

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E P1A0 DENGAN POST
PARTUM *SECTIO CAESARIA* ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Di susun oleh :

Rosita Mia Andini (40901800089)

PRODI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

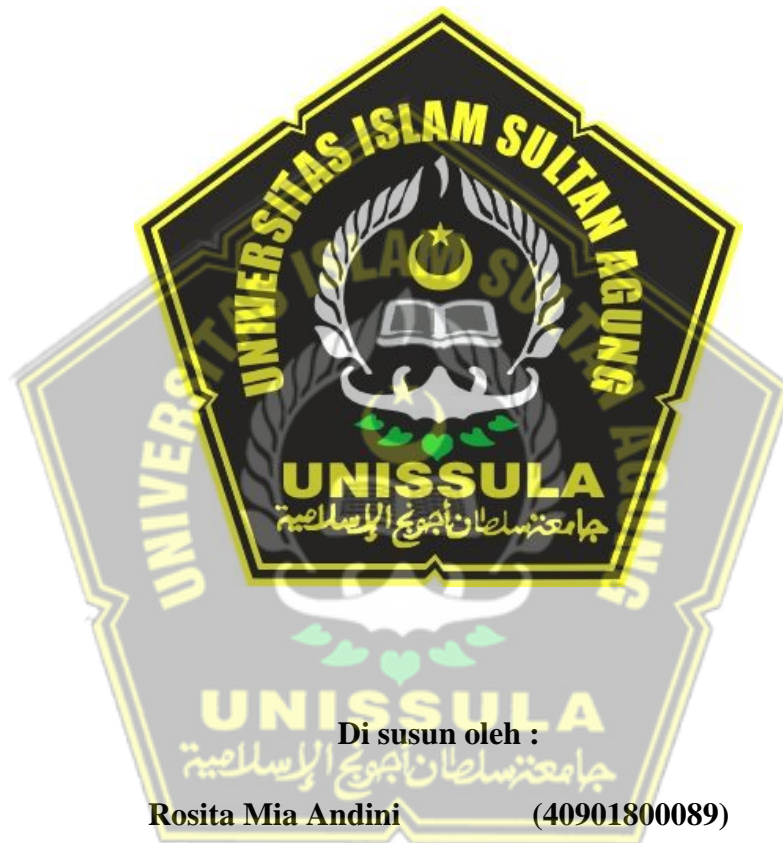
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

2020/2021

HALAMAN JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E P1A0 DENGAN POST
PARTUM *SECTIO CAESARIA* ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI
DI RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

Karya Tulis Ilmiah



Di susun oleh :

Rosita Mia Andini (40901800089)

PRODI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

2020/2021

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, 8 Juni 2021



(Rosita Mia Andini)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0 Dengan Post Partum *Sectio Caesaria* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Di susun Oleh :

Nama : Rosita Mia Andini

Nim : 40901800089

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji karya tulis ilmiah prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Jum'at

Tanggal : 28 Mei 2021

Pembimbing



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

NIDN. 06-1804-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jum'at Tanggal 28 Mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 8 Juni 2021

Penguji I

Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep

NIDN. 06-0209-8503

(.....)

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 Ardian

Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 06-2208-7403

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”.



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.E Dengan Post Partum *Sectio* Caesaria Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini 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 Progr 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 Ilmia 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 Subandi dan Ibu Kasmiatun 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 Nabila, Naelin, Nila dan Rini serta Maya, Anisy yang selama ini membantu penulis dan senantiasa bertukar pikiran agar Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan tepat waktu.
9. Kepada Kakak Ahmad Mundakir, 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, 8 Juni 2021



(Rosita Mia Andini)

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
MOTTO HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
1. Institusi Pendidikan.....	3
2. Lahan Praktik	3
3. Masyarakat	4
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Dasar Post Partum dengan <i>Sectio Caesaria</i> atas Indikasi KPD.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum.....	5
3. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum	6
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Dengan Post Partum SC atas Indikasi KPD	18
1. Pengkajian	18
2. Diagnosa Keperawatan.....	23
3. Intervensi Keperawatan	23
BAB III	26
RESUME ASUHAN KEPERAWATAN	26
A. Pengkajian Keperawatan.....	26

B. Analisa Data	35
C. Planning / Intervensi Keperawatan	36
D. Implementasi Keperawatan	38
E. Evaluasi Keperawatan	43
BAB IV	46
PEMBAHASAN	46
A. Pengkajian	46
B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi	48
C. Diagnosa Keperawatan Tambahan	59
BAB V	60
PENUTUP	60
A. Simpulan	60
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	62
Lampiran 1	65
Lampiran 2	66
Lampiran 3	67



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Persalinan *sectio caesaria* adalah persalinan yang dibuat untuk mengeluarkan janin melewati sebuah sayatan pada perut dan juga rahim, syaratnya adalah kondisi rahim harus utuh dan janin beratnya diatas 500 gr (Yaeni, 2013). Persalinan *sectio caesaria* ini harus dipahami lebih dalam lagi sebagai pilihan alternatif persalinan ketika persalinan spontan atau normal tidak bisa dilakukan (Mulyawati et al., 2011).

Penyebab dari persalinan *sectio caesaria* ini terjadi karena adanya permasalahan pada pihak ibu dan bayi. Ada dua keputusan untuk dilakukan *sectio caesaria*, pertama karena keputusan *sectio caesaria* yang sudah didiagnosa sebelumnya. Penyebabnya adalah bayi sungsang, kasus mulut rahim yang tertutupi oleh plasenta, ibu hamil yang berusia lanjut, riwayat operasi sesar sebelumnya dan bayi kembar. Kemudian operasi *sectio caesaria* yang diambil secara tiba-tiba karena adanya tuntutan kondisi yang darurat, seperti persalinan yang berkepanjangan, 24 jam sejak ketuban pecah bayi belum bisa dilahirkan, serta kontraksi rahim yang terlalu lemah (Mulyawati et al., 2011).

Rekomendasi dari *World Health Organization* (WHO) persalinan *sectio caesaria* ini tidak boleh melebihi 10-15%. Di Indonesia sendiri angka kejadian operasi sesar menurut SDKI pada tahun 2016 sebanyak 921.000 dan sekitar 4.039.000 persalinan atau 22,8% dari keseluruhan persalinan. Tercatat dari 17.665 angka kelahiran di Jawa Tengah, yaitu terdapat sekitar 35,7% - 55,3% ibu yang melahirkan dengan operasi sesar (Purwati et al., 2019).

Setelah proses *sectio caesaria* ini akan mengakibatkan sensasi nyeri. Nyeri ini timbul dari luka yang ada di perut ibu. Post *sectio caesaria* akan memicu nyeri yang hebat dan membutuhkan waktu yang lama untuk proses pemulihannya daripada persalinan secara spontan (Purwati et al., 2019). Penanganan nyeri yang dapat dilakukan adalah secara farmakologis dan non

farmakologis. Salah satunya adalah genggam jari. Teknik ini ialah teknik yang mudah dilakukan dan mampu meredakan nyeri yang dirasakan oleh ibu post *sectio caesaria*.

Untuk meredakan nyeri, teknik ini sangat efektif diaplikasikan yaitu dengan cara menggenggam jari-jari tangan selama 3 menit dengan bernafas secara regular, lalu beralih ke jari lainnya, lakukan terapi ini kira-kira dengan rentang waktu kurang dari 15 menit. Setelah itu alihkan ke jari tangan yang lain dan lakukan selama 15 menit (Evrianasari & Yosaria, 2019).

Terdapat saluran energi yang saling berhubungan antara organ dan emosi yaitu terletak disepanjang jari-jari tangan Titik refleksi memberikan rangsang secara langsung ketika menggenggam tangan. Sehingga, otak menerima rangsangan tersebut berupa gelombang kejut. Akibatnya, gelombang tersebut disalurkan ke syaraf yang terjadi gangguan tersebut, sehingga sumbatan energinya menjadi lancar. Teknik ini dapat membantu tubuh, pikiran dan jiwa menjadi rileks. Hormon endorfin ini akan keluar ketika tubuh dalam keadaan relaksasi yaitu sebagai analgetik alami sehingga nyeri dapat teratasi (Evrianasari & Yosaria, 2019).

Menurut data rekam medis Rumah Sakit Islam Sultan Agung tahun 2020 atau selama satu tahun terakhir, angka kejadian pada kasus persalinan dengan *sectio caesaria* sebanyak 260 kasus. Berdasarkan wawancara dengan perawat di ruang baitunnisa 2 penanganan terhadap nyeri yang biasa dilakukan di Rumah Sakit ini adalah dengan tarik nafas dalam

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0 dengan Post Partum *Sectio Caesaria* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

2. Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan proses pengkajian pada Ny. E P1A0 dengan nyeri akut post partum *sectio caesaria* atas indikasi kpd di ruang Baitunnisa 2.
- b. Menegakkan prioritas masalah dan diagnosa yang tepat pada Ny. E P1A0 dengan nyeri akut post partum *sectio caesaria* atas indikasi kpd di ruang Baitunnisa 2.
- c. Menentukan intervensi yang tepat pada Ny. E P1A0 dengan nyeri akut post partum *sectio caesaria* atas indikasi kpd di ruang Baitunnisa 2.
- d. Melakukan implementasi yang komprehensif pada Ny. E P1A0 dengan nyeri akut post partum *sectio caesaria* atas indikasi kpd di ruang Baitunnisa 2.
- e. Melakukan evaluasi tindakan pada Ny. E P1A0 dengan nyeri akut post partum *sectio caesaria* atas indikasi kpd di ruang Baitunnisa 2.

C. Manfaat Penulisan

1. Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dibuat agar bermanfaat sebagai bahan ajar di bidang keperawatan dalam pemberian tindakan kepada ibu post *sectio caesaria* dalam upaya pemenuhan tingkat kemandirian pasien dengan mengimplementasikan tindakan relaksasi genggam jari.

2. Lahan Praktik

Diharapkan bagi lahan praktek, hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan untuk tambahan pengetahuan dan mutu pelayanan yang optimal mengenai tindakan keperawatan maternitas pada pasien yang mengalami nyeri akut post sc.

