

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA INDIKASI PARTUS TAK MAJU  
DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**Disusun Oleh :**

Dian Alif Wildani Ningrum

NIM. 40901800023

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

**2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S  
DENGAN POST SECTIO CAESAREA INDIKASI PARTUS TAK MAJU  
DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



PROGRAM STUDI DIPLOMAT III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

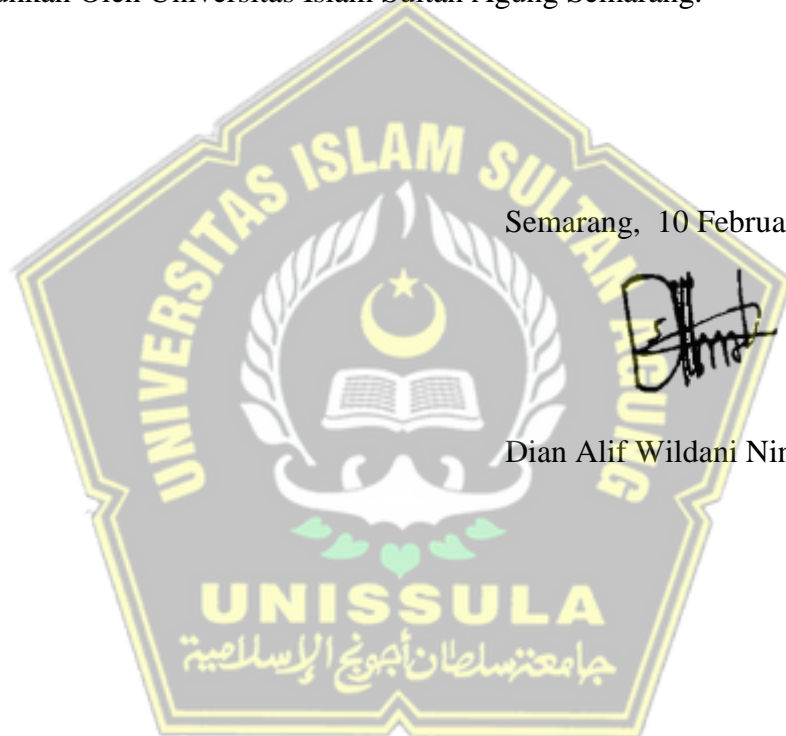
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini 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 Tindakan Plagiarisme, Saya Bertanggung Jawab Sepenuhnya Dan Menerima Sanksi Yang Dijatuhkan Oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 10 Februari 2021

Dian Alif Wildani Ningrum

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah Berjudul :**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN POST SECTIO  
CAESAREA INDIKASI PARTUS TAK MAJU DI RUANG BAITUNNISA  
2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun oleh :

Nama : Dian Alif Wildani Ningrum

Nim : 40901800023

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prigram Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang Pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 26 Mei 2021

Semarang, 27 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Tutik Rahayu, M.kep, Sp.Kep.Mat

NIDN : 06-24-02-7403

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Karya Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Unissula Semarang pada hari kamis tanggal 27 mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji

semarang, 27 mei 2021

penguji I

**Ns. Aprilia Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp.Kep.Mat**

NIDN : 06-1804-8901



Penguji II

**Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep**

NIDN : 06-0209-8901



Penguji III

**Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.Kep.Mat**

NIDN : 06-2402-7403



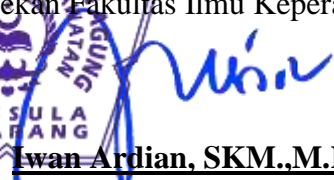
Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



**Iwan Ardian, SKM., M.Kep**

NIDN : 06-2208-7403

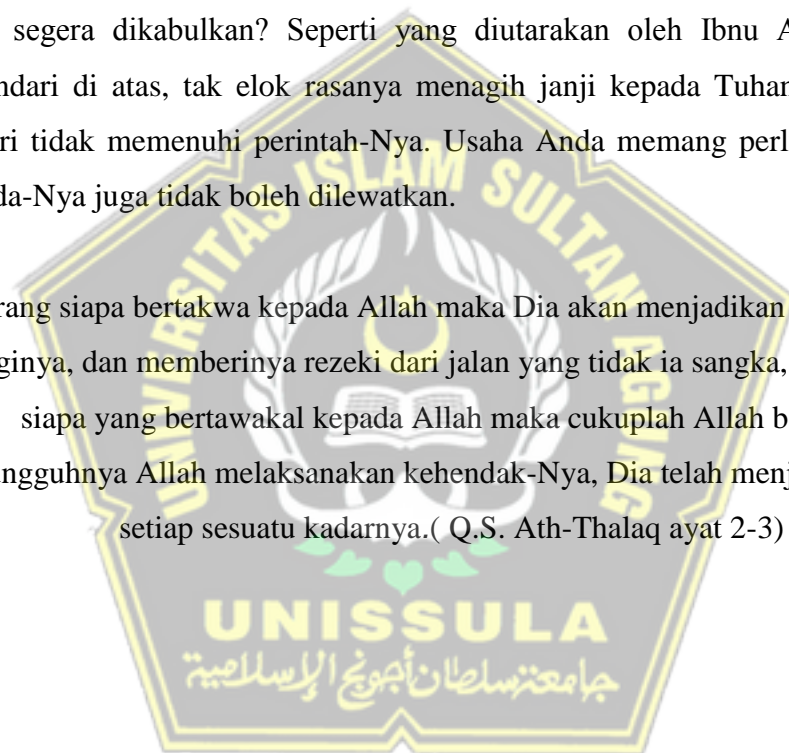


## MOTTO

Jangan menuntut Tuhanmu karena tertundanya keinginanmu, tapi menuntut dirimu karena menunda adabmu kepada-Nya. (*Ibnu Atha'illah As-Sakandari*)

Anda mungkin pernah bertanya-tanya kepada Tuhan kenapa impian yang telah diidam-idamkan tak kunjung terwujud. Namun, pernahkah terpikir dalam benak kalau Anda bisa saja tidak menjalankan perintah-Nya sehingga impian itu tidak segera dikabulkan? Seperti yang diutarakan oleh Ibnu Atha'illah As-Sakandari di atas, tak elok rasanya menagih janji kepada Tuhan ketika Anda sendiri tidak memenuhi perintah-Nya. Usaha Anda memang perlu, tapi ibadah kepada-Nya juga tidak boleh dilewatkan.

Barang siapa bertakwa kepada Allah maka Dia akan menjadikan jalan keluar baginya, dan memberinya rezeki dari jalan yang tidak ia sangka, dan barang siapa yang bertawakal kepada Allah maka cukuplah Allah baginya, Sesungguhnya Allah melaksanakan kehendak-Nya, Dia telah menjadikan untuk setiap sesuatu kadarnya. (Q.S. Ath-Thalaq ayat 2-3)

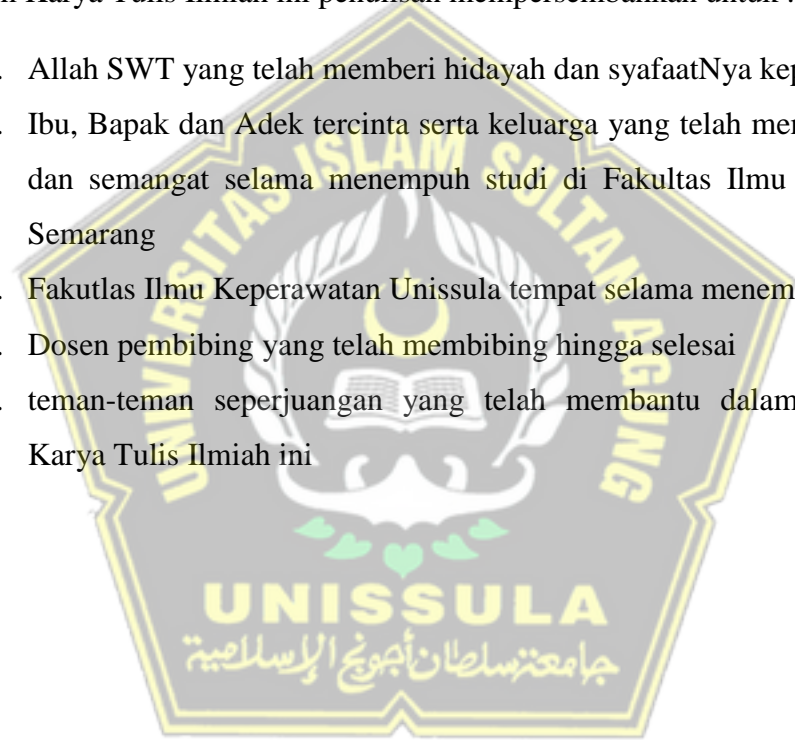


## HALAMAN PERSEMBAHAN

Sujud syukur kusembahkan kepadaMu ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Atas takdirmu saya bisa menjadi pribadi yang berfikir, berilmu, beriman dan bersabar. semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal untuk masa depanku, dalam meraih cita-cita saya dengan usaha dan kerja keras yang diridhoi oleh Allah dan saya bersaksi tiada tuhan selain Allah dan nabi Muhammad SAW adalah utusan Allah.

Dalam Karya Tulis Ilmiah ini penulisan mempersembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah memberi hidayah dan syafaatNya kepada penulis
2. Ibu, Bapak dan Adek tercinta serta keluarga yang telah memberi support dan semangat selama menempuh studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Semarang
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula tempat selama menempuh studi
4. Dosen pembimbing yang telah membimbing hingga selesai
5. teman-teman seperjuangan yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini





## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alikum Wr.Wb.*

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji syukur bagi Allah yang maha kuasa yang telah memberikan taufik hidayah serta inayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan post partum SC Dengan Indikasi Hamil 38 Minggu Portus Tak maju Di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Ahli Madya Keperawatan Program Studi Diplomad III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini banyak bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak, untuk itu perkenalkan penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ir. H. Prabowo Setiyawan, MT., Ph.D selaku rector UNISSULA
3. Iwan Ardian, M.Kep selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA semarang
4. Ns. Muhammad Abdurrouf, M.Kep selaku kaprodi Diplomat III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA semarang
5. Ns. Tutik Rahayu, M.Kep,Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing
6. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang khususnya para perawat dan bidan di ruang Baitunnisa 2
7. Para dosen beserta Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang telah menemani selama tiga tahun dalam membina ilmu keperawatan
8. kepada ibu dan keluarga penulis yang telah memberikan dukungan baik materi maupun spiritual
9. kepada teman-teman semua yang tiga tahun ini sama-sama berjuang bersama dalam membina ilmu keperawatan sampai dititik dimana kita



berjuang dalam membuat Karya Tulis Ilmiah yang selalu mendukung satu sama lain.

Semoga Allah telah melimpahkan rahmat hidayah serta inayah-Nya kepada kita semua.

