrimidazoles	Metamizole
Kekuatan	1 gr	100 mL	500 mg
Dosis	3x1 gr	3x500 mg	3x1 amp

Sediaan/Bentuk	Vial	IVFD	Ampul
Cara/Rute Pemberian	Via Intra Vena Injection	Via Intra Vena Injection	Via Intra Vena Injection

Yang melakukan pengkajian,

Fita

Khairita Silvana Sofyan

NIM : P07220116016



DATA FOKUS

1. Data Subjektif

- a. Pasien mengatakan nyeri :
 - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak,
 - Q : Terasa seperti ditusuk-tusuk
 - R : Abdomen bawah
 - S : Skala Nyeri 5
 - T : Hilang Timbul

- b. Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit.
- c. Pasien mengatakan payudaranya terasa penuh dan bengkak.
- d. Pasien megatakan belum mencoba untuk miring kanan-kiri.
- e. Pasien mengatakan aktivitas dilakukan diatas tempat tidur dan dibantu oleh suami.

2. Data Objektif

- a. Pasien tampak meringis kesakitan pada saat mencoba untung miring kanan-kiri.
- b. Pasien meminimalkan gerakan
- c. Terdapat luka post operasi *sectio caesarea*. Jenis sayatan vertikal dengan panjang luka ± 16 cm.
- d. Payudara teraba keras.
- e. Pasien terlihat kesakitan pada saat payudaranya di sentuh.
- f. ASI hanya keluar sedikit pada saat aerola di pencet.
- g. Pasien baru melakukan mobilisasi berupa menggerakkan kaki dan tangan.
- h. Hasil pemeriksaan Leukosit : $23.02 \cdot 10^3/\mu\text{L}$.
- i. Terdapat luka post operasi *sectio caesarea*. Jenis sayatan vertikal, panjang luka ± 16 cm yang masih ditutup verban.
- j. Pasien mendapatkan terapi analgetik Antrain 3x1 Via IV.
- k. Pasien mendapatkan terapi antibiotik Ceftriaxone 3x1 Via IV.

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak. - Q : Terasa seperti ditusuk-tusuk - R : Abdomen bawah - S : Skala Nyeri 5 - T : hilang timbul <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis kesakitan pada saat mencoba untuk miring kanan-miring kiri. 2. Pasien meminimalkan gerakan 3. Terdapat luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i>. Jenis sayatan vertikal dengan panjang luka \pm 16 cm. 4. Pasien mendapatkan terapi analgetik antrain. 	<p>Agen Pencedera Fisik, luka post operasi <i>Sectio Caesarea</i></p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit. 2. Pasien mengatakan jika payudaranya terasa penuh dan bengkak. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Payudara teraba keras. 2. Pasien terlihat kesakitan pada saat payudaranya di sentuh. 3. ASI hanya keluar sedikit pada saat aerola dipencet. 	<p>Ketidakadekuatan Suplai ASI</p>	<p>Menyusui Tidak Efektif</p>
<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan belum mencoba untuk miring kanan-kiri 2. Pasien mengatakan aktivitas 	<p>Nyeri</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>dilakukan diatas tempat tidur dan dibantu oleh suami.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tampak meminimalkan gerakan. Pasien baru melakukan mobilisasi berupa menggerakkan kaki dan tangan. 		
<p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i>. Jenis sayatan vertikal, panjang luka ± 16 cm yang masih ditutup verban. Hasil pemeriksaan Leukosit : $23.02 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Pasien mendapatkan terapi antibiotik. 	<p>Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i></p>	<p>Risiko Infeksi</p>





Nama Pasien: Ny. D

Jenis Kelamin/Umur : Pr/33 Tahun

Dx. Medis : KPD, Kala II Lama

Ruangan/Kamar : Mawar Nifas

No	Tgl Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Paraf Nama
----	---------------	----------------------	------------

1.	03/04/2019	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.	<i>Fita</i>
2.	03/04/2019	Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI.	<i>Fita</i>
3.	03/04/2019	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.	<i>Fita</i>
4.	03/04/2019	Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, operasi <i>sectio caesarea</i> .	<i>Fita</i>