3. Masyarakat

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat memberikan tambahan pengetahuan kepada masyarakat mengenai tindakan keperawatan maternitas pada pasien dengan nyeri akut post sc.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post Partum dengan *Sectio Caesaria* atas Indikasi KPD

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulainya masa saat selepas lahirnya plasenta dari jalan lahir dan usai ketika pemulihan kembali organ-organ reproduksi seperti saat sebelum terjadi kehamilan selama 42 hari atau 6 minggu (Mansyur & Dahlan, 2014). Nifas atau *puerperium* atau *postpartum* yaitu periode yang diawali selepas lahirnya bayi dan plasenta yang berakhir saat organ reproduksi memulih kembali seperti saat sebelum terjadi kehamilan dan berakhir pada waktu 42 hari atau selama 6 minggu (Sambas, 2017).

Sectio Caesaria merupakan tindakan bedah sayatan yang menerobos abdomen dan uterus bunda yang tujuannya adalah mengeluarkan bayi. Tindakan ini dilaksanakan saat persalinan pervaginam lebih menuju pada komplikasi, meskipun tindakan ini sudah umum digunakan sebagai alternatif dari persalinan spontan (Mitayani, 2012). *Sectio Caesaria* adalah tindakan operasi pembedahan, untuk mengeluarkan janin melewati sayatan pada perut dan uterus, syaratnya rahim harus dalam kondisi yang utuh dan janin beratnya lebih dari 500 gr (Solehati & Kosasih, 2015).

2. Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum

a. Tujuan Umum

Membantu pasangan suami istri dalam merawat bayinya selama waktu transisi awal.

b. Tujuan Khusus

- a) Memantau kesehatan fisik dan psikologi ibu dan bayi.
- b) Apabila ibu dan bayi terjadi komplikasi, maka perlu dilakukan skrining yang optimal untuk mendeteksi masalah, mengobati ataupun merujuk.

- c) Memberikan edukasi mengenai perawatan untuk kesehatan pada diri ibu, asupan nutrisi untuk bayi sesuai umur bayi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi sesuai umur bayi serta perawatan pada bayi sehat.
- d) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Mansyur & Dahlan, 2014).

3. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

a. Adaptasi Fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Rahim

(1) Involusi uterus (Kembalinya rahim)

Involusi adalah kembalinya rahim pada keadaan seperti saat sebelum terjadi kehamilan. Pulihnya rahim ini, akan mengakibatkan neurotik pada lapisan terluar dari desidua yang membentangi plasenta.

Dilakukan pemeriksaan palpasi yang bertujuan untuk meraba dimanakah letak TFUnya.

(a) Saat bayi baru dilahirkan maka fundus uteri masih berada di setinggi pusat yang beratnya sekitar 1000 gr, pada saat bayi baru lahir.

(b) Fundus uteri teraba 2 jari di bawah pusat, pada akhir kala 3

(c) Fundus uteri teraba di pertengahan pusat simfisis pubis dengan berat sekitar 500 gr, pada satu minggu atau 7 hari post partum.

(d) Fundus uteri teraba di atas simfisis pubis beratnya sekitar 350 gr, pada minggu ke 2 post partum.

(e) Fundus uteri akan mengecil atau tidak teraba dengan berat sekitar 50 gr, pada minggu ke 6 post partum.

(f) fundus uteri sebesar ukuran normal dengan berat 30 gr, pada 8 minggu post partum.

(2) Lokhea

Menurut (Susanto, 2019) Lokhea merupakan pengeluaran darah dari rahim selama post partum yang berisi darah dan sisa jaringan desidua yang mati dari rahim. Perbedaan di setiap wanita adalah pada bau amis dari lokhea dan jumlah volume darah yang keluar. Adanya infeksi pada lokhea akan membuat bau yang tidak sedap pada lokhea.

(3) Laktasi

Laktasi adalah proses dari terbentuk dan keluarnya air susu ibu (ASI). Semua ibu yang melahirkan pasti terdapat nutrisi untuk bayinya yaitu berupa ASI, bayi pun akan merasa nyaman, tenang dan hangat ketika berada di pelukan ibunya.

Faktor kejiwaan seperti jika ibu selalu merasa sedih, cemas, tertekan, merasa minder dan emosi yang tidak terkendali dapat memengaruhi produksi ASI, hal ini dapat menyebabkan volume ASI menurun bahkan sampai ASI tidak terproduksi. Jadi ibu harus dalam keadaan yang tenang dan rileks jika menginginkan memproduksi ASI yang baik.

b) Serviks

Setelah persalinan, bentuk leher rahim sedikit menganga seperti corong. Hal ini diakibatkan corpus uteri yang mampu menyebabkan kontraksi. Leher rahim yang melebar hingga 10 cm, secara perlahan dan bertahap saat persalinan akan menutup. Sehingga saat minggu ke-6 *post partum* leher rahim akan menutup kembali (Susanto, 2019).

c) Vulva dan Vagina

Adanya tekanan dan peregangan yang sangat besar pada vulva dan vagina setelah melahirkan. Vulva dan vagina akan kembali normal seperti saat sebelum terjadi kehamilan, dan rugae di dalam vagina akan muncul kembali dengan sedangkan labia akan lebih menonjol, ini terjadi pada lebih dari 3 minggu (Susanto, 2019).

d) Perineum

Perineum selepas kelahiran akan lebih kendur hal ini disebabkan adanya gerakan maju oleh tekanan bayi, namun perineum kembali mendapatkan sebagian tonusnya pada hari ke 5 post partum. Meskipun lebih kendur dibandingkan kondisi seperti saat sebelum terjadi kehamilan (Susanto, 2019).

2) Sistem Pencernaan

Setelah proses persalinan, ibu biasanya akan mengalami keadaan konstipasi. Hal ini disebabkan pada waktu persalinan, organ pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada saat persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan serta kurangnya aktivitas tubuh (Susanto, 2019).

3) Sistem Perkemihan

Biasanya ibu akan mengalami kesulitan untuk buang air kecil setelah proses persalinan. Hal ini disebabkan karena terdapat spasme sfingter dan edema leher kandung kemih setelah bagian ini mengalami kompresi atau tekanan di antara kepala janin dan tulang pubis selama proses persalinan berlangsung (Susanto, 2019).

4) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada saat persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan akan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh

ke belakang dan menjadi retrofleksi, hal ini disebabkan karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna akan terjadi pada 6-8 minggu setelah proses persalinan (Mansyur & Dahlan, 2014).

5) Tanda-Tanda Vital

a) Suhu Tubuh

Suhu tubuh ibu saat post partum 24 jam atau satu hari akan naik sedikit sekitar 37,5°- 38°C saat melahirkan ibu akan kelelahan dan hilangnya cairan. Suhu badan akan menjadi biasa, jika keadaan sudah normal.

b) Nadi

Pada orang dewasa, normalnya denyut nadi adalah 60 sampai 80 kali permenit, dan denyut nadi umumnya menjadi lebih cepat setelah melahirkan.

c) Tekanan Darah

Biasanya tekanan darah tidak akan berubah, tekanan darah kemungkinan menjadi rendah selepas proses kelahiran, hal ini disebabkan adanya perdarahan.

d) Pernafasan

Denyut nadi dan suhu selalu berkaitan dengan frekuensi pernafasan. Jika nadi dan suhu dalam keadaan yang abnormal, maka akan diikuti oleh frekuensi pernafasannya (Mansyur & Dahlan, 2014).

6) Sistem Kardiovaskuler

Selama masa *post partum* ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urin. Hilangnya progesteron akan membantu untuk mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma selama proses persalinan.

Pada persalinan pervaginam, ibu akan kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Jika persalinan melalui *sectio caesaria*, maka

kehilangan darah bisa 2 kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit. Jika persalinan pervaginam hematokrit akan naik, sedangkan pada persalinan *sectio caesaria*, hematokrit cenderung stabil dan akan kembali normal setelah 4-6 minggu (Susanto, 2019).

7) Sistem Hematologi

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

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada saat kehamilan, diasosiasikan dengan peningkatan hemoglobin dan hematokrit pada hari ke 3-7 masa *post partum* dan akan kembali normal dalam waktu 4-5 minggu *post partum* (Mansyur & Dahlan, 2014).

b. Adaptasi Psikologis

Menurut (Susanto, 2019) 3 bagian periode yang dibagi oleh Reva Rubin yaitu :

1) Periode “*Taking In*”

- a) Dimulai selepas persalinan pada hari ke 1 dan 2. Ibu baru biasanya akan pasif dan sangat tergantung, perhatian dan fokusnya hanya terpusat mengenai bentuk tubuhnya.
- b) Bunda baru biasanya akan bercerita mengenai pengalaman pada saat proses persalinan berulang kali.
- c) Dalam mempercepat proses pulih dan sembuhnya luka, serta untuk mempersiapkan proses laktasi aktif sangat dibutuhkan dalam peningkatan nutrisi

