

**ASUHAN KEPERAWATAN PAD A NY. F P2A0 POST SC
ATAS INDIKASI POST SC DAN MATA MINUS DI RUANG
BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk

Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Nabila Putri Kusuma Wardhani (40901800061)

D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

2021/2022

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P2A0 POST SC ATAS
INDIKASI POST SC DAN MATA MINUS DI RUANG
BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nabila Putri Kusuma Wardhani

40901800061

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

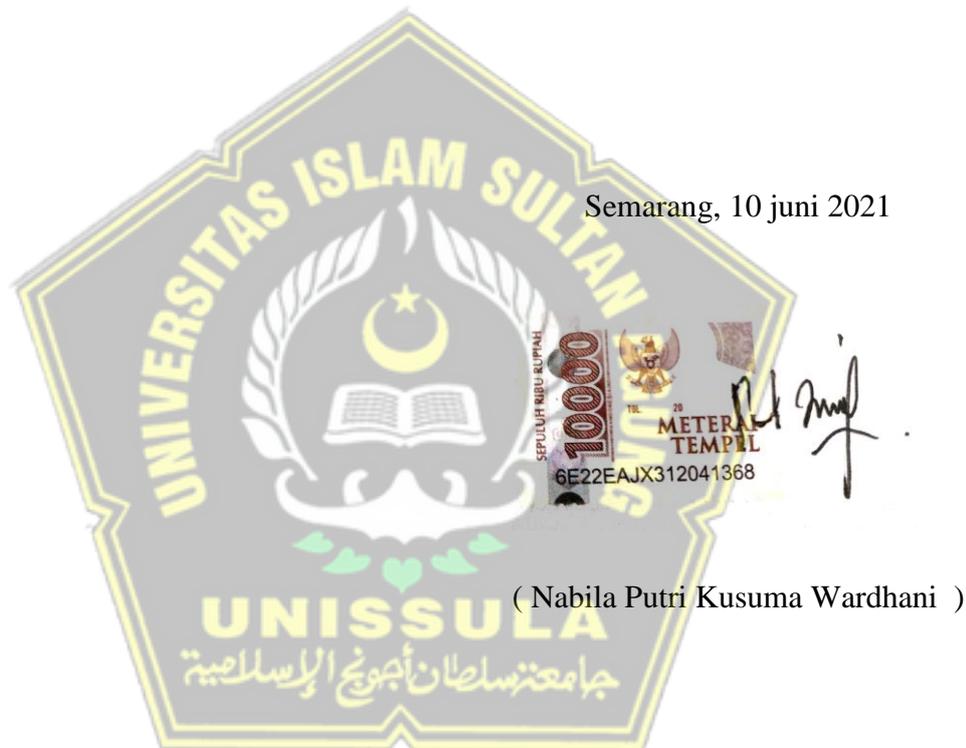
SEMARANG

2021/2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 10 juni 2021



(Nabila Putri Kusuma Wardhani)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

Asuhan Keperawatan ny.f P2 A0 post section caesarea atas indikasi postsc dan mata minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nabila Putri Kusuma Wardhani

40901800061

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 28 Mei 2021

Pembimbing


Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, Sp.Kep.Mat, M.Kep
NIDN. 0618048901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari jumat Tanggal 28 mei. dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 28 Mei 2021

Penguji I

Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN.06-0906-7504


(.....)

Penguji II

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

NIDN. 06-2402-7403


(.....)

Penguji III

Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN. 06-1804-8901


(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Arlian, SKM., M.Kep.

NIDN. 062.208.7403

MOTTO HIDUP

Man jadda wa Jada

“Barang siapa yang bersungguh- sungguh, maka dia akan mendapatkannya”

Inna Ma'al 'Usri Yusra

“Sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

“Jawaban dari sebuah keberhasilan adalah terus belajar dan tak kenal putus asa”.

As shobru yu'ienu a'la kulli amalin

“kesabaran itu akan menolong segala pekerjaan”



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirobbil 'alamin, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari semua pihak secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, selaku PLH Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SK.M, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Apriliani Y. W. M.Kep, Sp.Kep.Mat, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah sabar meluangkan waktu dan tenaganya serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bantuan kepada penulis saat penulis menempuh studi.

6. Kepala Ruang dan seluruh perawat diruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruang tersebut.
7. Kepada Orangtua saya Bapak Budi Kusworo dan Rosidah yang tidak pernah lelah memberi motivasi, dukungan, semangat, perhatian, dan kasih sayang serta mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
8. Kepada rekan-rekan satu kelompok dosen bimbingan Nila, Naelin, Rosita dan Rini yang selama ini membantu penulis dan senantiasa bertukar pikiran agar Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan tepat waktu.
9. Kepada kakak Genta Akbar Irianto yang sudah menemani serta berjuang bersama hingga saat ini, yang mendengarkan keluh kesah penulis selama ini serta memberi dukungan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
10. Kepada teman-teman prodi D-III Keperawatan angkatan 2018 dan semua pihak yang telah banyak membantu, memberi semangat dan motivasi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua

Wassalamu;alaikum wr.wb

Semarang,28 mei 2021



(Nabila Putri Kusuma Wardhani)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
MOTTO HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus	3
D. Manfaat Penulisan	3
1. Bagi Institusi Pendidikan	3
2. Bagi Instansi Kesehatan	3
3. Bagi masyarakat/klien.....	4
BAB II. KAJIAN PUSTAKA	5
A.Konsep Dasar Post SC.....	5
1.Pengertian.	5
2.Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum	5
3.Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Post Partum.....	5
B.Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Maternitas Post Sc.....	10
1.Post Partum.....	10
2.Sectio Cesare.....	17
BAB III. RESUME KEPERAWATAN	23
A.Pengkajian Keperawatan	23

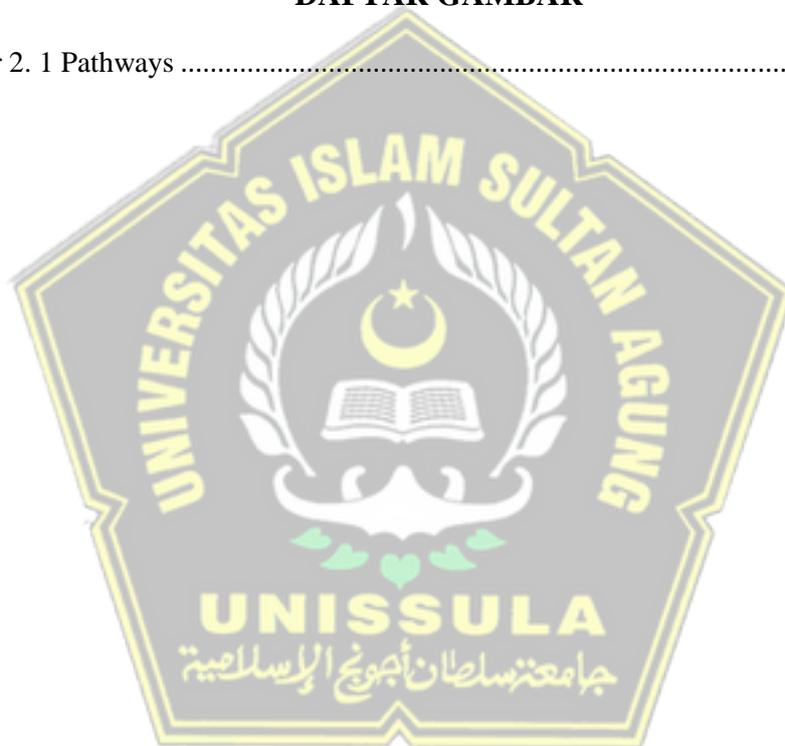
1.Data Umum.....	23
2.Pemeriksaan Fisik.....	24
3.Pengkajian Kebutuhan Khusus	25
4.Pemeriksaan Fisik Bayi	26
5.Pemeriksaan Penunjang	27
6.Analisa Data.....	30
7.Intervensi Keperawatan	31
8.Implementasi.....	31
9.Evaluasi.....	33
BAB IV. PEMBAHASAN.....	36
A.Pengkajian	36
B.Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi	36
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri.....	36
2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi dibuktikan dengan adanya luka jahitan post sc	38
C. Diagnosa Tambahan	39
BAB V. PENUTUP.....	40
A. Simpulan.....	40
B. Saran.....	40
DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN.....	44

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 rencana keperawatan.....	15
Tabel 3.1 Pemeriksaan penunjang	27
Tabel 3.2 Pemeriksaan penunjang	28
Tabel 3.3 Pemeriksaan Penunjang	29
Tabel 3.4 Pemeriksaan penunjang	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathways	22
---------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1. Asuhan Keperawatan
2. Lampiran 2. Surat Kesediaan Membimbing
3. Lampiran 3. Surat Keterangan Konsultasi
4. Lampiran 4. Lembar Konsultasi Bimbingan
5. Lampiran 5. Berita acara



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

(Padila, 2014) Post partum merupakan masa setelah persalinan, dari setelah melahirkan sampai 6 minggu selanjutnya sampai keadaan ibu kembali normal seperti sebelumnya.

Section caesarea salah satu tindakan pembedahan yang dilakukan pada abdomen dengan cara insisi pada abdomen dan Rahim ibu dilakukannya tindakan pembedahan pasti melewati berbagai pertimbangan-pertimbangan yang bertujuan untuk keselamatan ibu dan bayi. (Tirtawati, 2020)

Sectio caesarea akan berimbas pada beberapa pemenuhan kebutuhan dasar seorang ibu misalnya akan akibat dari timbulnya rasa nyeri yang hebat , mengakibatkan beberapa faktor seperti ibu kesulitan tidur , konstipasi dan ASI ibu bermasalah. (Maryunani, 2015)

Hasil dari beberapa penelitian mengenai persalinan dengan *sectio caesarea* menunjukkan bahwa persalinan dengan cara tersebut memerlukan waktu lama untuk penyembuhan luka uterus atau rahim. Selama luka masih belum kering maka respon nyeri terus dirasakan. Menurut pengakuan dari ibu pasca melahirkan dengan SC, rasa nyeri sering muncul bahkan beberapa hari setelah operasi. (Maryunani, 2010)

Kelahiran dengan *sectio caesarea* mengalami respon nyeri lebih tinggi, sebanyak 27,3 % disbanding dengan proses kelahiran normal yang hanya 9%. Respon nyeri yang dialami lebih terasa saat hari pertama setelah operasi *sectio caesaria*, sehingga secara psikologik berakibat pada rasa takut dan cemas terutama setelah anastesi hilang. (Pratiwi, dkk, 2012)

Mengatasi nyeri yang sering digunakan untuk mengatasi keluhan *sectio caesarea* yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Penanganan farmakologi dinilai kurang sesuai karena penanganan tersebut tidak diperuntukan agar klien dapat mandiri saat mengatasi nyeri (Swandari, 2014)

Di Indonesia terdapat prevalensi *Sectio caesarea* sebanyak 15,3% dari 20591 persalinan, khususnya secara global sebanyak 19,9% berada pada DKI Jakarta (vivi silawati, 2020) di dalam data rekam medis Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Pada Tahun 2020 tercatat angka kejadian pada kasus persalinan *section caesarea* sebanyak 260 kasus

Berdasarkan beberapa teori dan data di atas penulis tertarik untuk menulis tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny. F P2A0 Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

B. Rumusan Masalah

Section caesarea merupakan tindakan pembedahan abdomen dengan cara insisi pada abdomen dan rahim ibu hasil dari beberapa penelitian mengenai persalinan dengan *sectio caesarea* menunjukkan bahwa persalinan dengan cara tersebut memerlukan waktu lama untuk penyembuhan luka uterus atau rahim. Selama luka masih belum kering maka respon nyeri terus dirasakan. Menurut pengakuan dari ibu pasca melahirkan dengan SC, rasa nyeri sering muncul bahkan beberapa hari setelah operasi.