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien: Ny. D

Jenis Kelamin/Umur : Pr/33 Tahun

Dx. Medis : KPD, Kala II Lama

Ruangan/Kamar : Mawar Nifas

No.	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil Intevensi
1.	03 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pain Level</i> 2. <i>Pain Control</i> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Skala nyeri menjadi 1-2 4. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah: 110-140/70-90 mmHg. b. Nadi : 60-100 kali/menit c. Pernafasan : 16-24 kali/menit. d. Suhu : 36-37°C <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1. 2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1. 3 Monitor tanda-tanda vital 1. 4 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 1. 5 Kurangi faktor presipitasi nyeri. 1. 6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1. 7 Tingkatkan istirahat. 1. 8 Berikan kompres air hangat pada pasien 1. 9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.
2.	03 April 2019	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)	<p>NOC :</p> <p><i>Breast Feeding</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan menyusui efektif dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan puas dengan kebutuhan untuk menyusui 2. Kemantapan pemberian ASI : Bayi : perlekatan bayi yang sesuai pada dan proses menghisap payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama 3. Kemantapan pemberian ASI : Ibu : kemantapan ibu untuk membuat bayi melekat

			<p>dengan tepat menyusui dan payudara ibu untuk memperoleh nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI.</p> <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 1 Kaji tingkat pengeluaran ASI 2. 2 Kaji kemampuan menghisap secara efektif 2. 3 Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk menyusui 2. 4 Beri kompres hangat sebelum menyusui 2. 5 Ajarkan pijat oksitosin untuk memperlancar pengeluaran ASI 2. 6 Lakukan teknik non farmakologi untuk memperlancar ASI (pijat Oksitosin). 2. 7 Libatkan keluarga untuk membantu dan memberikan dukungan pada ibu.
3.	03 April 2019	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Joint Movement : Active 2. Mobility Level 3. Self Care : ADLs <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah <p>NIC :</p> <p>Exercise therapy : Ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 1 Monitor vital sign sebelum dan sesudah aktifitas 3. 2 Kaji tingkat kemampuan pasien untuk beraktivitas. 3. 3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi 3. 4 Kaji pengaruh aktivitas terhadap kondisi luka dan kondisi tubuh umum. 3. 5 Ajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini 3. 6 Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan 3. 7 Bantu pasien untuk memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. 3. 8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien 3. 9 Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi 3. 10 Evaluasi perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas

4.	03 April 2019	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	<p>NOC :</p> <p><i>Infection Control</i></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal. 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat <p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.2 Kaji keadaan verbal post operasi <i>sectio caesarea</i> 4.3 Pantau suhu tubuh 4.4 Pertahankan teknik isolasi 4.5 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.6 Pertahankan lingkungan aseptik selama tindakan 4.7 Inspeksi kondisi luka / insisi pembedahan 4.8 Anjurkan istirahat yang cukup 4.9 Beritahu pada pasien pentingnya perawatan luka selama masa post operasi 4.10 Dorong masukan nutrisi dan cairan yang cukup 4.11 Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotik sesuai kebutuhan
----	---------------	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama Pasien: Ny. D

Jenis Kelamin/Umur : Pr/33 Tahun

Dx. Medis : KPD, Kala II Lama

Ruangan/Kamar : Mawar Nifas

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1.	Rabu, 03 April 2019 18.00	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan	<i>Fita</i>
	18.05	1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	1.3 TD : 120/80 mmHg N : 85x/menit RR : 20x/menit T : 36,6 °C	<i>Fita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	18.15	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien.	1.2 Pasien terlihat meringis kesakitan.	<i>Fita</i>
	18.20	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
	18.30	3.3 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	3.3 Pasien hanya bisa menggerakkan kaki dan tangan	<i>Fita</i>
	18.35	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan	<i>Fita</i>
	18.40	3.5 Mengajarkan pasien tentang teknik ambulasi dini (miring kanan-kiri)	3.5 Pada saat mencoba melakukan miring kanan-kiri pasien kesusahan karena merasa nyeri.	<i>Fita</i>
		4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi.	4.2 Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<i>Fita</i>
		4.2 Mengkaji keadaan verbal	4.2 Keadaan verbal bersih dan kering.	<i>Fita</i>
			4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun	<i>Fita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	18.55	post operasi <i>sectio caesarea</i>	sesudah melakukan tindakan keperawatan	<i>Fita</i>
	19.05	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	1.9 Antrain 1 Amp via IV	<i>Fita</i>
	19.15	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Fita</i>
	19.18	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	2.1 Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit pada saat puting dipencet.	<i>Fita</i>
	19.20	2.1 Mengkaji tingkat pengeluaran ASI	2.4 Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di kompres dan ASI masih keluar sedikit.	<i>Fita</i>
	19.35	2.4 Memberi kompres hangat sebelum menyusui.	1.6 Pasien mengatakan merasa lebih rileks tetapi nyeri sedikit berkurang	<i>Fita</i>
	19.45	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4	<i>Fita</i>
		1.1 Mengkaji nyeri secara		