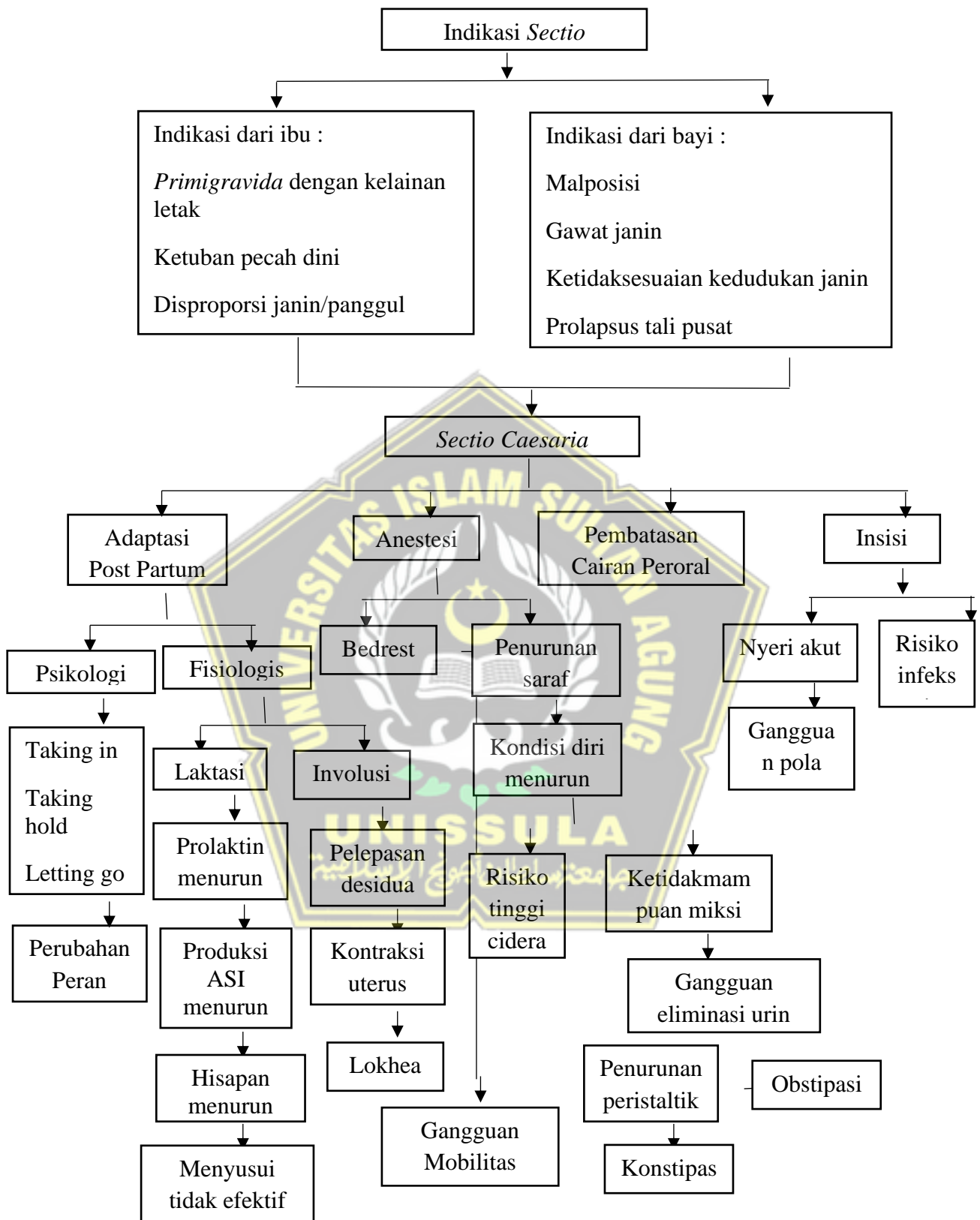
2) Periode “*Taking Hold*”

- a) Dimulai pada hari ke 2-4 masa nifas
- b) Bunda akan fokus untuk menjadi orang tua yang bertanggungjawab dan sukses pada bayinya.
- c) Bunda fokus pada kemampuan fungsi tubuh, BAB, BAK, ketahanan dan kekuatan tubuhnya.
- d) Pada periode ini, biasanya ibu akan sedikit sensitif dan merasa tidak mampu untuk melakukan kegiatan tersebut.
- e) Bunda akan banyak belajar dan usaha untuk bisa dalam merawat bayinya, seperti menggendong, memandikan, memasang popok dan sebagainya.

3) Periode “*Letting Go*”

- a) Dimulai pada hari ke 10 post partum.
- b) Perhatian dan waktu yang dicurahkan oleh keluarga akan memengaruhi pada periode ini.
- c) Bunda bertanggung jawab dalam merawat bayi, dan bunda harus mampu beradaptasi pada semua kebutuhan yang diperlukan oleh bayi yang sangat bergantung padanya.
- d) Umumnya di periode ini, depresi *post partum* sering terjadi.

c. Pathways



Gambar 2.1 Pathways Post *Sectio Caesaria* (Nurarif & Kusuma, 2015).

d. Etiologi

Menurut (Nurarif & Kusuma, 2015), operasi *Sectio Caesaria* dilakukan atas indikasi yaitu:

1. Indikasi dari ibu

Pada primigravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, *Cefalo Pelvix Disproportion* (CPD), disproporsi janin dan panggul), riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, kehamilan disertai dengan penyakit (DM, jantung), ketidakseimbangan antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, komplikasi pada saat kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia berat, serta atas keinginan ibu sendiri.

2. Indikasi dari janin

Gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapsus tali pusat, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar (*giant baby*). Sedangkan faktor dari plasenta meliputi *plasenta previa*, *solutio plasenta*, *vasa previa* dan *plasenta accreta*, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar.

e. Patofisiologi

Adanya hambatan atau kelainan saat persalinan yang dapat mengakibatkan bayi tidak bisa lahir spontan, seperti ketidaksesuaian antara panggul ibu dengan ukuran kepala bayi, pre eklampsia dan eklampsia berat, keracunan kehamilan yang parah, kelainan letak bayi yaitu lintang dan sungsang, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini atau *solutio plasenta*, leher rahim yang tertutup oleh plasenta atau dikenal dengan *plasenta previa*, ibu hamil yang berusia lanjut, bayi kembar, ketuban pecah

sebelum waktunya dan bayi yang belum keluar dalam waktu 24 jam, serta kontraksi lemah (Sari, 2016).

Operasi *sectio caesaria* ini dilakukan tindakan pembiusan yang dapat mengakibatkan pasien imobilisasi, sedangkan efek dari anastesi dapat menyebabkan konstipasi. Pada dinding abdomen dan rahim pasien dilakukan tindakan insisi atau proses pembedahan sehingga mengakibatkan terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik. Hal ini yang menyebabkan gangguan rasa nyaman pada pasien yaitu nyeri.

Selepas berakhirnya operasi bedah ini, daerah sayatan yang ditutup akan menyebabkan luka post *sectio caesaria*, yang apabila dalam perawatannya tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan risiko infeksi. Pada saat *post partum*, hormon progesteron dan estrogen akan menurun yang dapat menyebabkan kontraksi dan involusi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan risiko syok, hemoglobin menurun, kekurangan O₂, mengakibatkan kelemahan serta dapat menyebabkan defisit perawatan diri (Nurarif & Kusuma, 2015).

f. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Rohan & Siyoto, 2013) pada pasien dengan post *sectio caesaria* yaitu:

1) Perawatan awal

a) Letakkan pasien pada posisi pemulihan (*recovery*)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda - tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga sadar.

b) Pemberian cairan

Pasca operasi *sectio caesaria*, pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karena itu dalam pemberian cairan intravena

ke pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan adalah D5 10 %, NaCl, dan *Ringer Laktat* secara selang-seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin rendah maka pasien diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien.

2) Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.

a) Diit

Biasanya pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diawali dengan memberikan minuman dan makanan melalui mulut. Minuman diberikan dalam jumlah yang sedikit pada 6-8 jam setelah operasi *sectio caesaria* yaitu air putih dan teh.

b) Kateterisasi

Penuhnya bladder dapat mengakibatkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, hal ini dapat menghambat involusi uteri dan menyebabkan perdarahan. Biasanya selama 24 sampai 48 jam atau bisa lebih, kateter terpasang bergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.

c) Pemberian terapi obat

- (1) Antibiotik
- (2) Analgesik
- (3) Supposituria

g. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi nyeri post *sectio caesaria* yaitu berupa teknik non farmakologis yang digunakan antara lain:

1) Relaksasi dan distraksi

- 2) Hipnosis
- 3) Perubahan dan pergerakan posisi
- 4) Hidroterapi, masase kutaneus
- 5) Terapi musik, panas atau dingin
- 6) *Emotional Freedom Technique* (EFT)
- 7) Aromaterapi
- 8) Teknik imajinasi terbimbing (Lutfatul Latifah, 2014).

h. Komplikasi

Komplikasi pada operasi *sectio caesaria* adalah :

- 1) Infeksi peurperal

Bersifat ringan yaitu peningkatan suhu badan pasien selama beberapa hari post partum sedangkan yang berat seperti peitonitis, sepsis dan sebagainya.

- 2) Perdarahan

Timbulnya perdarahan pada saat proses operasi apabila terbukanya cabang-cabang arteri atau bisa disebabkan atonia uteri. Hilangnya darah lewat persalinan *sectio caesaria* lebih banyak dua kali lipat dibandingkan persalinan spontan.

- 3) Dinding rahim kurang kuat, sehingga bisa terjadi ruptur uteri pada kehamilan selanjutnya.
- 4) Komplikasi ini sangat jarang terjadi yaitu emboli paru, luka pada kandung kemih dan sebagainya (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

i. Nyeri Post SC

Ibu dengan post *sectio caesaria* akan merasakan nyeri yang sangat hebat, nyeri ini berasal dari luka yang terdapat di perut. Dalam proses pemulihan nyeri ini dapat berlangsung lama dibandingkan dengan persalinan spontan. Pada proses operasi *sectio caesaria* ini menggunakan anestesi agar pasien tidak merasa sakit dan nyeri, tetapi ketika selepas operasi dan pasien telah sadar, pasien

akan merasa nyeri di bagian tubuh yang dioperasi. Nyeri bersifat subjektif oleh karena itu tidak akan ada dua pasien yang dapat mengalami sensasi dan respon nyeri yang sama (Purwati et al., 2019)

j. Terapi Relaksasi Genggam Jari

Teknik genggam jari adalah salah satu praktik yang bisa membantu meredakan atau mengurangi rasa nyeri. Teknik ini mampu meredakan nyeri dengan cepat seperti rasa takut, khawatir, marah dan kesedihan. Menggenggam ibu jari dapat mengurangi kekhawatiran, depresi, rasa benci, obsesi, cemas, perlindungan diri, sampai membuat tubuh segar dari lelahnya fisik (Evrianasari & Yosaria, 2019).

Menggenggam jari telunjuk mempunyai manfaat yaitu untuk mengurangi rasa takut, depresi, frustrasi, ketidaknyamanan, eliminasi, dan masalah pencernaan. Menggenggam jari tengah mempunyai fungsi mengurangi rasa marah, mudah tersinggung, kelelahan umum, tidak stabil, dan rasa tidak nyaman di dahi (Evrianasari & Yosaria, 2019).

