

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R
DENGAN POST SC ATAS INDIKASI JANIN LETAK SUNGSANG
DI RUANG DEWI KUNTHI RSUD KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah
diajukan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:
Rafikatul Khasanah
89.331.61374

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2014**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R
DENGAN POST SC ATAS INDIKASI JANIN LETAK SUNGSANG
DI RUANG DEWI KUNTHI RSUD KOTA SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Rafikatul Khasanah

89.331.61374

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2014

SURAT PERYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 9 Mei 2014



(Rafikatul Khasanah)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disahkan dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 03 Juni 2014



HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R
DENGAN POST CS ATAS INDIKASI JANIN LETAK SUNGSANG DI
RUANG DEWI KUNTHI RSUD KOTA SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Rafikatul Khasanah

NIM : 8933161374

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji tanggal 5 Juni 2014
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Semarang, 5 Juni 2014
Penguji I

Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN: 06-0906-7504

Penguji II

Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep., Sp.Kep.An
NIDN: 06-1809-7805

Penguji III

Ns. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN: 06-3402-7403



Mengetahui
Dekan
FIK Unissula Semarang

Ns. Retno Setyawati, M. Kep, Sp. KMB
NIDN: 0613067403

MOTTO

Sebelum kamu mencintai segalanya didunia ini maka cintailah TUHAN mu
terlebih dulu.

Berharaplah hanya kepada Allah SWT. Karena hanya DIA lah yang akan
membuat harapan dan mimpimu menjadi nyata.

Allah Memberimu kegagalan terlebih dahulu dari pada kesuksesan, agar kamu
belajar untuk lebih menghargai proses.

KATA PENGANTAR



Assalamu 'alaikum wr. wb.

Syukur alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan taufik dan hidayah serta Inayah-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan post SC atas indikasi letak sungsang di ruang Dewi Kunthi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang”. Yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya keperawatan di Prodi DIII Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankan penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. DR.. Anis Malik Thoha, Lc MA, Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Ibu Ns. Retni Setyowati M.Kep.Sp.KMB selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Ns. Indra Tri Astuti S.Kep M.Kep.Sp.An selaku kaprodi DIII keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Ns. Tutik Rahayu S.Kep M.Kep Sp. Mat selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang banyak memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan sebagai dasar karya tulis ilmiah ini.
6. Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan dukungan baik materi maupun moril dan motivasi kepada penulis.

7. Adikku tercinta serta sekeluarga besarku terimakasih atas do'a dan dukungannya.
8. Teman dan Sahabatku tercinta yang telah mendukung dan motiasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan Hidayah-NYA kepada kita semua dan besar harapan semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis dan pembaca pada umumnya.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun dari berbagai pihak untuk memperbaiki karya tulis ilmiah ini.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Semarang 10 Mai 2014

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	
A. Konsep Dasar	4
1. Pengertian Sectio Caesarea (SC)	4
2. Indikasi	4
3. Komplikasi Sectio Caesarea (SC)	5
B. Konsep Dasar Letak Janin Sungsang	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi Letak Janin Sungsang	6
3. Anatomi Letak Janin Sungsang	6
4. Patofisiologis Persalinan Letak bayi sungsang	7
5. Penatalaksanaan	8
C. Konsep, Dasar Post Partum	9
1. Pengertian	9
2. Tahapan post partum	9
3. Adaptasi Fisiologis	9
4. Adaptasi Psikologis	14
D. Konsep Dasar Keperawatan	15

1. Pengkajian	15
2. Pemeriksaan Fisik	16
E. Diagnosa Dan Intervensi Keperawatan Yang Kemungkinan Muncul	17
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	
A. Pengkajian	20
B. Analisis Data	23
C. Prioritas Keperawatan	24
D. Intervensi Keperawatan	24
E. Implementasi Keperawatan	25
F. Evaluasi	27
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Nyeri Berhubungan Dengan Trauma Pembedahan	28
B. Hambatan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri Luka post Op	30
C. Resiko Infeksi Berhubungan Dengan Trauma Jaringan	32
BAB V PENUTUP	
A. Simpulan	34
B. Saran	34
DAFTAR PUSTAKA	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar konsultasi

Lampiran 2. Askep Asli

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin,placenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Rohani, 2011).

Proses persalinan sangat berpengaruh pada peningkatan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), maka dari itu proses persalinan harus bisa dilalui oleh ibu dan bayi secara baik.

Hasil SDKI terbaru (selanjutnya disebut SDKI-2012) menyebutkan, sepanjang periode 2007-2012 kasus kematian ibu melonjak cukup tajam. Diketahui, pada 2012, AKI mencapai 359/100.000 penduduk atau meningkat sekitar 57% bila dibandingkan dengan kondisi pada 2007, yang hanya sebesar 228/100.000 penduduk (BKKBN, 2011).

Persalinan ibu juga dipengaruhi oleh bagaimana keadaan bayi didalam kandungan, keadaan ibu sebelum persalinan, yang dapat berpengaruh dengan cara persalinan apa yang harus dilakukan untuk melahirkan bayi tanpa harus menyebabkan kematian salah satunya. Persalinan secara sektio caesarea harus memenuhi bebrapa indikasi diantaranya, ketuban pecah din (KPD), chepalo pelvik disproportin (CPD), dan letak janin sungsang. Pada kasus bayi sungsang bila tidak bisa dilahirkan melalui persalinan normal maka jalan alternatif terahir adalah bedah caesar dan jika bila tidak segera dilakukan tindakan medis maka bayi yang ada didalam kandungan ibu tidak bisa diselamatkan (M. T. Indiarti, 2007).

Angka kejadian Sectio Caesaria diIndonesia sejak 2 dekade terakhir ini, mengalami peningkatan (Roeshadi,2006). Mengacu pada WHO, Indonesia mempunyai kriteria angka SC standar antara 15 % - 20 % untuk RS rujukan. Angka itu dipakai juga untuk pertimbangan akreditasi rumah sakit (Gondo, 2010).

Insidensi persalinan SC indikasi bayi lahir sungsang di Indonesia pada tahun 2005 mencapai 31,9% sedangkan tahun 2006 sebesar 31,6%. Sedangkan data

di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang kasus post partum indikasi sungsang hampir 50% per tahun 2013 (Diklat RM RSUD Kota Semarang).

Peran perawat sebagai tenaga kesehatan terhadap kasus post partum dengan indikasi letak janin sungsang adalah, melakukan himbauan dan ajakan kepada masyarakat terutama pada ibu – ibu hamil agar memeriksakan kandungannya, untuk mengetahui pertumbuhan janin dan jika ada kelainan seperti letak janin sungsang dapat dilakukan penanganan sejak usia kehamilan antara 34 – 38 minggu, karena usia itu dapat dilakukan versi luar menjadi persentasi kepala. Kasus dengan indikasi letak janin sungsang harus mendapatkan perhatian khusus oleh tenaga kesehatan karena bila tidak ditangani dengan baik akan berakibat kematian baik pada ibu dan bayi (Wiknjastro, 2007).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penulis tertarik mengambil studi kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Post SC atas indikasi letak janin sungsang di ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan post SC indikasi sungsang di Ruang Dewi Kunti RSUD Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat mengetahui Konsep Dasar, pengertian SC, pengertian letak janin sungsang, Indikasi SC, komplikasi SC, dan etiologi SC.
- b. Dapat melakukan pengkajian pada Ny. R.
- c. Dapat menentukan diagnosa yang muncul pada Ny. R dengan letak janin sungsang.
- d. Dapat menentukan intervensi yang tepat pada Ny. R.
- e. Dapat mengaplikasikan intervensi asuhan keperawatan pada Ny. R.
- f. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada Ny. R.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Dapat memahami pengertian, penyebab, masalah dan dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan SC letak janin sungsang.

2. Bagi Profesi

Meningkatkan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada post partum SC indikasi letak janin sungsang.

3. Bagi Institusi Pendidikan

a. Memberikan asuhan keperawatan dalam pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada klien post partem sc indikasi sungsang.

b. Untuk mengetahui kemampuan mahasiswa dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien post partum indikasi sungsang.

4. Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan dan memperkecil resiko kematian ibu dan bayi pada masa nifas post sc indikasi sungsang.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar

1. Pengertian Sectio Caesarea (SC)

Sectio Caesarea (SC) adalah proses kelahiran bayi yang melalui insisi bedah pada dinding abdomen ibu (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi)(Cunningham et al., 2006).