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	20.00	komprehensif.	T : Hilang-timbul 3.3 Pasien berbaring ditempat tidur.	<i>Fita</i>
	20.10	3.3 Mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk mobilisasi.	3.8 Pasien mampu melakukannya	<i>Fita</i>
	20.15	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (miring kanan-kiri). 1.7 Menganjurkan untuk peningkatan istirahat.	1.7 Pasien mengatakan ingin beristirahat.	<i>Fita</i>
	20.25			<i>Fita</i>
	21.05			<i>Fita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
2.	Kamis, 04 April 2019			
	08.30	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 5 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
	08.35	1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.6 Pasien melakukan dan mengatakan merasa lebih rileks tetapi masih merasa nyeri.	<i>Fita</i>
	08.40	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien	1.2 Pasien terlihat meringis menahan sakit.	<i>Fita</i>
	08.45	3.8 Membantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien (berdiri dan berjalan).	3.8 Pasien mampu melakukannya tetapi berjalan masih dengan tertatih-tatih	<i>Fita</i>
	08.48	2.1 Mengkaji tingkat pengeluaran ASI	2.1 Pasien mengatakan ASI lebih banyak keluar dibanding kemarin.	
		4.4 Mencuci tangan sebelum	4.4 Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan	<i>Fita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
		dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	tindakan keperawatan	
	08.50	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV	<i>Fita</i>
	08.55	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter	4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Fita</i>
	09.00	2.4 Memberi kompres hangat sebelum menyusui.	2.4 Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di kompres dan ASI mulai banyak keluar.	<i>Fita</i>
	09.10	2.6 Memberi teknik non farmakologi pijat oksitosin	2.6 Pasien mengatakan merasa lebih rileks nyaman.	<i>Fita</i>
	09.20	4.1 Memonitor tanda-tanda infeksi.	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<i>Fita</i>
		4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Fita</i>
	09.35	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4	<i>Fita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	10.00		T : Hilang-timbul	
	10.15	3.3 Mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk mobilisasi.	3.3 Pasien mengatakan sudah berjalan keluar kamar.	<i>Fita</i>
	11.00	1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	1.3 TD : 130/80 mmHg N : 92x/menit RR : 20x/menit T : 36,0 °C	<i>Fita</i>
	12.00			<i>Fita</i>
3.	Jum'at 05 April 2019			
	08.30	4.1 Memonitor tanda-tanda Infeksi.	4.1 Tidak ada tanda-tanda infeksi.	<i>Fita</i>
	08.35	4.2 Mengkaji keadaan verban post operasi <i>sectio caesarea</i>	4.2 Keadaan verban bersih dan kering.	<i>Fita</i>
		1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan	

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	08.45		nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti dtusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T : Hilang-timbul	<i>Fita</i>
	08.50	1.2 Mengobservasi reaksi non verbal dari pasien. 1.6 Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1.2 Pasien terlihat meringis kesakitan. 1.6 Pasien melakukannya dan mengatakan lebih merasa rileks.	<i>Fita</i>
	08.55	4.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	4.4. Perawat selalu mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan keperawatan.	<i>Fita</i>
	09.00	1.9 Memberikan terapi analgetik sesuai anjuran dokter	1.9 Antrain 1 Amp via IV 4.10 Ceftriaxone 10 cc via IV	<i>Fita</i>
	09.05	4.10 Memberikan terapi antibiotik sesuai anjuran dokter		<i>Fita</i>
	09.08	1.1 Mengkaji nyeri secara komprehensif.	1.1 P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk	<i>Fita</i>

No	Hari/Tanggal/ Jam	Pelaksanaan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	10.05	1.3 Memonitor tanda-tanda vital.	R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 3 T : Hilang-timbul 1.3 TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit RR : 18x/menit T : 36,7 °C	<i>Fita</i>
	12.00			<i>Fita</i>