Menggenggam jari manis mempunyai fungsi mengurangi rasa sedih, perasaan negatif, ketidaknyamanan pada telinga, dan kenyamanan pernafasan. Sedangkan menggenggam jari kelingking berfungsi mengatasi perasaan tidak nyaman, relaksasi dan gangguan pada pencernaan (Evrianasari & Yosaria, 2019).

Teknik ini sangat efektif untuk mengatasi nyeri yaitu dengan cara menggenggam jari-jari tangan selama 3 menit dengan bernafas secara regular, lalu beralih ke jari lainnya, lakukan terapi ini kira-kira dengan rentang waktu kurang dari 15 menit. Setelah itu alihkan ke jari tangan yang lain dan lakukan selama 15 menit (Evrianasari & Yosaria, 2019).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Pasien Dengan Post Partum SC atas Indikasi KPD

1. Pengkajian

- a. Lakukan pemeriksaan keadaan umum pasien

Periksa dan cek keadaan ibu secara umum, apakah ibu merasa lelah setelah melahirkan. Hal ini akan memengaruhi ibu dalam proses menerima bayinya dan kemampuan ibu dalam menyusui serta mengasuh bayi.

- b. Lakukan pemeriksaan tanda - tanda vital

Tiap 15 menit sekali dilakukan monitor TTV selama 1 jam setelah proses persalinan, lalu tiap 30 menit untuk 1 jam berikutnya. Peningkatan hal ini karena pengeluaran tenaga selama proses persalinan dan kelelahan, menurunnya tekanan darah perlu dicurigai karena memungkinkan adanya perdarahan *post partum*.

Pada saat *post partum* suhu dalam beberapa hari akan naik antara 37,2-37,8°C, hal ini disebabkan karena adanya resorpsi atau penyerapan ulang benda-benda di dalam uterus dan dimulainya laktasi atau demam resorpsi. Adanya infeksi pada ibu akan ditunjukkan dengan meningkatnya nadi dan suhu di atas normal (Wahyuni et al., 2020).

- c. Lakukan pemeriksaan kepala

- 1) Mata

Karena perdarahan pada saat proses persalinan dapat menyebabkan terjadinya anemia dan hal ini bisa dilihat dari pemeriksaan konjungtiva mata yang anemis.

- 2) Hidung

Tanyakan dan periksa hidung ibu, apakah ibu menderita sinusitis, polip atau pilek. Jika ibu post partum mengalami infeksi, hal ini akan meningkatkan kebutuhan energi.

- 3) Telinga

Tanyakan dan periksa telinga ibu, apakah ibu menderita infeksi ataupun ada peradangan di telinga, dan apakah ada serumen di telinga ibu.

4) Mulut dan gigi

Tanyakan dan periksa mulut dan gigi ibu, apakah ibu sedang menderita stomatitis atau apakah ada gigi yang berlubang. Mikroorganisme dapat masuk ke gigi yang berlubang dan secara sistemik dapat beredar.

5) Leher

Periksa leher ibu, apakah kelenjar tiroid dan kelenjar limfe membesar. Membesarnya kelenjar limfe menandakan adanya infeksi, didukung data lain yaitu dengan adanya hipertermia, bengkak dan nyeri.

d. Lakukan pemeriksaan payudara

1) Payudara

a) Inspeksi bentuk, kesimetrisan, ukuran payudara. Ukuran dan bentuk payudara tidak akan memengaruhi produksi ASI.

b) Inspeksi permukaan dan kontur payudara. Depresi, retraksi atau adanya luka pada kulit payudara yang menyebabkan permukaan payudara menjadi tidak rata, hal ini perlu dipikirkan kembali karena kemungkinan adanya tumor di payudara.

c) Inspeksi warna pada kulit payudara, adanya peradangan akan menunjukkan warna kemerahan pada kulit payudara.

2) Areola

Inspeksi bentuk, kesimetrisan dan ukuran areola. Areola biasanya menjadi lebar dan warnanya akan menjadi lebih hitam, hal ini karena adanya hiperpigmentasi selama kehamilan.

3) Puting

a) Inspeksi ukuran dan bentuk puting. Puting mempunyai ukuran yang bervariasi, tetapi dalam hal ini tidak

menunjukkan arti khusus. Kesiapan ibu dalam proses menyusui sangat dipengaruhi oleh bentuk puting seperti tenggelam, datar, panjang atau normal.

b) Inspeksi puting apakah lecet, ada lesi atau luka

c) Palpasi

(1) Untuk mengetahui apakah ada pembengkakan pada payudara atau tidak.

(2) Untuk mengetahui apakah ada massa atau tidak.

(3) Periksa payudara terhadap pengeluaran kolostrum, pada hari ke 2 atau ke 3 akan mengalami peningkatan (Wahyuni et al., 2020).

e. Lakukan pemeriksaan fundus uteri dan abdomen dengan posisi terlentang serta kaki sedikit ditekuk.

1) Kaji luka (pada persalinan *sectio caesaria*), apakah luka terdapat tanda - tanda infeksi.

2) Kaji apakah ada linea alba dan striae.

3) Kaji abdomen, apakah keras atau lembek, adanya kontraksi uterus yang bagus dapat meminimalkan risiko perdarahan dan hal ini menunjukkan keadaan abdomen keras.

4) Ukur dan kaji diastasis rektus abdominis (DRA). Diastasis rektus abdominis merupakan otot yang meregang disebabkan karenan membesarnya rahim. Mintalah ibu untuk tidur dengan posisi terlentang tanpa menggunakan bantal, kemudian letakkan jari tangan pemeriksa di bawah PX (*prosesus xiphoideus*) dan minta ibu untuk mengangkat kepala, selanjutnya palpasi abdomen dari bawah PX ke umbilikus hasilnya adalah terdapat regangan yang menyerupai celah memanjang setelah itu ukur lebar dan panjang dari diastasis rektus abdominis.

5) Fundus uteri dipalpasi dari umbilikus ke bawah, lalu ukur tinggi fundus uteri (TFU) misalnya 1 jari atau 2 jari di atas pusat atau dibawah pusat dan sebagainya.

- 6) Inspeksi dan palpasi kandung kemih. Adanya jumlah urin yang tertampung banyak akan membuat kandung kemih tampak bulat dan penuh, dan hal ini dapat mengganggu proses involusi uteri sehingga harus segera dikeluarkan.
- f. Lakukan pemeriksaan genital
- 1) Inspeksi apakah ada edema pada traktus urinarius, jika ada hal ini dapat menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensi urin.
 - 2) Kaji eliminasi urin atau BAK, kandung kemih dapat kehilangan sensitivitas hal ini karena proses persalinan.
 - 3) Periksa lokhea atau *discharge*, yaitu suatu pengeluaran cairan yang keluar dari jalan lahir. Lokhea mengandung jaringan-jaringan dan lendir.
 - a) Monitor lokhea setiap 4 sampai 8 jam.
 - b) Hitung jumlah, dapat dilihat dari frekuensi penggantian pembalut.

Klasifikasi lokhea berdasarkan volume darah yang keluar sbb:

- (1) Lokhea keluar kurang dari 5 cm dan volume darah kira-kira 10 ml dalam pembalut disebut Scant.
 - (2) Lokhea keluar kurang dari 10 cm dan volume darah kira-kira 10-15 ml dalam pembalut disebut Small.
 - (3) Lokhea keluar kurang dari 15 cm dan volume darah kira-kira 25-50 ml dalam pembalut disebut Moderat.
 - (4) Lokhea keluar lebih dari 15 cm dan volume darah kira-kira 50-80 ml dalam pembalut disebut Large.
- c) Kaji warna dan bau lokhea. Lokhea dibagi 3 :
- (1) Lokhea rubra, berwarna merah dan merah muda, lokhea ini berisi darah, bekuan darah, dan lendir yang

berlangsung selama 9-10 hari post partum, serta berbau amis.

(2) Lokhea serosa, berwarna kecoklatan, berbau agak amis, mengandung leukosit, serum dan sisa jaringan. Berlangsung selama 9-10 hari *post partum*.

(3) Lokhea alba, terjadi pada minggu ke 2 sampai 6 post partum. Lokhea ini berisi leukosit, mukoservik, sel epitel dan bakteri/kuman serta berwarna kuning sampai putih. Bau darah menstruasi mirip dengan bau lokhea, adanya infeksi pada saluran reproduksi, akan membuat bau lokhea tidak sedap/bau busuk (Wahyuni et al., 2020).

g. Lakukan pemeriksaan perineum dan rektum

a) Atur posisi ibu dengan posisi sim. Inspeksi keutuhan perineum, apakah ada luka episiotomi, apakah perineum utuh, atau ada luka laserasi atau ruptur.

b) Inspeksi keadaan luka dan jahitan pada episiotomi, selanjutnya kaji tanda - tanda REEDA yaitu ada *redness, edema, echymosis, discharge, approximation*. Kebersihan perineum ini akan menunjang untuk penyembuhan luka episiotomi.

c) Inspeksi apakah ada laserasi,

(1) Tingkat 1 : struktur dan kulitnya dari permukaan sampai otot

(2) Tingkat 2 : melebar atau meluas sampai otot perineal / perineum

(3) Tingkat 3 : meluas atau melebar sampai ke otot sfingter.

(4) Tingkat 4 : melibatkan dinding anterior rektal

d) Kaji apakah ada *hemoroid* atau ambeien. Pada ibu post partum, *hemoroid* derajat 1 merupakan hal yang normal.

g. Melakukan pemeriksaan ekstremitas

1) Kaji apakah ada varises

2) Apakah ada edema/ pembengkakan

3) Periksa dan cek tanda homan yaitu ibu diposisikan dalam posisi terlentang dengan tungkai yang ekstensi atau diluruskan, kemudian didorsofleksikan atau digerakkan ke arah depan/atas dan tanyakan pada ibu apakah merasakan nyeri di betis, jika merasa nyeri maka tanda homan positif. adanya tromboplebitis ini yang menunjukkan jika tanda homannya positif sehingga hal ini dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Agar sirkulasi lancar, ibu harus diberikan motivasi untuk melakukan mobilisasi dini (Wahyuni et al., 2020).