Peran perawat dalam hal ini sangat penting, karena saat memberikan asuhan keperawatan dan penanganan kepada klien *post Sectio caesarea* yang sesuai dengan kebutuhan. Sehingga diambil rumusan masalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc dan Mata Minus Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah berikut adalah untuk memperoleh gambaran umum tentang asuhan keperawatan pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah:

- a. Mendapat pengalaman nyata dalam pengkajian, analisa data pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- b. Mendapat pengalaman nyata dengan menetapkan diagnosa keperawatan yang terjadi pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- c. Mendapat pengalaman nyata dalam melaksanakan intervensi atau rencana keperawatan pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- d. Mendapat pengalaman nyata dalam melakukan implementasi atau tindakan keparawatan yang terjadi pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- e. Mendapat pengalaman nyata dalam melakukan evaluasi Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini semoga digunakan sebagai referensi maupun bacaan sehingga dapat menambah wawasan serta ilmu pengetahuan, terutama mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus Di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Bagi Instansi Kesehatan

Dapat memperoleh dan memperluas ilmu pengetahuan yang ada dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

3. Bagi masyarakat/klien

Menambah pengetahuan masyarakat /klien mengenai cara meningkatkan rasa nyaman serta mengetahui cara bagaimana mengatasi nyeri pada Ny. F P2A0 dengan Post Sc Atas Indikasi Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post SC

1. Pengertian.

Section caesarea yaitu tindakan pembedahan yang dilakukan pada abdomen dengan cara insisi pada abdomen dan Rahim ibu lakukanya tindakan pembedahan pasti melewati berbagai pertimbangan-pertimbangan yang bertujuan untuk keselamatan ibu dan bayi. (Tirtawati, 2020)

Post partum atau biasa disebut masa nifas adalah waktu pasca melahirkan, dimulai dari selesai persalinan sampai ibu kembali ke keadaan sebelum hamil dan biasanya waktu yang dibutuhkan saat masa nifas kurang lebih 6 minggu. (Wahyuningsih, 2019)

2. Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum

- a. Supaya tidak terjadinya hemoragi (Padila, 2014)
- b. Agar klien merasakan kebutuhan dasar yang diperlukan.
- c. Mengajarkan pendidikan kesehatan mengenai kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh ibu.

3. Adaptasi Fisiologis Dan Psikologis Post Partum

Ibu akan mengalami adaptasi postpartum, ibu kemudian akan menjalani beberapa fase yang diantaranya adalah, fase taking in, fase taking hold dan fase letting go. Proses penyesuaian ini sangat diperlukan oleh beberapa ibu dalam menghadapi kegiatan dan menjalankan peran mereka dalam minggu/bulan pertama setelah proses persalinan, dapat dilihat dari segi fisik maupun psikis. Perubahan mood (kondisi emosional) yang terjadi disaat periode postpartum adalah wajar. Penurunan hormon secara signifikan, seperti hormon progesteron dan estrogen, dipercaya merupakan penyebab kemarahan emosional. Ibu dengan kondisi perekonomian yang kurang biasanya cenderung terlihat lebih stress Perlu diedukasi bahwa kejadian seperti keguguran atau kegagalan kehamilan

sangat berpengaruh akan naik turunnya emosi yang dialami selama postpartum. (Wahyuningsih, 2019)

Menurut (Armini, yunitasari, triharini, kusumaningrum, pradanie, & nastiti, 2016) adaptasi fisik pada post partum mengalami periode sekitar 6 minggu setelah bayi lahir , selama tubuh beradaptasi menuju keadaan sebelum hamil adaptasi ini dimulai dari kala IV persalinan

a. Adaptasi Fisiologis

1) Sistem Kardiovaskuler

- a) Curah jantung meningkat
- b) Tekanan darah menurun , karena adanya penurunan tekanan intra pelvik.
- c) Nadi : Brakikardi mencapai hari 6-10
- d) Statis darah pada ekstremitas bawah serta risiko tromboflebitis
- e) Adanya faktor pembekuan darah meningkat serta risiko tromboemboli.

2) Sistem Urologi

- a) Terjadi penurunan sensasi kandung kemih
- b) Dieuresis pada awal periode paca partum

3) Sistem Endokrin

Plasenta lahir setelah itu terjadi penurunan hormone estrogen dan progesterone , kadar rendah mencapai sekitar satu minggu pasca partum.

4) Sistem Pencernaan

Mengalami gangguan defekasi ,terjadinya konstipasi karena masih ada efek progesterone, tekanan otot pada perut turun serta kurangnya cairan dan mengalami rasa takut nyeri pada luka episiotomy atau ruptur perineum..

5) Sistem Integumen

Berkurangnya hiperpigmentasi ,namun terjadi peningkatan suhu sampai 38 derajat disebabkan karena kelelahan serta diaphoresis/diuresis saat 24 jam pertama

6) Sistem Muskuloskeletal

Terjadinya perubahan pusat berat sewaktu hamil mengakibatkan hipermobilitas sendi , stabilitas sendi lengkap akan mencapai pada 6-8 minggu pasca partum.

7) Uterus

Setelah lahirnya plasenta uterus menjadi keras kembali seperti keadaan sebelumnya, disebabkan kontraksi dan retraksi ototnya.

8) Involusi Tempat Plasenta

Ketika permulaan masa nifas sisa plasenta berisi banyak pembuluh darah besar yang terhenti diakibatkan thrombus. Bekas luka plasenta tidak meninggalkan parut, karena tidak dilepaskan dari awal dengan bertumbuhnya endometrium baru dibawah dasar luka.

9) Perubahan Pembuluh Darah Rahim

Saat masa kehamilan uterus membesar karena terisi banyaknya pembuluh darah besar , namun saat masa nifas arteri akan kembali seperti keadaan sebelumnya karena sudah tidak diperlukan lagi. .

10) Perubahan Pada Cervix dan Vagina

Setelah melewati beberapa hari persalinan ostium eksternum akan dilalui dua jari , sekitar hari ke 7 dapat dilalui hanya dengan satu jari disebabkan hiperplasi dan retraksi dari cervix , robekan cervix menjadi sembuh .saat minggu ke 3 post partum, ruggae mulai terlihat lagi ,vagina yang melebar sewaktu persalinan ,dengan berjalannya waktu akan mencapai ukuran normal.3-4 hari pasca persalinan akan terjadi after

pains atau rasa sakit ,(mulas,meriang) yang disebabkan adanya kontraksi rahim..

11) Lochia

Darah yang keluar melalui vagina saat nifas. Volume darah lebih banyak daripada darah haid , normalnya berbau anyir , namun tidak berbau busuk ,keluarnya lochia terbagi berdasarkan warna dan jumlah yaitu lochia rubra berwarna merah dan hitam yang terdiri dari sel desidua , verniks kaseosa , rambut lanugo, sisa meconium sisa darah , keluar dari awal sampai hari ke-3 ,lochia sanginolenta berwarna putih kemerahan , mulai hari ke-3 sampai ke-7 , lochia serosa berwarna putih setelah melewati hari ke-14

12) Dinding Perut Dan Peritonium

Setelah diregang begitu lama saat persalinan dinding perut menjadi longgar dan nantinya akan pulih sekitar 6 minggu pasca bayi lahir, ligamen fascia dan diafragma pelvis ,melebar saat partus, lama-lama akan bertambah kecil serta membaik , untuk memulihkannya sebaiknya lakukan latihan-latihan setelah persalinan

13) Sistim Kardiovaskuler

Saat kehamilan biasanya aliran darah bertambah , volume darah untuk mengatur banyaknya aliran darah yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uterus biasanya terjadi saat 24 sampai 48 jam awalan pasca kelahiran. Klien akan mengalami sering buang air kecil ..

14) Ginjal

Saat hari pertama post partum , puncak aktivitas yang akan terjadi adalah aktivitas ginjal meningkat saat masa nifas , disebabkan reduksi dari volume darah serta keluarnya produk sampah dari autolysis.

15) Oxytoxin

Oxytoxin menyebabkan pelepasan plasenta selama kala 3 persalinan oxytoxin juga akan megecilkan sisa perlekatan placenta agar pendarahan tidak terjadi. pada wanita yang ingin menyusui, hisapan bayi akan memicu keluarnya oxytoxin yang akan membantu keluarnya ASI.

16) Prolaktin

Produksi ASI keluar disebabkan karena turunya estrogen menimbulkan prolactin yang dikeluarkan glandula hipofise anterior setelah itu menimbulkan reaksi pada alveolus payudara kemudian merangsang produksi ASI. pada hari ke 14 sampai hari ke 21 post partum dan berakibat FSH dikeluarkan kelenjar hipofise anterior menimbulkan reaksi pada ovarium , menyebabkan keluarnya estrogen serta progesterone saat normal

17) Laktasi

Laktasi merupakan keluarnya serta pembentukan ASI yang berfungsi sebagai nutrisi utama bayi.

18) Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital saat nifas yaitu :

Normal

- a) Tekanan darah kurang dari 140/90mmHg mungkin bisa lebih meningkat pasca kelahiran 1-3 hari post partum
- b) Suhu tubuh < 38c
- c) Nadi: 60-100x/menit

Dikatakan tidak normal apabila TTV melebihi batas normal yang sudah ada.

b. Adaptasi Psikologis (Armini, et al., 2016)

Perubahan psikologis yang terjadi pada saat nifas terbagi menjadi 3 tahapan

1) Periode taking in

Periode yang terjadi pasca 1-2 hari persalinan, pada masa ini adalah masa pemulihan bagi ibu, ibu masih bergantung pada orang lain karena masih merasa nyeri pasca persalinan. Saat periode ini terjadi pendekatan antara ibu, ayah serta bayi, yang biasa disebut psikis honey moon artinya hal ini tidak memerlukan sesuatu yang romantis masing-masing memperhatikan bayinya apabila ibu mampu melewati tahap ini maka ibu siap untuk melaju ke tahap selanjutnya serta akan tercipta suatu ikatan yang baru.

2) Periode taking hold

Periode yang terjadi selama hari ke-3 sampai hari ke-4 post partum, ibu harus belajar mengasuh bayinya serta berusaha mempelajari cara merawat bayi, pada masa ini lebih belajar dari hal dasar terlebih dahulu.

3) Periode letting go

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah, mulai bisa merawat bayinya pada hari ke 3 sampai 5 post partum ibu seringkali emosional dan stress, yang mengakibatkan pola tidur dan makan berubah, gejala ini seringkali disebut dengan post partum blues

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Maternitas Post Sc

1. Post Partum

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan catatan atau bukti dalam menerapkan asuhan keperawatan kepada klien. Perawat diharapkan mengerti tentang tuntutan serta tanggung jawab tentang segala tindakan yang dilakukan. Karena saat ini masyarakat sudah mengerti dan paham mengenai hukum yang berlaku sehingga dibutuhkan dokumentasi yang jelas dan lengkap.

Melakukan pemeriksaan tanda vital.

Periksa ttv secara berkala selama satu jam pertama pasca melahirkan setiap 15 menit sekali, setelah itu periksa selama 30 menit sekali

Pemeriksaan Head To Toe

a. Mata

Konjungtiva anemis dapat menjadi tanda kurangnya darah disebabkan karena perdarahan yang dialami sewaktu persalinan

b. Hidung

Tanyakan pada klien apakah mengalami keluhan atau menderita penyakit tertentu missal sinusitis atau yang lainnya

c. Telinga

Tanyakan pada klien apakah terdapat infeksi maupun adanya peradangan yang terjadi pada telinga

d. Mulut dan Gigi

Tanyakan pada klien apakah mengalami sariawan, radang tenggorokan atau terdapat gigi berlubang.

e. Leher

Kaji adanya pembesaran kelenjar limfe yang membesar dapat menunjukkan adanya infeksi pada leher

f. Melakukan Pemeriksaan Payudara

a. Inspeksi ukuran , produksi banyak atau tidaknya ASI dipengaruhi oleh bentuk dan kesimetrisan payudara.

b. Inspeksi, peradangan yang ada dapat dilihat dari adanya kemerahan pada payudara

1) Aerola

Inspeksi aerola terhadap ukuran, bentuk dan kesimetrisan.

2) Putting

a) Palpasi payudara dapat mengetahui adanya pembengkakan atau tidak.

b) Peningkatan colostrum terjadi pada hari ke 2/3

g. Melakukan pemeriksaan abdomen dan fundus uteri

Kaji adanya luka bekas operasi sc apakah terlihat tanda tanda infeksi , periksa keadaan abdomen, palpasi tfu dari arah umbilicus

kebawah , ada linea alba / striae atau tidak, pada klien post sc tidak dapat diperiksa DRA karena dapat memperparah keadaan luka.

h. Melakukan pemeriksaan genital

Kaji adakah oedem pada traktus urinarius, periksa buang air kecil klien, persalinan spontan dapat mengakibatkan kandung kemih hilang kesensitivanya

i. Periksa lokhea

1) Karakteristik lokhea berdasarkan volume darah yang keluar sbb :

a) Scan

Lokhea scan yaitu lokhea yang dikeluarkan sekitar 5 cm pada pembalut, volume darah yang dikeluarkan kurang lebih 10 ml.

b) Small

Lokhea small yaitu lokhea yang keluar kurang dari 4 inchi atau sekitar 10 cm dalam pembalut dan volume darahnya kurang lebih 10-50

c) Moderat

Lokhea yang keluar kurang dari 6 inchi atau sekitar 15 cm pada pembalut , dan volume darah sekitar 25-50 ml

d) Large

Kurang dari 8 inchi atau berkisar 20 cm di pembalut , volume darah yang keluar 50-80 ml.