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien: Ny. D

Jenis Kelamin/Umur : Pr/33 Tahun

Dx. Medis : KPD, Kala II Lama

Ruangan/Kamar : Mawar Nifas

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Rabu, 03 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan masih merasakan nyeri.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Terdapat luka post operasi <i>Sectio caesarea</i> <p>P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <p>- Tanda- Tanda Vital sebagai berikut :</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,6 °C</p> <p>- Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak</p> <p>- Pasien mendapatkan terapi analgetik</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none">1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T.1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien.1.3 Monitor tanda-tanda vital1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.1.7 Tingkatkan istirahat.	<i>Fita</i>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)</p>	<p>1.9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : - Pasien mengatakan ASI hanya keluar sedikit pada saat puting dipencet.</p> <p>- Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di kompres dan ASI masih keluar sedikit</p> <p>O : - Puting menonjol, payudara teraba keras</p> <p>A : Masalah keperawatan menyusui tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>1. 1 Kaji tingkat pengeluaran ASI</p> <p>2. 4 Beri Kompres hangat sebelum menyusui</p> <p>2.6 Lakukan teknik non farmakologi untuk memperlancar ASI (Pijat Oksitosin)</p> <p>S : Pasien mengatakan dapat melakukan miring kanan miring kiri.</p> <p>O : Pada saat pasien melakukan pergerakan mobilisasi masih terlihat susah dan sesekali meringis karena nyeri.</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <p>3.3 Kaji kemampuan pasien untuk mobilisasi</p> <p>3.8 Bantu pasien untuk melakukan tindakan sesuai dengan kemampuan /kondisi pasien</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i></p> <p>- Tidak ada tanda infeksi</p> <p>- Kondisi verban bersih dan kering</p> <p>- perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan.</p>	<p><i>Fita</i></p> <p><i>Fita</i></p>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mendapatkan obat antibiotik A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian P : Pertahankan Intervensi <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai kebutuhan. 	<i>Fita</i>
Kamis, 04 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<ul style="list-style-type: none"> S : - Pasien mengatakan masih merasa nyeri - Pasien melakukan teknik tarfaslam dan mengatakan merasa lebih rileks tetapi masih merasa nyeri. O : - P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk R : Abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T : Hilang-timbul - Pasien terlihat meringis kesakitan ketika mencoba bergerak. - TD : 130/80 mmHg N : 92x/menit RR : 20x/menit T : 36,0 °C - Pasien mendapatkan terapi analgetik A : Masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi : <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas 	<i>Fita</i>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p data-bbox="496 752 719 943">Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI. (D.0029)</p> <p data-bbox="496 1384 719 1503">Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054)</p> <p data-bbox="496 1787 719 1966">Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)</p>	<p data-bbox="799 394 1222 517">dalam. 1.7 Tingkatkan istirahat. 1.9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p data-bbox="746 591 1238 680">S : - Pasien mengatakan merasa lebih rileks dan nyaman pada saat dilakukan pijat oksitosin</p> <p data-bbox="810 703 1214 826">- Pasien mengatakan merasa nyaman pada saat payudaranya di kompres dan ASI mulai banyak keluar dan merasa puas.</p> <p data-bbox="746 848 1246 904">O : - Puting menonjol dan payudara terasa lunak</p> <p data-bbox="746 927 1174 994">A : Masalah Keperawatan menyusui tidak efektif sudah teratasi.</p> <p data-bbox="746 1016 1038 1039">P : Hentikan Intervensi</p> <p data-bbox="746 1128 1182 1184">S : - Pasien mengatakan sudah mampu berjalan keluar kamar</p> <p data-bbox="746 1207 1222 1263">O : - Pasien mampu berdiri tetapi berjalan masih dengan tertatih-tatih.</p> <p data-bbox="746 1285 1166 1352">A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sudah teratasi.</p> <p data-bbox="746 1375 1038 1397">P : Hentikan Intervensi</p> <p data-bbox="746 1509 847 1565">S : - O :</p> <p data-bbox="746 1576 1246 1756">- Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verban bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik</p> <p data-bbox="746 1756 1254 1812">A : Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p data-bbox="746 1823 1246 1968">P : Pertahankan Intervensi 4.1 Monitor tanda-tanda infeksi 4.4 cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.10 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p data-bbox="1294 860 1334 882"><i>Fita</i></p> <p data-bbox="1294 1487 1334 1509"><i>Fita</i></p> <p data-bbox="1294 1957 1334 1980"><i>Fita</i></p>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
		sesuai kebutuhan	
Jum'at, 05 April 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>S : - Pasien mengatakan masih merasa nyeriketika ingin bergerak.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> <p>P : pasien mengatakan nyeri bertambah ketika pasien bergerak</p> <p>Q : Terasa seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : Abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang-timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis kesakitan apabila bergerak - Pasien mendapatkan terapi analgetik - TD : 110/70 mmHg N : 80x/menit RR : 18x/menit T : 36,7 °C <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kaji nyeri secara komprehensif meliputi P, Q, R, S, T. 1.2 Observasi reaksi non verbal dari pasien. 	Fita