*wassalamu'alaikum Wr.Wb*



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I.....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB II .....</b>	<b>5</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
A. Konsep dasar Post Partum.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tujuan Asuhan Keperawatan .....	5
3. Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Post Partum .....	6
4. Konsep Asuhan Keperawatan .....	8
5. Tahapan Post Partum.....	10
6. Komplikasi Post Partum.....	11
7. Fisiologisways .....	12
B. Sectio Caesarea .....	13
1. Pengertian.....	13
2. Indikasi.....	13

3. Komplikasi .....	13
4. Jenis-Jenis Sectio Caesarea .....	14
C. Partus Tak Maju .....	14
a. Pengertian.....	14
b. Etiologi.....	14
c. Menifestasi Klinik.....	15
d. Penanganan Partus Tak Maju.....	15
e. Komplikasi .....	16
f. Pengaruh Partus Tak Maju Pada Bayi.....	16
<b>BAB III.....</b>	<b>17</b>
<b>RESUME KASUS .....</b>	<b>17</b>
A. Pengkajian Keperawatan.....	17
B. Analisa Data .....	24
C. Diagnosa Keperawatan.....	24
D. Rencana Tindakan Keperawatan.....	24
E. Implementasi .....	25
F. Evaluasi .....	27
<b>BAB IV .....</b>	<b>29</b>
<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>29</b>
A. Pengkajian .....	29
B. Diagnosa.....	30
<b>BAB V.....</b>	<b>34</b>
<b>PENUTUP .....</b>	<b>34</b>
A. Kesimpulan .....	34
B. Saran.....	35
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>36</b>

## DAFTAR LAMPIRAN

**Lampiran 1 Lembar Kesediaan Membimbing**

**Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi**

**Lampiran 3 Lembar Konsultasi**

**Lampiran 4 Lembar Berita Acara**

**Lampiran 5 Lembar Askep**



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Sectio caeasar adalah persalinan dengan cara membuat sayatan perut untuk mengeluarkan janin. Persalinan sectio caesarea yaitu proses mengeluarkan bayi dengan membedah perut ibu dengan membuat sayatan dinding rahim (Mardiawati, 2017). Tindakan sectio caesar tindakan medis utama untuk menyelamatkan nyawa ibu dan juga bayi. Ada beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea adalah gawat janin, Diproporsi sepalopelvik, Persalinan macet, Plasenta Previa, Prolapsus tali pusat, Mal presentase jainin (Sumelung et al., 2014).

Partus tak maju adalah persalinan berlangsung yang lebih dari 18 jam saat melahirkan dan lebih dari 24 jam dalam masa kehamilan bayi yang belum lahir. Dalam kasus ini dapat menimbulkan gejala infeksi, kelelahan ibu, serta asifaksia dan kematian janin. Di indonesia persalinan juga menjadi masalah, perlu kita ketahui 80% dari persalinan dibantu oleh terapis tradisional. Adapun faktor yang dapat memengaruhi partus tak maju adalah jarak kehamilan, usia dan paritas. Efek yang ditimbulkan adalah infeksi pada janin dan ibu, terutama jika ketuban pecah akan menyebabkan bakteri naik ke dalam cairan sehingga menimbulkan bakteremia dan sepsis (Fatmawati, 2017).

Menurut perkiraan Organisasi Kesehatan Dunia, angka kelahiran melalui oprasi caesarea sekitar 10% hingga 15% dari semua kelahiran di negara berkembang. Termasuk 20% di Inggris, 23% di Amerika dan 21% di Kanada pada tahun 2003. Menurut studi pendahuluan data awal yang diperoleh Ewa Panglila Suarabaya, jumlah operasi caesarea dalam 3 bulan terakhir menurun pada tahun 2014 (Zamzara et al., 2015).

Di indonesia kejadian sectio caesarea naik dari tahun ke tahun pada tahun 2000, namun tidak ada signifikan pada tahun 2007 (Sumelung et al., 2014). Pada survey demografi dan kesehatan tahun 2009-2010 angka melahirkan dengan sectio caesarea secara nasional di indonesia sekitar

20,5% dari total persalinan (SAMBAS, 2017). Dan menurut SDKI di Indonesia pada tahun 2012 ada 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan (Hapsari & Hendraningsih, 2018).

Angka kematian ibu (AKI) mencerminkan status kesehatan ibu. Ada risiko kematian selama kehamilan, melahirkan dan nifas. Hampir 529.000 perempuan meninggal akibat komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas. Oleh karena itu, diperkirakan AKI global sekitar 400 per 100.000 kelahiran hidup. Di negara berkembang, MMR mencapai 98%. AKI di Indonesia sangat tinggi. Menurut data kementerian kesehatan tahun 2016 jumlah kematian ibu sebesar 4.912 kasus dan sebesar 4.167 kasus di tahun 2017 (Kasron, 2019).

Di bandingkan dengan tahun 2018, AKI di Jawa Tengah mengalami penurunan sebesar 76,8 kasus per 100.000 KH, di bandingkan dengan 88,05 per 100.000 KH pada tahun 2017 dan sebanyak 109,65 per 100.000 KH pada tahun 2016. Penyebab kematian ibu di Jawa Tengah adalah 22,607% perdarahan, preeklamsia meningkat 36,80%, infeksi meningkat 5,20% (Kasron, 2019).

Berdasarkan survey dengan melihat rekaman medik di RSI Sultan Agung Semarang sejak bulan Desember tahun 2019 hingga 2020 dengan SC indikasi partus tak maju sebesar 14 jiwa. Pada tahun 2019 hanya 1 orang dan di tahun 2020 berjumlah 13 orang.

Persalinan SC dapat memberikan keuntungan dan kerugian bagi ibu. Salah satu keuntungannya bisa membantu persalinan dengan cara membedah perut sebagai jalan lahir jika tidak dapat melakukan persalinan secara pervaginam. Dan kerugiannya ibu akan merasa sakit akibat luka insisi dan mungkin akan memberikan efek psikologis (Utami, 2016).

Tindakan sectio caesarea melibatkan tindakan invasif dan anastesi. Tindakan SC akan menimbulkan dampak pada ibu seperti infeksi, trauma kandung kemih dan juga rasa sakit serta luka sayatan pada perut (SAMBAS, 2017). Rasa sakit saat operasi caesarea akan memengaruhi

perubahan kontinuitas jaringan akibat operasi. Sakit tersebut dapat menimbulkan berbagai masalah, salah satunya seperti menyusui. Menurut laporan Julianti (2014), 68% ibu post partum SC mengalami kesulitan dalam merawat bayinya karena gerakan. Nyeri saat mengerakkan tubuh untuk naik turun di tempat tidur dan mengatur postur tubuh yang nyaman. Hal ini akan menyebabkan keterlambatan menyusui. Pengobatan untuk mengurangi nyeri pada pasien SC post partum biasanya menggunakan analgesik, tetapi farmakologi tidak digunakan untuk memperbaiki kondisi pasien. Kemampuan mengontrol nyeri, sehingga harus diberikan kombinasi farmakologi dan non farmakologi agar masa kesembuhan tidak berkepanjangan, dan nyeri ibu nifas dapat dikurangi (Rini & Susanti, 2018).

Salah satu cara untuk mempertahankan kemandirian pada ibu nifas yaitu dengan mobilisasi dini yang dilakukan setelah pasien dapat beraktivitas yang dibantu oleh perawat sesuai standar operasional prosedur (Eriyani et al., 2018). Salah satu keuntungan melakukan mobilisasi dini yaitu dapat mempercepat kesembuhan luka (Rahma & Kamsatun, 2018). Melihat berbagai fakta yang ada, bahwa tingginya angka peningkatan sectio caesare di Indonesia, maka penulis memutuskan untuk membuat karya tulis ilmiah yaitu **“Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Partus Tak Maju di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang”**

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk menjelaskan dan memberikan Asuhan Keperawatan Maternitas Post Partum SC pada pasien dengan indikasi partus tak maju

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada klien post partum SC dengan indikasi partus tak maju



- b. Mampu mendeskripsikan analisa data pada klien post partum SC dengan indikasi partus tak maju
- c. Mampu menjelaskan diagnosa keperawatan pada klien post partum SC dengan indikasi partus tak maju
- d. Mampu menjelaskan intervensi keperawatan pada klien post partum SC dengan indikasi partus tak maju
- e. Mampu menjelaskan implementasi keperawatan pada klien post partum SC dengan indikasi partus tak maju
- f. Mampu menjelaskan evaluasi keperawatan pada klien post partum dengan indikasi partus tak maju
- g. Mampu menjelaskan dokumentasi keperawatan pada klien post partum dengan indikasi partus tak maju

### **C. Manfaat Penulisan**

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi

1. Bagi Intitusi Pendidikan  
Mengembangkan ilmu keperawatan untuk menyiapkan perawat yang kompeten dan dapat mendedikasikan diri dalam memberikan Asuhan Keperawatan yang menyeluruh, khususnya dalam menerapkan Asuhan Keperawatan maternitas post partum SC dengan indikasi portus tak maju
2. Bagi Profesi Kesehatan  
Menambah wawasan pengetahuan ilmu dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien post partum dengan indikasi portus tak maju
3. Bagi Lahan Praktik  
Sebagai asuhan pembelajaran serta untuk mendapatkan referensi dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post partum dengan indikasi tak maju
4. Bagi Masyarakat  
Sebagai bahan informasi bagi masyarakat tentang mengenai kehamilan dengan indikasi portus tak maju

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Post partum dengan SC indikasi Partus Tak Maju**

##### **1. Pengertian**

Masa post partum adalah fase dimana bagi ibu untuk mengembalikan alat reproduksi semula sebelum hamil dalam waktu 1 bulan (Sridani et al., 2019).

Post partum adalah fase dimana alat-alat reproduksi wanita kembali dalam keadaan semula sebelum hamil yang di tandai dengan kelahiran plasenta dan membran sebagai tanda berakhirnya periode intrapartum (SENIORITA, 2017).

Tindakan *Sactio Caesarea* adalah proses pembedahan dengan membuat sayatan di perut untuk mengeluarkan bayi sekaligus untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi (Zamzara et al., 2015).

Masa puerperium disebut juga masa nifas adalah masa ketika organ reproduksi kembali normal, yaitu masa dimulai sebelum hamil dan setelah melahirkan berlangsung sekitar 1 bulan. Dan masa ini adalah awal dari fase reproduktif dalam siklus kehidupan keluarga. Selama periode ini akan terjadi perubahan psikososial dan fisiologis seperti kardiovaskular, pernapasan, integrasi dan reproduksi (SAMBAS, 2017).

##### **2. Tujuan asuhan keperawatan post partum**

Tujuan asuhan keperawatan pada post partum yaitu untuk merawat kesehatan ibu dan bayi secara keseluruhan, baik fisiologis maupun psikologis, serta memberikan edukasi tentang perawatan kesehatan diri dan menyusui (Setyorini & Mediastuti, 2014).

### 3. Adaptasi fisiologis dan psikologis post partum

a. Adaptasi fisiologis post partum menurut (Morita, 2018)

yaitu :

1) Sistem Reproduksi

Uterus akan kembali normal dalam waktu 1 - 2 bulan. Aktivitas uterus akan mulai stabil dalam waktu 1-2 jam, akan terjadi relaksasi kontraksi yang menimbulkan afterpain yang akan bertambah dengan menyusui karena dikeluarkannya oksitosin dari kelenjar pituitary posterior sebagai respon terhadap rangsangan puting/ isapan bayi. Selain itu, tuba falopi menjadi atropi karena rendahnya kadarnya estrogen pada dua minggu post partum.

2) Endokrin

Kortisol dan Human placental lactogen (Hpl) akan mengalami penurunan, karena masa laktasi oksitosin dan prolaktin akan mengalami peningkatan.

3) Urinarius

Pada saat persalinan kandung kemih akan mengalami trauma karena tekanan yang berlebihan sehingga menyebabkan luka dan sensitivitas pada cairan.

4) Sistem Pencernaan

Adanya sayatan atau robekan pada kulit akibat SC yang dapat menyebabkan gangguan pada kenyamanan perineum serta ibu akan merasa lapar dan haus secara terus menerus yang disebabkan oleh penurunan motilitas usus.

5) Kardiovaskuler

Pada persalinan SC ibu akan kehilangan banyak darah dua kali lipat dari persalinan spontan. Ibu juga akan kehilangan volume plasma serta akan mengalami bradikardi karena peningkatan hemotokrit.

6) Neurologi

Pada periode ini ibu akan mengalami stress dan nyeri kepala akibat pemberian anatesi nyeri serta akan mengalami gatal dan mati rasa.