2) Karakteristik lokhea berdasarkan warna dan baunya

a) Lokhea rubra : berlangsung selama 3-4 hari masa post partum berbentuk lender dan darah dan berwarna merah muda berbau khas darah

b) Lokhea serosa :berbau sedikit anyir, berwarna kecoklatan dan berlangsung selama 9-10 hari masa nifas

c) Lokhea alba : berlangsung selama 2-6 minggu masa nifas.

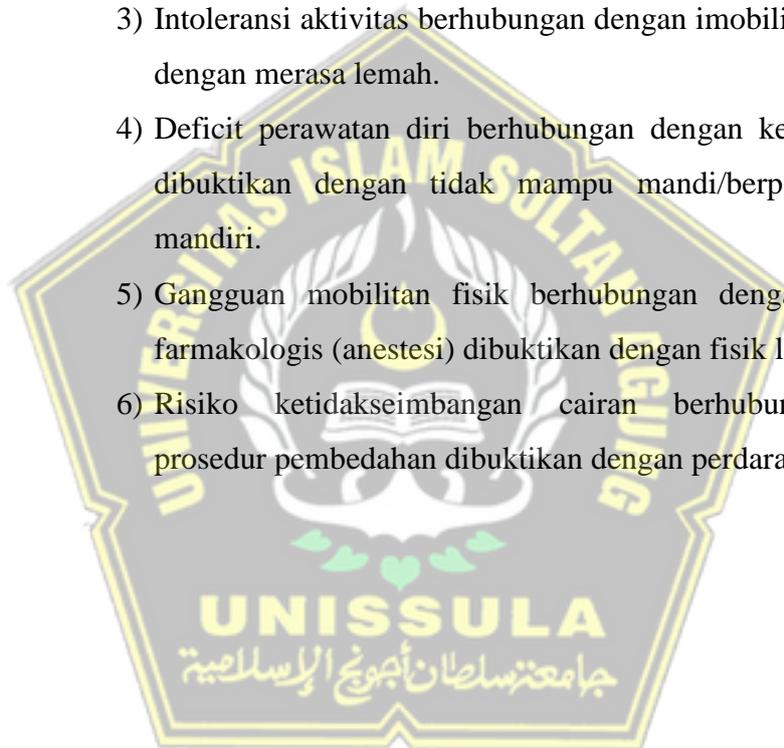
j. Melakukan pemeriksaan perineum dan rectum

- 1) Saat pemeriksaan posisikan klien sim setelah itu periksa keutuhan perineum , apakah utuh , terdapat luka episiotomy atau terdapat luka yang lain atau tidak.
 - 2) Periksa keadaan jahitan pada perineum, cek tanda REEDA (redress, edema, echymosis, discharge, approximation) jika perineum bersih dapat mempercepat kesembuhan klien
 - 3) lihat adanya hemoroid, hemoroid derajat 1 normal pada ibu post partum
- k. Melakukan pemeriksaan ekstremitas
Periksa adakah tanda human , pembengkakan/oedem serta varises
- l. Oksigenasi
Adakah keluhan sesak nafas, pusing setelah beraktivitas :
- m. Nutrisi
Monitor Asupan makanan ibu jenis, jumlah serta nafsu makan Bila tidak nafsu makan, tanyakan alasannya, Adakah makanan pantangan atau tidak, Bila ada tanyakan alasannya.
- n. Cairan
Monitor Asupan cairan yang dikonsumsi jenis, jumlah serta adakah pembatasan asupan cairan, bila ada tanyakan alasannya
- o. Eliminasi
Adakah keluhan keringat berlebih Bila ada, tanyakan klien bagaimana upaya mengatasinya serta tanyakan pukul berapa BAK pertama setelah persalinan serta adakah keluhan BAK, bila ada jelaskan dan tanyakan juga pukul berapa BAB pertama setelah persalinan adakah keluhan BAB, bila ada minta klien untuk menjelaskan.
- p. Pemeriksaan Fisik Bayi (head to toe)
Lakukan pemeriksaan fisik bayi
- q. Pemeriksaan penunjang
Berisi data penunjang pemeriksaan laboratorium klien selama dirawat

a Diagnosa.

Diagnosa keperawatan adalah dasar untuk menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan yang sudah di susun sedemikian rupa (PPNI, 2017)

- 1) Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis.
- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan merasa lemah.
- 4) Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dibuktikan dengan tidak mampu mandi/berpakaian secara mandiri.
- 5) Gangguan mobilitan fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi) dibuktikan dengan fisik lemah.
- 6) Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan dibuktikan dengan perdarahan.



b Rencana asuhan Keperawatan (Intervensi) (PPNI, 2018)

Tabel 2 1 rencana keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun (5) • Tampak meringis menurun(5) • Sikap protektif menurun (5)
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 1x 8 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan tangan meningkat(5) • Kebersihan badan meningkat(5) • Nyeri menurun (5)
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan klien merasa lemah.	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Toleransi aktivitas meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) • Kecepatan berjalan meningkat(5) • Jarak berjalan meningkat (5)

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)
		Perasaan lemah menurun (5)
4.	Deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dibuktikan dengan tidak mampu mandi/berpakaian secara mandiri.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Perawatan diri meningkat. Kriteria Hasil : Kemampuan mandi meningkat <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri meningkat Mempertahankan kebersihan diri meningkat
5.	Gangguan mobilitan fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi) dibuktikan dengan fisik lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Mobilitas fisik meningkat. Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri menurun • Kelemahan fisik menurun • Kekuatan otot meningkat Gerakan terbatas menurun

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)
6.	Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan dibuktikan dengan perdarahan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan Keseimbangan cairan meningkat. Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Asupan cairan meningkat • Kelembaban membrane mukosa meningkat • Membrane mukosa membaik Turgor kulit membaik

2. Sectio Cesare

a Etiologi

- 1) Berasal dari ibu
 - a) primigravid karena adanya perbedaan pada posisi
 - b) primiparatua dengan kelainan letak
 - c) mengalami riwayat kehamilan serta pengalaman melahirkan yang buruk ,
 - d) mengalami panggul sempit ,
 - e) komplikasi sewaktu hamil yakni karena tekanan darah tinggi
 - f) kehamilan yang disertai penyakit (DM,Jantung)
 - g) terganggu jalanya proses kelahiran (kista ovarium, mioma uteri dan lain sebagainya)
- 2) indikasi berasal dari janin
 - a) gawat janin,
 - b) prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil

- c) mal posisi janin
- d) kegagalan sewaktu persalinan vakum /forceps ekstrasi
(Sugeng, 2012)

b Patofisiologi

Terjadinya masalah pada ibu serta bayi yang dikandung berakibat tidak memungkinkannya untuk melalui persalinan normal dan selanjutnya dilakukan tindakan persalinan *section caesarea*

c Komplikasi

1) Infeksipuerperal

Komplikasi yang dapat bersifat ringan, misalnya suhu naik selama masa nifas, bersifat berat contohnya radang selaput perut maupun sepsis

2) Perdarahan

Perdarahan sering ditemukan ketika pembedahan jika arteri ikut terbuka.

3) Komplikasi yang dapat terjadi yaitu embolisme paru-paru, luka kandung kencing dan sebagainya masih jarang ditemukan

4) Perut melemah pada dinding uterus, menyebabkan saat nantinya hamil lagi dapat terjadi rupture uteri.

d Penatalaksanaan

1) Perawat post operasi

a) Analgesia

Wanita yang berbadan sedang diberi 75 mg meperidin (intra muskuler) tiap 3 jam sekali, nantinya diperlukan untuk mengatasi nyeri atau bisa diinjeksi dengan cara sama 10 mg morfin. Dosis diberikan tergantung berat badan klien yang berukuran tubuh kecil bisa mendapatkan dosis meperidin 50 mg serta yang berukuran tubuh gemuk lebih sesuai 100 mg meperidin

b) Tanda-tanda vital

Periksa ttv 4 jam sekali, serta monitor tekanan darah, nadi, jumlah urine, seberapa banyak hilangnya darah serta kondisi fundus.

c) Terapi cairan dan diet

Pada umumnya diberikan 3 liter RL, akan mencukupi kebutuhan sewaktu operasi dan selama 24 jam pertama selanjutnya namun jika keluaranya urine lebih sedikit dari 30 ml/jam, klien diharuskan untuk evaluasi kembali selambat-lambatnya hari kedua.

d) Ambulasi

Hari pertama pasca operasi, klien dapat merubah posisi saat di tempat tidur, paling sedikit 2 kali dan hari selanjutnya klien sudah mampu berjalan namun tetap dalam pengawasan orang terdekat.

e) Perawatan luka

Kontrol luka setiap hari, jahitan dapat dilepas hari keempat pasca operasi. Paling lambat sampai hari ke tiga post partum.

f) Vesika urinarius dan usus

12 jam pasca Operasi kateter bisa dilepas. Biasanya pada hari pertama dan kedua bising usus belum terdengar, bising usus dapat terdengar mulai hari ketiga

g) Laboratorium

Biasanya hematocrit diukur secara rutin saat pagi pasca operasi, hematocrit harus diperiksa bila darah turun secara tidak normal atau adanya keadaan lain yang menuju ciri-ciri hipovolemia.

h) Perawatan payudara

Air Susu Ibu dapat diberikan saat setelah operasi jika ibu memutuskan untuk menyusui,

- i) Memulangkan klien dari rumah sakit

Klien dapat pulang pada hari keempat dan kelima apabila kondisi stabil dan semakin membaik namun aktivitas ibu harus dibatasi selama satu minggu .

e Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian

- a) Identitas klien

Berisi Nama, umur , suku bangsa, pendidikan, agama pekerjaan, alamat status perkawinan, nomor medical record , ruang rawat, alasan masuk, keadaan umum dan tanda-tanda vital

2) Data riwayat kesehatan

- a) Riwayat kesehatan sekarang

Tentang bagaimana kondisi klien serta penyakit yang dirasakan sekarang , dan keluhan yang dirasakan pasca oprasi .

- b) Riwayat kesehatan dulu

Penyakit lain yang diderita klien yang dapat mempengaruhi kondisinya saat ini

- c) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga klien ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama

- d) Data sosial ekonomi

Apakah klien mempunyai tunjangan kesehatan

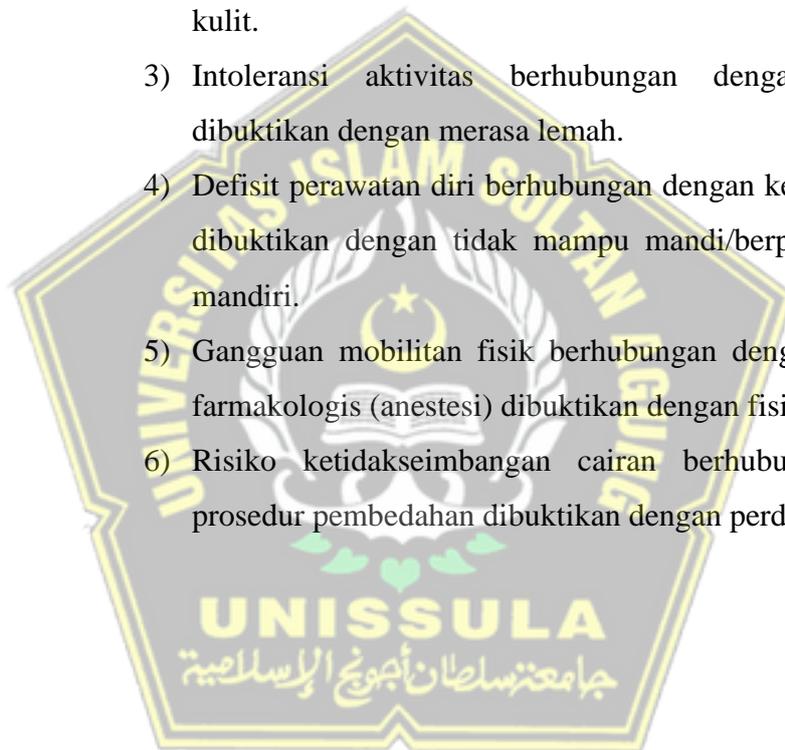
3) Data psikologis

- a) Kondisi klien labil
- b) Klien terkadang mengalami ansietas
- c) Terganggunya harga diri klien
- d) Pemeriksaan penunjang