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif, operasi <i>Sectio Caesarea</i> (D.0142)</p>	<p>1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.6 Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. 1.7 Tingkatkan istirahat. 1.9 Kolaborasi pemberian analgetik dengan tepat.</p> <p>S : - O : - Terdapat luka post operasi <i>sectio caesarea</i> - Tidak ada tanda infeksi - Kondisi verban bersih dan kering - perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan. - Pasien mendapatkan obat antibiotik A : Masalah keperawatan risiko infeksi tidak terjadi. P : Hentikan Intervensi.</p>	<p><i>Fita</i></p>



POSISI MENYUSUIYAN G BENAR

Gendong bayi Ibu dengan seluruh tubuhnya menghadap tubuh Ibu

Posisi hidung dan dagu bayi menghadap payudara



Tahan kepala, leher, dan punggung bayi dengan tangan Ibu

Bayi Ibu sebaiknya menangkupkan seluruh bagian dari puting dan areola (bagian hitam di sekitar puting) masuk ke mulutnya



Menyusui dengan benar adalah saat Anda dan bayi sama-sama merasa nyaman saat menyusui

BERBAGAI CARA MENYUSUI BAYI



Football hold



Cross-cradle hold



Cradle hold



Saat Menyusui dengan duduk, kaki tidak boleh menggantung



Lying down



Cara Menyusui yang Benar

Oleh :
Mahasiswa D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Samarinda

Air Susu Ibu (ASI) menyediakan :
100 % sumber energi pada usia 0 - 6 bulan
70 % sumber energi pada usia 6 - 8 bulan
55 % sumber energi pada usia 9 - 12 bulan
40 % sumber energi pada usia 1 - 2 tahun

ASI EKSLUSIF
MENINGKATKAN DAYA TAHAN
TUBUH DAN
KECERDASAN BAYI



Prinsip Dasar Menyusui

1. Pelekatan

Pelekatan sempurna akan mendapatkan ASI yang baik & banyak. Pelekatan yang benar ditandai dengan TIDAK ADANYA RASA SAKIT bila menyusui. Tanda pe-lekatan yang benar:

- Mulut bayi terbuka lebar
- Areola bagian atas lebih banyak terlihat
- Dagu bayi menempel pada payudara ibu
- Suara bayi terdengar pelan. Apabila terdengar suara “kecipyak” maka posisi belum benar

2. Posisi Tepat

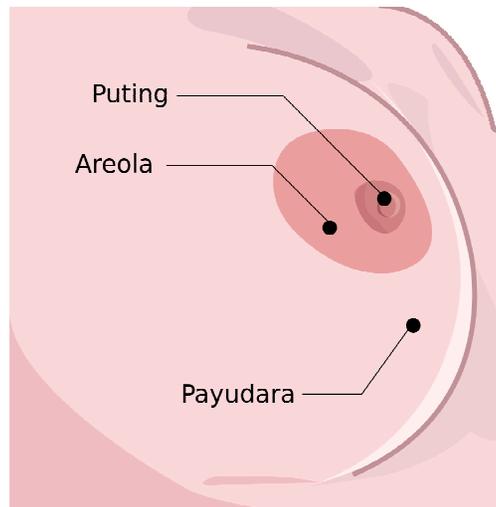
Tanda posisi yang tepat saat menyusui adalah

- Kepala dan bayi dalam satu garis lurus
- Seluruh badan bayi ditopang
- Bayi di pegang dekat dengan badan ibu
- Bayi mendekat ke payudara, hidung menghadap puting

Gambar pelekatan yang benar:



Bagian-Bagian Payudara



Areola adalah bagian dari payudara yang berwarna coklat kehitaman.

Memegang payudara saat menyusui TIDAK boleh mene-kan saluran ASI agar ASI lancar, seperti gambar dibawah ini:



Cara memegang payudara yang BENAR saat menyui adalah dengan teknik Hold on C, seperti pada gambar di bawah ini:



SENDAWAKAN bayi setelah selesai menyusui dan atau pada saat berpindah menyusui pada payudara lainnya. Hal ini dilakukan, agar udara yang masuk pada bayi dapat keluar, sehingga bayi terhindar dari kekembungan dan dapat menyusu ASI secara penuh.



Gambar diatas adalah cara melepas-kan mulut bayi saat menyusui. Lakukan dengan yakin (tanpa ragu-ragu) agar bayi paham waktunya berhenti dan payudara ibu terhindar dari lecet.