7) Muskuloskeletal

Pada masa kehamilan otot perut akan kencang yang menyebabkan hilangnya kekenyalan otot. Perut juga akan kembali lembek dan kendur seperti semula dalam kurun waktu 1 bulan.

b. Adaptasi psikologis post partum

Ada 3 fase penyesuaian ibu dalam perannya (Machmudah, 2015) yaitu :

1) Fase dependen

Dalam fase ini persepsi ibu akan merasa cemas dan keasyikan dalam peran barunya sebagai orang tua sehingga memindahkan semua energi pada bayinya untuk mengaharapkan kebutuhannya dipenuhi oleh orang lain. Di fase ini dukungan suami dan keluarga sangat penting.

2) Fase dependen-mandiri

Di fase ini ibu akan melakukan perawatan secara mandiri seperti melakukan perawatan bayi.

3) Fase interdependen

Dalam fase ini biasanya ibu akan mengalami stress karena akan menjalani perannya masing-masing sebagai orang tua.

**4. Konsep asuhan keperawatan menurut (S. Wahyuningsih, 2019) adalah sebagai berikut :**

1. Pengkajian Keperawatan

1) Pengakajian Data Klien

Meninjau ulang catatan prenatal dan intraoperatif dan adanya indikasi untuk kelahiran abnormal

2) Identitas Klien

identitas suami

3) Riwayat Keperawatan

1) Riwayat Kesehatan

2) Riwayat Kehamilan

3) Riwayat Melahirkan

4) Data Bayi

5) pengkajian masa post partum setelah melahirkan, gambaran lokhea, keadaan perineum, perut, payudara, episotomi, kebersihan menyusui dan respon orang terhadap bayi

4) pemeriksaan fisik

1) Rambut

2) Wajah

3) Mata

4) Payudara

5) Lokhea

6) Sistem perkemihan

7) Perineum

8) Ekstremitas bawah

9) Tanda-tanda vital

5) pemeriksaan penunjang

2. Diagnosa Keperawatan

1) Nyeri akut b.d agen cedera fisik

2) Risiko infeksi b.d efek prosedur infasif

3) Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri saat bergerak

### 3. Intervensi

#### 1) Diagnosa 1

Nyeri akut b.d agen cidera fisik

Tujuan : Nyeri dapat hilang atau berkurang, setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) gelisah menurun
- c) meringis menurun
- d) Klien tampak rileks

Rencana tindakan

- 1) Mengidentifikasi skala nyeri
- 2) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 3) Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri
- 4) Ajarkan distraksi relaksasi
- 5) Kompres dingin

#### 2) Diagnosa 2

Risiko infeksi b.d efek prosedur infasif

Tujuan : Resiko infeksi tidak terjadi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil

- a) Integritas kulit dan jaringan
- b) Kontrol resiko status imon
- c) Status nutrisi

Rencana tindakan

- 1) Mejelaskan tanda-tanda dan gejala infeksi
- 2) Memonitoring gejala dan tanda-tanda infeksi



- 3) Menganjurkan untuk kecukupan nutrisi, cairan dan istirahat
- 4) Mengejarkan bagaimana cuci tangan yang benar
- 5) Menganjurkan langkah untuk memeriksa keadaan luka setelah oprasi

3) Diagnosa 3

Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri saat bergerak

Tujuan : Mampu melakukan aktivitas

Kriteria hasil

- a) Nyeri menurun
- b) Kelemahan fisik menurun
- c) Kekuatan otot meningkat
- d) Kekuatan ekstremitas meningkat

Rencana tindakan

- 1) Identifikasi adanya nyeri
- 2) Mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak
- 3) Memonitoring mobilisasi secara umum
- 4) Mefasilitasi kegiatan dengan menggunakan alat bantu

**5. Tahapan post partum menurut (H. P. Wahyuningsih, 2018) ada 3 yaitu :**

a) Periode immediate postpartum

Pada periode ini ibu akan mengalami perdarahan setelah melahirkan dikarenakan rahim tidak bisa berkontraksi kembali

b) Periode awal postpartum

Fase dimana ibu post partum tidak mengalami perdarahan, dan memastikan kembalinya involusi uteri menjadi normal seperti sebelum hamil



c) Periode late postpartum

Pada periode ini memberikan bimbingan atau konseling tentang perencanaan KB serta tetap memberikan asuhan

d) Remote puerperium

Masa untuk ibu melakukan pemulihan.

#### **6. Komplikasi post partum**

a. Infeksi setelah kelahiran bayi

b. nyeri pada luka insisi

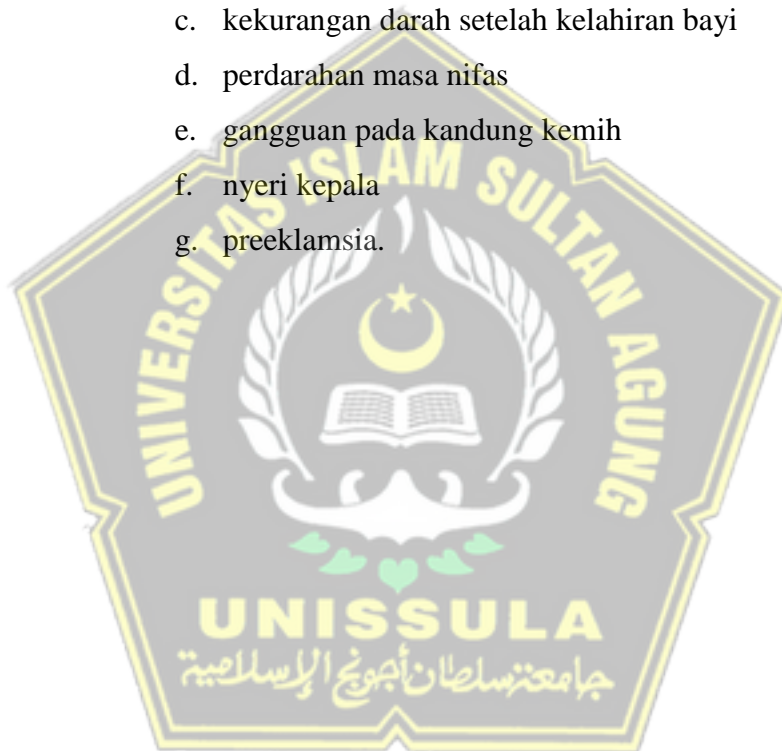
c. kekurangan darah setelah kelahiran bayi

d. perdarahan masa nifas

e. gangguan pada kandung kemih

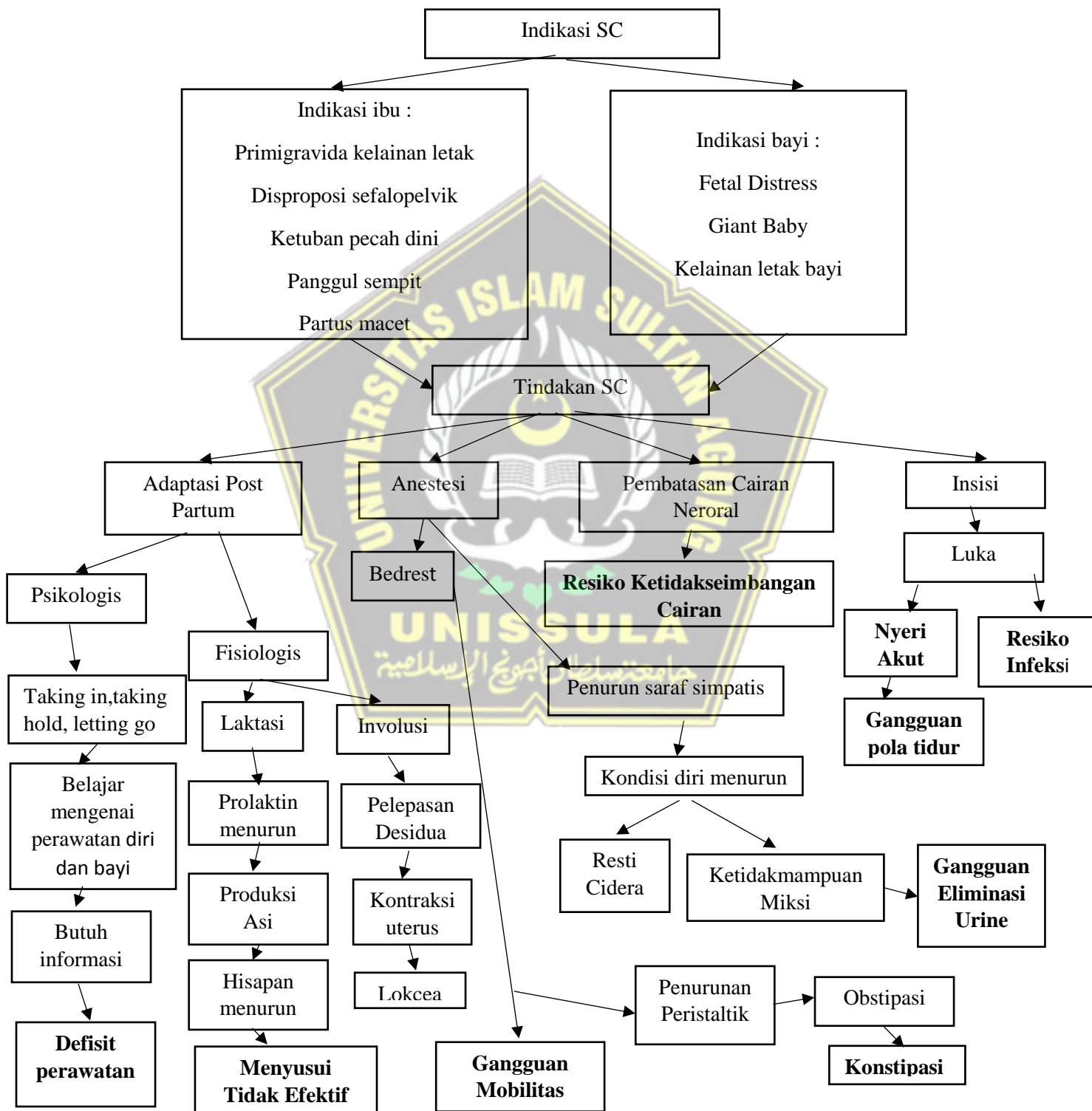
f. nyeri kepala

g. preeklamsia.



## 7. Fisiologisways

Sumber : Nurarif dan Hardhi (Sofyan, 2019)



## **B. Sectio Caesarea**

### **1. Pengertian Sectio Caesarea**

Sectio Caesarea merupakan Prosedur operasi dengan menyayat dinding abdomen untuk mengeluarkan bayi (Mardiawati, 2017).

Sectio Caesarea yaitu prosedur pembelahan bertujuan mengeluarkan bayi dengan cara membuat jalan lahir pada dinding abdomen (Anggorowati & Sudiharjani, 2010).

Sectio Caesarea ialah suatu cara medis dengan cara membelah secara insisi di perut untuk mengeluarkan bayi (Morita, 2018).

### **2. Indikasi**

Menurut Mitayani (2011) indikasi dibagi 2 yaitu

#### **a) Indikasi ibu**

Stenosis panggul, Tumor jalan lahir yang obstruksi, Penyempitan servik, Plasenta previria, disproporsi sefalopelvis, Ruptur uterus, Diabetes (kadang-kadang), Riwayat obsterti yang buruk, Riwayat sectio caesarea klasik, Infeksi hipervirus tipe II (genetik)

#### **b) Indikasi bayi**

Posisi janin yang tidak stabil, Presentasi sungsang (kadang-kadang), Penyakit atau kelainan pada janin (Morita, 2018)

### **3. Komplikasi**

Menurut Bergholth, Stenderup, Vedsted, Hellm dan Lenstrup yang melakukan penelitian pada tahun 2003 menyebutkan bahwa komplikasi ibu post partum mayoritas 12,1% sedangkan Lowdermilk, Perry dan Bobak pada tahun 2000 menunjukkan bahwa komplikasi biasanya terjadi setelah melahirkan yaitu Aspirasi (25-50%), Emboli pulmonari, mengeluarkan banyak darah, Luka yang infeksi, Gangguan rasa nyeri, Infeksi dinding rahim, Infeksi saluran kemih, Cidera di perkemihan, Tromboflebitis, Infark dada, dan Demam (Morita, 2018).