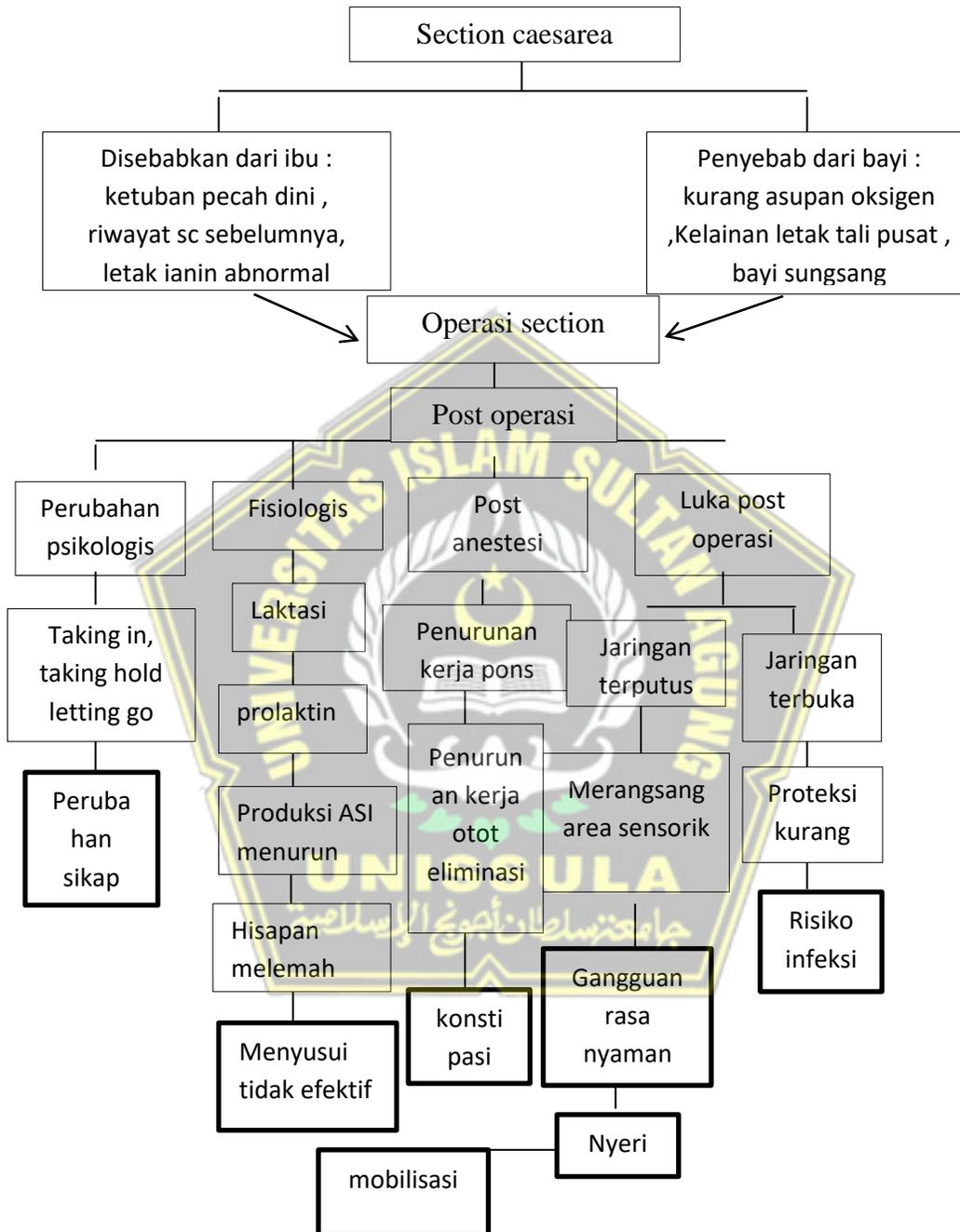
- 1) USG berfungsi untuk menentukan letak implantasi plasenta
- 2) Hematocrit
- 3) Hemoglobin

f **Diagnosa** (PPNI, 2017)

- 1) Nyeri berhubungan dengan agen cedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis.
- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.
- 3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dibuktikan dengan merasa lemah.
- 4) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dibuktikan dengan tidak mampu mandi/berpakaian secara mandiri.
- 5) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi) dibuktikan dengan fisik lemah.
- 6) Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan dibuktikan dengan perdarahan.



g Pathways



Gambar 2. 1 Pathways

(Nurarif & Kusuma, 2015)

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

a) Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara autoanamnesa serta dengan melihat data rekam medis klien , pengkajian dilakukan pada tanggal 27 januari 2021 ,dengan hasil klien bernama Ny. F berumur 30 tahun berjenis kelamin perempuan pendidikan terakhir D.IV, berprofesi sebagai guru smk dan alamat rumah wonowos rt 2 rw 3 karangtengah demak , diagnosa medis post section caesarea masuk tanggal 27 januari 2021.

Identitas penanggung jawab atas nama tn. A berusia 38 tahun beragama islam bekerja sebagai wiraswasta suku jawa warga negara Indonesia , alamat wonowos rt 2 rw 3 karangtengah demak hubungan dengan klien adalah suami klien.

b) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi nya

c) Status kesehatan saat ini

Klien mengatakan sebelumnya merasakan kontraksi dan mulas semalaman hingga tidak bisa tidur, klien mengatakan paginya langsung dibawa kebidan dan dianjurkan bidan untuk langsung kerumah sakit saja ,karena sebelumnya memiliki riwayat sc akhirnya klien dilarikan ke rumah sakit islam sultan agung setelah dilakukan operasi , pukul 12:00 klien dipindah ke ruang baitunnisa 2 untuk dilakukan perawatan setelah efek anestesi habis klien mengeluh merasa nyeri dibagian bekas operasi nya , klien mengatakan nyeri timbul saat bergerak dan nampak sesekali meringis menahan nyeri . nifas hari ke 0 P2 A0 ,HPHT 26/04/2020 ,HPL 3/2/2021 tekanan darah : 130/90 respirasi : 20x/menit S:36,4 nadi : 80.

d) Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan kehamilan sebelumnya proses persalinan yang dijalani adalah SC

e) Riwayat obstetrik1

Klien mengatakan kehamilan sebelumnya kembar dengan proses persalinan SC berat badan kedua bayi yaitu 2800 dengan keadaan bayi waktu lahir normal, dan kelahiran anak sekarang mempunyai berat badan 3100 dengan keadaan baik

f) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan mulai menstruasi saat umur 16 tahun ,siklus menstruasi klien *regular* dengan lamanya sekitar 5 sampai 7 hari

g) Keluarga berencana

Klien mengatakan sebelumnya menggunakan alat kontrasepsi IUD selama 2,5 tahun , selama pemakaian kontrasepsi tersebut klien tidak ada keluhan apapun , klien mengatakan untuk setelah kelahiran anak ke 3 ini akan KB alami saja / dengan melihat kalender menstruasi per bulan

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan klien

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan fisik dengan tekanan darah 130/90.mmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,4.°C, dan respirasi 80x/menit , klien mengatakan merasa nyeri pada luka operasinya dan asi sudah mulai sedikit keluar

b. Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan kepala mulai dari mata terdapat konjungtiva merah mata minus kiri:3,5 kanan: 5 Hidung tidak ada secret , keadaan penciuman baik telinga bersih , tidak terdapat cairan yang keluar ,klien mengatakan tidak pernah menderita peradangan pada telinga, keadaan mulut bersih tidak ada gigi berlubang, Suara nafas vesikuler Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar limfe.

c. Pemeriksaan Payudara

Inspeksi payudara simetris ,bentuk puting terlihat menonjol , tidak terdapat luka pada payudara, tidak ada tanda kemerahan seperti peradangan, aerola berwarna coklat tua ,putting tidak ada luka/lecet.Palpasi tidak terjadi pembengkakan pada payudara ,colostrum sudah mulai sedikit keluar .

d. Pemeriksaan Abdomen

Keadaan distensi, tidak ada kelainan Diastasis rectus abdominis tidak ada ,tinggi fundus uteri selebar 2 jari dibawah pusat dan kontraksi baik ,ditemukan luka operasi section caesarea di perut bagian bawah yang ditutup dengan perban

e. Lokia

Banyaknya lokia sejumlah pempers 6 cm <200ml berwarna merah muda konsistensi normal dan berbau anyir.

f. Perineum

Keadaan perineum utuh tidak ada tanda REEDA karena tidak ada jahitan di perineum ,terlihat bersih, tidak terdapat hemorrhoid

g. Eliminasi

Kesulitan BAK : klien mengatakan tidak mengalami kesulitan BAK sebelum operasi , BAK lancar sehari 5 kali dengan warna putih dan terkadang kuning , setelah di operasi terpasang kateter urine berwarna kuning , 5 jam pertama sebanyak 300 ml

Kesulitan BAB : klien mengatakan tidak mengalami kesulitan BAB sebelum operasi , BAB lancar 1 hari sekali saat pagi hari dengan konsistensi lunak, setelah operasi klien mengatakan belum buang air besar . dan distensi Vesika urinaria tidak terdapat kelainan.

h. Ekstremitas

Ekstremitas atas tampak terpasang infus di tangan sebelah kiri , tidak terdapat luka , keadaan klien untuk bergerak terbatas karena klien mengatakan nyeri saat bergerak ekstremitas bawah terlihat keadaan baik dan tidak ada lesi , tidak terdapat varises dan tidak ada tanda homan's

3. Pengkajian Kebutuhan Khusus

a. Oksigenasi

Klien mengatakan tidak merasa pusing atau sesak nafas setelah beraktivitas

b. Nutrisi

Klien mengatakan nafsu makan normal makan 3x sehari satu piring kurang , tidak ada jenis makanan pantangan , hanya jika makan tidak boleh terlalu pedas karena klien mempunyai gastritis.

c. Cairan

Klien mengatakan minum sehari 8 gelas air putih dan tidak ada pembatasan cairan

d. Eliminasi

Klien mengatakan tidak ada keluhan keringat berlebih ,buang air kecil pertama setelah persalinan , terpasang katetes , 5 jam pertama 300 ml klien mengatakan belum buang air besar

e. Kenyamanan

Klien mengatakan kurang nyaman dengan nyeri yang dirasakan karena karena nyeri terasa ketika bergerak

- P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : perut bagian bawah S: nyeri skala 5 nyeri dirasakan hilang timbul

4. Pemeriksaan Fisik Bayi

a. Keadaan umum

Kesadaran , composmentis dan didapatkan suhu : 37C nadinya 120x/menit respirasi 40x/menit berat badan 3100 gram , lingkaran kepala 37 cm dan lingkaran dada 36 cm

b. Kepala

Bentuk kepala terlihat normal berbentuk bulat , tidak ada trauma kelahiran dan tidak ada kelainan kongenital

c. Jenis kelamin

Jenis kelamin perempuan

d. Wajah

Wajah terlihat simetris tidak ada kelainan

e. Mata

Mata nampak sama, tidak ada kelainan pada kedua mata bayi Sensitifitas pada cahaya bagus ,konjungtiva normal ,tidak ada secret,adanya refleks berkedip respons terhadap sentuhan.

f. Telinga

Simetris, tidak ada secret , adanya refleks terkejut ,pendengaran baik ,

g. Hidung

Tidak terdapat secret , tidak ada cuping hidung , pernapasan normal

h. Mulut

Bentuk mulut terlihat simetris, tidak ada sumbing , kemampuan refleks menghisap bagus .

i. Leher

Keadaan leher tidak terdapat pembengkakan kelenjar tiroid

j. Dada,jantung,paru

Bentuk dada simetris , frekuensi pernafasan bayi normal , Tidak ada fraktur klavikula

k. Abdomen

Terdengar bising usus , abdomen tidak kembung

l. Punggung, pelvis, ekstremitas

Tidak ada kelainan scoliosis, adanya refleks grasping ,ekstremitas lengkap,simetris terdapat refleks Babinski pada kaki.

m. Genetalia

Keadaan vagina normal tidak ada kelainan.

n. Anus

Keadaan anus normal tidak ada kelainan

5. Pemeriksaan Penunjang

Hasil Pemeriksaan Laboratorium klinik

Tabel 3. 1 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 11.5	11.7-15.5	g/Dl	
Hematocrit	35.4	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 11.49	3.60-11.00	Ribu/UI	
trombosit	252	150-440	Ribu/UI	

Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi Klinik

Tanggal periksa :27/01/2021 09:56

Ringkasan klinis : G2P1A0 H3g MGG dengan bekas sc, mata minus

Tabel 3. 2 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	12.3	11.7-15.5	g/dL	
Hematocrit	37.3	33.0-45.0	%	
Leukosit	9.05	3.60-11.00	Ribu/uL	
Trombosit	297	150-440	Ribu/uL	
Golongan darah/Rh	A/positif			
PPT				
PT	L9.0	9.3-11.4	detik	
PT (control)	11.6	9.1-12.3	detik	
APTT				
APTT	26.4	21.8-28.4	detik	
APTT (control)	26.8	21.0-28.4	Detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah sewaktu	98	75-110	Mg/dL	
Ureum	L8	10-50	Mg/dL	duplo
Creatinin	L0.55	0.60-1.10	Mg/dL	duplo
ELEKTROLIT (Na,K,Cl)				
Natrium (na)	L 131.0	135-147	135-147	Mmol/L
Kalium (K)	4.20	4.20	3.5-5.0	Mmol/L

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	satuan	Keterangan
Klorida (cl)	H 110.0	95-105	Mmol/L	
IMUNOLOGI				
HBsAg (kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif		
URINALISA				
Urin Lengkap				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Jernih	Jernih		
Protein	Neg	<30 negatif	Mg/dL	
Reduksi	Neg	<15 (negative)	Mg/dL	
Bilirubin	Neg	<1 (negative)	Mg/dL	
Reaksi/PH	7.0	4.8-T.4		
Urobilinogen	0.2	<2	Mg/dL	
Benda Keton	Neg	< 5 (negative)	Mg/dL	
Nitrit	Neg	Negative		
Berat jenis	L1.006	1.015-1.025		
Darah (blood)	Ca80	<5 (negative)	Eri/uL	
Leukosit	Neg	<10 (negative)	Leu/uL	
Mikroskopis				
Sel epitel	10-12	5-15	/LPK	
Eritrosit	11-13	<1/LBP	/LPB	
Leukosit	0-2	3-5	/LPB	
Silinder	0			
Parasite	Negative	Negative		

Tabel 3. 4 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Bakteri	Posit 1(+)	Negativ		
Jamur	Negativ	Negativ		
Kristal	Negativ			
Benang mukus	Negativ			

Therapy dan Penjelasanya

Vitamin a

Ketorolac 30 mg/8 jam

Metergin

Infus : rl 20 tpm

Cetazolin 2 gram

Oral 29/01/2021

Cefadroxyl 3x1

Metergin 3x1

Fermia 1x1

Domperidone 3x2 tab

6. Analisa Data

Pada saat pengkajian tanggal 27 januari 2021 pukul 16;00 wib , didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasinya klien mengatakan merasa nyeri saat bergerak klien mengatakan skala nyeri 5 P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R:abdomen S: nyeri skala 5T : nyeri dirasakan hilang timbul didapatkan data objektif klien tampak sesekali meringis terdapat luka post sc di abdomen yang masih terbungkus perban Tekanan Darah 180/90 mmHg nadi 70 Suhu 36 c Respirasi 19. Sehingga muncul diagnosa keperawatan “ nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri “

Data fokus yang kedua pada tanggal 27 januari 2021 pukul 16;00 wib , didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri didapatkan data objektif balutan jahitan nampak bersih Tekanan Darah 180/90 mmHg nadi 70 Suhu 36 c Respirasi

19. Sehingga muncul diagnosa keperawatan “ Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi dibuktikan dengan adanya luka jahitan post sc “

7. Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 27 januari 2021 pukul 16;30 telah ditetapkan rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan .

Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri , tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam keluhan nyeri berkurang dari 5 menjadi 2 klien sudah tidak nampak meringis, adapun intervensi nya yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri , Identifikasi factor penyebab nyeri , ajarkan teknik tarik nafas dalam, fasilitasi istirahat tidur.

Diagnosa kedua yaitu risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi dibuktikan dengan adanya luka jahitan post sc , tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam kebersihan tangan meningkat kebersihan badan meningkat , nyeri menurun, adapun intervensinya adalah monitor tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar , anjurkan meningkatkan asupan cairan.

8. Implementasi

Pada tanggal 27 januari 2021 pada pukul 19;00 melakukan implementasi dengan diagnosa 1 yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik frekuensi, intensitas nyeri didapatkan respon klien dengan data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi , nyeri seperti tertusuk tusuk P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : abdomen S: nyeri skala 5T : nyeri dirasakan hilang timbul, didapatkan data objektifnya terlihat ada luka post sc di abdomen yang masih terbungkus perban tekanan darah 121/83 suhu 36C nadi 80x/ menit respirasi 20x/menit implementasi yang kedua identifikasi skala nyeri , didapatkan respon klien dengan data subjektif klien mengatakan skala nyeri 5 dan data objektifnya klien terlihat menahan nyeri perban tekanan darah 121/83 suhu 36C nadi 80x/ menit respirasi 20x/menit , implementasi yang ke 3 Identifikasi factor penyebab nyeri didapatkan respon klien dengan data subjektif klien mengatakan merasa nyeri saat bergerak data objektifnya klien nampak sesekali

meringis menahan .nyeri tekanan darah 121/83 suhu 36C nadi 80x/ menit respirasi 20x/menit, implementasi yang ke 4 Ajarkan teknik tarik nafas dalam didapatkan respon klien dengan data subjektif klien mengatakan paham dengan apa yang diajarkan data objektifnya : klien dapat melakukan teknik tarik nafas dalam dengan dzikir secara mandiri.implementasi yang ke 5 fasilitasi istirahat tidur didapatkan respon dari klien dengan data subjektif klien mengatakan akan tidur nanti jika nyeri nya sedikit berkurang data objektifnya klien tampak lemas .

Pada tanggal 27 januari 2021 pukul 19;30 dilakukan implementasi diagnosa ke 2 , implementasi 1 yaitu monitor tanda gejala infeksi klien mengatakan tidak merasa gatal pada bekas operasinya data objektifnya balut luka terlihat bersih dan tidak ada tanda kemerahan tekanan darah 121/83 suhu 36C nadi 80x/ menit respirasi 20x/menit , implementasi yang ke-2 mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar, dengan respon data subjektifnya klien mengatakan paham dengan apa yang diajarkan data objektifnya klien dapat mempraktekan langkah cuci tangan dengan benar implementasi yang ke-3 - menganjurkan meningkatkan asupan cairan dengan respon data subjektif klien menyetujui dengan anjuran yang diberikan data objektifnya klien nampak paham.

Pada tanggal 28 januari 2021 pukul 20;00 dilakukan implementasi kedua diagnosa pertama , implementasi 1 yaitu mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subjektif , klien mengatakan skala nyeri 4 data objektifnya tekanan darah 130/90 suhu 36,3 C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit , implementasi yang ke-2 mengidentifikasi faktor penyebab nyeri dengan respon klien diketahui data subjektif klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dan klien sudah bisa duduk P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : abdomen S: nyeri skala 4 T : nyeri dirasakan hilang timbul data objektifnya , klien nampak sedikit membaik tekanan darah 130/90 suhu 36,3 C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit implementasi yang ke-3 mengajarkan teknik tarik nafas dalam dengan terapi dzikir klien mengatakan sudah mempraktekan teknik tarik nafas dalam ketika nyeri nya terasa data objektifnya tekanan darah 130/90 suhu 36,3 C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit implementasi yang ke-4 yaitu memfasilitasi istirahat tidur didapatkan data subjektif klien mengatakan sudah bisa tidur namun harus tetap terbangun karena menyusui anaknya, data objektifnya tekanan darah 130/90 suhu 36,3 C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit.

Pada tanggal 28 januari 2021 pukul 20;30 dilakukan implementasi hari kedua diagnosa 2 , implementasi 1 yaitu monitor tanda gejala infeksi , didapatkan respon data subjektif klien mengatakan tidak merasa gatal pada luka daerah operasi data objektifnya balut terlihat bersih tekanan darah 130/90 suhu 36,3 C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit. Implementasi 2 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar didapatkan data subjektifnya klien mengatakan sudah melakukan cuci tangan dengan benar data objektifnya klien mempraktekannya lagi implementasi 3 menganjurkan meningkatkan konsumsi cairan didapatkan data subjektif klien mengatakan sudah minum lebih banyak daripada kemarin data objektifnya tekanan darah 130/90 suhu 36,3 C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit

Pada tanggal 29 januari 2021 pukul 10;12 dilakukan implementasi hari ketiga diagnosa pertama , mengidentifikasi skala nyeri didapatkan respon data subjektif , klien mengatakan klien mengatakan skala nyeri nya sudah berkurang menjadi 3 data objektifnya klien nampak tidak meringis lagi tekanan darah 120/70 suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit implementasi selanjutnya mengidentifikasi faktor penyebab nyeri didapatkan respon data subjektif klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dan mengatakan sudah bisa ke kamar mandi dengan dibantu oleh suami P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : abdomen S : nyeri skala 3 data objektifnya tekanan darah 120/70 suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit, implementasi selanjutnya mengajarkan teknik tarik nafas dalam didapatkan respon data subjektif klien mengatakan mempraktekan tarik nafas dalam ketika nyeri nya kambuh dan merasa lebih tenang data objektifnya klien nampak lebih tenang tekanan darah 120/70 suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit.

Pada tanggal 29 januari 2021 pukul 09;22 dilakukan implementasi hari ketiga diagnosa kedua memonitor tanda gejala infeksi didapatkan respon data subjektif klien mengatakan tidak ada rasa gatal pada luka bekas operasinya data objektifnya perban terlihat bersih tekanan darah 120/70 suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit.

9. Evaluasi

Evaluasi diagnosa pertama dilakukan pada tanggal 27 januari 2021 pukul 20;00 didapatkan data subjektifnya klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasinya klien mengatakan nyeri ketika bergerak P : adanya luka post sc , nyeri

meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : abdomen S: nyeri skala 5 T : nyeri dirasakan hilang timbul data objektifnya klien nampak sesekali meringis tekanan darah 121/83mmHg suhu 36C nadi 80x/menit respirasi 20x/menit analisa masalah belum teratasi planning lanjutkan intervensi 2,3,4,5.

Evaluasi diagnosa kedua dilakukan pada tanggal 27 januari 2021 pukul 20;15 didapatkan hasil data subjektif klien mengatakan tidak merasa gatal pada luka operasinya data objektifnya perban terlihat bersih , tidak ada tanda kemerahan tekanan darah 121/83mmHg suhu 36C nadi 80x/menit respirasi 20x/menit analisa masalah belum teratasi planning lanjutkan intervensi 2,3,4.

Evaluasi diagnosa pertama dilakukan tanggal 28 januari 2021 pukul 21;00 didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dan skala nyeri menjadi 4 bergerak P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : abdomen S: nyeri turun ke skala 4 T : nyeri dirasakan hilang timbul , klien mengatakan bisa tidur data objektifnya klien nampak sudah bisa tekanan darah 130/90mmHg suhu 36,3C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit analisa masalah belum teratasi planning lanjutkan intervensi 2,3,4.

Evaluasi diagnosa kedua dilakukan tanggal 28 januari 2021 pukul 21;15 didapatkan data subjektif klien mengatakan tidak merasa gatal pada daerah luka operasinya , klien mengatakan sudah bisa mencuci tangan dengan baik dan benardata objektifnya perban terlihat bersih tekanan darah 130/90mmHg suhu 36,3C nadi 83x/menit respirasi 20x/menit klien mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar analisa masalah teratasi sebagian planning lanjutkan intervensi 1

Evaluasi diagnosa pertama dilakukan pada tanggal 29 januari 2021 pukul 10;30 didapatkan data subjektif klien mengatakan skala nyeri sudah berkurang menjadi 3 P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : abdomen S: nyeri turun ke skala 3 T : nyeri dirasakan hilang timbul ,klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi dengan dibantu oleh suaminya data objektifnya klien nampak lebih baik tekanan darah 120/70 mmHg suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit analisa masalah belum teratasi planning intervensi dihentikan karena klien pulang.