Sectio Casearea (SC) merupakan suatu proses melahirkan janin melalui insisi transabdomen pada uterus (Bobak dan Jenses,2004).

Kelahiran sesar merupakan kelahiran bayi melalui insisi bedah pada uterus (Monica Ester, 2012).

Persentasi bokong atau letak sungsang merupakan dimana keadaan letak janin memanjang dengan kepala berada difundus uteri dan bokong berada dibawah kavum uteri (Winkjosastro,2005).

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin,placenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir (Rohani, 2011).

Jadi kesimpulannya Sectio Caesarea (SC) adalah proses kelahiran bayi melalui insisi bedah pada dinding abdomen ibu (laparotomi) dan dinding uterus.

2. Indikasi

Indikasi dilakukan Sectio Caesarea (SC) secara garis besar digolongkan menjadi 3 yaitu (Kasdu,2003,Pillitteri, 2003, Doris dan Serdar, 2005) :

a. Indikasi Janin

Indikasi yang umum terjadi untuk dilakukan SC sekitar 60 % atas pertimbangan keselamatan janin. Indikasi janin yaitu: bayi terlalu besar (makrosomia), kelainan letak janin seperti letak sungsang atau letak lintang, presentasi bokong, berat lahir sangat rendah, ancaman gawat janin (fetal distress), janin abnormal, kelainan tali pusat, bayi kembar (Gemelli) (Kasdu, 2003 ;Pillitteri,2003)

b. Indikasi Ibu

Pada indikasi ibu ini dibedakan menjadi dua yaitu indikasi sebelum persalinan dan indikasi pada persalinan.

Indikasi sebelum persalinan :

- 1) Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
- 2) Adanya tumor uterus dan ovarium dalam kehamilan yang akan menutup jalan lahir.
- 3) Karsinoma servik (Jika tidak dilakukan persalinan SC akan memperburuk prognosa).

c. Sedangkan indikasi pada persalinan :

- 1) Adanya kecurigaan terjadi ruptur uteri
- 2) Perdarahan hebat yang membahayakan ibu dan janin.
- 3) Ketuban pecah dini (KPD)
- 4) Distocia (Doris dan Serdar, 2005).

d. Kombinasi Indikasi Ibu dan Janin

- 1) Perdarahan pervagina akut.
- 2) Riwayat SC sebelumnya
- 3) Kehamilan dengan letak janin lintang (Doris dan Serdar, 2005)

3. Komplikasi Sectio Caesarea (SC)

a. Komplikasi pada ibu

- 1) Infeksi Luka Insisi.
- 2) Perdarahan
- 3) Luka kandung kemih

b. Pada Bayi

- 1) Kematian perinatal
- 2) Hipoksia janin (Umi Sukowati dkk, 2010)

B. Konsep Dasar Letak Janin Sungsang

1. Pengertian

Persentasi bokong atau letak sungsang merupakan dimana keadaan letak janin memanjang dengan kepala berada difundus uteri dan bokong berada dibawah kavum uteri (Winkjosastro,2005).

Letak janin sungsang adalah : posisi janin dengan kepala diatas dan bagian bokong berada dibawah dekat jalan lahir (M. T. Indiarti, 2007).

Jadi letak janin sungsang adalah keadaan janin yang memanjang dengan kepala berada diatas dan bokong berada dibawah kavum uteri. Persalinan dengan letak bayi sungsang dapat dilakukan dengan persalinan normal, namun jika persalinan normal tidak bisa dilakukan karena terjadi berbagai komplikasi maka untuk dapat menyelamatkan bayi dan ibu persalinan secara sectio caesaria menjadi alternatif terahir.

2. Etiologi Letak Janin Sungsang

- a. Ketuban berlebih
- b. Ukuran panggul terlalu sempit
- c. Rahim yang sangat elastis
- d. Kehamilan kembar
- e. Kehamilan dengan plasenta previa
- f. Kehamilan hidrosefalus (Yazid Subakti, Deri Rizki Anggaraini, 2012)

3. Anatomi Letak Janin Sungsang

Ada berbagai macam persentasi sungsang yaitu letak sungsang sebagian adalah letak kaki bayi terlipat lurus keatas sejajar dengan tubuhnya, sehingga dapat menyentuh wajahnya atau melipat dibawah dagunya. Bayi memasuki saluran kelahiran dalam posisi terlipat seperti bokong duluan yang keluar. Selanjutnya letak sungsang sepenuhnya adalah kaki bayi terlipat disamping bokong, seakan posisi bayi jongkok dengan bokong diatas mulut rahim, lutut terangkat keperut. Dan yang terahir adalah letak sungsang kaki yaitu satu kaki memanjang kebawah sehingga kaki lahir sebelum pantat (M.T. Indiarti, dkk 2008).

4. Patofisiologis Persalinan Letak bayi sungsang

Kasus letak janin sungsang dapat disebabkan oleh beberapa penyebab yaitu diantaranya: ketuban berlebih karena pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak leluasa, dan tidak memungkinkan letak bayi menjadi sungsang. Penyebab yang kedua adalah kehamilan kembar, pada kehamilan kembar karena adanya lebih dari 1 janin yang ada didalam rahim ibu, sehingga kemungkinan janin tidak bisa bergerak secara normal dan dapat memungkinkan letak janin menjadi sungsang. Penyebab yang ketiga adalah panggul sempit, merupakan salah satu penyebab letak janin sungsang karena ukuran panggul ibu yang sempit dan tidak memungkinkan kepala janin akan masuk ke PAP, sehingga memungkinkan kaki janin yang ukurannya lebih kecil akan berada dibawah kavum uteri. Penyebab yang terakhir adalah placenta previa, yaitu plasenta yang menutupi jalan lahir, dimana letak plasenta yang abnormal dapat menyebabkan letak janin menjadi sungsang.

Persalinan dengan janin letak sungsang dapat dilakukan dengan 2 cara persalinan yaitu dengan persalinan pervagina dan Sectio Casaria. Persalinan normal dapat dilakukan jika keadaan janin dan ibu memungkinkan untuk dilakukan persalinan secara normal, namun jika terjadi beberapa masalah yang dapat mengancam ibu dan janin maka persalinan sectio caesaria alternatif terakhir yang akan diambil untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Namun persalinan melalui sectio caesaria dapat menyebabkan beberapa perubahan pada ibu. Setelah post sectio caesaria ibu akan mengalami perubahan fisiologis dan perubahan psikologis. Perubahan fisiologis diantaranya adalah perubahan uterus yaitu keadekuatan uterus ibu untuk berkontraksi setelah post SC, jika kontraksi uterus ibu tidak dapat berkontraksi secara adekuat maka akan terjadi antonia uterus yang menyebabkan perdarahan, ketika terjadi perdarahan yang banyak ibu akan mengalami hipovolemik sehingga membuat ibu kekurangan volume cairan, selain hipovolemik, perdarahan

yang banyak dapat mengakibatkan anemia sehingga ibu menjadi kelelahan dan membuat aktivitas ibu menjadi terbatas. Perubahan fisiologis yang kedua adalah perubahan pada pengeluaran laktasi ibu. Beberapa menit setelah persalinan ibu sudah dapat memberikan ASI pada bayinya karena hormon progesteron dan estrogen pada ibu menurun sehingga pertumbuhan kelenjar susu akan terangsang dan menghasilkan ASI. Pengeluaran ASI yang tidak adekuat akan menyebabkan terjadinya infeksi breastfeeding.

Sedangkan perubahan psikologis yang terjadi pada ibu post ssc adalah perubahan sikap ibu yang fokus pada dirinya sendiri (taking in), memerlukan dukungan dari anggota keluarga yang lain (taking hold), dan menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu dan dapat merawat diri sendiri dan bayinnya (lettinggo). Dengan perubahan –perubahan itu kebutuhan ibu menjadi meningkat sehingga pola tidur ibu menjadi perubahan. (Saifudin, Abdul Bari,2007, NANDA, 2011, Ns. Umi Sukowati, dkk,2010, Doenges, Marlyne, 2001, Yasid subakti, 2012).

5. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Keperawatan, meliputi :

- 1) Palpasi abdomen untuk menentukan letak janin, persentasi, posisi, fleksi, dan perkiraan berat janin.
- 2) Pengkajian kontraksi uterus untuk frekuensi, durasi, intensitas, dan perubahan aktivitas uterus dari yang terakhir kali dicatat
- 3) Dapat diraba lebih jelas adanya bokong yang ditandai dengan adanya sakrum, kedua tuber ossis iskii, dan anus.
- 4) Dilakukan pemeriksaan apakah bokong masuk kedalam rongga panggul dengan garis pangkal paha melintang atau miring.
- 5) Pantau selama proses persalinan apakah terjadi kemajuan pada persalinan atau terjadi tanda – tanda bahaya yang mengancam kehidupan janin.

b. Penatalaksanaan medis, meliputi :

- 1) Persalinan normal
- 2) Sectio caesarea (SC).

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Pengertian

Puerperium atau post partum atau masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan belum hamil (Saleha, 2009).

Masa nifas didefinisikan sebagai periode 6 minggu setelah lahirnya bayi dan plasenta, dan kembalinya sistem reproduksi ibu seperti semula seperti sebelum melahirkan (Merly., 2007).

Jadi masa nifas (puerperium) atau post partum adalah waktu penyembuhan dan perubahan setelah partus selesai dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

2. Tahapan post partum

a. Puerpurium dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

b. Puerpurium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

c. Remote puerpurium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi (Ambarwati, 2009)

3. Adaptasi Fisiologis

a. Perubahan sistem reproduksi :

1) Involusi uterus

a) Pengertian

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat berkisar

60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus.

b) Proses Involusi uterus

Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira – kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram (Ambarwati, 2009).

Proses tersebut dapat diamati dengan pemeriksaan TFU : Dalam 12 jam setelah persalinan, fundus berada kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Fundus turun kira-kira 1 – 2 cm setiap 24 jam, pada hari ke-6, fundus normal akan terasa di pertengahan antara umbilikus dan simpisis pubis, pada hari ke –9 uterus tidak bisa di palpasi pada abdomen.

c) Involusi tempat melekatnya plasenta

Setelah plasenta dilahirkan, tempat melekatnya plasenta menjadi tidak beraturan oleh vaskuler yang kontriksi serta trombus penyembuhan luka bekas plasenta.

2) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Pada 4 sampai 6 hari pertama masih bisa dimasukkan 2 jari. Dalam 18 jam setelah persalinan serviks telah memendek, mempunyai konsistensi yang kuat dan bentuknya telah kembali lagi. Pada minggu akhir pertama pemulihan hampir sempurna.

3) Vulva dan vagina

Setelah pasca persalinan vagina yang sangat meregang, lambat laun mencapai ukurannya yang normal. Ukurannya berkurang kembali oleh vaginal rubae sekitar post partal minggu ketiga.

Abrasi dan laserasi vulva perineum sembuh segera, mencakup perbaikan (Bobak, 2005).

4) Lochea

Eksekusi cairan rahim selama masa nifas.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri dari :

a) Lochea rubra

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa post partum.

Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/lacerasi plasenta muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 post partum.

c) Lochea alba

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu post partum (Ambarwati 2009).

5) Perineum

Setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh kepala dan dapat sembuh kembali, latihan penguatan otot perineal dengan sengaja mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

6) Laktasi

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Wanita dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pasca partum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespon terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu. Bagi wanita yang memilih memberikan formula, involuasi

jaringan payudara terjadi dengan menghindari stimulasi. Adapun kesulitan/kelainan yang dapat terjadi selama masa laktasi :

- a) Mastitis
- b) Abses mamame
- c) Kelainan putting

Pengkajian payudara pada periode awal post partum, meliputi penampilan dan integritas putting susu, memar, atau iritasi jaringan payudara karena posisi pada payudara, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu dan adanya sumbatan duktus, kongesti dan tanda-tanda mastitis potensial (Wals, 2007).

7) Adaptasi kardiovaskuler

- a) Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsi. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400cc.
- b) Leukositosis normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira 12.000/mm³. Selama 10–12 hari setelah persalinan, umumnya bernilai antara 20.000–25.000/mm³.
- c) Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.
- d) Tanda-tanda vital

Post partum selama 24 jam suhu badan anak naik (37,5°C sampai dengan 38°C). Jika setelah 24 jam didapatkan peningkatan suhu diatas 38°C selama 2 hari berturut-turut, dalam 10 hari persalinan maka perlu dipikirkan kemungkinan adanya infeksi saluran kemih (Bobak, 2005).

8) Adaptasi gastrointestinal

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat

tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (Ambarwati, 2009).

9) Adaptasi urinarius

Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil. Karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi saat persalinan (Bobak, 2005).

10) Adaptasi muskuloskeletal

Alat dinding abdomen teregang secara bertahap selama kehamilan mengakibatkan hilangnya otot. Keadaan ini terlihat jelas setelah melahirkan (Ambarwati, 2009).

11) Adaptasi Integumen

Kloasma yang muncul pada masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Hiperpigmentasi diareola dan linea alba tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Pada beberapa wanita pigmentasi pada daerah tersebut akan menetap. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, paha, dan panggul mungkin memudar tetapi tidak hilang seluruhnya (Bobak, 2005).

12) Adaptasi sistem endokrin

Adaptasi sistem endokrin menurut Ambarwati (2009) yaitu:

a) Hormon plasenta

Keadaan plasma hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Selain itu hormon estrogen dan progesteron juga menurun setelah plasenta keluar.

b) Hormon pituitari

Keadaan prolaktin pada darah meningkat dengan cepat selama kehamilan. Setelah persalinan, pada wanita yang tidak menyusui, keadaan prolaktin menurun, mencapai keadaan seperti sebelum kehamilan dalam waktu 2 minggu.

c) Hormon oksitosin

Keadaan oksitosin juga meningkat dengan cepat selama kehamilan. Selama tahap ketiga persalinan, oksitoksin menyebabkan pemisahan plasenta.

4. Adaptasi Psikologis

- a. Secara psikologis, setelah melahirkan seorang ibu akan merasakan gejala-gejala psikiatrik, demikian juga pada masa menyusui.

Ada beberapa adaptasi psikologis diantaranya :

1) Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

2) Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan (Ambarwati, 2009).

- b. Adaptasi saudara kandung

Kelakuan mundur (regresi) ke usia yang jauh lebih muda bisa terlihat pada beberapa anak. Mereka bisa kembali mengompol, merengek-rengok, dan tidak mau makan sendiri. Karena bayi menyita waktu dan perhatian orang-orang yang penting dalam kehidupan anak yang lebih besar, reaksi kecemburuan dapat muncul ketika suka cita akan kehadiran bayi di rumah mulai pudar tahap ini orang tua menghabiskan banyak waktu dan tenaga untuk bisa membuat saudara kandung ini menerima bayi yang baru lahir, Anak-anak yang lebih tua terlibat aktif dalam persiapan kedatangan bayi dan keterlibatan ini meningkat setelah bayi lahir, orang tua mempunyai tugas sebagai berikut:

- 1) Membuat anak yang lebih tua merasa dikasihi dan diinginkan.
- 2) Mengatasi rasa bersalah yang timbul dari pemikiran bahwa anak yang lebih tua mendapat perhatian dan waktu yang lebih sedikit.
- 3) Mengembangkan rasa percaya diri dalam kemampuan mereka mengasuh lebih dari satu anak.
- 4) Memantau perlakuan anak yang lebih tua terhadap bayi yang lebih lemah dan mengalihkan perilaku yang agresif.

c. Adaptasi ayah

Bayi baru lahir mempunyai dampak yang besar terhadap ayah. Ayah mempunyai keterlibatan yang dalam terhadap bayi mereka ini disebut absorpsi, keasyikan, dan kesenangan ayah dengan bayinya disebut engrossment. Keinginan ayah untuk menemukan hal-hal yang unik maupun yang sama dengan dirinya merupakan karakteristik lain yang berkaitan dengan kebutuhan ayah untuk merasakan bahwa bayi ini adalah miliknya.

d. Adaptasi kakek nenek

Dukungan kakek nenek dapat menjadi pengaruh yang menstabilkan keluarga yang mengalami krisis perkembangan dan untuk membantu kakek nenek menjembatani perbedaan generasi dan membantu mereka memahami konsep menjadi orang tua (Bobak, 2005).

D. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pemeriksaan tanda-tanda vital

- 1) Tekanan darah
- 2) Nadi
- 3) Suhu
- 4) Pernafasan

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Pemeriksaan payudara
 - 1) Inspeksi kesimetrisan payudara
 - 2) Inspeksi bentuk puting
 - 3) Kaji kebersihan puting
 - 4) Inspeksi areola
 - 5) Kaji pembengkakan
 - 6) Kaji peningkatan suhu
 - 7) Periksa pengeluaran kolestrum
- b. Pemeriksaan abdomen dan Fundus uteri
 - 1) Kaji intensitas kontraksi uteri
 - 2) Palpasi ukuran TFU
 - 3) Auskultasi bising usus
- c. Pemeriksaan genetalia
 - 1) Inspeksi adanya oedem pada fraktur urinaris
 - 2) Kaji BAK
- d. Perinium dan Rektum
 - 1) Kaji keutuhan perinium
 - 2) Kaji adanya laserasi
 - 3) Kaji jika episiotomi dan keadaan jahitan, kaji REEDA.
 - 4) Kaji adanya keluhan nyeri
 - 5) Periksa lochea
 - 6) Monitor lochea
 - 7) Kaji pengeluaran loche
 - 8) Massage abdomen
- e. Pemeriksaan Ekstremitas
 - 1) Kaji kekuatan otot
 - 2) Adakah pembekakan atau oedem
 - 3) Adakah nyeri, rasa tidak nyaman

E. Diagnosa Dan Intervensi Keperawatan Yang Kemungkinan Muncul

1. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan

Tujuan : klien menunjukkan kenyamanan

Kriteria hasil : mengidentifikasi dengan menggunakan intervensi untuk mengatasi ketidaknyamanan.

Intervensi :

- a. Tentukan adanya lokasi, saat ketidaknyamanan, tinjau ulang persalinan dan catat kelahiran
- b. Observasi keadaan umum dan TTV
- c. Kaji skala nyeri
- d. Memposisikan klien nyaman mungkin
- e. Ajarkan tehnik tarik nafas dalam
- f. Berkolaborasi pemberian analgetik

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post operasi

Tujuan : klien dapat mobilitas secara mandiri

Kriteria hasil : klien dapat memenuhi ADL secara mandiri.

Intervensi :

- a. Observasi keadaan umum dan TTV klien
- b. Bantu klien dalam memenuhi kebutuhan ADL
- c. Dekatkan peralatan yang dibutuhkan klien
- d. Anjurkan klien berhati-hati dalam beraktifitas
- e. Menganjurkan klien latihan aktifitas, dengan melibatkan keluarga
- f. Kolaborasikan pemberian analgetik.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Tujuan : tidak terjadi infeksi

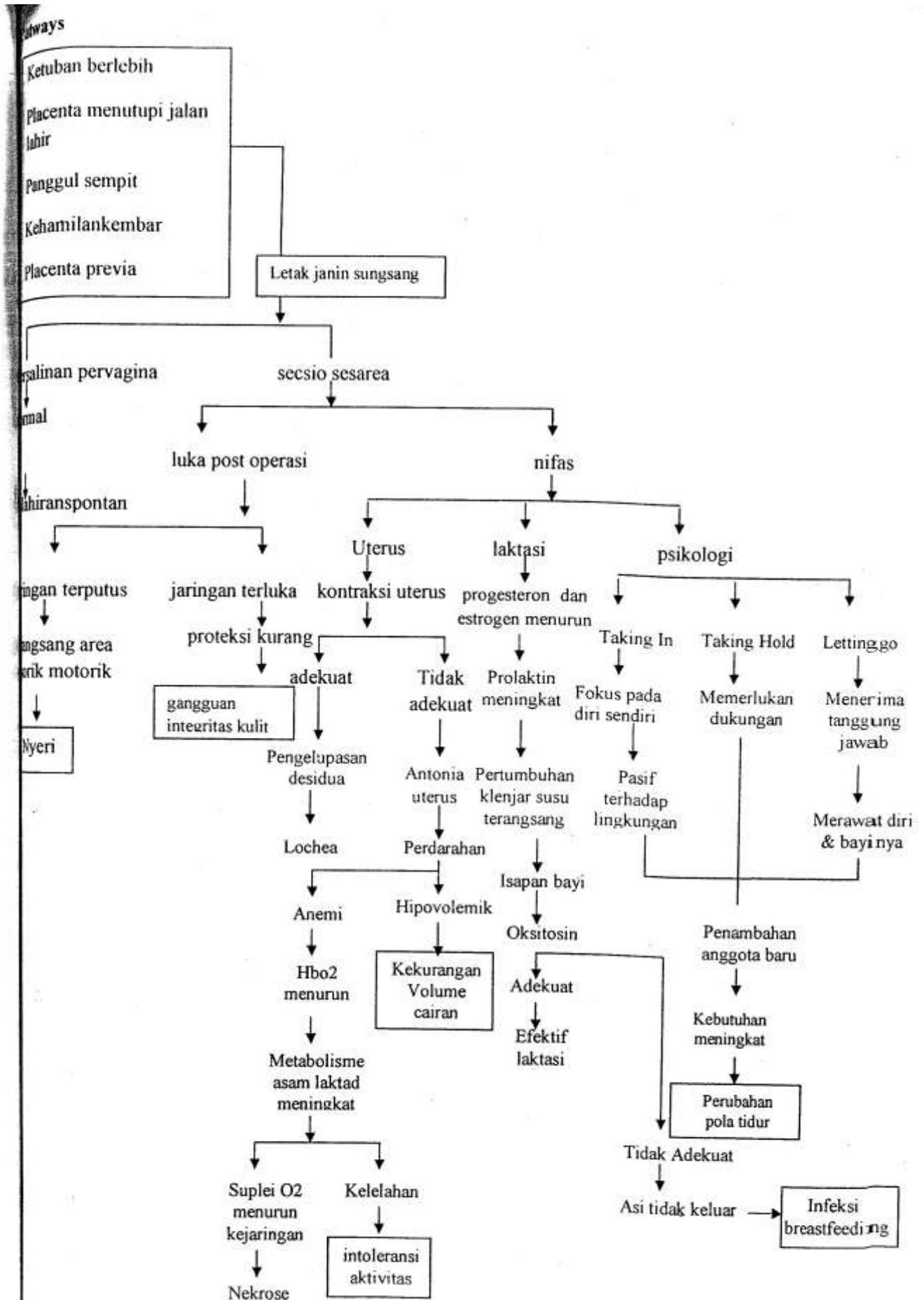
Kriteria hasil : tidak ada tanda-tanda infeksi

Intervensi :

- a. Observasi tanda-tanda vital
- b. Observasi keadaan luka
- c. Kaji tanda-tanda infeksi
- d. Kolaborasi pemberian antibiotik.

4. Perubahan Eliminasi urin berhubungan dengan efek hormonal
Tujuan : BAK klien tidak dibantu dalam 6-8 jam setelah kelahiran.
Kriteria hasil : klien dapat BAK secara mandiri.
Intervensi :
 - a. Kaji masukan cairan dan pengeluaran urin terakhir.
 - b. Catat masukan cairan intrapartal dan haluran urin dan lamanya persalinan.
 - c. Palpasi kandung kemih
 - d. Pantau tinggi fundus uteri dan lokasi serta jumlah aliran lochea
 - e. Perhatikan adanya edema atau laserasi
 - f. Anjurkan minum 6 – 8 gelas perhari.
5. Resiko Kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan pemasukan tidak adekuat.
Tujuan : masukan dan pengeluaran urin seimbang
Kriteria hasil : HB dan Ht dalam kadar normal, turgor kulit baik
Intervensi :
 - a. Catat kehilangan cairan pada waktu kelahiran.
 - b. Evaluasi lokasi dan kontraktilitas fundus uterus, jumlah lochea, vagina, dan kondisi perinium setelah 2 jam pada 8 jam pertama.
 - c. Masase fundus bila uterus menonjol.
 - d. Evaluasi status kandung kemih.
 - e. Pantau ttv klien.
 - f. Pantau masukan cairan dan pengeluaran klien.
6. Konstipasi berhubungan dengan penurunan tonus otot.
Tujuan : klien dapat defikasi secara normal
Kriteria hasil : BAB sesuai kebiasaan klien, dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan bau khas.
Intervensi :
 - a. Auskultasi bising usus
 - b. Kaji adanya hemoroid

- c. Berikan informasi diit yang tepat tentang pentingnya makanan yang berserat.
 - d. Anjurkan peningkatan tingkat aktivitas dan ambulasi, sesuai toleransi.
 - e. Kaji episiotomi
 - f. Mengkolaborasikan pemberian pelunak feses, supositoria, atau enema.
7. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelelahan melahirkan
- Tujuan : klien dapat beristirahat dengan cukup, kebutuhan tidur dapat terpenuhi dengan baik.
- Kriteria hasil : klien tampak lebih segar, tidak terlihat lingkaran hitam dibagian mata.
- Intervensi :
- a. Kaji tingkat kelelahan dan kebutuhan untuk istirahat.
 - b. Kaji faktor – faktor yang dapat mempengaruhi istirahat.
 - c. Berikan informasi tentang kebutuhan untuk tidur.
 - d. Berikan efek kelelahan pada suplai ASI.
 - e. Mengkolaborasikan pemberian analgesik.