#### **4. Jenis sectio caesarea**

##### a) Sectio caesarea transperitoneal

###### 1) Sectio caesarea klasik/korporal

Melakukan pembedahan seperti membuat irisan luka berbentuk tegak lurus pada perut untuk jalan keluar bayi

###### 2) Sectio caesarea ismika

Melakukan pembedahan seperti membuat irisan luka garis mendatar diatas tulang kemaluan bawah rahim

##### b) Sectio caesarea ekstraperitoneal

Melakukan SC dengan membuka parietalis tanpa membuka kavum perut (H. P. Wahyuningsih, 2018).

#### **C. Partus Tak Maju**

##### **1. Pengertian partus tak maju**

Adalah persalinan yang terjadi secara langsung yang lebih dari 18 jam saat melahirkan dan lebih dari 24 jam dalam masa kehamilan bayi belum lahir yang dapat menimbulkan gejala infeksi, kelelahan ibu, serta asifaksia dan kematian janin dalam kandungan. Di Indonesia persalinan juga menjadi masalah. Efek yang ditimbulkan adalah infeksi pada ibu dan janin, terutama jika ketuban pecah akan menyebabkan bakteri naik ke dalam cairan sehingga menimbulkan bakteremia dan sepsis. Faktor yang dapat memengaruhi partus tak maju adalah jarak kehamilan, usia dan peritas (Fatmawati, 2017).

##### **2. Etiologi**

Penyebab terjadinya partus tak maju menurut (Riyanto, 2014) adalah sebagai berikut :

- 1) His yang tidak adekuat
- 2) Mal posisi
- 3) Panggul kecil

- 4) Kelainan pada jalan lahir
- 5) Janin besar
- 6) Ansietas yang berlebihan
- 7) Peritas
- 8) Umur
- 9) Respon stress

### 3. Manifestasi klinik

Menurut purwaningsih dan fatmawati (2010) manifestasi klinik yaitu :

#### a. Pada ibu

Ibu akan mengalami gelisah, lemah, suhu tubuh tinggi, nadi cepat, nafas cepat dan di daerah lokal sering di jumpai edema vulva, ketuban cairan yang berbau , laher rahim mengalami edema

#### b. Pada janin

Pada janin akan mengalami denyut jantung cepat, air ketuban terdapat mekonium, volume kental, berwarna kehijau-hijauan, berbau, kapus sekunder yang membesar dan moulage kepala yang hebat (Purnamasari, 2012).

### 4. Penanganan partus tak maju

Penanganan partus tak maju menurut (BERUTU, 2019) harus sesuai dengan diagnosanya yaitu :

- 1) Lakukan penilaian ulang pada leher rahim jika belum ada kemajuan
- 2) Jika tidak ada pembukaan leher rahim, maka mungkin klien belum inpartu
- 3) Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam
- 4) Lakukan akseleri persalinan dengan oksitosi jika terdapat tanda infeksi dan bau pada jalan lahir bayi
- 5) Jika terjadi persalinan secara normal maka diberhentikan pemberian antibiotik

**5. Komplikasi**

- a) Ketuban pecah dini
- b) Pembukaan leher rahim yang abnormal
- c) Bahaya ruptur uterus
- d) Fistula

**6. Pengaruh partus tak maju pada bayi**

- 1) Kulit kepala yang berubah dan kerangka kepala
- 2) Kematian calon bayi



### BAB III

#### RESUME KASUS

##### A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 01 februari 2021 pada pukul 10.00 WIB. Penulis melakukan asuhan keperawatan post SC indikasi partus tak maju pada Ny. S diruang baitunnisa 2 RSI sultan agung semarang. Diperoleh data/gambar pengkajian kasus sebagai berikut :

##### I. Identitas

##### a. Identitas klien

Klien bernama Ny. S dengan usia 24 tahun, alamat rumah karangsari rt 05 rw 03 karang tengah Demak, klien beragama Islam, pekerjaan sebagai seorang guru, Diagnosa masuk P2A0 hamil 38 minggu dengan partus tak maju

##### b. Identitas penanggung jawab

Selama klien dirawat di RSI sultan agung semarang orang yang bertanggung jawab adalah suaminya yang bernama Tn. L, alamat rumah karangsari rt 05 rw 03 karang tengah demak, berusia 25 tahun, beragama islam, pekerjaan sebagai guru.

##### c. Status obstetri

Klien dengan P2A0 kelahiran pertama kembar dengan kondisi prematur secara spontan, bayi meninggal pada usia 4 hari dan 8 hari dengan berat badan 1.200 gram dan kelahiran kedua secara SC dengan kondisi sehat, berat badan 3.200 gram umur 0 hari

##### II. Keluhan Utama

Pasien datang dari IGD, kemudian operasi SC pada tanggal 01 januari 2021 pada jam 08.00 dengan indikasi Partus Tak Maju. Setelah operasi pasien mengatakan badannya terasa panas dan



nyeri dibagian perut (luka insisi) akibat operasi SC. Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus seperti tersayat-sayat, apalagi saat bergerak itu membuat tambah nyeri, skala nyeri 7 (0-10). Pasien juga mengeluh pola tidurnya terganggu karena nyeri yang dirasakannya.

III. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan badannya terasa panas dan nyeri dibagian perut luka insisi akibat operasi SC seperti tersayat-sayat. Klien juga mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, skala nyeri 7 (0-10)

IV. Masalah kehamilan

Tidak gangguan atau masalah kehamilan

V. Riwayat menstruasi

Pasien mengatakan siklus menstruasi 28 hari dengan lama menstruasi 7 hari dan manarche pada umur 12 tahun, pasien mengatakan tidak ada gangguan saat menstruasi

VI. Riwayat KB

Pasien mengatakan belum mengikuti program KB, rencana klien ingin mengikuti program KB suntik 3 bulan 1x

VII. Pemeriksaan fisik (head to toe)

1. Tanda-tanda Vital

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| a. Tekanan Darah | : 110/70 mmHg |
| b. Nadi          | : 82 x/menit  |
| c. Suhu          | : 36,7° C     |
| d. Respirasi     | : 20 x/menit  |

2. Keadaan Umum

Klien tampak lemah, lelah, gelisah, mata tampak sayup, tampak menahan sakit dan tampak meringis karena nyeri

3. Kesadaran

Composmetis

4. Kepala

- a. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, tidak terdapat edema, tidak ada benjolan, tidak lesi

b. Rambut

Rambut tampak agak bergelombang, berwarna hitam, bersih, tidak lepek dan tidak rontok

c. Wajah

Pipi kanan kiri simetris, tidak lebam, tidak lesi, bersih dan berwarna kulit sawo matang

d. Mata

Mata kanan kiri simetris, tidak terdapat edema, tidak lesi, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis dan tidak menggunakan alat bantu kacamata

e. Hidung

Hidung berbentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan, tidak sinus dan fungsi penciuman baik

f. Telinga

Telinga kanan kiri simetris, tidak ada lesi, tidak ada odema, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar dan tidak ada nyeri tekan

g. Leher

Tidak terdapat kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

h. Mulut dan gigi

Mukosa mulut terlihat kering, tidak memakai gigi palsu, gigi tampak bersih, tidak terdapat stomatis

5. Thorak

a. Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak luka

- b. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding teraba
- c. Perkusi : sonor
- d. Auskultasi : Tidak suara nafas tambahan

6. Payudara

- a. Inspeksi : Bentuk kanan kiri simetris, tidak terdapat luka, tidak ada odema, puting susu agak kedalam, areola berwarna gelap, produksi asi baik
- b. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- c. Colustrum : Sudah keluar

7. Abdomen

- a. Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, terdapat luka post SC
- b. Palpasi : Nyeri tekan dibagian luka insisi
- c. Fundus uteri
  - a) TFU : 2 jari dibawah pusat
  - b) Posisi : Agak ke kanan
  - c) Kontraksi : Baik

8. Lochea : Rubra

- a. Jumlah : 2 kali ganti pembalut
- b. Warna : Merah kecoklatan
- c. Konsentrasi : Lendir dan darah
- d. Bau : Amis

9. Perineum

- a. Keadaan : Utuh
- b. Tanda REEDA : Tidak ada
- c. Kebersihan : Bersih, tidak ada odema dan tidak lesi
- d. Hemoroid : Tidak ada

10. Eliminasi

- a. Kesulitan BAK : Klien terpasang kateter, warna urine kuning, bau khas
- b. Kesulitan BAB : Klien mengatakan belum BAB semenjak melahirkan
- c. Distensi VU : Terpasang kateter

#### 11. Ekstremitas

- a. Atas : Terpasang infus
- b. Bawah : Kaki kanan kiri simetris, tidak terdapat luka, tidak terdapat edema
- c. Varises : Tidak ada
- d. Tanda homans: Negatif

#### VIII. Pengkajian kebutuhan khusus

##### 1. Oksigen

Adakah keluhan sesak nafas, pusing setelah beraktivitas?

Klien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas

##### 2. Nutrisi

Asupan makanan ibu

Jenis : bubur

Jumlah : satu porsi

Tidak ada makanan pantangan

##### 3. Cairan

Asupan cairan

Jenis RL jumlah 500 ml

##### 4. Eliminasi

- a. Adakah keluhan keringat berlebihan ? bila ada upaya mengatasinya?

Tidak ada

- b. BAK pertama setelah persalinan

Sekitar jam 10.00

- c. Adakah keluhan BAK, bila ada jelaskan

Tidak ada

- d. BAB pertama setelah persalinan  
Belum BAB semenjak persalinan
- e. Adakah keluhan BAB, bila ada jelaskan  
Tidak ada

5. Kenyamanan

Klien mengatakan karena nyeri yang dirasakannya, klien juga mengatakan nyeri dibagian perut akibat luka oprasi SC, klien tampak meringis

P : Pasien berkata nyeri akibat luka sc dan jika bergerak nyerinya bertambah

Q : Pasien berkata nyerinya seperti tersayat

R : Pasien berkata nyeri pada perut akibat luka insisi

S : Pasien berkata nyeri dengan skala 7 (0-10)

T : Pasien berkata nyeri terus menerus

6. Istirahat dan tidur

Pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri

Klien mengatakan istirahat tidak cukup karena harus menyusui

IX. Pemeriksaan fisik bayi

- a. Berat Badan : 3200 g
- b. Panjang Badan : 50 cm
- c. Lingkar Dada : 46 cm
- d. Lingkar Kepala : 34 cm

X. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	13.6	11.7-15.5	g/dL
Hematologi	40.4	33.0-45.0	%
Leukosit	8.77	3.60-11.00	ribu/uL
Trombosit	220	150-440	ribu/uL
Golongan darah	B/positif		

PT	9.3	9.3-11.4	detik
PT(kontrol)	11.3	9.1-12.3	detik
Glukosa darah sewaktu	72	75-110	mg/dL
Ureum	12	10-50	mg/dL
Creatin	0.65	0.60-1.10	mg/dL
Natrium (NA)	136.0	135-147	mmol/L
Kalium (K)	3.90	3.5-5.0	mmol/L
urinalisasi			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Agak keruh	Jernih	
Protein	Neg	<30 (Negatif)	mg/dL
Reduksi	Neg	<15 (Negatif)	mg/dL
Bilirubin	Neg	<1 (Negatif)	mg/dL
Reaksi/PH	6.5	4.8-7.4	
Urobilinogen	1.0	<2	mg/dL
Benda keton	40.0	<5 (Negatif)	mg/dL
Nitrit	Neg	Negatif	
Berat jenis	1.025	1.015-1.25	
Darah (blood)	25	<5 (Negatif)	Eri/uL
Leukosit	15	<10 (Negatif)	Leu/uL
Sel epitel	10-12	5-15	/LPK
Eritrosit	10-12	<1/LBP	/LPB
Leukosit	8-10	3-5	/LPB
Silinder	0		