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D. 0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D. 0054)
- c. Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Suplai ASI (D. 0029)
- d. Gangguan Pola Tidur b.d Kontrol Tidur (D. 0055)
- e. Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D. 0142) (PPNI, 2017)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV 2. Identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas) nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu

		c. Sikap protektif menurun (5)	teknik relaksasi genggam jari
		d. Gelisah menurun (5)	4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik
		e. Kesulitan tidur menurun (5)	
2.	Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Suplai ASI (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam, diharapkan status menyusui pasien membaik dengan kriteria hasil : 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Tetesan/pancaran ASI meningkat (5) 4. Suplai ASI adekuat meningkat (5)	1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4) Jelaskan manfaat dari menyusui bagi ibu dan bayi 5) Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar
3.	Gangguan Tidur b.d Kurang Kontrol (D.0055)	Pola Kurang Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan pola tidur pada pasien membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun (5) 2. Keluhan tidak puas tidur menurun (5) 3. Keluhan sering terjaga menurun (5) 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Modifikasi lingkungan (suhu) 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) 4. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur 5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (tarik nafas dalam)

4. Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D. 0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan tingkat infeksi pada pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Bengkak menurun (5) 4. Demam menurun (5) 5. Kebersihan tangan meningkat (5) 6. Kebersihan badan meningkat (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
---	---	---



BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara allo dan autoanamnesa, serta dengan melihat data rekam medik pasien, pengkajian dilakukan pada tanggal 5 Februari 2021, dengan hasil berikut : nama pasien adalah Ny. E, umur 26 tahun, berjenis kelamin perempuan, agamanya Islam, pendidikan terakhir Sekolah Dasar, pekerjaan karyawan, alamat Loireng Demak, dengan status obstetric yaitu nifas hari ke 1, P1A0. Tipe persalinan pasien adalah *sectio caesaria*, dengan berat bayi lahir 3,1 kg atau 3100 gr, keadaan bayi waktu lahir menangis dan sehat, serta tidak ada komplikasi nifas.

Identitas penanggung jawab atas nama Tn. R, berumur 30 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pekerjaan karyawan, alamat Loireng Demak, hubungan dengan pasien adalah suami pasien.

2. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah, sulit tidur, belum bisa menyusui dan keterbatasan dalam gerak

3. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 4 Februari 2021 mengalami ketuban pecah dini jam 19.00 WIB dengan usia kehamilan 38 minggu, sehingga pasien di bawa ke bidan setempat oleh sang suami. Tetapi karena pasien mengalami pinggul yang sempit sehingga pasien dirujuk ke RSI Sultan Agung pada jam 21.00 WIB agar mendapatkan tindakan lebih lanjut (operasi).

4. Masalah kehamilan

Pasien mengatakan mual dan muntah ketika trimester 1

5. Riwayat menstruasi

Menarche umur pasien yaitu usia 12 tahun, pasien mengatakan siklus menstruasi lancar, dan lama menstruasi sekitar 7-8 hari, pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam menstruasi.

6. Riwayat KB

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB dengan jenis apapun dan ada rencana menggunakan KB.

7. Pemeriksaan fisik

a. Tanda - tanda vital

Dari pemeriksaan yang dilakukan, didapatkan tanda - tanda vital pasien diantaranya TD: 110/80 mmHg, nadi : 63 x/menit, suhu : 36,0⁰C, frekuensi pernafasan 20 x/menit.

b. Keadaan umum

Kesadaran pasien composmentis, penampilan lemah dan pucat, pasien terbaring di ranjang.

c. Kepala, leher

1) Kepala

Kepala pasien berbentuk mesosefal, rambut berwarna hitam, bersih dan terlihat lepek.

2) Mata

Konjungtiva pasien tidak anemis, sklera tidak ikterik, kedua mata simteris dan tidak ada pembesaran pupil serta tidak ada gangguan penglihatan.

3) Hidung

Hidung pasien bersih, ada lubang hidung, tidak ada sekret, dan tidak ada sinusitis atau polip.

4) Telinga

Telinga pasien tidak terdapat adanya peradangan ataupun infeksi, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik, dan tidak serumen.

5) Mulut dan gigi

Mulut pasien tidak terdapat stomatitis dan juga tidak ada gigi yang berlubang, mukosa bibir kering, tidak ada sariawan dan pengucapan kurang jelas.

6) Leher

Leher pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe.

d. Thorax

1) Dada, jantung

Bentuk dada pasien simetris, tidak ada lesi, tidak ada krepitasi dan tidak ada nyeri tekan.

Pada pemeriksaan jantung dengan metode :

Inspeksi : iktus kordis tidak tampak

Palpasi : iktus kordis teraba di ics 4

Perkusi : terdengar pekak

Auskultasi : bunyi jantung reguler lup-dup.

2) Paru-paru

Pada pemeriksaan paru-paru pasien dengan metode :

Inspeksi : terlihat pengembangan dada antara kiri dan kanan,

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdengar bunyi sonor

Auskultasi : vesikuler, tidak ada bunyi tambahan.

e. Payudara

Pada pemeriksaan payudara pasien dengan metode :

Inspeksi : terlihat ukuran payudara kanan dan kiri simetris, aerola melebar berwarna merah kecoklatan, dan puting pasien sedikit menonjol.

Palpasi : tidak ada pembengkakan pada payudara pasien dan tidak ada nyeri tekan.

Colostrum : keluar pada jam 14.00 berwarna kuning.

DS :

- Pasien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui dengan benar
- Pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui dengan benar
- Pasien tampak kesulitan menyusui anaknya

DO :

- ASI pada pasien tidak bisa memancar
- Bayi pasien tidak mampu melekat pada payudara ibu

f. Abdomen

Keadaan abdomen pada pasien keras dan perut masih terlihat besar, luka balutan pasien tidak ada rembesan, diastasis rectus abdominis tidak terkaji, tinggi fundus uteri pasien 2 jari diatas pusat dikaji pada 2 jam post SC, dengan posisi diatas pusat dan kontraksi abdomen keras atau baik. Abdomen terdapat jahitan dengan tanda infeksi yaitu rubor : tidak ada kemerahan, tumor : tidak ada pembengkakan, kalor/suhu : 36,0°C, dolor/nyeri : tidak ada pus, tapi terasa nyeri, fungsi laesa : luka mengganggu pergerakan.

g. Lokia

Jumlah lokia pada pasien ½ pampers, kurang lebih 200cc, berwarna merah muda bercampur kecoklatan termasuk lokhea rubra, dengan konsistensi cair bercampur lendir dan ada gumpalan serta berbau amis atau anyir seperti darah menstruasi.

h. Perineum

Keadaan perineum pasien utuh, tidak ada tanda REEDA, perineum tampak bersih dan tidak ada hemorhoid.

i. Eliminasi

Pasien tidak ada kesulitan dalam BAB dan BAK, distensi VU teraba lembek.

j. Ekstremitas

Ekstremitas pasien tidak ada varises dan tanda homan's negatif.

8. Pengkajian Kebutuhan Khusus

a. Oksigenasi

Pasien tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada keluhan pusing setelah beraktivitas.

b. Nutrisi

Pasien mengatakan makan dengan jumlah 3 porsi piring penuh, jenis makanannya adalah nasi, sayur dan lauk. Nafsu makan pasien baik, pasien mengatakan mempunyai makanan pantangan yaitu masih mempercayai mitos orang terdahulu untuk tidak makan makanan seperti telur, ikan bandeng dan serba ikan laut lainnya. Hal ini karena dipercaya bisa menyebabkan luka post sc nya tidak kering-kering.

c. Cairan

Pasien mengatakan jenis minuman yang biasa diminum adalah teh dan air putih, dengan jumlah air putih 8-9 gelas per hari atau sekitar 1,5 liter. Tidak ada pembatasan cairan.

d. Eliminasi

Pasien mengatakan mengalami keluhan keringat berlebih pada kehamilan trimester III dan hanya dibiarkan saja, pasien BAK pertama setelah proses persalinan yaitu jam 14.30 terpasang kateter dengan jumlah urin 500 cc. Tidak ada keluhan dalam BAK dan BAB, dan pasien belum BAB setelah proses persalinan.

e. Kenyamanan

Pasien mengatakan merasa nyeri dibagian perut bawah karena luka post operasi SC, dan tidak bisa tidur dengan nyenyak, P : luka post SC, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : perut bagian bawah, S : skala nyeri 6, T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur.

f. Istirahat dan tidur

DS :

- pasien mengeluh tidak bisa tidur di malam hari
- pasien mengeluh tidak puas dalam tidur

- pasien mengeluh istirahat tidak cukup
- pasien mengatakan hanya tidur sekitar 5 jam dalam sehari dan tidak pernah tidur siang

DO : pasien tampak lesu dan pucat

9. Pemeriksaan Fisik Bayi (head to toe)

a. Kepala

1) Bentuk

Bentuk kepala bayi bulat

2) Ubun-ubun

Ubun-ubun pada bayi sutura, karena bayi masih berusia 0 hari.

3) Mata

Pupil pada bayi isokor, posisi mata kanan dan kiri simetris, tidak ada kotoran dan tidak ada perdarahan

4) Telinga

Telinga bayi ada di posisi kanan dan kiri, berbentuk sempurna, ada lubang dan tidak ada serumen.

5) Hidung

Bayi tidak ada pernafasan melalui cuping hidung, lubang hidung ada.

6) Mulut

Bayi belum tumbuh gigi, mukosa bibir lembab, lidah lembab dan simetris.

b. Leher

Leher bayi tidak ada kelainan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid.

c. Jantung dan paru

Bunyi nafas bayi normal, frekuensi pernafasan 50 x/menit, denyut jantung bay 140x/menit.

d. Keadaan perut bayi lembek, ada sedikit lanugo, mekonium berwarna hitam setelah lahir, bising usus bayi 20x/menit.