Evaluasi diagnosa kedua dilakukan pada tanggal 29 januari 2021 pukul 10;30 didapatkan data subjektif : klien mengatakan tidak merasa gatal pada luka

operasinya data objektifnya perban nampak bersih , tidak ada tanda kemerahan tekanan darah 120/70 mmHg suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit analisa masalah teratasi planning hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV penulis menuliskan hasil analisa asuhan keperawatan pada Ny. F dengan post *sectio caesarea* yang disesuaikan dengan teori yang didapatkan . Bab ini mengupas tentang kekurangan dan hambatan yang diperoleh penulis selama memberikan perawatan pada klien Ny. F dengan Post *sectio caesarea* serta memberikan tambahan referensi terutama pada tindakan yang dilakukan tidak lupa memperhatikan aspek keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pengkajian yang dilakukan pada klien Ny. F dengan Post *sectio caesarea* diruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, didapatkan data sebagai berikut

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan hari rabu tanggal 27 januari 2021 penulis menemukan masalah keperawatan yang dialami oleh klien yakni nyeri akut didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada luka operasinya ,menurut (PPNI, 2017) nyeri akut adalah pengalam sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.menurut penulis nyeri yang dirasakan pasca pembedahan merupakan hal yang wajar karena adanya luka / bekas sayatan dibagian tubuh klien , hal ini sesuai dengan fakta dan teori yang ditemukan penulis kurang mengkaji secara mendalam mengenai kenapa klien ingin kb alami saja , seharusnya jika seperti itu dapat dilakukan edukasi agar klien mengerti ,dan mencegah terjadinya kehamilan sebelum waktunya

B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri

Adapun diagnosa yang muncul pada ny. F dengan post *sectio caesarea* adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri dan risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi dibuktikan dengan adanya luka operasi post sc (PPNI, 2017)

Nyeri akut adalah pengalam sensorik atau emosional yang terjadi kurang dari 3 bulan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Pada pengkajian yang ditulis penulis menyimpulkan bahwa intensitas nyeri yang di rasakan merupakan nyeri sedang, diagnosa nyeri akut ditegakkan karena didapatkan data subjektif klien mengeluh nyeri pada luka operasinya data objektifnya klien nampak sesekali meringis tekanan darah 180/90 mmHg nadi 70 Suhu 36 celcius Respirasi 19 kali.

Penulis memprioritaskan diagnose ini sebagai prioritas utama karena menurut (Ryantama, 2017) Klien yang merasakan nyeri perlu pemberian terapi yang adekuat untuk menghilangkan nyeri karena nyeri yang tidak ditangani dengan baik dapat memperparah kondisi fisik maupun mental dari klien tersebut.

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis , tujuan keperawatan yang ditegakkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang dari 5 menjadi 2 klien sudah tidak nampak meringis, adapun intervensinya yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri , Identifikasi factor penyebab nyeri , ajarkan teknik tarik nafas dalam dengan terapi dzikir , fasilitasi istirahat tidur.

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis , pada saat mengalami nyeri akut klien akan mengalami tanda gejala klien mengeluh nyeri , tampak meringis , bersikap protektif , gelisah , frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur (PPNI, 2017)

Dalam penanganan nyeri pada ibu post sc penulis menggunakan teknik relaksasi tarik nafas dalam yang menurut beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi (chandra kritianto patasik, jon tangka , julia rottie, 2013)

Dalam (Amita, 2018) dengan dilakukannya terapi relaksasi tarik nafas dalam mampu mengurangi intensitas nyeri selain itu , manfaat lain dari terapi ini adalah dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, tujuan teknik relaksasi nafas dalam dapat, memelihara pertukaran gas, mencegah

meningkatkan ventilasi alveoli menurunkan kecemasan, mengurangi stres baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri

Namun selain teknik terapi relaksasi tarik nafas dalam ada beberapa teknik yang bisa dilakukan namun tidak diterapkan saat implementasi oleh klien seperti teknik relaksasi dengan menggunakan aroma terapi lavender, dan terapi dzikir karena klien beragama islam, karena respon relaksasi yang melibatkan keyakinan yang dianut dapat menenangkan hati dan mempercepat keadaan menjadi cepat relaks (Nasriati, suryani, & affandi, 2016)

Saat penerapan implementasi penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 shift, sedangkan seharusnya yang dilakukan ketika melakukan asuhan keperawatan kepada klien yaitu selama 3x 24 jam secara berkelanjutan agar dapat mengetahui kemajuan yang dilalui oleh klien.

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis evaluasi hasil TTV yang didapatkan baik tekanan darah 120/70 mmHg suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit analisa masalah belum teratasi planning intervensi dihentikan karena klien pulang.

2. **Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi dibuktikan dengan adanya luka jahitan post sc .**

Risiko infeksi menurut (PPNI, 2017) berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik, Klien rawat inap memiliki risiko yang begitu tinggi untuk terkena infeksi nosokomial karena berbagai alasan, klien cenderung lebih sensitif pada infeksi, dan akan lebih tinggi ketika klien menjalani prosedur invasive, Jika sistem imun klien terganggu, maka mikroorganisme non-patogen dapat menimbulkan penyakit. (Setiyanto, 2013)

Ditegakkannya diagnosa ini karena terdapat luka jahitan *section caesarea* yang dibalut perban pada perut bagian bawah klien, faktor risikonya yaitu penyakit kronis contoh diabetes mellitus, efek prosedur invasi, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder. (PPNI, 2017)

Intervensi yang diterapkan pada diagnosa ini adalah salah satunya monitor ada nya tanda tanda infeksi dan mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar,

dengan mencuci tangan kebersihan tangan klien dapat terjaga. Pentingnya menjaga kebersihan tangan karena seringkali tangan terkontaminasi oleh kuman, sehingga tangan dapat menjadi perantara masuknya kuman ke dalam tubuh. (Lipinwati, Rahma, & Primayana, 2018).

Menurut (Hertina, Lestari, & Rebriarina, 2019) Cuci tangan adalah cara yang paling berhasil untuk mencegah kejadian infeksi nosokomial, yang didefinisikan sebagai suatu tindakan membersihkan tangan memakai media air atau *hand sanitizer* berbahan dasar alkohol untuk menghilangkan *mirkoorganisme transien* yang ada pada tangan. mencuci tangan dengan menggunakan air (tanpa sabun) dapat mengurangi jumlah bakteri menjadi sebanyak 23%, sedangkan dengan menggunakan sabun dan air jumlah bakteri menjadi sebanyak 8% yang artinya penggunaan cuci tangan dengan hand rub lebih efektif karena masa kering cairan alcohol lebih cepat sekita 20-30 detik .

Pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi hasil evaluasi TTV yang didapatkan baik tekanan darah 120/70 mmHg suhu 36,4C nadi 80x/menit respirasi 18x/menit analisa masalah teratasi karena tidak tampak tanda gejala infeksi , perban nampak bersih planning intervensi dihentikan .

C. Diagnosa Tambahan

1. Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah gerakan fisik yang terbatas dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dengan gejala dan tanda mayor serta minor berupa mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas , kekuatan otot melemah, rentang gerak (ROM) melemah ,merasa nyeri sewaktu bergerak , sulit melakukan pergerakan , terlalu takut sehingga merasa cemas ketika ingin bergerak, sendi terasa kaku ,terbatasnya pergerakan serta keadaan fisik melemah (PPNI, 2017) ,gangguan mobilitas fisik seharusnya dapat menjadi salah satu diagnosa yang bisa diambil dalam kasus ini , karena klien mengatakan nyeri saat bergerak , penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena , dibaginya diagnosa utama masing masing mahasiswa , karena satu klien diambil 2 orang mahasiswa oleh karena itu , diagnosa gangguan mobilitas fisik sudah menjadi diagnosa utama mahasiswa lainnya sehingga diagnosa ini tidak dapat diambil.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Pengkajian keperawatan dilalui dengan cara mengumpulkan data yang diperoleh dari wawancara klien dan keluarga dan dengan melihat rekam medis klien
2. Analisa data yang diperoleh yaitu dengan diagnosa utama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan diagnosa yang satunya adalah risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi.
3. Rencana tindakan atau intervensi yang dilakukan untuk mencapai keadaan yang diharapkan sesuai kebutuhan klien , salah satu contohnya intervensi untuk mengatasi nyeri dengan dilakukan relaksasi tarik nafas dalam dan risiko infeksi dengan mengajarkan cara cuci tangan dengan benar
4. Catatan perkembangan atau evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan tarik nafas dalam mampu meredakan nyeri yang dirasakan klien dan dengan mencuci tangan akan selalu terjaga kebersihannya , dan selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga bersifat kooperatif dan klien mau mengikuti anjuran dan saran yang diberikan oleh penulis .

B. Saran

1. Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan karya Tulis Ilmiah yang telah disusun dengan sedemikian mungkin oleh penulis dapat dipergunakan sebagai referensi institusi pendidikan ilmu keperawatan UNISSULA dan menopang mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus pada klien Post sc

2. Bagi instansi kesehatan

Pelayanan asuhan keperawatan pada klien sudah cukup baik dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada klien sesuai dengan perkembangan standar asuhan keperawatan yang berlaku agar mendapatkan hasil pelayanan kesehatan yang berkualitas.

3. Bagi Masyarakat

Diharapkan kepada masyarakat untuk lebih mengetahui informasi kesehatan mengenai post section caesarea sehingga dapat menghindari kemungkinan terjadinya komplikasi pasca pembedahan .



DAFTAR PUSTAKA

- Amita, f. y. (2018). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di rumah sakit bengkulu. *Jurnal Kesehatan Holistik (The Journal of Holistic Healthcare)*, Volume 12, No.1,.
- Armini, yunitasari, e., triharini, m., kusumaningrum, t., pradanie, r., & nastiti, a. a. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas 2*. surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga 978-602-6593-02-3.
- Ayuningtyas, D. (2018). Etika Kesehatan Pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis.
- chandra kritianto patasik, jon tangka , julia rottie. (2013). Efektifitas teknik relaksasi nafas dalam dan guided imagery. *ejurnal keperawatan*.
- Hertina, Lestari, E. S., & Rebriarina. (2019). Pengaruh cuci tangan terhadap penurunan jumlah bakteri pada hospital personnel di rs nasional diponegoro. *journal kedokteran diponegoro*, Volume 8, Nomor 2.
- Lipinwati, Rahma, A. O., & Primayana. (2018). Perbandingan efektifitas cuci tangan tujuh langkah dengan air dan dengan sabun cuci tangan cair dalam menjaga kebersihan tangan pada mahasiswa/i fakultas kedokteran universitas jambi. *online journal unja, JMJ*, Volume 6, Nomor 2, November 2018, Hal: 137-145.
- Maryunani. (2010). *Nyeri dalam Persalinan*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Maryunani. (2015). *Asuhan Keperawatan*.
- Nasriati, suryani, & affandi. (2016). kombinasi edukasi nyeri dan meditasi dzikir meningkatkan adaptasi nyeripasien pasca operasi fraktur . *muhammadiyah journal of nursing* , 60-68 MJN vol.3 no.1.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Nurhayati, N. a., Andriyani, S., & Malisa, N. (2015). Relaksasi autogenik terhadap penurunan skala nyeri pada ibu post operasi sectio saecarea. *jurnal skolastik keperawatan* , Vol. 1, No.2.
- Padila. (2014). *medical book keperawatan maternitas* . yogyakarta: Nuha Medika.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia ; Definisi dan Indikator Diagnostik,Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. jakarta: DPP PPNI.

- Pratiwi, dkk. (2012). Penurunan Intensitas Nyeri Akibat Luka Post Sectio Caesaria Setelah Dilakukan Latihan Teknik Relaksasi Pernapasan Menggunakan Aromaterapi Lavender di Rumah Sakit Al Islam Bandung. *Jurnal Keperawatan Universitas Padjajaran Bandung*.
- Ryantama, A. A. (2017). Respon Tubuh Terhadap Nyeri.
- Setiyanto, R. (2013). Overview of The Incidence and Risk Factors for Nosocomial Infections Using a Geographic Information System Maps. *sainsmedika*.
- Sugeng, J. d. (2012). *Asuhan Keperawatan Post. Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Swandari. (2014). Perbedaan Tingkat Nyeri Sebelum dan Sesudah Pemberian Aromatherapi Lavender Pada Ibu Post Sectio Caesarea di RSUD Ambarawa. *Jurnal Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran*.
- Tirtawati, G. A. (2020). Efektivitas Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea.
- vivi silawati, e. m. (2020). Efektivitas Teh Sibangun bangun Terhadap Volume ASI Pada Ibu . *journal for in quality in woman,s health*.
- Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. yogyakarta: deepublish.
- Wulan, G. S. (2016). Gambaran mobilisasi ibu post sectio caesarea di rumah sakit pku muhammadiyah bantul yogyakarta.