#### XI. Diit

Klien mengatakan hanya makan bubur dan telur dari rumah sakit

## **B. ANALISA DATA**

Pada tanggal 01 februari 2021 pukul 10.30 didapatkan data subyektif yang pertama yaitu klien mengatakan nyeri dibagian perut luka bekas SC, klien mengatakan nyeri terus menerus dan jika bergerak nyerinya bertambah dengan skala 7 seperti disayat-sayat, sedangkan data objektifnya klien tampak meringis, klien tampak lemah, sulit tidur karena nyeri dan tampak menahan sakit, penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Kemudian data fokus yang kedua didapatkan data subjektif yaitu klien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dirasakannya, mengeluh istirahat tidak cukup karena menyusui dan mengeluh tidur tidak puas, sedangkan data objektifnya klien tampak lemah, tampak sulit tidur, tanda-tanda vital klien tekan darah : 110/70 mmHg, RR : 20x/menit, Nadi : 82x/menit, Suhu : 36,7° C, kemudian penulis menegakkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

## **C. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

## **D. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

Pada tanggal 01 februari 2021, disusun intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri klien dapat berkurang dengan kriteria hasil Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Kesulitan tidur menurun, Gelisah menurun, intervensi yang diterapkan pada diagnosa pertama yaitu : 1. Identifikasi karakteristik dan lokasi nyeri, 2. Monitor TTV, 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, 4. Tetapkan target efektifitas analgesik



untuk mengoptimalkan respon pasien, 5. Anjurkan pasien dan keluarga untuk bertanya jika masih ada hal-hal yang belum dimengerti, 6. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan sering terjaga menurun, Keluhan tidak puas tidur menurun, Keluhan istirahat tidak cukup menurun, intervensi yang diterapkan yaitu : 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur dan pola aktivitas, 2. Modifikasi lingkungan, 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, 4. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, 6. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, 7. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi, 8. Kolaborasi pemberian obat tidur, jika perlu.

## **E. IMPLEMENTASI**

Pada tanggal 01 februari 2021 pukul 08.30 WIB dilakukan intervensi diagnosa 1 yaitu Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik, pada pukul 08.30 dilakukan intervensi 1. Mengidentifikasi karakteristik nyeri, respon klien data subyektif : Klien mengatakan nyeri dibagian luka SC, data obyektif : Klien tampak meringis, pada pukul 09.30 dilakukan intervensi keperawatan ke 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, respon klien data subyektif : Klien mengatakan nyeri dibagian perut luka jahit bekas oprasi, sedangkan data obyektif : Tampak luka insisi diperut klien.

Pada tanggal 01 februari 2021 pukul 11.00 dilakukan intervensi diagnosa ke 2 yaitu : Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Pada pukul 11.00 dilakukan intervensi 1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, dengan respon klien data subyektif : Mengatakan nyeri dibagian perut bekas SC yang membuat dirinya tidak

bisa tidur, sedangkan data obyektif : Mata klien tampak sayup, kliem tampak lelah, pada pukul 12.00 dilakukan intervensi keperawatan ke 2. Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit, respon klien dengan data subyektif : Klien bersedia mendengarkan penjelasan, data obyektif : Klien terlihat mendengarkan.

Pada tanggal 02 februari 2021 pukul 15.00 dilakukan intervensi keperawatan diagnosa 1 yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, pada pukul 15.00 dilakukan tindakan intervensi keperawatan 1. Mengajarkan teknik nafas dalam, dengan respon klien data subyektif : Klien mengatakan bersedia diberikan teknik nafas dalam, data obyektif : Klien tampak mengikut dan mendengarkan, pada pukul 16.00 dilakukan intervensi keperawatan ke 2. Memonitor TTV, respon klien data subyektif : -, data obyektif : Klien tampak lemah, Nadi : 87 x/menit, S : 36,7 ° C, RR : 24x/menit, TD : 110/80 mMhg.

Pada tanggal 02 februari 2021 pukul 17.00 dilakukan intervensi diagnosa ke 2 yaitu : Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, pada pukul 17.00 dilakukan intervensi keperawatan 1. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur, dengan respon klien data subyektif : Klien mengatakan biasanya tidur jam setengah 10, data obyektif : Klien tampak kurang tidur, klien tampak tidak menepati kebiasaan waktu tidur. pada pukul 18 dilakukan intervensi keperawatan ke 2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, seperti pijat, mengatur posisi, dengan respon klien data subyektif : Klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi telentang, dat obyektif : klien tampak rileks.

Pada tanggal 03 februari 2021 pukul 18.00 dilakukan intervensi diagnosa 1 yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, pada pukul 18.00 dilakukan tindakan intervensi keperawatan 1. Mengajukan klien dan keluarga untuk bertanya jika ada hal-hal yang belum dimengerti, dengan respon klien data subyektif : Klien mengatakan belum ada pertanyaan, data obyektif : Klien tampak paham dengan kondisinya,

pada pukul 19.00 dilakukan intervensi keperawatan ke 2. Memberikan obat, respon klien dengan data subyektif : -. data obyektif : Klien tampak masih menahan sakit, klien tampak meringis

Pada tanggal 03 februari 2021 pukul 20.00 dilakukan intervensi diagnosa ke 2 yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, pukul 20.00 dilakukan intervensi keperawatan 1. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi, dengan respon klien data subyektif : Klien mengatakan bersedia diajarkan relaksasi otot, data obyektif : Klien tampak mendengarkan, pada pukul 20.30 dilakukan intervensi 2. Memberikan obat, dengan respon klien data subyektif : Pasien mengatakan nyerinya menurun, data obyektif : Pasien terlihat senang,

#### **F. EVALUASI**

Pada tanggal 01 februari 2021 pukul 10.30 WIB, hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yaitu, S : Pasien mengatakan nyeri dibagian perut oprasi SC, klien mengatakan nyeri seperti tersayat, O : Pasien tampak gelisah, klien tampak menahan sakit, TTV : TD : 110/70, S : 36° C, N : 80x/menit, RR : 24x/menit, A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi

Pada tanggal 01 februari 2021 pukul 13.00 WIB, hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu, S : Pasien mengeluh tidak bisa tidur karena nyeri dibagian perut, klien mengatakan masih terjaga setiap malam, O : Mata pasien terlihat sayup, Pasien terlihat lemas, wajah pasien terlihat pucat, A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi

Pada tanggal 02 februari 2021 pukul 16.30 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yaitu, S : Pasien mengeluh nyeri dibagian perut luka post op sudah mulai mereda, O : Klien tampak meringis, klien tampak gelisah, TTV : TD :

110/70 mmHg, N : 70x/menit, S : 36° C , RR : 20x/menit, A : Masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi

Pada tanggal 02 februari 2021 pukul 18.00 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu, S : Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur walaupun masih terasa nyeri, klien mengatakan masih terbangun disetiap malam, O : Klien tampak masih lemas, klien tampak masih cemas, pasien terlihat masih gelisah, A : Masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi

Pada tanggal 03 februari 2021 pukul 20.30 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yaitu, S : Pasien mengeluh nyerinya sudah berkurang, pasien mengatakan skala nyeri menjadi 4, O : Pasien terlihat lebih fress, pasien terlihat senang, A : Masalah teratasi, P : Pertahan intervensi

Pada tanggal 03 februari 2021 pukul 21.00 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu, S : Pasien mengatakan sudah bisa tidur tepat waktu walaupun terkadang masih terjaga, O : Wajah klien tampak senang, klien tampak tidak cemas, pasien terlihat tidak gelisah, A : Masalah teratasi, P : Pertahankan intervensi.

## BAB IV

### PEMBAHASAN

Pada BAB IV penulis membahas hasil analisis kasus yang mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Portus Tak Maju yang telah disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan post sectio caesarea indikasi portus tak maju ini dikelola selama 3 hari pada tanggal 01 Februari 2021 - 03 Februari 2021 di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang.

Di BAB IV ini penulis akan membahas hambatan yang diperoleh selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan memperhatikan aspek keperawatan yaitu Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan. Berdasarkan hasil pengkajian penulis menemukan 2 diagnosa yaitu sebagai berikut :

#### A. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 01 februari 2021 jam 10.00 WIB pada Ny. S post SC dengan indikasi partus tak maju di ruang baitunnisa 2 RSI sultan agung semarang. Partus tak maju adalah fase laten yang lebih dari 8 jam. Persalinan telah dilakukan selama 12 jam atau lebih tetapi bayi belum lahir. Pelebaran disisi kanan tali pusat aktif, atau umumnya diperkirakan durasi persalinan untuk wanita primipara melebihi 24 jam, dan durasi kelahiran sudah 2 kali hamil melebihi 18 jam (BERUTU, 2019).

Penyebab terjadinya partus tak maju banyak dan tergantung pada pengawasan selama kehamilan, pertolongan dan penanganan persalinan yang baik. Faktor-faktor yang menyebabkan waktu bersalin lama adalah tidak sesuai letak dan letak salah, janin besar, panggul sempit, serviks dan vagina abnormal, asimetri fetovelvic. Selain itu, faktor risiko partus lama adalah analgesi dan anastesi yang berlebihan, kecemasan, usia, ketergantungan pada wanita, respon stress, masalah mobilitas dan puasa yang ketat (Riyanto, 2014).



Klien mengatakan nyeri terus menerus, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, klien tampak sulit tidur dan terdapat luka operasi SC diperut klien.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut b.d Agen cedera fisik d.d Klien mengatakan nyeri dibagian abdomen luka bekas SC, Pasien mengeluh nyeri terus-menerus, Klien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak.

Menurut (PPNI 2016) Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Nyeri akut b.d agen cedera fisik setelah persalinan secara sc dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri di perut luka bekas sc, pasien mengeluh nyeri terus menerus, pasien tampak meringis, klien tampak gelisah, klien tampak sulit tidur. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena pengkajian keperawatan ditemukan klien mengeluh nyeri dibagian perut luka bekas sc, pasien terlihat meringis, pasien terlihat gelisah, pasien terlihat sulit tidur dan terdapat luka insisi pembedahan sc. Pengambilan diagnosa sudah pas karena dari pengkajian didapatkan klien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, tampak sulit tidur dan terdapat luka insisi bekas sc itu sudah memenuhi syarat untuk 80% dan data subjektif dan objektif.

Alasan penulis mengangkat diagnosa nyeri akut b.d agen cedera fisik karena pembedahan operasi selama persalinan, pada waktu dilakukan pengkajian pada Ny. S post partum sc didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri dibagian luka bekas sc, klien nyeri terus menerus, klien nyeri seperti tersayat, skala nyeri 7 dan data objektif klien tampak meringis, klien tampak menahan sakit, klien nampak gelisah.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis untuk mengatasi nyeri akut b.d agen cedera fisik dibuktikan dengan pasien merasa nyeri dibagian perut luka bekas sc, pasien mengeluh nyeri terus menerus, nyeri seperti tersayat sedangkan data objektif pasien terlihat

meringis, pasien terlihat gelisah, pasien terlihat menahan sakit dan terdapat luka insisi post operasi. Penulis menyusun tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam klien diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, kesulitan menurun, gelisah menurun dengan intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi nyeri adalah memberikan terapi non farmakologi yaitu dengan mengajarkan teknik nafas dalam sehingga nyeri yang dirasakan klien berkurang.

Manajemen nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, tetapi penatalaksanaan nyeri juga dapat dikombinasikan dengan pemberian farmakologi dan non farmakologi. Non farmakologi merupakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi nyeri. Tindakan non farmakologi di gunakan sebagai pelengkap dalam pemberian analgesik tetapi tidak sebagai pengganti. Ada beberapa jenis tindakan non farmakologi salah satunya teknik relaksasi yaitu latihan pernafasan dengan prinsip dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas terhadap nyeri, dengan cara ciptakan lingkungan yang tenang, tentukan posisi yang nyaman, konsentrasi pada suatu obyek dan melepaskan ketegangan (Mayasari, 2016)

Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan oleh penulis. Penulis dapat melakukan intervensi keperawatan karena klien tampak mendengarkan dan kooperatif saat dikaji.