- e. Punggung dan bokong
Punggung bayi rata, bokong bulat, ada lubang anus, dan ada rektum paten.
- f. Genetalia laki-laki
ada testis dan tidak ada kelainan pada genetalia.
- g. Ekstremitas
Jari kaki dan tangan bayi lengkap, pergerakan aktif, teraba nadi brachial dan femoral, garis telapak tangan bayi menyerupai huruf M, serta refleks bayi rooting, hisap, menelan, moro, dan babinksi.
- h. Nutrisi
Jenis makanan bayi adalah ASI (air susu ibu)
- i. Eliminasi
Bayi BAB pertama saat dikaji pada tanggal 5 Februari 2021 jam 13.00, mekonium berwarna hijau kehitaman. BAK pertama saat dikaji tanggal 5 Februari 2021 jam 15.00 baru 1 kali ganti pampers, berwarna kuning jernih.

10. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Nama pasien : Ny. E

Umur : 26 tahun

Tanggal periksa : 4 Februari 2021 jam 22:56

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	12.8	11.7-15.5	g/dL	
Hematokrit	37.8	33.0-45.0	%	
Leukosit	9.18	3.60-11.00	Ribu/ μ L	
Trombosit	219	150-440	Ribu/ μ L	

PPT				
PT	L 8.6	9.3-11.4	Detik	Duplo
PT (Kontrol)	11.6	9.1-12.3	Detik	
APTT				
APTT	24.3	21.8-28.4	Detik	
APTT (Kontrol)	26.0	21.0-28.4	Detik	
Kimia Klinik				
Glukosa Darah	78	75-110	mg/dL	
Sewaktu				
Ureum	14	10-50	mg/dL	
Creatinin	L 0.57	0.60-1.10	mg/dL	
CRP Kuantitatif	1.28	<= 3	mg/dL	
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	135.0	135-147	mmol/L	
Kalium (K)	3.50	3.5-5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	H 109.0	95-105	mmol/L	
Imunologi				
HbsAg (Kualitatif)	Non reaktif	Non reaktif	Non reaktif	
Urinalisa				
Urin Lengkap	Kuning			
Warna	Agak keruh			
	Neg			
Kejernihan	Neg	Jernih	mg/dL	
Protein	Neg	< 30 (negatif)	mg/dL	

Reduksi	Neg	< 15 (negatif)	mg/dL
Bilirubin	6.5	<1 (negatif)	
Reaksi / Ph	0.2	4.8-7.4	mg/dL
Urobilinogen	Neg	< 2	
Benda keton	Neg	< 5 (negatif)	
Nitrit	< 1.005	Negatif	
Berat jenis	Neg	1.015-1.025	Eri/ μ L
Darah (blood)	125	< 5 (negatif)	Leu/ μ L
Leukosit		< 10 (negatif)	
Mikroskopis	8-10		/LPK
Sel epitel	0-1	5-15	/LPB
Eritrosit	6-8	< 1/LBP	/LPB
Leukosit	Negatif	3-5	
Silinder	Negatif		
Parasit	Positif 2	Negatif	
Bakteri	(++)	Negatif	
	Negatif	Negatif	
Jamur	Negatif		
Kristal	Negatif		
Benang mukus			

b. Terapi obat

Nama obat	Pemberian	Jam pemberian	Dosis
Ceftriaxone	IV	Jam 00.00 dan	2 x 1
Methylegometrin	IV	12.00	2 x 1
Kaltropen	Suppositoria	Jam 20.00	2x 1
PCT infus	IV	Jam 18.00	

Infus	RL	+	IV	21.00	3 x btl
oxytocin				Tanggal	
				5/02/2021	jam
				15.00	
				Tanggal	
				6/02/2021	jam
				00.00 dan 12.00	

c. Diit yang diperoleh

Tanggal 5 Februari 2021 : nasi tim

Tanggal 6 Februari 2021 : bubur

B. Analisa Data

Pada tanggal 5 Februari 2021 pukul 14.30 WIB, didapatkan data subjektif yang pertama yaitu pasien mengeluh nyeri dibagian perut bawah saat digunakan untuk bergerak di tempat tidur, nyeri diluka post operasi. Rasanya seperti tertusuk jarum, skala nyeri 6. Sedangkan data objektifnya pasien tampak meringis kesakitan, tampak gelisah, pasien bersikap protektif yaitu waspada dengan posisi menghindari nyeri, dan mengatakan sulit tidur, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 63x/menit, suhu 36,0°C, frekuensi pernafasan 20x/menit. Berdasarkan data tersebut, penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera (D. 0077).

Data fokus yang kedua, pasien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui dengan benar, dan tidak mengetahui posisi menyusui dengan benar, sedangkan data objektifnya pasien tampak kesulitan menyusui anaknya, ASI pasien tidak bisa memancar, dan bayi pasien tidak mampu melekat pada payudara ibu. Dari data yang didapat penulis menegakkan diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029).

Kemudian data fokus yang ketiga, pasien mengeluh tidak bisa tidur di malam hari, mengeluh tidurnya tidak puas, dan tidak cukup dalam

istirahat dan pasien mengatakan hanya tidur sekitar 5 jam dalam sehari. Sedangkan data objektifnya pasien tampak lesu dan pucat. Dari data diatas, penulis menegakkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055).

Data fokus yang keempat, pasien mengatakan ada luka post operasi SC di perut bagian bawah, dan pasien mengatakan mempunyai makanan pantangan yaitu masih mempercayai mitos orang terdahulu untuk tidak makan makanan seperti telur, ikan bandeng dan serba ikan laut sedangkan data objektifnya ada luka jahitan post operasi pada perut bagian bawah, rubor : tidak ada kemerahan, tumor : tidak ada pembengkakan, kalor/suhu : 36,0°C, dolor/nyeri : tidak ada pus, tapi terasa nyeri, fungsi laesa : luka mengganggu pergerakan. Dari data diatas penulis menegakkan diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D. 0142).

C. Planning / Intervensi Keperawatan

Tanggal 5 Februari 2021, disusun intervensi keperawatan atau rencana tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul.

Diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D. 0077).

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien dapat menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut : menurunnya keluhan nyeri, menurunnya wajah meringis, menurunnya sikap waspada atau protektif, menurunnya perasaan gelisah, menurunnya keluhan sulit tidur, dan frekuensi nadi membaik. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu: 1. Monitor tanda-tanda vital, 2. Identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas) nyeri, 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk menurunkan nyeri yaitu dengan teknik relaksasi genggam jari, 4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik

Diagnosa yang kedua yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D. 0029).

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan status menyusui pada pasien membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut : meningkatnya perlekatan bayi pada payudara ibu, meningkatnya kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar, meningkatnya tetesen atau pancaran ASI, meningkatnya suplai ASI adekuat. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu :

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi,
2. Sediakan materi dan media untuk melakukan pendidikan kesehatan,
3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan antara pasien dan perawat,
4. Jelaskan manfaat menyusui bagi bayi dan ibu,
5. Ajarkan empat posisi cara menyusui dan perlekatan dengan benar.

Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D. 0055).

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam, diharapkan pola tidur pada pasien membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut: menurunnya keluhan sulit tidur, menurunnya keluhan tidak puas tidur, menurunnya keluhan sering terjaga, menurunnya keluhan istirahat tidak cukup. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu: 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur, 2. Modifikasi lingkungan (suhu), 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan mengatur posisi tidur pasien, 4. Anjurkan untuk menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur, 5. Ajarkan terapi relaksasi otot autogenik yaitu tarik nafas dalam.

Diagnosa yang keempat yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (D. 0142).

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan tingkat infeksi pada klien menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut: kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat. Adapun intervensi yang yaitu: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi, 2. Selalu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan

pasien dan lingkungan pasien, 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi, 4. Ajarkan pasien cara mencuci tangan dengan benar.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 5 Februari 2021 jam 15.00 dilakukan implementasi diagnosa 1 berupa manajemen nyeri. Pada implementasi pertama dengan memonitor tanda-tanda vital, data subjektif yang didapat yaitu pasien mengatakan bersedia untuk diperiksa tanda - tanda vitalnya dan data objektif berupa tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 36,0°C, nadi 63x/menit, frekuensi pernafasan 20 x/menit. Implementasi kedua yaitu mengidentifikasi nyeri secara komprehensif, data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri, P : luka post operasi SC, Q : seperti tertusuk-tusuk, R: perut bagian bawah, S : skala nyeri 6, T : nyeri jika dibuat untuk bergerak di tempat tidur atau hilang timbul dan data objektif ditemukan yaitu pasien tampak meringis kesakitan. Implementasi ketiga yaitu mengajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari, data subjektif yang didapat yaitu pasien mengatakan bersedia dan dapat melakukan teknik relaksasi yang diajarkan, sedangkan data objektif pasien tampak mengerti, rileks dan benar dalam melakukan teknik relaksasi genggam jari yang telah diajarkan.

Tanggal 5 Februari 2021 jam 15.10 dilakukan implementasi diagnosa 2 berupa edukasi menyusui efektif. Pada implementasi pertama dengan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan siap menerima informasi dan data objektif pasien kooperatif. Implementasi kedua yaitu menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien tampak kooperatif. Implementasi ketiga yaitu menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, data subjektif yang didapat pasien mengatakan setuju dan data objektif pasien tampak kooperatif.

Tanggal 5 Februari 2021 jam 15.15 dilakukan implementasi diagnosa 1 yaitu memonitor tanda-tanda vital, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ditemukan data objektif tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 66 x/menit, suhu 36,0°C dan frekuensi pernafasan 16 x/menit.

Tanggal 5 Februari 2021 jam 15.20 dilakukan implementasi diagnosa 2 berupa edukasi menyusui efektif, dengan melanjutkan implementasi keempat yaitu menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, data subjektif yang didapat yaitu pasien mengatakan masih belum mengerti dan ditemukan data objektif pasien tampak bingung. Pada implementasi kelima yaitu mengajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ditemukan data objektif pasien kooperatif, tampak mengerti serta memahami apa yang sudah diajarkan oleh perawat.

Jam 15.30 dilakukan implementasi diagnosa 1 yaitu memonitor tanda-tanda vital, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ditemukan data objektif tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 60 x/menit, suhu 36,3°C dan frekuensi pernafasan 20 x/menit.

Jam 15.45 dilakukan implementasi diagnosa 1 yaitu memonitor tanda-tanda vital, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ditemukan data objektif tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 73 x/menit, suhu 36,6°C dan frekuensi pernafasan 16 x/menit.