LAMPIRAN



Lampiran 1

ASUHAN KEPERAWATAN
PADA NY. F P2A0 POST SC ATAS INDIKASI SC DAN MATA MINUS
DI RUANG BAITUNNISA 2
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG



DISUSUN OLEH :

NABILA PUTRI KUSUMA WARDHANI

40901800061

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

2021

PENGAJIAN POST SC

Nama mahasiswa: Nabila Putri Kusuma Wardhani

Tanggal: 27 januari 2021

RS/Puskesmas: Rumah Sakit Islam Sultan Agung

I. Identitas Klien

1. Inisial Klien : Ny. F
2. Umur : 33 tahun
3. Status obstetric : Nifas hari ke 0 P2 A0

No	Tipe Persalinan	BB lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Komplikasi Nifas	Umur Sekarang
1.	Section caesarea	3100	Baik	-	3 jam

II. Keluhan utama : nyeri

III. Riwayat kesehatan sekarang : Klien mengatakan sebelumnya merasakan kontraksi dan mulas semalaman hingga tidak bisa tidur , klien mengatakan paginya langsung dibawa kebidan dan dianjurkan bidan untuk langsung ke rumah sakit saja karena sebelumnya memiliki riwayat sc dan mata minus, klien datang ke IGD pada pukul, 09:56 dan dilakukan cek laboratorium selanjutnya klien melakukan pemeriksaan laboratorium lanjutan pada pukul 10:43 kemudian klien masuk ruang operasi pada pukul 11:55 ,klien masuk ruang perawatan pada pukul 13:30 , setelah efek anestesi habis klien mengatakan nyeri dibagian bekas operasi

nya , klien mengatakan nyeri timbul saat bergerak, klien nampak sesekali meringis menahan nyeri ,dengan TTV tekanan darah 130/90 respirasi 20 x/menit suhu tubuh 36,4 celcius dan nadi 80x/menit

HPHT 26/04/2020

HPL 3/2/2021

- IV. Masalah kehamilan : riwayat SC
- V. Riwayat menstruasi :
- Menarche umur : umur 16 thun
 - Siklus menstruasi : regular
 - Lama menstruasi : 5-7 hari
- VI. Riwayat KB :
- Jenis KB : IUD
 - Lama KB : 2,5 tahun
 - Rencana KB : klien mengatakan setelah kelahiran anak yang ke 3 akan kb alami saja .
- VII. Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)
- Tanda-tanda vital :
 TD : 130/90.mmHg,
 Nadi:80 .x/mnt,
 Suhu:36,4.°C,
 RR: 80x/menit
 - Keadaan umum : klien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian bekas luka nya P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : perut bagian bawah S: nyeri skala 5 nyeri dirasakan hilang timbul dan asi sudah keluar sedikit
 - Kepala, leher :
 - Mata : konjungtiva merah, mata minus (kiri:3,5 kanan: 5)
 - Hidung : tidak ada secret , penciuman baik
 - Telinga : bersih , tidak ada cairan yang keluar ,klien mengatakan tidak pernah menderita peradangan pada telinga
 - Mulut dan gigi : keadaan mulut bersih tidak ada gigi berlubang, Suara nafas : vesikuler
 - Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar limfe

4. Thorak, payudara :

Payudara : simetris

Bentuk putting menonjol

5. Payudara

Inspeksi : payudara simetris , bentuk putting menonjol , tidak ada luka pada payudara, tidak ada tanda kemerahan seperti peradangan, areola berwarna coklat tua, putting tidak ada luka/lecet.

Palpasi : tidak terjadi pembengkakan pada payudara

Colostrum : sudah keluar sedikit

6. Abdomen :

▶ Keadaan : distensi tidak ada kelainan

▶ Diastasis rectus abdominis :-

▶ Fundus uteri :

Tinggi : 2 jari di bawah pusat

Posisi : tengah

Kontraksi : baik

7. Lokia

▶ Jumlah : pempers 6 cm < 200ml

▶ Warna : berwarna merah muda

▶ Konsistensi : normal

▶ Bau : amis

8. Perineum

▶ Keadaan : Utuh

▶ Tanda REEDA: tidak ada tanda REEDA karena tidak ada jahitan di perineum

▶ Kebersihan: terlihat bersih

▶ Hemorhoid :-

9. Eliminasi

▶ Kesulitan BAK : klien mengatakan tidak mengalami kesulitan BAK sebelum operasi , BAK lancar sehari 5 kali dengan warna putih dan terkadang kuning , terpasang kateter

▶ Kesulitan BAB : klien mengatakan tidak mengalami kesulitan BAB sebelum operasi , BAB lancar 1 hari sekali saat pagi hari dengan konsistensi lunak

Distensi VU : tidak ada kelainan

10. Ekstremitas

Terpasang infus ditangan kiri , tidak ada luka bekas operasi terpasang selang kateter pergerakan klien terbatas karena nyeri saat bergerak

- ▶ Varises :tidak ada
- ▶ Tanda Homan's :tidak ada

VIII. Pengkajian Kebutuhan Khusus

1.Oksigenasi

Adakah keluhan sesak nafas, pusing setelah beraktivitas : klien mengatakan tidak mengalami pusing atau sesak nafas setelah beraktivitas

2.Nutrisi

Asupan makanan ibu : klien mengatakan nafsu makan normal makan 3x sehari satu piring kurang , tidak ada jenis makanan pantangan, hanya jika makan tidak boleh terlalu pedas karena klien mempunyai gastritis

3. Cairan

Asupan cairan : klien mengatakan minum sehari 8 gelas jenis air putih dan tidak ada pembatasan cairan

Adakah pembatasan asupan cairan,bila ada alasannya?klien mengatakan tidak ada pembatasan cairan

4. Eliminasi

- a. Adakah keluhan keringat berlebih? Bila ada, upaya mengatasinya?

Klien mengatakan tidak ada keluhan keringat berlebihan

- b. BAK pertama setelah persalinan: terpasang kateter , 5 jam 300 ml

- c. Adakah keluhan BAK, bila ada jelaskan

- d. BAB pertama setelah persalinan :klien mengatakan belum AB

- e. Adakah keluhan BAB, bila ada jelaskan

IX. Pemeriksaan Fisik Bayi (head to toe)

- a. Kesadaran
 - Composmentis
- b. TTV : suhu : 37C

Nadi : 120X/menit

RR : 40x/menit

BB : 3100 g

- c. Lingkar kepala : 37 cm

Lingkar dada :36 cm

d. Kepala , rambut

Bentuk kepala bulat ,

Kepala normal

Tidak ada tauma kelahiran

Tidak ada kelainan kongenital

e. Jenis kelamin : perempuan

f. Wajah : simetris

g. Mata

Simetris ,Sensitifitas pada cahaya bagus ,konjungtiva normal ,tidak ada secret adanya refleks berkedip respons terhadap sentuhan

h. Telinga

Simetris, tidak ada secret , refleks terkejut pendengaran baik ,

i. Hidung

Tidak terdapat secret , pernapasan normal melalui hidung

j. Mulut

Bentuk simetris, tidak ada sumbing , kemampuan refleks menghisap bagus

k. Leher

Tidak ada pembengkakan

l. Dada, jantung, paru-paru

Bentuk dada simetris, frekuensi pernafasan bayi normal ,

Tidak ada fraktur klavikula.

m. Abdomen

Terdengar bising usus, tidak kembung , terdapat balut luka pada luka SC di perut bagian bawah.

n. Punggung, pelvis, ekstremitas

Tidak ada kelainan scoliosis , adanya refleks grasping, ekstremitas lengkap, simetris terdapat refleks Babinski pada kaki

o. Genetalia

Keadaan vagina normal tidak ada kelainan

p. Anus

Tidak terdapat kelainan

X. Pemeriksaan penunjang

Hasil Pemeriksaan Laboratorium klinik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 11.5	11.7-15.5	g/dL	
Hematocrit	35.4	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 11.49	3.60-11.00	Ribu/uL	
Trombosit	252	150-440	Ribu/uL	

Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi Klinik

Ringkasan klinis : G2P1A0 H3g MGG dengan bekas sc, mata minus

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	12.3	11.7-15.5	g/dL	
Hematocrit	37.3	33.0-45.0	%	
Leukosit	9.05	3.60-11.00	Ribu/uL	
Trombosit	297	150-440	Ribu/uL	
Golongan darah/Rh	A/positif			
PPT				
PT	L9.0	9.3-11.4	Detik	
PT (control)	11.6	9.1-12.3	Detik	
APTT				
APTT	26.4	21.8-28.4	detik	
APTT (control)	26.8	21.0-28.4	Detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah sewaktu	98	75-110	Mg/dL	
Ureum	L8	10-50	Mg/dL	duplo
Creatinin	L0.55	0.60-1.10	Mg/dL	duplo
ELEKTROLIT (Na,K,Cl)				

Natrium (na)	L 131.0	135-147	135-147	Mmol/L
Kalium (K)	4.20	4.20	3.5-5.0	Mmol/L

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	satuan	Keterangan
Klorida (cl)	H 110.0	95-105	Mmol/L	
IMUNOLOGI				
HBsAg (kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif		
URINALISA				
Urin Lengkap				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Jernih	Jernih		
Protein	Neg	<30 negatif	Mg/dL	
Reduksi	Neg	<15 (negative)	Mg/dL	
Bilirubin	Neg	<1 (negative)	Mg/dL	
Reaksi/PH	7.0	4.8-T.4		
Urobilinogen	0.2	<2	Mg/dL	
Benda Keton	Neg	< 5 (negative)	Mg/dL	
Nitrit	Neg	Negative		
Berat jenis	L1.006	1.015-1.025		
Darah (blood)	Ca80	<5 (negative)	Eri/uL	
Leukosit	Neg	<10 (negative)	Leu/uL	
Mikroskopis				
Sel epitel	10-12	5-15	/LPK	
Eritrosit	11-13	<1/LBP	/LPB	
Leukosit	0-2	3-5	/LPB	
Silinder	0			
Parasite	Negative	Negative		

Hal 3/3

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Bakteri	Posit 1(+)	Negativ		

Jamur	Negativ	Negativ		
Kristal	Negativ			
Benang mukus	Negativ			

THERAPY :

VITAMIN A
KETOROLAC 30 mg/8 jam
METERGIN
INFUS : rl 20 tpm
Cetazolin 2 gr
Oral 29/01/2021
Cefadroxyl 3x1
Metergin 3x1
Fermia 1x1
Domperidone 3x2 tab

Analisa data

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
27/1/2021 16:00	DS :Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasinya Klien mengatakan merasa nyeri saat bergerak Klien mengatakan skala nyeri 5 P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis	NABILA

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
	<p>tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S: nyeri skala 5</p> <p>T: nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>DO: klien tampak sesekali meringis</p> <p>Terdapat luka post sc di abdomen yang masih terbungkus perban</p> <p>TD : 180/90</p> <p>N : 70</p> <p>S: 36</p> <p>RR : 19</p>			
27/1/2021 16:00	<p>Ds : klien mengeluh nyeri</p> <p>Do : balutan jahitan nampak bersih</p>	Risiko infeksi	Prosedur invasi	Nabila

Intervensi

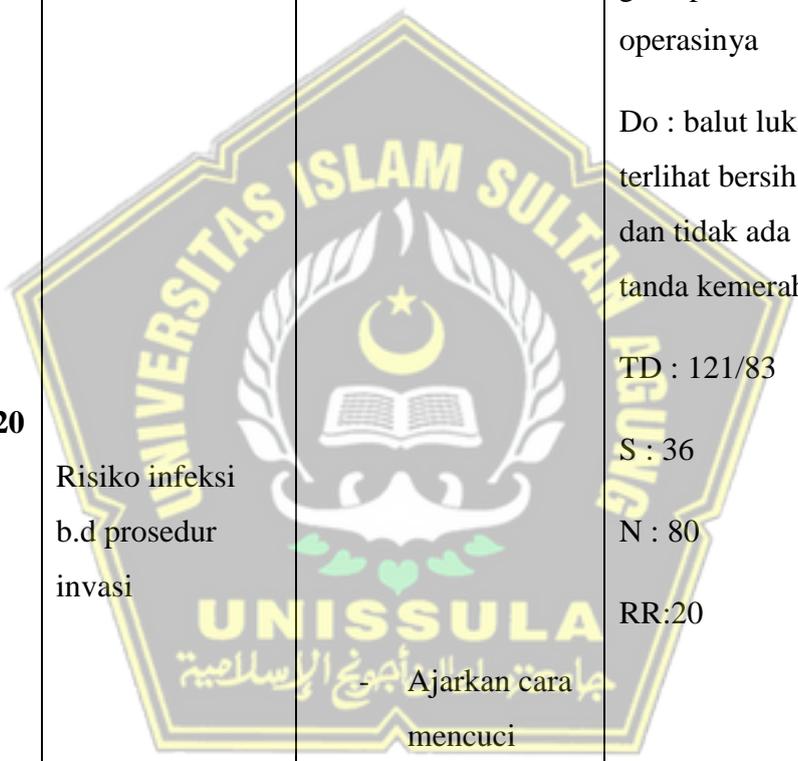
Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Planning	TTD
27/1/2021 16:30	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dengan kriteria hasil :	-Identifikasi lokasi, karakteristik frekuensi,intensi	nabila