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis setelah dilakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis. Adapun hasil yang didapat dari data klien Ny. S masalah teratasi sebagian, klien mengatakan nyeri sudah berkurang, klien tampak lebih rileks.

2. Ganggua pola tidur b.d Hambatan lingkungan d.d Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri, Pasien mengeluh istirahat tidak cukup karena menyusui.



Menurut (PPNI 2016) gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Adapun penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan dibuktikan dengan data subjektif pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri, klien mengeluh istirahat tidak cukup, klien mengatakan tidur tidak puas sedangkan data objektif klien tampak lemah, klien tampak sulit tidur, TTV = TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit. S : 36,7°C, RR : 20 x/menit

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan menyusun tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dengan intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur adalah mengidentifikasi faktor pengganggu tidur yaitu karena nyeri solusi untuk mengatasinya dengan mengajarkan relaksasi otot autogenik dan pemberian obat analgesik sehingga nyeri yang dirasakan klien bisa berkurang dan klien bisa tidur dengan nyenyak. Relaksasi otot autogenik adalah salah satu teknik yang dapat menghilangkan ketegangan dengan menggunakan teknik baik gambaran maupun visual dan body awareness, seseorang mencapai relaksasi yang dalam. Teknik ini dapat digunakan dalam merawat berbagai gangguan pada saluran pernapasan, saluran pencernaan, sistem peredaran darah, denyut nadi tidak beraturan. Relaksasi dapat menolong dalam mengurangi pikiran yang obsesi, kecemasan, dan depresi (Dewi & Widari, 2014).

Salah satu terapi non farmakologi untuk mengatasi gangguan pola tidur yaitu dengan mendengarkan murattal Al-Qur'an karena dapat memberikan pengaruh positif terhadap kualitas tidur dengan tempo lambat serta harmonis, lantunan Al-Qur'an dapat menurunkan hormon stress, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, tegang dan dapat

memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak. Pemberian murattal Al-Qura'an dapat memberikan perasaan tenang yang dapat membantu untuk tidur (Iksan & Hastuti, 2020).

Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan oleh penulis. Penulis dapat melakukan semua intervensi karena klien saat dikaji dan dilakukan tindakan keperawatan tampak kooperatif dan menderkan saat dikaji penulis.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan berdasarkan yang ingin dicapai kriteria hasil yang sudah di tetapkan oleh penulis. Adapun hasil yang didapatkan dari data klien Ny. S yaitu masalah teratasi, klien mengatakan sudah tidur dengan nyenyak, klien tampak rileks.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Asuhan keperawatan yang dikelola selama 3 hari mulai tanggal 01 februari 2021-03 februari 2021. Langkah terakhir untuk menyusun karya tulis ilmiah ini adalah membuat kesimpulan dan saran yang dapat digunakan untuk bahas pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada Ny. S dengan post sectio caesarea indikasi partus tak maju. Adapun pembahasan kasus meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan.

#### **A. Kesimpulan**

1. Indikasi partus tak maju

Partus tak maju adalah proses melahirkan lama secara langsung yang lebih dari 18 jam saat melahirkan dan lebih dari 24 jam dalam masa kehamilan bayi belum lahir yang dapat menimbulkan gejala infeksi, kelelahan ibu, serta asifaksia dan kematian janin dalam kandung (Purnamasari, 2012).

2. Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian penulis sudah berusaha melakukan pengkajian dengan baik meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat menstruasi, riwayat kb, pemeriksaan fisik head to toe, pengkajian khusus, pemeriksaan fisik bayi, analisa data, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan

3. Diagnosa

Diagnosa keperawatan diambil berdasarkan dengan keluhan klien dan dari data pengkajian yang didapatkan. Diagnosa keperawatan pertama adalah nyeri akut b.d agen pencidera fisik, yang kedua gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

4. Intervensi

Rencana keperawatan yang telah disusun dengan hasil tujuan yang dicapai dengan rencana tindakan keperawatan sudah sesuai dengan Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standart Intevensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

5. Implementasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal 01 februari 2021 - 03 februai 2021 selama 3x8 jam, implementasi yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun.

6. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pada tanggal 01 februari 2021- 03 februari 2021 selama 3x8 jam didapatkan evaluasi hari ketiga masalah teratasi dan pertahankan intervensi

**B. Saran**

1. Bagi intitusi pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah agar intitusi pendidikan dapat menambah wawasan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa untuk mengelola asuhan keperawatan dengan post sc indikasi tak maju

2. Bagi profesi perawat

Menambah wawasan ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan post sc tak maju serta dapat mempertahankan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik dan benar sesuai dengan ilmu keperawatan yang terbaru

3. Bagi masyarakat

Sebagai perawat harus mampu memberikan edukasi kesehatan tentang masalah setelah persalinan dengan sectio caesarea dan untuk mengatasi nyeri setelah pembedahan.

## DARTAR PUSAKA

- Anggorowati, & Sudiharjani, N. (2010). Mobilisasi Dini dan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea (SC) di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga. *Prosiding Seminar Nasional Dan Internasional Universitas Muhammadiyah Semarang*, 30–35.  
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/viewFile/1281/1334>
- BERUTU, A. R. (2019). *Faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Peran Bidan Pada Partus Tak Maju Di Wilayah Puskesmas Singgabung Tahun 2019*. 25 of 129. <http://repository.helvetia.ac.id/2380/>
- Dewi, E. U., & Widari, N. P. (2014). Teknik relaksasi autogenik dan relaksasi otot progresif terhadap tekanan darah pada lansia dengan hipertensi. *Ilmu Keperawatan Respati*, 4(2), 68–79.
- Eriyani, T., Shalahuddin, I., & Maulana, I. (2018). PENGARUH MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA POST OPRASI SECTIO CAESAREA. *Buletin Media Informasi Kesehatan*, 028, 182–190.
- Fatmawati. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian partus Lam A di puskesmas jumpandang Baru Makassar Tahun 2017. *Journal Kesehatan Delima Pelamonia*, 53(9), 1689–1699.
- Hapsari, D. I., & Hendraningsih, T. (2018). Determinan peningkatan Angka Kejadian tindakan sectio caesarea pada ibu Bersalin di Rumah Sakit Ade Muhammad Djoen Kabupaten Sintang. *Jumantik Universitas Muhammadiyah Pontianak*.
- Iksan, & Hastuti. (2020). TERAPI MURATTAL DALAM UPAYA MENINGKATKAN KUALITAS TIDUR LANSIA. *Jurnal Keperawatan*, 3, 576–606.
- Kasron, S. (2019). Identification of The Puerperium Infection Characteristics. *Jurnal Kebidanan*, 9(1), 127–134.

[http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jur\\_bid/article/view/815/868](http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jur_bid/article/view/815/868)

- Machmudah. (2015). GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA IBU POSTPARTUM ; POSTPARTUM BLUES. *Keperawatan Maternitas*, 3(2), 118–125.
- Mardiawati, D. (2017). Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Kebidanan Rsud Dr. Rasidin Padang. *Menara Ilmu*, XI(76), 210–214.
- Mayasari, C. D. (2016). Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non Farmakologi bagi Seorang Perawat. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 1(1), 35–42.
- Morita, K. M. (2018). Pengaruh Penerapan Kolkaba Comfort Theory Dalam Manajemen Asuhan Keperawatan (ASKEP) Terhadap Kenyaman Pasien Post Sectotio Caesarea (SC) Di Rumah Sakit Ibnu Sina Yarsi Sumatera Barat Bukittinggi Tahun 2017. XII(8), 69–78.
- Purnamasari, D. A. (2012). Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Post Sectio Caesarea Indikasi Partus Tak Maju di Ruang Bougenvile RSUD Sukoharjo. *Ilmu Kesehatan*, 3.
- Rahma, W. F., & Kamsatun. (2018). Mobilisasi Dini Ibu Post Sectio Caesarea Di Rsud Soreang. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 5(2), 149–163. <https://doi.org/10.32668/jitek.v5i2.5>
- Rini, S., & Susanti, I. H. (2018). penurunan nyeri pada ibu post sectio caesaria pasca intravensi BIOLOGIC NURTURING BABY LED FEEDING. *Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 16(2), 83–88.
- Riyanto. (2014). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Partus Lama di Puskesmas Poned Kabupaten Lampung Timur. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, VII(2), 15–21.
- SAMBAS, E. K. (2017). PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN



MENGENAI PERAWATAN IBU POSTPARTUM DENGAN SEKSIO SESARIA TERHADAP KEMAMPUAN MERAWAT DIRI DI RSUD Dr. SOEKARDJO KOTA TASIKMALAYA. *Kesehatan Bakti Tunas Husada*, 17(2).

SENIORITA, D. (2017). Gambaran Pengetahuan Ibu Post Partum Tentang Kebutuhan Dasar Selama Masa Nifas Di Rumah Bersalin Srikaban Binjai Tahun 2016. *Ilmiah Kohesi*, 1(1), 95–103.

Setyorini, R. H., & Mediastuti, F. (2014). IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM NASIONAL MASA NIFAS PADA BIDAN PRAKTIK SWASTA. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, Vol. 10(2), 122–129.

Sofyan, khairita silvana. (2019). *POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA*. khairita silvana sofyan.

Sridani, N. W., Asia, N., Fauzan, & Palesa, H. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN POST PARTUM DENGAN PIJAT OKSITOSIN UNTUK PENINGKATKAN PRODUKSI ASI DIRUANGAN MERANTI RSU TORABELO. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 6(2), 2-undefined.

Sumelung, V., Kundre, R., & Karundeng, M. (2014). FAKTOR-FAKTOR YANG BERPERAN MENINGKATNYA ANGKA KEJADIAN SECTIO CAESAREA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LIUN KENDAGE TAHUNA. *Ejournal Keperawatan (e-Kp)*, 30(4), 869–874.  
[https://doi.org/10.1016/0584-8539\(74\)80002-4](https://doi.org/10.1016/0584-8539(74)80002-4)

Utami, S. (2016). Efektivitas Aromaterapi Bitter Orange Terhadap Nyeri Post Partum Sectio Caesarea. *Unnes Journal of Public Health*, 5(4), 316.  
<https://doi.org/10.15294/ujph.v5i4.12422>

Wahyuningsih, H. P. (2018). *ASUHAN KEBIDANAN NIFAS DAN MENYUSUI* (S. Utami, F. Zamil, & R. Mawardi (eds.); Tahun 2018).

Wahyuningsih, S. (2019). *buku ajar asuhan keperawatan post partum* (D.



Novidiantoko & C. M. Sartono (eds.)). Grup penerbitan CV BUDI UTAMA.

Zamzara, R. F., Ernawati, D., & Susanti, A. (2015). PENGARUH PIJAT OKSITOSIN TERHADAP WAKTU PENGELUARAN KOLOSTRUM IBU POST PARTUM SECTIO CAESARIA. *Ilmiah Kesehatan, 1*, 229–241.