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari senin tanggal 29 April 2014 jam 09.45 WIB diruang Dewi Kunti Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. Dari pengkajian tersebut diperoleh data sebagai berikut :

1. Identitas Klien

Nama klien Ny. R. Umur 36 tahun dengan jenis kelamin perempuan, beragama islam. Pekerjaan swasta, dan status obstetrik post partum sektio sesarea (SC) atas indikasi letak bayi sungsang, P₁ A₁.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan kedua kaki dan perut bagian bawah terasa kaku, dan nyeri dibagian perut bawah serta luka post operasi terasa basah.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan datang ke RSUD Kota Semarang diantar oleh suami dan ibunya. Sebelum klien diantar dirumah sakit, klien dirawat dipuskesmas poncol. Setelah diperiksa dokter dan dirawat selama sehari, dokter menyarankan agar klien dirujuk ke Rumah Sakit untuk operasi sesarea (SC) karena letak bayi yang sungsang dan faktor usia ibu yang tidak memungkinkan untuk melahirkan secara normal

4. Riwayat Kehamilan

- a. Klien mengatakan kehamilan yang pertama mengalami keguguran karna faktor kelelahan, dan kehamilan yang sekarang mengalami masalah yaitu letak bayi yang sungsang sehingga klien harus operasi SC untuk mengeluarkan bayi karena tidak mungkin melalui persalinan normal.

5. Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan menstruasi pertama kali pada usia 13 tahun, siklus menstruasi teratur (28 hari), dan lama menstruasi selama 7 hari.

Gangguan selama menstruasi : klien mengatakan tidak ada gangguan selama menstruasi.

6. Riwayat KB

Klien mengatakan dulu pernah KB, setelah keguguran, 6 bulan yang lalu dan sekarang berencana untuk melanjutkan program KB lagi, jenis KB yang digunakan klien adalah suntik.

7. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum klien lemah dengan kesadaran composmentis, yaitu sadar penuh dengan nilai GCS (E₄ V₅ M₆). Bentuk kepala klien mesocephal, tidak ada benjolan, rambut hitam, pendek, bersih, tidak terdapat lesi dan ketombe. Bentuk mata simetris, rreflek cahaya baik, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Bentuk hidung simetris, tidak menggunakan alat bantu pernafasan cuping hidung, tidak ada pembesaran polip, tidak pilek, tidak ada perdarahan. Bentuk telinga simetris, tidak ada penumpukan serumen, dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada tanda infeksi. Mulut bersih, tidak berbau, gigi bersih, tidak ada stomatitis, mukosa bibir kering. Bentuk leher simetris, warna kulit sawo matang, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Bentuk dada simetris, saat klien bernafas tidak ada retraksi dinding dada, dada bergerak simetris. Pada pemeriksaan jantung inspeksi ictus cordis tidak tampak. Pada palpasi ictus cordis teraba pada midklavikula sinistra intercosta keempat dan kelima. Pada saat diperkusi terdengar pekak. Pada auskultasi terdengar bunyi jantung S₁ dan S₂ (lup dub), tidak ada suara tambahan (gallops negatif). Pada pemeriksaan paru inspeksi dada pengembangannya simetris, tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Pada palpasi tidak ada krepitasi, diauskultasi tidak ada suara tambahan, perkusi paru terdengar sonor. Pemeriksaan payudara inspeksi payudara ukuran dan bentuk simetris, tidak ada kelainan, tidak ada perubahan posisi, areola mammae berwarna hitam, puting susu menonjol dan keluar ASI, tidak ada luka atau lecet, dipalpasi tidak ada nyeri tekan. Pada pemeriksaan abdomen bentuk

abdomen cembung terdapat linea nigra, terdapat striae gravidarum, terdapat luka post SC yang dibalut dengan panjang pembedahan kurang lebih 7 cm, luka masih basah. Pada saat diauskultasi terdengar bising usus 14x per menit, pada saat diperkusi terdengar bunyi pekak. pada saat dipalpasi terasa keras, terdapat nyeri tekan pada luka jahitan post SC. P : nyeri karena trauma pembedahan SC, Q : kualitas nyeri seperti ditusuk – tusuk, R: letak dibagian perut dibawah umbilicus), S: skala nyeri 6, T : waktu timbul nyeri tidak menentu kadang hilang timbul. Pemeriksaan genetalia, bersih, tidak terdapat REEDA (Red, Edema, Ekimosis, Discharge, Aproximation) lochea berwarna merah dengan jumlah 50cc, bau amis, tidak terdapat tanda-tanda hemoroid. Pada pemeriksaan kulit dan kuku, kulit berwarna sawo matang, bersih, tidak ada oedema, turgor cukup, kapilari refil kurang dari 2 detik. Pemeriksaan ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak terdapat varises, tidak terdapat homan's, terpasang infus 20 tetes permenit pada ekstremitas atas sebelah kiri, kedua ekstremitas atas aktif, ekstremitas bawah aktif. Pemeriksaan pada tanda – tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 130/80 mmhg, suhu 36,8⁰C, nadi 84 kali permenit, dan respirasi rate 22 kali permenit.

8. Pengkajian Pemeriksaan Khusus

Pada pengkajian oksigenasi klien tidak sesak nafas, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, klien juga tidak merasa pusing. Pengkajian nutrisi : klien mengatakan sebelum sakit klien makan 3 kali sehari dengan porsi cukup, dan komposisi nasi, sayur dan lauk-pauk. Selama dirawat dirumah sakit : klien makan 3 kali sehari dengan porsi kurang dengan komposisi nasi tim, sayur dan lauk pauk. klien mengatakan tidak ada pantangan makanan. Cairan : asupan cairannya yaitu air putih, teh, dan susu, klien biasanya menghabiskan kurang lebih 6 gelas dalam satu hari. klien mendapatkan cairan infus yang masuk 1400 cc. Eliminasi : klien terlihat mengeluarkan keringat karena ruangan yang panas, upaya yang dilakukan klien ialah dengan menyalakan ac ruangan. Klien tidak tau kapan BAK pertama kali setelah persalinan karena klien sudah terpasang

kateter sebelum operasi, tidak ada keluhan dalam BAK. Klien belum bisa BAB sejak tanggal 28 April 2014 sampai dilakukan pengkajian tanggal 29 April 2014.

9. Pemeriksaan Pada Bayi

Bayi Ny. R. Berumur 1 hari dengan berat badan 2950 gram, panjang 45 cm, lingkar dada 31cm, lingkar kepala 33cm. Bentuk kepala mesocephal (normal). bentuk mata bayi Ny. R. Simetris, tidak ada kotoran mata, dan dapat berfungsi dengan baik. Bentuk hidung bayi Ny. Simetris, tidak ada sekret, tidak ada iritasi, lubang hidung kiri dan kanan simetris. Bentuk telinga bayi Ny. R simetris, bersih dan tidak ada serumen. Mulut simetris. Pergerakan bisa menoleh kekanan dan kekiri, tidak ada benjolan tiroid. Ekstremitas : kedua tangan dan kaki bayi Ny. R simetris, dapat bergerak dengan baik, tidak ada kelainan, dan tidak ada cacat. Genitalia : bersih, tidak ada kelainan atau cacat.

10. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 28 April 2014 ditemukan Hemoglobin 12.1g/dl, Hematokrit 43.47 %, Leukosit 9.2/UL, Trombosit 310×10^3 /UL, GDS 86 g/dl, HbsAg negatif.

11. Terapi Medis

Infus jenis RL + oxytocin 20 tetes per menit, injeksi cefotaxin 2x1gr, ketorolak 2x1gr, kalnex 3 x 500 gr, per oral asmet 3x1 tab 1 mg, dopamet 3x250 mg.