Jam 16.00 dilakukan implementasi diagnosa 1 yaitu memonitor tanda-tanda vital, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ditemukan data objektif tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 66 x/menit, suhu 36,9°C dan frekuensi pernafasan 17 x/menit.

Jam 16.30 dilakukan implementasi diagnosa 1 dan diagnosa 4. Pada diagnosa 1 dilakukan implementasi yaitu memonitor tanda-tanda vital, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ditemukan data objektif tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 68 x/menit, suhu 36,6°C dan frekuensi pernafasan 20 x/menit, rubor : luka tidak tampak kemerahan,

tumor : tidak ada pembengkakan, kalor/suhu : 36,6°C, dolor/nyeri : tidak ada pus, tapi terasa nyeri, fungsio laesa : luka mengganggu pergerakan.

. Sedangkan pada diagnosa 4 dilakukan implementasi pertama yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Implementasi kedua yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, didapatkan data subjektif pasien mengatakan ada luka post operasi sc di perut bagian bawah dan ditemukan data objektif terdapat luka post operasi sc di perut bagian bawah. Pada implementasi ketiga yaitu mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien kooperatif, tampak mengerti dan memahami apa yang sudah diajarkan oleh perawat.

Jam 18.00 dilakukan implementasi diagnosa 1. Pada implementasi pertama yaitu memonitor tanda-tanda vital, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan ditemukan data objektif tekanan darah 122/71 mmHg, nadi 78 x/menit, suhu 36,7°C dan frekuensi pernafasan 18 x/menit. Sedangkan pada implementasi keempat yaitu mengkolaborasi dengan memberikan obat analgesik kaltrofen suppositoria 2 x 1, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien tampak kooperatif.

Tanggal 5 Februari 2021 jam 21.00 dilakukan implementasi diagnosa 1 berupa manajemen nyeri. Pada implementasi kedua yaitu mengidentifikasi nyeri secara komprehensif, didapatkan data subjektif pasien masih mengeluh nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : seperti tertusuk-tusuk, S : skala 6 turun menjadi skala 4, T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur, dan ditemukan data objektif pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan. Implementasi ketiga yaitu mengajarkan teknik non farmakologis dengan teknik relaksasi genggam jari, didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan setuju dan data objektif pasien kooperatif, tampak rileks serta tenang. Implementasi keempat yaitu dengan mengkolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat paracetamol 3 x 1 melalui intra vena atau infus,

didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia, dan data objektif pasien kooperatif, tenang dan tampak rileks.

Jam 21.30 dilakukan implementasi diagnosa 3 berupa dukungan tidur. Pada implementasi pertama yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan susah tidur, tidurnya tidak puas, sering terjaga dan ditemukan data objektif pasien tampak pucat dan lesu.

Jam 21.35 dilanjutkan implementasi kedua yaitu memodifikasi lingkungan dengan suhu yang sesuai, didapatkan data subjektif pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengatur suhu di ruangan dan ditemukan data objektif pasien tampak nyaman dan tenang. Pada implementasi ketiga yaitu melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi, didapatkan data subjektif pasien mengatakan belum pernah mengatur posisi untuk tidur, dan ditemukan data objektif pasien tampak nyaman dan tenang.

Jam 21.38 dilakukan implementasi keempat yaitu menganjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur, sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan setuju dan data objektif pasien tampak memahami dan mengerti.

Selanjutnya jam 21.40 dilakukan implementasi kelima yaitu mengajarkan otot autogenik dengan tarik nafas dalam, sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan mulai mengantuk dan data objektif pasien tampak menguap.

Tanggal 6 Februari 2021 jam 06.00 dilakukan implementasi pertama diagnosa 1 yaitu memonitor tanda-tanda vital, sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien kooperatif, didapatkan tekanan darah 103/59 mmHg, nadi 82 x/menit, suhu 36,9° C, frekuensi pernafasan 20 x/menit.

Jam 06.10 dilanjutkan implementasi kedua mengidentifikasi nyeri pada diagnosa 1 didapatkan data subjektif pasien masih mengeluh nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : nyut-nyutan, R : perut

bagian bawah, S : skala 4 turun menjadi skala 3, T : hilang timbul dan data objektif pasien masih tampak meringis kesakitan.

Jam 06.15 dilanjutkan implementasi ketiga pada diagnosa 1 yaitu mengajarkan teknik relaksasi genggam jari sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan setuju dan bersedia dan data objektif pasien kooperatif, rileks dan tampak tenang.

Tanggal 6 Februari 2021 jam 10.00 dilakukan implementasi kedua pada diagnosa 4 yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan ada luka post operasi SC di perut bagian bawah dan ditemukan data objektif terdapat luka post operasi di perut bagian bawah, rubor : tidak ada kemerahan, tumor : tidak ada pembengkakan, kalor/suhu : $36,0^{\circ}\text{C}$, dolor/nyeri : tidak ada pus, tapi terasa nyeri, fungsio laesa : luka sudah tidak mengganggu pergerakan.

Tanggal 6 Februari 2021 jam 11.00 dilakukan implementasi pertama pada diagnosa 3 yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur namun masih sering terbangun di malam hari dan data objektif pasien tampak mengantuk.

Jam 11.05 dilanjutkan implementasi ketiga pada diagnosa 3 yaitu melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien kooperatif, rileks dan tampak tenang.

Jam 11.08 dilanjutkan implementasi kedua pada diagnosa 3 yaitu memodifikasi lingkungan dengan suhu yang sesuai sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah mengatur suhu ruangan dan data objektif pasien tampak tenang.

Jam 11.10 dilanjutkan implementasi keempat pada diagnosa 3 yaitu mengajarkan otot autogenik dengan tarik nafas dalam sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan mulai mengantuk dan data objektif pasien tampak menguap.

Jam 14.03 dilakukan implementasi pertama pada diagnosa 3 yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur sehingga didapatkan data subjektif

pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak dan data objektif pasien tampak segar.

Jam 14.05 dilakukan implementasi kedua pada diagnosa didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih merasa nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : nyut-nyutan, R : perut bagian bawah, S : skala nyeri 3, T : hilang timbul. Dan ditemukan data objektif pasien masih tampak meringis kesakitan. Pada implementasi ketiga yaitu mengajarkan teknik untuk mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari sehingga didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien kooperatif, tampak rileks dan tenang.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 5 Februari 2021 jam 15.15 dengan diagnosa 1 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencera fisik menghasilkan data S : pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : perut bagian bawah, S : skala nyeri 6, T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur / hilang timbul. O : pasien tampak meringis kesakitan dan gelisah, TD : 110/80 mmHg, Nadi : 66 x/menit, Suhu : 36,0°C, RR : 16 x/menit. A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 2,3 (identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas) nyeri dan ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi genggam jari. Pada jam 15.25 dengan diagnosa 2 yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI didapatkan S : pasien mengatakan sudah mengerti dan faham dengan apa yang sudah diajarkan oleh perawat. O : pasien tampak mengerti. A : tujuan tercapai, masalah teratasi. P : hentikan intervensi. Pada jam 16.45 dengan diagnosa 4 yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif didapatkan S : pasien mengatakan ada luka post operasi di perut bagian bawah. O : ada luka di perut bagian bawah, rubor : tidak ada kemerahan, tumor : tidak ada pembengkakan, kalor/suhu :

36,6°C, dolor/nyeri : tidak ada pus, tapi terasa nyeri, fungsi laesa : luka mengganggu pergerakan. A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 1 (monitor tanda dan gejala infeksi). Pada jam 21.02 dengan diagnosa 1 didapatkan S : pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : perut bagian bawah, S : skala nyeri 4, T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur / hilang timbul. O : pasien tampak meringis kesakitan dan gelisah. A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 1,2,3 (monitor TTV, identifikasi nyeri, dan ajarkan teknik relaksasi genggam jari). Pada jam 21.42 dengan diagnosa 3 didapatkan S : pasien mengeluh sulit tidur, sering terjaga dan istirahat tidak cukup. O : pasien tampak lesu dan pucat. A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 1,2,3,5 (identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan dengan suhu yang sesuai, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi, ajarkan relaksasi otot autogenik dengan tarik nafas dalam).

Sedangkan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 6 Februari 2021 jam 06.17 dengan diagnosa 1 menghasilkan data S : pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : nyut-nyutan, R : perut bagian bawah, S : skala 3, T : hilang timbul. O : pasien masih tampak meringis kesakitan dan gelisah, TD : 103/59 mmHg, Nadi : 82 x/menit, Suhu : 36,9°C, RR : 20x/menit. A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 2,3 (identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, ajarkan teknik relaksasi genggam jari. Pada jam 10.00 diagnosa 4 didapatkan hasil S : pasien mengatakan ada luka post operasi di perut bagian bawah. O : ada luka post operasi SC, rubor : tidak ada kemerahan, tumor : tidak ada pembengkakan, kalor/suhu : 36,5°C, dolor/nyeri : tidak ada pus, tapi terasa nyeri, fungsi laesa : luka sudah tidak mengganggu pergerakan. A : tujuan tercapai, masalah teratasi. P : hentikan intervensi. Pada jam 11.15 diagnosa 3 didapatkan hasil S : pasien mengatakan sudah bisa tidur namun masih

terbangun di malam hari. O : pasien tampak menguap dan mengantuk. A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 1 (identifikasi pola aktivitas dan tidur). Jam 14.30 diagnosa 3 menghasilkan data S : pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak. O : pasien tampak segar. A : tujuan tercapai, masalah teratasi. P : hentikan intervensi. Pada jam 14.06 diagnosa 1 didapatkan hasil S : pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : nyut-nyutan, R : perut bagian bawah, S : skala 3, T : hilang timbul. O : klien masih meringis kesakitan dan gelisah. A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 2,3 (identifikasi nyeri, ajarkan teknik relaksasi genggam jari).



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV, penulis akan menguraikan hasil analisa asuhan keperawatan pada Ny. E dengan Post Partum *Sectio Caesaria* yang telah diselaraskan dengan teori yang penulis temukan. Asuhan keperawatan pada Ny. S dilakukan selama 4 kali shift atau 2 hari pada tanggal 5 dan 6 Februari 2021. Hal ini dikarenakan keterbatasan waktu dan tenaga akibat ada musibah banjir yang terjadi di RSI Sultan Agung Semarang dan karena keterbatasan pasien, pasien dengan kasus post *sectio caesaria* ini dikelola oleh 2 mahasiswa.