## Lampiran 1

### SURAT KESEDIAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

NIDN : 06-2402-740

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula

Semarang, sebagai berikut :

Nama : Dian Alif Wildani Ningrum

NIM : 40901800023

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. S dengan post sectio caesarea indikasi portus tak maju di Ruang Baintunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

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

Semarang, 24 Januari 20021

Pembimbing



Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp. Kep. Mat  
NIDN. 06-2402-740

## Lampiran 2

### SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

NIDN : 06-2402-740

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula

Semarang, sebagai berikut :

Nama : Dian Alif Wildani Ningrum

NIM : 40901800023

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. S dengan post sectio caesarea indikasi portus tak maju di Ruang Baintunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 23 Januari 2021 sampai dengan 20 Mei 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

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

Semarang, 20 Mei 2021

Pembimbing



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



NIDN. 06-2402-740

**Lampiran 3**






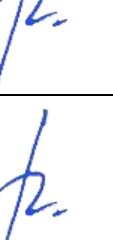

**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN  
FIK UNISSULA  
2021**


**Nama Mahasiswa : Dian Alif Wildani Ningrum**  
**NIM : 40901800023**  
**Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. S dengan post sectio caesarea indikasi portus tak maju di Ruang Baintunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**  
**Pembimbing : Ns. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp. Kep. Mat**

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Sabtu, 23 Januari 2021	Persiapan menjelang pembuatan KTI	Memberikan semangat untuk mencari kasus dan jika sudah memenemukan kasusnya segera konfirmasi	
Senin, 25 Januari 2021	Belum dapat kasus	Sabar, ditunggu semoga segera ada pasien untuk di kelola kasusnya dan ditambah doa sholawatnya agar diberikan pertolongan Allah SWT	

Senin, 01 Februari2 021	Pengkajian	Silahkan di lanjutkan pengkajian dan membuat askep dan lp	
Kamis, 04	Askep	Perbaiki askep	



Februari2 021			
Senin, 15 Februari 2021	Askep	Acc askep dan lanjut bab 1 sekalian buat bab 2 dan bab 3 bisa di buat seperti di buku panduan	
Sabtu, 27 Maret 2021	Konsul BAB 1	Untuk bab 1 perbaiki penataan tulisan, kalimat pertama dan kedua tidak usah	
Jumat, 9 April 2021	Konsul bab 1 dan bab 2	Bab 1 acc bab 2 terdiri dari sc post partum dan ditambah khusus partus tidak maju itu dijelaskan lebih khusus.	
Sabtu, 17 april 2021	Konsul bab 2 dan 3	Bab 2 dan 3 acc lanjut mengerjakan bab 4	
Jum'at, 23 April 2021	Konsul bab 4	Di bab 4 pembahasan itu ditambah ada tidak diagnosa keperawatan yang seharusnya muncul tapi belum dimunculkan	
Kamis, 29 april 2021	Konsul bab 4 dan 5	Bab 4 acc silahkan dilanjutkan mengerjakan bab 5	
Rabu, 5 Mei 2021	Konsul bab 5	Diperbaiki penataan dan penulisan kembali sesuai panduan	

Selasa, 11 Mei 2021	Konsul	ACC	
---------------------------	--------	-----	---






**Lampiran 4**



**BERITA ACARA**

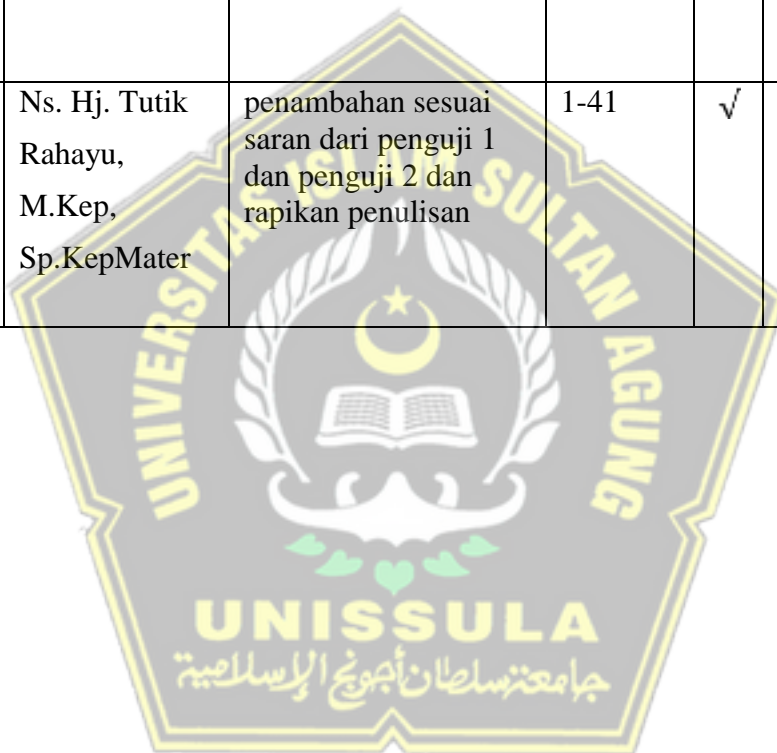
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN POST SECTIO  
CAESAREA INDIKASI PARTUS TAK MAJU DI RUANG  
BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**NAMA : Dian Alif Wildani Ningrum**

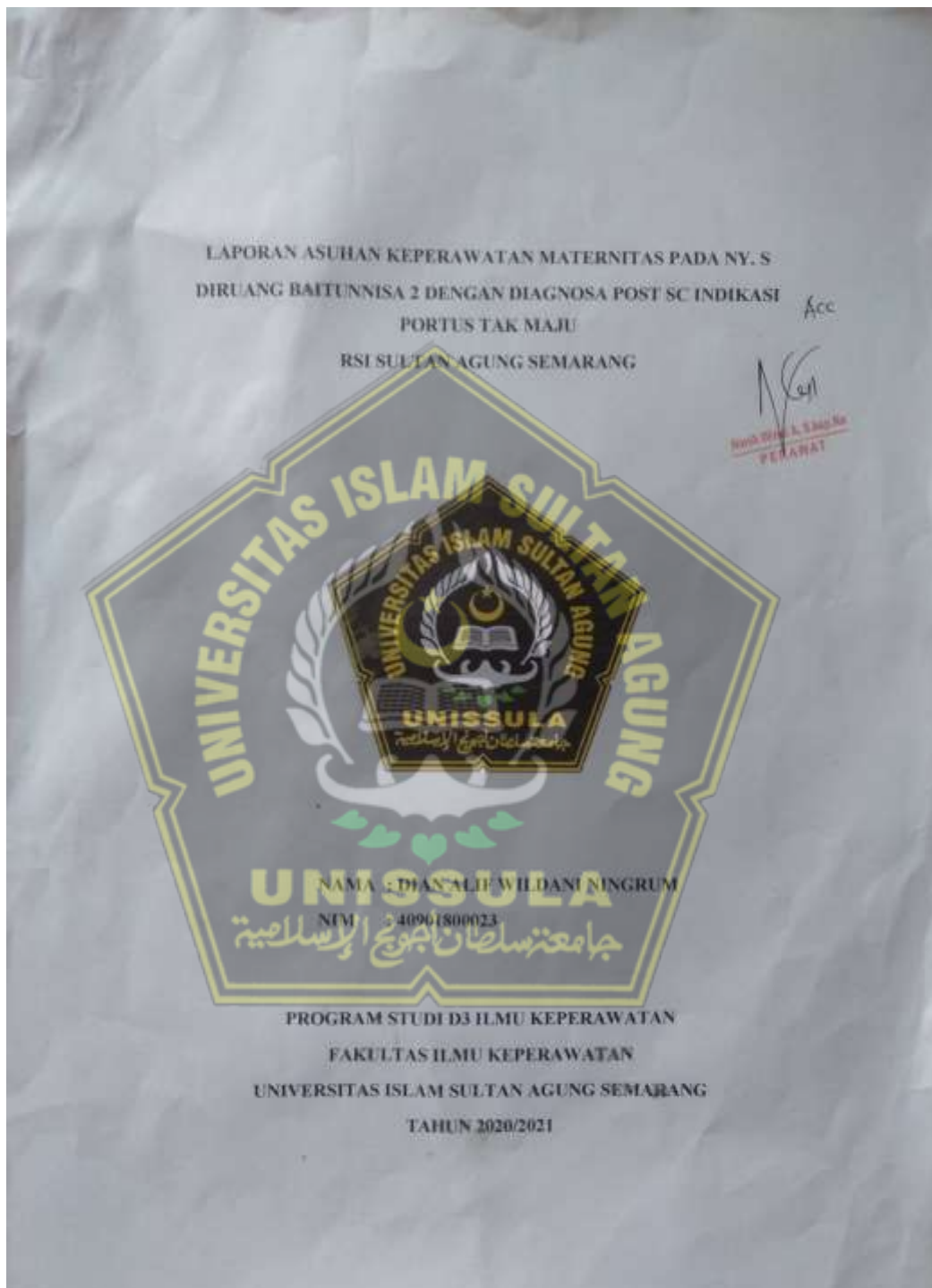
**NIM : 40901800023**

No.	Nama Penguji	Direvisi Pada Bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda Tangan
1.	Ns. Aprilia Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp.kEP.Mat	Perbaikan penulisan, titik di belakang sumber, penambahan fenomena di RSI terkait kasus, perhatikan riwayat keluhan utama dan riwayat kesehatan sekarang, rapikan penulisan, penambahan refrensi, penambahan evidence based, simpulan sesuaikan dengan tujuan, rapikan daftar pusaka	1-41	√		

2.	Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep	Penulisan sumber, rata kanan kiri,diagnosa, intervensi di ambil dari SDKI dan SIKI, tidak boleh pakai simbol, penulisan nama, kota, status obstetri, penambahan artikel dan jurnal	3-34	√		
3.	Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep, Sp.KepMater	penambahan sesuai saran dari penguji 1 dan penguji 2 dan rapikan penulisan	1-41	√		



**Lampiran 5 Lembar Askep**



## PENGKAJIAN

Nama mahasiswa : dian alif wildani ningrum tanggal : 01-02-2021 jam 10.00

RS/puskesmas : RSI sultan agung semarang

### I. Identitas pasien

1. Inisial klien : Ny. S
2. Umur : 24 tahun
3. Agama : islam
4. Pekerjaan : guru
5. Alamat : karangsari rt 05 rw 03 karang tengah demak
6. Status obstetric : nifas ke 2 p=2 A:0

No.	Tipe persalinan	BB lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Komplikasi	Keadaan sekarang
1.	Spontan Gameli	1.200 gram	Prematur	-	Meninggal
2.	Spontan Gameli	1.200 gram	Prematur	-	Meninggal
3.	SC	3.200 gram	Bayi sehat	Tidak ada	Hidup

II. Keluhan utama : pasien dari tgd kemudian operasi SC pada tanggal 01 Januari 2021 jam 08.00 dengan indikasi hamil 38 minggu dengan portus tak maju, setelah operasi pasien mengatakan badannya terasa panas dan nyeri dibagian perut (luka insisi) setelah diinjeksikan SC, nyerinya terus menerus seperti tersayat-sayat apalagi saat bergerak dengan skala 7, pasien juga mengeluh pola tidurnya terganggu karena nyeri yang dirasakannya (0-10)

III. Riwayat kesehatan sekarang : pasien mengatakan badannya terasa panas dan nyeri dibagian perut luka insisi akibat operasi seperti tersayat-sayat dengan skala 7 (0-10)

IV. Masalah kehamilan : tidak ada

V. Riwayat menstruasi

- a. Menarche umur : 12 tahun
- b. Siklus menstruasi : 28 hari
- c. Lama menstruasi : 7 hari

d. Adakah gangguan dalam menstruasi, jika ada bagaimana cara mengatasinya?