B. ANALISIS DATA

Dari hasil pengkajian tanggal 29 April 2014 jam 09.00 didapatkan data sebagai berikut :

Data pertama merupakan data subyektif : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah setelah operasi SC. Pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif : Nyeri dirasakan ketika bergerak miring ke kiri dan kekanan, Kualitas : nyeri seperti sedang ditusuk-tusuk, Region : perut bagian bawah, Skala : skala nyeri 6, Time : tidak tentu kadang timbul kadang hilang. Data

Obyektif : Klien tampak meringis kesakitan saat beraktivitas, terdapat nyeri tekan, terdapat luka post SC yang tertutup kasa, skala nyeri 6. Jadi diagnosa yang muncul adalah nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan.

Data kedua, terdapat data subyektif : klien mengeluh kesakitan saat beraktivitas miring kiri dan kanan. Data obyektif : klien hanya terbaring ditempat tidur, aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat. Maka diagnosa yang diangkat adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada Luka post SC.

Data ketiga, terdapat data subyektif : klien mengatakan luka post operasi SC terasa basah dan klien tidak tahu cara perawatannya. Data obyektif : Terlihat bekas jahitan diperut yang ditutupi dengan kasa, TTV : TD 130/80 mmHg, N : 84 kali permenit, S : 36,8⁰c, RR: 22 x permenit. Maka diagnosa yang diangkat adalah resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

C. PRIORITAS KEPERAWATAN

Dari hasil data diatas dapat diprioritaskan urutan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri berhubungan ddengan trauma pembedahan.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka post SC.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan ini dilakukan pada tanggal 29 April 2014 pukul 07.00 WIB. Maka intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

Intervensi untuk diagnosa yang pertama : Nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan adalah Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : klien mengatakan nyeri berkurang, klien merasa lebih nyaaman. Dengan intervensi : Observasi keadaan umum dan TTV, kaji skala nyeri, ubah posisi klien

menjadi posisi yang membuat klien nyaman, ajarkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam, kolaborasi dalam pemberian analgetik ketorolac 2x1 gr.

Diagnosa kedua : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka post SC. Dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan klien dapat mobilitas secara mandiri dengan kriteria hasil : klien dapat memenuhi kebutuhan dalam sehari-hari secara mandiri. Dilakukan intervensi : bantu klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, mendekatkan peralatan yang biasa digunakan klien, menganjurkan kepada klien jika hendak turun dari tempat tidur harus berhati-hati, membantu klien dan melatih klien untuk latihan aktivitas dengan melibatkan keluarga, kolaborasi untuk pemberian analgetik ketorolac 2x1 gr.

Diagnosa ketiga : Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam diharapkan tidak terjadi tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil : luka post tetap bersih dan tertutup, tidak adadanda-tanda infeksi. Dilakukan intervensi : mengobservasi TTV, mengobservasi keadaan luka, mengkaji tanda gejala infeksi, ganri balut 3 hari sekali, kolaborasi dalam pemberian cefotaxim 2x1gr.

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosa pertama : nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, implementasi pertama dilakukan pada tanggal 29 April 2014 pukul 10.00 WIB. Mengobservasi keadaan umum dan TTV, respon subyektif : klien mengatakan masih lemas, respon obyektif : TD : 120/80 mmHg, Suhu 36,8⁰c, Nadi 84 kali per menit, Respiration Rate : 22 kali per menit. Pada pukul 10.05 WIB mengkaji skala nyeri klien, respon subyektif : Klien mengatakan nyeri terasa dibagian perut, data obyektif : data Paliatif : nyeri dirasakan ketika klien beraktivitas, Kualitas : nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region : nyeri dirasakan dibagian abdomen, Skala : skala nyeri 6, Time : nyeri dirasakan hilang timbul, klien tampak meringis kesakitan, terdapat luka post sc dan ada nyeri tekan. Membantu klien keposisi senyaman mungkin, respon subyektif :

klien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowle, respon obyektif : klien tampak lebih rileks. mengajarkan klien tehnik relaksasi tarik nafas dalam, respon subyektif : klien mengatakan mau diajarkan tehnik tarik nafas dalam, subjek obyektif : klien kooperatif dan dapat mempraktikkan secara mandiri. Mengkolaborasikan untuk pemberian analgetik.

Diagnosa kedua : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post SC implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 April 2014. Dilakukan tindakan keperawatan mulai pukul 10.25 WIB membantu klien dalam memenuhi kebutuhan ADL dan mendekatkan peralatan yang dibutuhkan klien, respon subyektif : klien mengatakan senang ada yang memperhatikan dan membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL, respon obyektif : klien tampak senang. Menganjurkan klien untuk berhati-hati jika beraktivitas, respon subyektif : klien mengatakan akan berhati-hati jika beraktifitas, respon obyektif : klien kooperatif. Membantu klien latihan aktifitas miring kiri dan miring kanan dengan melibatkan keluarga, respon subyektif : klien mengatakan mau untuk latihan aktifitas miring kiri dan kanan, respon obyektif : klien kooperatif.

Diagnosa ketiga : Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 April 2014. Dilakukan tindakan mengatakan luka post SC terasa basah, respon obyektif : terdapat luka post SC tertutup kasa, bersih, dan mengeluarkan cairan. Mengobservasi tanda-tanda infeksi, respon subyektif : klien mengatakan bersedia, respon obyektif : klien kooperatif, tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Mengganti balut luka, respon subyektif : klien mengatakan bersedia, respon obyektif : balut tidak diganti, luka masih basah. Berkolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 2x1 gr, respon subyektif : klien mengatakan bersedia, respon obyektif : klien kooperatif saat diinjeksi.

F. EVALUASI

Setelah dilakukan implementasi, penulis melakukan evaluasi sebagai berikut :

Diagnosa pertama yaitu nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, evaluasi yang dilakukan pada tanggal 1 Mei 2014 pukul 07.00 WIB, data ssubyektif : klien mengatakan sudah tidak lemas lagi, nyeri masih terasa tetapi sudah berkurang skala nyeri 3, sedangkan data obyektif : klien tampak lebih bersemangat, tenang dan tidak pucat. TTV : TD 120/80 mmHg, N:81 kali permenit, S: 36,7⁰c, RR : 21 kali permenit. Berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa bahwa masalah teratasi sebagian, sehingga planning dilanjutkan yaitu observasi keadaan umum klien TTV, mengkaji skala nyeri,berkolaborasi pemberian analgetik ketorolak 2x1 gr.

Diagnosa kedua : yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka post SC, evaluasi dilakukan pada tanggal 1 Mei 2014 pukul 07.25 WIB, data subyektif : klien mengatakan klien senang karena ada yang memperhatikan dan membantu klien, klien mengatakan sudah bisa beraktifitas secara mandiri, data obyektif : klien tampak mandi ke kamar mandi secara mandiri, klien masih diberikan injeksi analgetik dan antibiotik, berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa bahwa masalah teratasi, sehingga planing dipertahankan.

Diagnosa yang ketiga : yaitu resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, evaluasi dilakukan pada tanggal 1 Mei 2014 pukul 07.15 WIB, data subyektif : klien mengatakan luka masih sakit jika bergerak, luka mulai kering, sedangkan data obyektif : luka klien mulai kering, luka post SC tertutup kasa steril dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Berdasarkan data yang diperoleh maka dapat dianalisa bahwa masalah teratasi sebagian, sehingga planning dilanjutkan yaitu Observasi luka, ganti balut 2 kali sehari, observasi tanda – tanda infeksi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cefotaxime 2x1 gr.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini asuhan keperawatan post partum pada Ny. R. dengan SC letak bayi sungsang di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang akan dibahas. Penulis kurang memperhatikan ketelitian dalam mendokumentasikan proses asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi. Seharusnya penulis mendokumentasikan jam pada saat pengkajian lebih awal dari jam pada saat melakukan analisis data, intervensi, dan implementasi. Untuk pembahasan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut :

A. Nyeri Berhubungan Dengan Trauma Pembedahan

Menurut NANDA (2011) Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the Study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan ahir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari enam bulan.