		<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri berkurang dari 5 menjadi 2 - Klien sudah tidak nampak meringis 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi factor penyebab nyeri - Ajarkan teknik tarik nafas dalam - fasilitasi istirahat tidur 	
	Risiko infeksi b.d prosedur invasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan badan meningkat - Nyeri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi - ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - anjurkan meningkatkan asupan cairan 	

Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon Klien	TTD
27/1/2021 19:00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis	<p>-Identifikasi lokasi, karakteristik frekuensi,intensitas nyeri</p> <p>-Identifikasi skala nyeri</p> <p>- Identifikasi factor penyebab nyeri</p>	<p>Ds:klien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi , nyeri seperti tertusuk tusuk</p> <p>P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak</p> <p>Q : seperti tertusuk tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S: nyeri skala 5</p> <p>T: nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>Do:terlihat ada luka post sc di abdomen yang masih terbungkus perban</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p>	

			<p>N : 80</p> <p>RR:20</p> <p>Ds : klien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>Do : klien terlihat menahan nyeri</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p> <p>RR:20</p> <p>Ds : klien mengatakan merasa nyeri saat bergerak</p> <p>Do : klien nampak sesekali meringis menahan nyeri</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p> <p>RR:20</p>	
		<p>-Ajarkan teknik tarik nafas dalam</p>		
		<p>- fasilitasi istirahat tidur</p>		

		-	<p>Ds : klien mengatakan paham dengan apa yang diajarkan</p> <p>Do : klien dapat melakukan teknik tarik nafas dalam secara mandiri</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p> <p>RR:20</p> <p>Ds : klien mengatakan akan tidur nanti jika nyeri nya sedikit berkurang</p> <p>Do : klien nampak lemas</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p>	
--	--	---	---	--

			RR:20	
27/01/20 21 19:30	Risiko infeksi b.d prosedur invasi	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda gejala infeksi  <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar 	<p>Ds : klien mengatakan tidak merasa gatal pada bekas operasinya</p> <p>Do : balut luka terlihat bersih dan tidak ada tanda kemerahan</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p> <p>RR:20</p> <p>Ds : klien mengatakan paham dengan apa yang diajarkan</p> <p>Do : klien dapat mempraktekan langkah cuci</p>	

			<p>tangan dengan benar</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p> <p>RR:20</p> <p>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>	
			<p>Ds : klien menyetujui dengan anjuran yang diberikan</p> <p>Do : klien nampak paham</p> <p>TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p> <p>RR:20</p>	

Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon Klien	TTD
28/1/2021 20;00	Nyeri akut b.d agen pencedera	-Identifikasi skala nyeri	Ds : Klien mengatakan skala nyeri 4	

		- fasilitasi istirahat tidur	<p>N: 83</p> <p>RR : 20</p> <p>Ds : klien mengatakan sudah mempraktekan teknik tarik nafas dalam ketika nyeri nya terasa</p> <p>Do : TD : 130/90</p> <p>S :36,3</p> <p>N: 83</p> <p>RR : 20</p> <p>Ds : klien mengatakan sudah bisa tidur namun harus tetap terbangun karena menyusui anaknya</p> <p>Do : TD : 130/90</p> <p>S :36,3</p> <p>N: 83</p> <p>RR : 20</p>	
28/1/2021	Risiko infeksi b.d	- Monitor tanda gejala	Ds : klien mengatakan	

20:30	prosedur invasi	infeksi	<p>tidak merasa gatal pada luka bekas daerah operasi</p> <p>Do : balut terlihat bersih</p> <p>TD : 130/90</p> <p>S :36,3</p> <p>N: 83</p> <p>RR : 20</p> <p>Ds : klien mengatakan sudah melakukan cuci tangan dengan benar</p> <p>Do : klien mempraktekannya lagi</p> <p>TD : 130/90</p> <p>S :36,3</p> <p>N: 83</p> <p>RR : 20</p> <p>Ds : klien mengatakan sudah minum</p>	
-------	--------------------	---------	--	--

			<p>lebih banyak daripada kemarin</p> <p>Do : TD : 130/90</p> <p>S :36,3</p> <p>N: 83</p> <p>RR : 20</p>	
--	--	--	---	--

Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon Klien	TTD
<p>29/1/2021</p> <p>10;12</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis</p>	<p>-Identifikasi skala nyeri</p>	<p>Ds : klien mengatakan skala nyeri nya sudah berkurang menjadi 3</p> <p>P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak Q : seperti tertusuk tusuk R : perut bagian bawah S: nyeri skala 3 nyeri</p> <p>T :dirasakan hilang timbul</p> <p>Do : TD :120/70</p>	

			<p>S:36,4</p> <p>N : 80</p> <p>RR : 18</p> <p>Ds : klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dan mengatakan sudah bisa ke kamar mandi dengan dibantu oleh suami</p> <p>Do</p> <p>TD :120/70</p> <p>S:36,4</p> <p>N : 80</p> <p>RR : 18</p> <p>Ds : klien mengatakan mempraktekan tarik nafas dalam ketika nyeri nya</p>	
		<p>- Identifikasi factor penyebab nyeri</p> <p>Ajarkan teknik tarik nafas dalam</p>		

			<p>kambuh dan merasa lebih tenang</p> <p>Do : klien nampak lebih baik</p> <p>TD :120/70</p> <p>S:36,4</p> <p>N : 80</p> <p>RR : 18</p>	
<p>29/01/2021</p> <p>09;22</p>	<p>Risiko infeksi</p>	<p>Monitor tanda gejala infeksi</p>	<p>Ds : klien mengatakan tidak ada rasa gatal pada luka bekas operasinya</p> <p>Do : perban terlihat bersih</p> <p>TD :120/70</p> <p>S:36,4</p> <p>N : 80</p> <p>RR : 18</p>	

--	--	--	--	--

Tgl / jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkembangan	TTD
27/01/2021	Dx. 1	<p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasinya</p> <p>Klien mengatakan nyeri ketika bergerak</p> <p>P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak</p> <p>Q : seperti tertusuk tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S: nyeri skala 5 nyeri</p> <p>T:dirasakan hilang timbul</p> <p>O: klien nampak sesekali meringis</p> <p>Vital sign : TD : 121/83</p> <p>S : 36</p>	

		<p>N : 80</p> <p>RR:20</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2,3,4,5</p>	
27/01/2021	Dx. 2	<p>S: klien mengatakan tidak merasa gatal pada luka operasinya</p> <p>O: perban terlihat bersih , tidak ada tanda kemerahan</p> <p>Vital sign : TD : 121/83</p> <p>S : 36</p> <p>N : 80</p> <p>RR:20</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	

Tgl / jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkembangan	TTD
28/01/2021	dx. 1	<p>S: klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang dan skala nyeri menjadi 4 , klien mengatakan bisa tidur</p> <p>P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak</p> <p>Q : seperti tertusuk tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p>	

		<p>S: nyeri skala 4 nyeri</p> <p>T:dirasakan hilang timbul</p> <p>O: klien nampak sesekali meringis</p> <p>O : klien nampak sudah bisa duduk</p> <p>Vital sign : TD : 130/90</p> <p>S :36,3</p> <p>N: 83</p> <p>RR : 20</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi 2,3,4</p>	
28/01/2021	dx. 2	<p>S: klien mengatakan tidak merasa gatal pada daerah luka operasinya , klien mengatakan sudah bisa mencuci tangan dengan baik dan benar</p> <p>O : perban terlihat bersih</p> <p>Vital sign : TD : 130/90</p> <p>S :36,3</p> <p>N: 83</p> <p>RR : 20</p> <p>Klien mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1</p>	

Tgl / jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkembangan	TTD
29/01/2021	dx. 1	<p>S: klien mengatakan skala nyeri sudah berkurang menjadi 3 ,klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi dengan dibantu oleh suaminya</p> <p>P : adanya luka post sc , nyeri meningkat saat bergerak</p> <p>Q : seperti tertusuk tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S: nyeri skala 3 nyeri</p> <p>T:dirasakan hilang timbul</p> <p>O: klien nampak lebih baik</p> <p>Vital sign : TD :120/70</p> <p>S:36,4</p> <p>N : 80</p> <p>RR : 18</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan karena klien pulang</p>	
29/01/2021	dx. 2	<p>S: klien mengatakan tidak merasa gatal pada luka operasinya</p> <p>O: perban nampak bersih , tidak ada</p>	

		<p>tanda kemerahan</p> <p>Vital sign : TD :120/70</p> <p>S:36,4</p> <p>N : 80</p> <p>RR : 18</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>	
--	--	---	--



Lampiran 2

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

NIDN 0618048901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama :Nabila Putri Kusuma Wardhani

NIM 40901800061

Judul KTI :Asuhan Keperawatan ny.f P3 A0 post section caesarea atas indikasi post sc dan mata minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

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

Semarang, 25 januari 2021 Pembimbing



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep
NIDN. 061804890

Lampiran 3

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

NIDN 0618048901

Pekerjaan : Dosen

Menyampaikan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atasnama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut

:

Nama :Nabila Putri Kusuma Wardhani

NIM 40901800061

Judul KTI : Asuhan Keperawatan ny.f post section caesarea atas indikasi post sc dan mata minus di Ruang Baitunnisa 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 25 januari 2021

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

Semarang,25 januari 2021Pembimbing



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep
NIDN. 0618048901

Lampiran 4

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA2021**

NAMA :Nabila Putri Kusuma Wardhani

JUDUL KTI :Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.F P3 A0 Post Section Caesarea atas Indikasi Post Sc dan mata minus di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

PEMBIMBING :Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

HARI / TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Senin ,25 Januari 2021	Pembekalan	Diskusi via google meet Konsul kasus yang ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang	
Jumat, 29 Januari 2021	Konsul mengenai pasien	Kalau memang pasien terbatas 1 pasien boleh dikelola maksimal 2 orang mahasiswa Catatan : diagnose prioritasnya dibedakan	
Sabtu 30 Januari 2021	ACC pasien kelolaandengan post section	Kelola pasie nminimal 3 shift	

	caesarea atas indikasi riwayat post sc dan mata minus di ruang baitunnisa 2 rsi sultan agung semarang		
Senin, 12 April 2021	Konsul Askep, KTI	Revisi askep Perbaiki judul askep Keluhan utama dan Kesehatan sekarang diperbaiki lagi Tambahkan metode identifikasinya Tambahkan pemeriksaan balutan pada abdomen	
Senin, 16 April 2021	Revisi askep	Lanjut penyusunan makalah KTI Bab 1-5	

Sabtu, 22 Mei 2021	KTI Bab 1-5 melalui Google meet	Revisi aspek dan revisi makalah KTI bab 1-5, revisi dikirim melalui email Pada judul diberi indikasi dilakukannya sc Cetak tebal pada tulisan bab Rapikan penulisan penomoran	
		5. Perbaiki kutipan dan tabel	
Minggu, 23 Mei 2021	Revisi Bab 1-5	Perbaiki sitasi Berikan pembahasan dan tonjolkan intervensi yang didukung artikel jurnal Berikan pembahasan yang benar benar dilakukan untuk pasien	
Senin , 24 Mei 2021	Revisi KTI bab 1-5	Mengirim makalah KTI yang sudah direvisi via email	

Rabu, 26 Mei 2021	Revisi Bab 1-5	Pengumpulan file via email untuk uji turnitin	
Kamis, 27 Mei 2021	Pengembalian hasil revisi, turnitin masih > 24% dan ditambahkan lembar konsultasi untuk persiapan sidang	Semoga lancar sidangnya	
Jumat, 28 Mei 2021	Revisi setelah sidang	Silahkan direvisi sesuai dengan masukan dari dosen penguji dan perbaiki untuk turnitin	
Senin, 31 Mei 2021	Pengiriman hasil revisi melalui email	Proses koreksi	
Senin, 7 Juni 2021	Pengiriman lampiran berita acara	Proses koreksi	

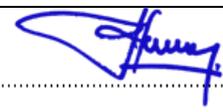


Lampiran 5

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. F P2A0 POST SECTIO
CAESAREA ATAS INDIKASI POST SC DAN MATA MINUS
DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

NAMA : NABILA PUTRI KUSUMA WARDHANI

NIM : 40901800061

No.	Nama Penguji	Direvisi Pada Bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda Tangan
1.	Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp. Kep.Mat Ns.	Perubahan dari P3 menjadi P2 karena dihitung melahirkan 2 kali. Lengkapi pathways	Judul. 22			
2.	Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp. Kep.Mat	Perbaiki penulisan yang typo Tambahkan citation pada bab 2	Bab 2 Halaman 5			 (.....)
3.	Ns. Aprilliani	Rapikan penulisan	1 5			

	Y.W, M.Kep., Sp. Kep.Mat		7 9 35 38 41 2			
		Perbarui referensi				