Klien mengatakan saat menstruasi tidak ada gangguan

VI. Riwayat KB

- a. Jenis KB : Klien mengatakan belum pernah
- b. Lama KB
- c. Adakah keluhan ? tidak ada
- d. Rencana KB : Klien mengatakan belum ada rencana untuk KB

VII. Pemeriksaan fisik (head to toe)

I. Tanda-tanda vital

- a. TD : 110/70
- b. Nadi : 82 x/menit
- c. Suhu : 36,7° C

- d. Respirasi : 20 x/menit      (klien tampak tenang)
2. Keadaan umum : klien tampak lemah, lelah mata tampak sayup dan tampak meringis karena nyeri ; (klien tampak mendahului sunt)
3. Kesadaran : composmentis, GCS : 15
4. Kepala, leher
- Kepala : Bentuk kepala mesocephal, tidak ada odema, tidak ada benjolan, tidak ada lesi
  - Rambut : rambut tampak lurus, berwarna hitam, bersih, tidak lepek dan tidak rontok
  - Wajah : pipi kan kiri simetris, tidak lebam, tidak lesi, bersih dan warna kulit sawo matang
  - Mata : kanan kiri simetris, tidak odema, tidak ada lesi, sklera tidak hikterik, konjungtiva tidak anemis dan tidak memakai alat bantu seperti kacamata
  - Hidung : berbentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada pemapasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan, tidak sinus dan fungsi penciuman baik
  - Telinga : kanan kiri simetris, tidak ada lesi. Tidak ada odem, fungsi pendengaran baik, tidak ada nyeri tekan
  - Leher : tidak ada kelainan thyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
  - Mulut dan gigi : mukosa mulut tampak kering, tidak memakai gigi palsu, gigi tampak bersih, tidak ada stomatitis
5. Thorak
- Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada luka
  - Palpasi : tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding teraba soner
  - Perkusi : soner
  - Auskultasi : tidak suara nafas tambahan
6. Payudara
- Inspeksi : bentuk kanan kiri simetris, tidak ada luka, tidak ada odema, puting susu agak kedut, areola berwarna gelap, produksi asi baik
  - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
  - Colustrum : colustrum sudah keluar
7. Abdomen
- Bentuk abdomen : bentuk abdomen simetris, terdapat luka insisi SC dengan bentuk horizontal tertutup perban dengan ukuran 17 cm dengan lebar 1-2 cm
  - Nyeri tekan di bagian perut post op Sc
  - Fundus uteri
    - TTD : 2 jari dibawah tali pusar
    - Posisi : agak ke kanan
    - Kontraksi : baik
8. Lochea : rubra
- Jumlah : 2 kali ganti pembalut
  - Warna : merah kecoklatan
  - Konsistensi : lendir dan darah



- Bau : amis
- 9. Perineum
  - Keadaan : utuh
  - Tanda REEDA : tidak ada
  - Kebersihan : bersih tidak ada odema dan tidak lesi
  - Hemoroid : tidak ada
- 10. Eliminasi
  - Kesulitan BAK : klien terpasang kateter, warna urin kuning, bau pasang kateter
  - Kesulitan BAB melahirkan : klien mengatakan belum BAB semejak
  - Distensi VU : terpasang kateter
- 11. Ekstremitas
  - Atas : terpasang infus
  - Bawah : kaki kanan kiri simetris tidak ada luka tidak ada odema tidak fraktur
  - Varises : tidak ada
  - Tanda homans : negatif
- VIII. Pengkajian kebutuhan khusus
  1. Oksigenasi
 

Adakah keluhan sesak nafas, pusing setelah beraktivitas  
klien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas
  2. Nutrisi
 

Asupan makanan dan  
jelas : bukur, jumlah : satu porsi  
tidak ada makanan pantangan
  3. Cairan
 

Asupan cairan  
Jenis dan jumlah 500 ml
  4. Eliminasi
    - a. Adakah keluhan keringat berlebih bila ada upaya mengatasinya?  
Tidak ada
    - b. BAK pertama setelah persalinan  
Sekitar jam 10.00
    - c. Adakah keluhan BAK, bila ada jelaskan  
Tidak ada
    - d. BAB pertama setelah persalinan  
Belum BAB
    - e. Adakah keluhan BAK bila ada jelaskan  
Tidak ada
  5. Kenyamanan
 

klien mengatakan tidak nyaman karena nyeri yang dirasakannya. klien mengatakan nyeri abdomen post luka laks SC  
P: klien mengatakan nyeri dan jika bergerak nyerinya bertambah - klien tempak  
Q: klien mengatakan nyerinya seperti disayat-sayat  
R: klien mengatakan nyeri pada abdomen/ luka insisi post SC  
S: klien mengatakan nyeri dengan skala 7 (0-10) medikasi
  6. Istirahat dan tidur
    - klien mengatakan sulit tidur karena nyeri
    - klien mengatakan istirahat total cukup karena nyeri

T : klien mengatakan nyeri terus menerus

6. Istirahat dan tidur : klien mengatakan pola tidurnya terganggu karena merasa nyeri, terkadang terjaga karena tidak bisa tidur

IX. Pemeriksaan fisik bayi (head to toe)

- a. BB : 3200 gram
- b. PB : 50 cm
- c. LD : 46 cm
- d. LK : 34 cm

X. Pemeriksaan penunjang

- Hemoglobin 13.6 g/dL
- Hematokrit 40.4 %
- Leukosit 8.77 ribu/uL
- Trombosit 220 ribu/uL
- Golongan darah B positif
- PT 9.3 detik
- PT (kontrol) 11.3 detik
- Glukosa darah sewaktu 1.72 MG/DL
- Ureum 12 mg/dL
- Creatin 0.65 mg/dL
- Natrium (Na) 136.0 mmol/L
- Kalium (K) 3.90 mmol/L

Urinalisa

- Warna kuning
- Kejernihan agak keruh
- Protein neg (<30 (negatif)) mg/dL
- Reduksi neg (<15 (negatif)) mg/dL
- Bilirubin neg (<1 (negatif)) mg/dL
- Reaksi/pH 6.5
- Urobilinogen 1.0
- Benda keton H 40.0 mg/dL
- Nitrit negatif
- Berat jenis 1.025
- Darah (blood) 25 Eri/uL
- Leukosit 15 Leu/uL
- Sel epitel 10-12 LPK
- Eritrosit 10-12 LPB
- Leukosit 8-10 /1 PB
- Silinder 0

XI. Diet

Klien mengatakan hanya makan bubur dan telur dan RS



ANALISA DATA

NO.	ANALISA DATA	MASALAH	ETIOLOGI	TTD
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan nyeri dibagian perut luka bekas sc</li> <li>klien mengatakan <del>perih</del> nyeri terus menerus</li> <li>klien mengatakan nyeri dan jika bergerak nyerinya bertambah</li> <li>klien mengatakan nyerinya seperti disayat-sayat</li> <li>klien mengatakan nyeri terus menerus</li> <li>Skala nyeri 7</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>klien tampak meringis</li> <li>klien tampak lemah</li> <li>klien tampak mata agak sakit</li> <li>klien tampak gelisah</li> <li>Tampak luka post op</li> <li>Skala nyeri 7</li> </ul>	Nyeri akut	Agen cidera fisik	
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan sulit tidur karena nyeri</li> <li>klien mengeluh istirahat tidak cukup</li> <li>klien mengatakan tidak puas tidur</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>klien tampak pucat</li> <li>klien tampak lemas</li> <li>klien tampak gelisah</li> </ul>	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan	

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

INTERVENSI

NO.	DIGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	TTD
1.	Nyeri akut b.d agen pencidera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan KH : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketuban nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Gesulian tidur menurun</li> <li>• Gelisah menurun</li> </ul>	<b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi karakteristik nyeri dan lokasi nyeri</li> <li>• Monitor TTV</li> </ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien</li> <li>• Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan pasien dan keluarga untuk bertanya jika masih ada hal-hal yang belum dimengerti</li> </ul> <b>Kolaborasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik</li> </ul>	
2.	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur pasien tidak terganggu dengan KH: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketuban sulit tidur menurun</li> <li>• Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>• Keluhan tidak puas</li> </ul>	<b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>• Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> </ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifikasi lingkungan</li> <li>• Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> <li>• Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> </ul> <b>Edukasi</b>	

		tidur menurun <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>• Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>• Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmalogi</li> </ul> <b>Kolaborasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat tidur, jika perlu</li> </ul>	
--	--	--	--	--

#### IMPLEMNTASI

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	RESPON PASIEN	TTD
Senin, 01 februari 2021 08.30	Nyeri akut b.d.agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi karakteristik nyeri</li> </ul>	Ds : klien mengatakan nyeri dibagian luka SC Do : klien tampak mengerut	
09.30		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi nyeri</li> </ul>	Ds : klien mengatakan nyeri dibagian perut luka jahit bekas operasi Do : tampak luka insisi diperut klien	
Selasa, 02 februari 2021 15.00		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajarkan teknik nafas dalam</li> </ul>	Ds : klien mengatakan bersedia diberikan teknik nafas dalam Do : klien tampak mengikuti dan mendengarkan	

<p>16.00</p> <p>Rabu, 03 februari 2021 18.00</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor TTV</li> </ul>	<p>Ds : - Do : TD : 110/80 mmHG N : 87 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,7 ° C</p>
<p>19.00</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengajukan pasien dan keluarga untuk bertanya jika masih ada hal-hal yang belum dimengerti</li> </ul>	<p>Ds : klien mengatakan belum ada pertanyaan Do : klien tampak paham dengan kondisinya</p>
<p>Senin, 01 februari 2021 11.00</p>	<p>Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengkolaborasi pemberian dosis</li> <li>• Mengidentifikasi faktor pegganggu tidur</li> </ul>	<p>Ds : - Do : klien tampak menahan sakit, klien tampak meringis</p> <p>Ds : klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas SC yang membuat dirinya tidak bisa tidur Do : mata klien tampak sayup, klien tampak lelah</p>
<p>12.00</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ul>	<p>Ds : klien mengatakn bersodia mendengarkan</p>

<p>Selasa, 02 februari 2021 17.00</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.</li> </ul>	<p>Do : klien terlihat mendengarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ds : klien mengatakan biasanya tidur jam setengah 10</li> </ul> <p>Do : klien tampak kurang tidur, klien tampak tidak menepati kebiasaan waktu tidur</p>
<p>18.00</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ds : Klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi telentang</li> </ul> <p>Do : klien tampak rileks</p>
<p>Rabu, 03 februari 2021 20.00</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan relaksasi otot autoenik atau cara non farmakologi</li> </ul>	<p>Do : klien mengatakan bersedia diajarkan relaksasi otot</p> <p>Do : klien tampak mendengarkan</p>
<p>20.30</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengkolaborasi obat analgesik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ds : klien mengatakan nyeri berkurang</li> </ul>

			Do : klien tampak senang	
--	--	--	--------------------------	--

**EVALUASI**

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI	TTD
Senin, 01 februari 2021 10.30	Nyeri akut b.d agen cedera fisik	S : Klien mengatakan nyeri di bagian perut bekas operasi SC, klien mengatakan nyeri seperti tersayat O : Klien tampak gelisah, klien tampak menahan sakit, TTV, TD : 110/70 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36 ° C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Senin, 01 februari 2021 13.00	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	S : Klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri di bagian perut, klien mengatakan masih terjaga setiap malam O : Mata klien tampak sayu, klien tampak lemas, wajah klien tampak pucat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Selasa, 02 februari 2021 16.30	Nyeri akut b.d agen cedera fisik	S : Klien mengatakan nyeri di bagian perut bekas post op sudah mulai mereda O : klien tampak meringis, klien tampak gelisah, TTV, TD : 110/70 mmHg, N : 70 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36 ° C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
Selasa, 02 februari 2021	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	S : Klien mengatakan sudah mulai bisa tidur walaupun masih terasa nyeri, klien	



18.00		<p>klien mengatakan masih terbangun setiap malam</p> <p>O : Klien tampak masih lemas, klien tampak masih cemas, klien tampak masih gelisah</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
Rabu, 03 februari 2021 20.30	Nyeri akut b.d agen cedera fisik	<p>S : Klien mengatakan nyerinya sudah berkurang, klien mengatakan skala nyeri menjadi 4</p> <p>O : Klien tampak lebih fress, klien tampak senang</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	
Rabu, 03 februari 2021 21.00	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	<p>S : Klien mengatakan sudah bisa tidur tepat waktu walaupun terkadang masih terjaga</p> <p>O : Klien tampak senang, klien tampak tidak cemas, klien tampak tidak gelisah</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>	