Dengan batasan mayor perubahan selera makan, perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi jantung, perubahan frekuensi pernafasan, laporan isyarat, diaforesis, prilaku distraksi, mengekspresikan prilaku (seperti gelisah, merengek menangis, waspada, iritabilitas, mendesah, masker wajah (misalnya mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar, meringis), prilaku berjaga-jaga melindungi nyeri, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, sikap tubuh melindungi, fokus diri sendiri, gangguan tidur, melaporkan nyeri secara verbal.

Penulis mengangkat dengan problem nyeri karena saat dilakukan pengkajian didapatkan data subyektif : klien mengatakan nyeri pada abdomen. Data obyektif : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah setelah operasi SC.pengkajian nyeri didapatkan data Paliatif : Nyeri dirasakan ketika bergerak miring ke kiri dan kekananm, Kualitas : nyeri seperti sedang ditusuk-

tusuk, Region : perut bbagian bawah, Skala : skala nyeri 6, Time : tidak tentu kadang timbul kadang hilang. Data Obyektif : Klien tampak meringis kesakitan saat beraktivitas, terdapat nyeri tekan, terdapat luka post SC yang tertutup kasa, skala nyeri 6. Jadi diagnosa yang muncul adalah nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan.

Penulis menetapkan diagnosa ini sebagai prioritas pertama karena nyeri akut termasuk dalam domain ketidaknyamanan (kebutuhan dasar manusia). Karena Menurut Hierarki Maslow kenyamanan adalah kebutuhan dasar (keamanan dan keselamatan) yang apabila tidak diatasi maka akan mengganggu kenyamanan yang terus berkepanjangan. Serta nyeri merupakan kebutuhan rasa nyaman yang harus dipenuhi tapi penanganya dapat ditolerir dan juga dapat berpengaruh pada kebutuhan fisiologis seperti terjadi peningkatan respiratori, kardiovaskuler, tekanan darah, peningkatan peristaltik yang dapat berakibat diare dan perubahan psikologis karena dengan nyeri klien bisa mengakibatkan kecemasan sehingga masalah ini perlu mendapatkan penanganan yang segera.

Diagnosa nyeri merupakan diagnosa yang aktual karena nyeri akut merupakan keluhan utama yang dirasakan pada saat pengkajian. Untuk pemilihan etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut berhubungan dengan trauma pembedahan post sc kurang tepat karena Menurut Carpenito Lynda Juall (2006) untuk etiologi dari masalah keperawatan, nyeri akut adalah dapat dikarenakan oleh involusio uteri, diskontinuitas jaringan, ataupun after pain. Karena nyeri akut berlangsung sebelum 6 bulan dan dikarenakan adanya agens cedera. Seharusnya etiologi yang tepat untuk masalah keperawatan Nyeri akut yaitu insisi pembedahan post sc adalah diskontinuitas jaringan

Tindakan yang dilakukan penulis untuk mengurangi rasa nyeri adalah kaji skala nyeri, rasional : membantu mengidentifikasi faktor – faktor yang memperberat ketidaknyamanan/nyeri, hal ini dilakukan untuk mengetahui klien berada dalam rentang respon yang mana dan dapat menentukan kualitas nyeri baik nyeri ringan, sedang dan berat. Mengajarkan tehnik relaksasi kepada klien, rasional: dengan tarik nafas dalam klien dapat mengurangi rasa

nyeri, memberi kesempatan kepada klien untuk beristirahat, rasional: dengan istirahat yang cukup klien dapat membuat klien lebih tenang sambil penulis mengobservasi tanda – tanda vital, rasional: mengetahui keadaan umum klien secara keseluruhan, memposisikan klien se nyaman mungkin, rasional: dengan posisi nyaman klien akan lebih rileks, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik, rasional: analgetik bekerja menurunkan persepsi nyeri.

Pada implementasi keperawatan dalam mengatasi nyeri klien, penulis tidak mengalami kesulitan. Nyeri klien dapat diatasi dengan teknik tarik nafas dalam relaksasi dan pemberian analgetik yang telah diberikan dan sudah dikolaborasi dengan dokter.

Dari hasil evaluasi akhir pada tanggal 1 Mei 2014 pukul 21.00 WIB, masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan trauma pembedahan dapat teratasi sebagian, skala nyeri klien berkurang menjadi 3, klien tampak bersemangat dan tidak pucat, walaupun keadaan klien sudah mulai membaik tetap harus dilakukan pemantauan keadaan klien untuk mencegah komplikasi lain dan melanjutkan intervensi.

B. Hambatan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri Luka post Op

Menurut NANDA (2011) keterbatasan pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. Dengan batasan mayor penurunan waktu reaksi, kesulitan membolak balik posisi, perubahan cara berjalan, pergerakan gemetar, keterbatasan kemampuan untuk melakukan ketrampilan motorik kasar, keterbatasan melakukan kemampuan motorik halus, keterbatasan rentang pergerakan sendi, ketidakstabilan postur, pergerakan lambat, pergerakan tidak dibantu oleh orang lain.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post op karena didapatkan data subyektif: klien mengeluh kesakitan saat beraktivitas miring kiri dan kanan. Data obyektif: klien hanya terbaring ditempat tidur, aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat. Sedangkan etiologinya adalah perubahan metabolisme seluler, penurunan ketahanan tubuh, penurunan kendali otot, penurunan masa

otot, ketidakbugaran fisik, gangguan kognitif, kontraktur, ansietas, malnutrisi, keterbatasan ketahanan kardiovaskuler. Dari data – data diatas penulis mengangkat masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post operasi sebagai prioritas kedua.

Untuk pemilihan diagnosa dan etiologi dari masalah keperawatan, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri luka post operasi, etiologi nyeri luka post operasi merupakan etiologi yang kurang tepat dikarenakan nyeri sebelumnya sudah diangkat sebagai masalah keperawatan yang pertama, jika masalah keperawatan yang pertama sudah teratasi maka otomatis tidak akan timbul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, tetapi menurut batasan karakteristik NANDA 2011, etiologi yang lebih tepat adalah ketidakbugaran fisik.

Tindakan keperawatan yang dilakukan bertujuan untuk melatih klien agar dapat beraktifitas secara mandiri tanpa bantuan dari perawat maupun keluarga. Karena hari pertama setelah persalinan melalui operasi sesar maka dilakukan tindakan sebagai berikut : Batas klien dalam memenuhi kebutuhan ADL, rasional : klien dapat lebih mudah melakukan aktifitas dan pemenuhan kebutuhan ADL untuk hari pertama setelah persalinan melalui SC. Menganjurkan kepada klien agar berhati –hati dalam beraktifitas karena baru hari pertama setelah persalinan melalui SC, rasional : menjaga luka post operasi, dan meminimalis nyeri. membantu klien dalam latihan aktifitas miring kiri dan kanan dengan melibatkan keluarga klien, rasional : melatih otot dan melatih klien untuk dapat beraktifitas secara mandiri.

Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik, rasional : analgetik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untuk menurunkan persepsi nyeri. Obat –obatan analgetik dapat membantu menurunkan ketegangan dan ketidaknyamanan otot.

Pada implementasi keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, penulis tidak mengalami kesulitan. mobilitas klien dapat diatasi dengan latihan aktifitas dan dengan pemberian analgetik

untuk mengurangi rasa nyeri sehingga klien dapat beraktifitas mandiri tanpa dibantu oleh perawat maupun keluarga.

Dari hasil evaluasi akhir pada tanggal 1 Mei 2014 pukul 07.25 WIB, masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan nyeri post operasi dapat teratasi dengan kriteria hasil klien dapat beraktifitas secara mandiri dan penulis akan mempertahankan intervensi agar keadaan klien tetap stabil.

C. Resiko Infeksi Berhubungan Dengan Trauma Jaringan

Menurut NANDA (2011) resiko terhadap infeksi adalah mengalami resiko terserang organisme patogenik. Faktor resiko menurut Doenges dan NANDA 2011 adalah penurunan Hb, penyakit kronis, imunitas yang tidak adekuat, pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat, agen farmasis, trauma jaringan, kerusakan jaringan, pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjaan patogen. Dari data didapat data subyektif klien mengatakan luka post operasi SC terasa basah dan klien tidak tahu cara perawatannya dan data obyektif: terlihat balutan pada luka jahitan diperut, TD 120/80 mmHg, Suhu 36.8⁰ Celsius, Nadi 84 kali permenit, Respiration 18 kali permenit. Berdasarkan data yang didapatkan dari klien dan batasan karakteristik menurut NANDA 2011 dan Doenges, Penulis menjadikan diagnosa ini menjadi prioritas ketiga karena masalah ini masih dalam batas resiko terjadi dan belum menjadi aktual. Tetapi jika resiko ini tidak diatasi segera maka akan terjadi masalah yang aktual seperti adanya infeksi pada luka post operasi klien, terjadi perdarahan dan pembengkakan pada luka post operasi dan tanda – tanda infeksi lainnya. Untuk mengatasi masalah keperawatan resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan ini penulis melakukan intervensi yaitu: Observasi tanda tanda vital rasional: mengetahui keadaan umum klien secara keseluruhan.

Mengobservasi keadaan luka klien, rasional untuk mengetahui perkembangan dan keadaan luka klien. Kaji tanda –tanda infeksi, rasional: gejala ISK dapat tampak pada hari kedua sampai hari ketiga pasca partum karena naiknya infeksi. Ganti balut setiap 3 hari sekali, rasional: kebersihan

luka dapat terjaga. Kolaborasikan untuk pemberian antibiotik cefotaxime 2x 1 gr, rasional: antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka post operasi klien.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada diagnosa resiko terjadi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan tidak ada hambatan yang mempersulit penulis karena klien sangat kooperatif. Penulis dapat melaksanakan semua rencana asuhan keperawatan yang telah disusun karena adanya kerja sama yang baik antara klien dan anggota medis lainnya.

Hasil Evaluasi ahir pada tanggal 1 mei 2014 pukul 07.35 WIB, dengan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan, masalah teratasi sebagian dengan kriteria hasil yaitu luka klien mulai kering, luka post operasi tertutup dengan kasa bersih, tidak ada tanda –tanda infeksi, suhu klien 36.4° C, TD 120/80 mmHg, Respiration 20 kali permenit, Nadi 73 kali permenit. walaupun demikian harus tetap ada pantauan dan tindak lanjut serta saran bagi klien bila sudah pulang nanti agar tetap memeriksakan diri ke puskesmas terdekat, bidan ataupun ke pelayanan kesehatan terdekat jika terdapat kelainan – kelainan post partunm agar masalah infeksi tidak menjadi aktual.

BAB V

PENUTUP

Bab ini penulis menyimpulkan mengenai asuhan keperawatan post partum SC indikasi letak janin sungsang pada Ny. R. Kesimpulan ini berdasarkan data pengkajian pada tanggal 29 April 2014. Langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini ada beberapa kesimpulan yang dapat digunakan sebagai pertimbangan untuk pemberian asuhan keperawatan pada klien post partum SC indikasi letak janin sungsang.

A. Simpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 29 April 2014 disimpulkan bahwa pengkajian sebagai cara yang dilakukan penulis untuk mengumpulkan data pada tanggal 29 April 2014 pada Ny. R. Pengkajian yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai teori dan dalam pengkajian pada Ny. R penulis tidak mengalami masalah karena Ny. R sangat kooperatif.

Diagnosa keperawatan yang penulis temukan pada Ny. R adalah nyeri berhubungan dengan trauma pembedahan, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan luka post op, dan resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Penulis mampu mendeskripsikan perencanaan, implementasi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan selama 3 hari pada Ny R dalam pelaksanaan implementasi keperawatan yang telah direncanakan dapat terlaksana karena klien dan keluarga sangat kooperatif. Pencapaian tujuan untuk diagnosa pertama dapat teratasi sebagian, diagnosa kedua dapat teratasi dan diagnosa ketiga dapat teratasi sebagian .

B. Saran

1. Bagi Institusi

Diharapkan institusi dapat menilai sejauh mana mahasiswa memahami dan menguasai materi keperawatan serta dapat meningkatkan pengetahuan bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat melakukan asuhan keperawatan post partum SC indikasi letak janin sungsang dengan tepat, teliti, dan selalu mengutamakan keselamatan ibu dan bayi. perawat juga dapat memberikan informasi ketika klien akan pulang dan mengingatkan klien untuk kontrol lagi sesuai waktu yang sudah ditentukan dokter.

3. Bagi Keluarga

Diharapkan keluarga dapat meningkatkan pengetahuan tentang persalinan.

4. Bagi Masyarakat

Diharapkan meningkatkan pengetahuan dan wawasan dalam upaya deteksi dini pada ibu bersalin SC serta dapat melakukan antenatal care secara teratur.

DAFTAR PUSTAKA

- Alih Bahasa oleh Monica Ester, S. Kep, dkk. Carol, J. Green, Phd, RN dkk (2012).. *Rencana asuhan keperawatan maternal dan bayi baru lahir (maternal newborn : nursing care plans)*. Jakarta : EGC
- Ambarwati, Eny Retna, & Diah Wulandari. (2009). *Asuhan kebidanan nifas*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Pres.
- BKKBN 2012. (2014). *Catatan AKI menjelang 2014 Kemenkes RI*. (<http://jurnal.unimus.ac.id/> diakses pada tanggal 28 Mei 2014 pada jam 08.00 WIB)
- Bobak, Lowdermilk, & Jensen. (2005). *Buku ajar keperawatan maternitas*. Jakarta : EGC
- Carpenito, Lynda Juall. (2013). *Buku saku diagnosa keperawatan Edisi 13*. Jakarta : EGC
- Indiarti, M.T.(2007). *Cesar, kenapa tidak ? cara aman menyambut kelahiran buah hati anda*. Yogyakarta : eMATERA Publishing.
- .(2008). *Panduan lengkap kehamilan, persalinan dan perawatan bayi, bahagia menyambut si buah hati*. Bantul, Yogyakarta :DIGLOSSIA MEDIA.
- Marilyn E, & Doenges, (2001). *Rencana perawatan maternal/bayi: Pedoman untuk perencanaan dan dokumentasi perawatan klien*. Jakarta : EGC
- NANDA, (2011). *Diagnosis keperawatan 2011*. Jakarta : EGC
- Ns. Sukowati, Umi SH, M.Kep., Sp.Mat., dkk.(2010). *Model konsep dan teori keperawatan (Aplikasi pada kasus obstetri ginekologi)*. Bandung : Refika Aditama.
- Subakti Yasid, Rizki Deri Anggraini.(2012). *99 Mitos seputar kehamilan*. Yogyakarta: Great! Publisher.
- Wiknjosastro, Hanifa dkk.(2007). *Ilmu kebidanan/editor Abdul Bari Saifudin, Trijatmo Racimhadhi. Edisi ketiga, cetakan kesembilan.*(2007). Jakarta : Tidas Printer.
- Wiknjosastro, Hanifa DSOG. 2000. *Ilmu bedah kebidanan edisi keLima*. Jakarta : EGC

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.Mat

NIDN : 06-3402-7403

Pangkat/ golongan : Asisten Ahli/III B

Pekerjaan : Staff Pengajar

menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan karya tulis ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, sebagai berikut:

Nama : Rafikatul Khasanah

NIM : 8933161374

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Post SC Atas Indikasi Janin Letak Sungsang di Ruang Dewi Kunthi Rsud Kota Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 20 Mei 2014

Pembimbing



(Ns. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.Mat)

NIDN: 06-3402-7403

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.Mat

NIDN : 06-3402-7403

Pangkat/ golongan : Asisten Ahli/III B

Pekerjaan : Staff Pengajar

adalah pembimbing KTI dari mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, sebagai berikut:

Nama : Rafikatul Khasanah

NIM : 8933161374

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Post SC Atas Indikasi Janin Letak Sungsang di Ruang Dewi Kunthi Rsud Kota Semarang

menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut di atas ini benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 20 Mei 2014 sampai dengan 03 Juni 2014 bertempat di Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 20 Mei 2014

Pembimbing








(Ns. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp.Kep.Mat)

NIDN: 06-3402-7403

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
TAHUN 2014

Nama Mahasiswa : Rafikatul Khasanah
Judul KTI : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Post SC
 Atas Indikasi Sungsang Diruang Dewi Kunti
 RSUD Kota Semarang"

Pembimbing : Ns. Tutik Rahayu, S.Kep., M.Kep, Sp.Mat

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Ttd pembimbing
1.			Perilaku Bab I - V	
2.	26/05/14		perilaku bab perlek	
3.	28/05/14		perilaku & perilaku tunt pangsaya	
4.	30/05/14		- perilaku perabak	
5.	2/06/14		perilaku perny di perabak	

Ns. Tutik Rahayu