Bab ini akan membahas lebih dalam mengenai penyelesaian permasalahan dengan mengamati proses pada asuhan keperawatan pasien Ny. E dengan Post Op *Sectio Caesaria* dimana telah disesuaikan dengan konsep dasar asuhan keperawatan serta memberikan tambahan referensi terutama pada tindakan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas. Selanjutnya penulis akan mengimplikasikan diagnosa keperawatan yang semestinya tercantum, akan tetapi tidak diangkat oleh penulis karena berbagi diagnosa dengan mahasiswa lain, dan penulis juga akan memperkuat hasil penelitian dengan membahas intervensi utama yang didapatkan Pengkajian yang dilakukan pada pasien Ny. E P1A0 dengan post partum *sectio caesaria* atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Baitunnisa 2, didapatkan data sebagai berikut :

A. Pengkajian

Pada pengkajian yang telah dilakukan pada hari Jum'at tanggal 5 Februari 2021 jam 14.30 WIB di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung , penulis menemukan diagnosa medis pada Ny. E yaitu Post Op *Sectio Caesaria*. *Sectio Caesaria* merupakan tindakan yang bertujuan untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih dengan melakukan suatu sayatan pembedahan yang menerobos abdomen dan uterus ibu (Mitayani, 2012). Dari pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri di perut, nyeri ini akibat dari proses pembedahan / post operasi di perut bagian bawah, nyeri yang

dirasakan Ny. E yaitu skala 6 atau dikategorikan dengan nyeri sedang (skala numerik).

Nyeri yang dirasakan oleh Ny. E bisa di kurangi atau diturunkan dengan menggunakan teknik relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi ini bisa menghilangkan rasa nyeri dengan cepat seperti rasa takut, marah, khawatir dan cemas. Jadi kesimpulannya fakta yang didapatkan saat pengkajian sesuai dengan teori yang ada.

Cairan pada ibu menyusui seharusnya 2,5 sampai 3 liter, sedangkan Ny. E hanya 1,5 liter. Ibu menyusui boleh minum teh ataupun kopi namun ada batasannya. Sehari hanya boleh minum teh atau kopi maksimal 200 ml.

Seharusnya diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI tidak dapat ditegakkan atau diangkat hal ini karena keluarnya ASI yang sedikit pada hari ke 1-3 hitungannya masih normal.

Tidak semua pasien yang mempunyai luka bisa diangkat menjadi diagnosa risiko infeksi d.d efek prosedur invasif. Diagnosa ini fokusnya ke perawatan luka pasca operasi.

Surat yang didengarkan untuk terapi murrotal pada pasien dengan post *sectio caesaria* adalah surat Al-Kahf (Nuhan et al., 2018).

Seharusnya penulis memberikan edukasi kepada Ny. E mengenai edukasi keluarga berencana, karena Ny. E mengatakan ada rencana untuk KB namun belum memikirkan mau menggunakan KB jenis apa. Apalagi Ny. E melahirkan melalui persalinan *sectio caesaria*, oleh karena itu jika Ny. E hamil lagi dengan riwayat sc akan memiliki risiko untuk mengalami perdarahan pada saat nifas. Seharusnya penulis menjelaskan pada Ny. E mengenai jarak kehamilan dengan riwayat sc, jarak kehamilan yang bagus adalah lebih dari 2 tahun, jika kurang dari 2 tahun akan mengakibatkan perdarahan, komplikasi kehamilan dan saat persalinan. Ibu hamil dengan riwayat sc dapat menggunakan berbagai jenis alat kontrasepsi seperti pil progestin, kondom, IUD, implan maupun suntik dengan berbagai kelebihan dan kekurangan dari masing-masing alat kontrasepsi (N. G. Utami, 2017).

B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

1. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik

Nyeri akut menurut (PPNI, 2017) merupakan pengalaman emosional atau sensorik yang berkaitan dengan kerusakan dari jaringan fungsional atau aktual dengan onset yang lambat ataupun mendadak dan berintensitas ringan sampai berat serta berlangsung kurang dari 3 bulan

Pada pengkajian yang diperoleh, penulis menyimpulkan bahwa nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan nyeri sedang karena nyeri nya ber skala 6, menurut (Andarmoyo, 2013) skala numerik atau *Numerical Rating Scale* adalah skala yang paling efektif digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata dan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Diagnosa nyeri akut ditegakkan karena data subjektif yang didapat yaitu pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, P : luka post operasi SC, Q : seperti tertusuk-tusuk, R : di perut bagian bawah, S : skala 6, T : hilang timbul / nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur. Data objektif yang didapat pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 63 x/menit, suhu 36,0°C, frekuensi pernafasan 20 x/menit. Sesuai dengan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan beberapa tanda gejala mayor dan minor yang sinkron dengan pasien berupa mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur dan bersikap protektif.

Diagnosa ini diangkat oleh penulis menjadi diagnosa utama atau prioritas karena menurut (Andarmoyo, 2013) nyeri akut yang tidak ditangani dengan tepat atau secara adekuat dapat mempengaruhi tubuh selain rasa ketidaknyamanan, pengaruh tersebut terjadi pada sistem kardiovaskuler, pulmonary, imunologi dan sistem endokrin. Nyeri akut yang tidak diatasi juga dapat memicu stress yang akan berdampak pada fisiologis yaitu timbulnya infark miokard, ileus paralitik dan sebagainya. Dampak inilah yang akan memperlambat proses kesembuhan pasien.

Hal ini juga dikatakan oleh Hierarki Maslow bahwa kebutuhan rasa aman dan nyaman harus dapat terpenuhi. Individu yang merasakan nyeri dapat mengakibatkan aktifitas sehari - harinya terganggu seperti terganggunya dalam istirahat dan tidur. (Andarmoyo, 2013).

Tujuan keperawatan yang ditegakkan yaitu setelah dilakukan tindakan selama 4x 8 jam, tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien dapat menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut : keluhan nyeri, gelisah, bersikap protektif dan sulit tidur menurun, TTV dalam batas normal. Untuk mencapai tujuan keperawatan tersebut ditegakkan intervensi atau planning keperawatan yaitu monitor tanda-tanda vital, identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas) nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri yaitu dengan teknik relaksasi genggam jari, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

Seharusnya penulis melakukan selama 3x24 jam, tetapi penulis melakukan implementasi selama 4 kali shift atau 2 hari. Hal ini disebabkan keterbatasan waktu dan diberhentikannya praktek karena musibah banjir.

Pada saat mengalami nyeri, seseorang akan memiliki gejala diantaranya yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, bersikap protektif atau waspada, sulit tidur (PPNI, 2017). Program dari rumah sakit yang berikan kepada pasien untuk mengurangi nyeri yaitu berupa pemberian obat analgetik, maka dari itu penulis melakukan teknik non farmakologis sebagai upaya tambahan untuk meredakan dan mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan melakukan teknik relaksasi genggam jari sampai pasien mampu melakukan teknik tersebut secara mandiri dengan benar ketika nyeri yang dirasakan muncul secara tiba-tiba.

Penulis mengajarkan teknik relaksasi genggam jari karena menurut (Pinandita, 2012) teknik ini merupakan salah satu praktik yang mudah dan sederhana untuk diaplikasikan oleh individu. Relaksasi genggam

jari ini bisa membantu untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri. Teknik ini dapat meredakan nyeri dengan cepat seperti rasa sedih, takut, khawatir, dan marah.

Manfaat dari teknik relaksasi genggam jari menurut (Astutik & Kurlinawati, 2017) adalah dapat memberikan rasa fokus, damai dan nyaman, menurunkan depresi dan kecemasan, memperbaiki aspek emosi dan dapat menurunkan nyeri. Untuk meredakan nyeri, teknik ini sangat efektif diaplikasikan yaitu dengan cara menggenggam jari-jari tangan selama 3 menit dengan bernafas secara regular, lalu beralih ke jari lainnya, lakukan terapi ini kira-kira dengan rentang waktu kurang dari 15 menit. Setelah itu alihkan ke jari tangan yang lain dan lakukan selama 15 menit (Evrianasari & Yosaria, 2019).

Metode relaksasi genggam jari menurut (Haniyah et al., 2016) ialah metode berbentuk pijatan dan sentuhan ringan yang mampu membuat tekanan darah dan denyut jantung normal, dan bisa membuat tubuh dalam keadaan rileks dengan merangsang perasaan yang nyaman lewat titik akupunktur di permukaan jari tangan.

Pada pemberian metode relaksasi sepatutnya penulis pula memakai terapi relaksasi islami semacam terapi dzikir serta murottal sebab pasien seorang muslim. Menurut (Purwati et al., 2019) murrotal Al- Qur' an adalah terapi musik yang bisa meredakan nyeri post *sectio caesaria* serta mempunyai pengaruh positif untuk pendengarnya, dengan pemberian murrotal ini bisa menurunkan hormon tekanan pikiran, membuat perasaan rileks meningkat, mengaktifkan hormon endorfin natural atau alami, mengalihkan dari perasaan khawatir, takut, serta tegang, memperbaiki sistem metabolisme tubuh.

Alasan penulis melakukan implementasi adalah bertujuan untuk mengkaji atau mengidentifikasi kembali nyeri yang dirasakan oleh pasien dan digunakan sebagai data acuan untuk melakukan pemantauan nyeri setiap kali implementasi.

Evaluasi dilakukan selama dua hari atau 4 kali shift, dimulai tanggal 5 dan 6 Februari 2021. Hasil yang ditemukan selama evaluasi 2 hari didapatkan tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi dengan alasan nyeri dirasakan masih hilang timbul dan nyeri ketika dibuat bergerak di tempat tidur dengan skala nyeri menurun menjadi skala 3, terdapat keluhan sulit tidur, gelisah, tampak meringis dan tanda-tanda vital normal (TD : 111/61 mmHg, nadi : 65 x/menit, suhu : 36,4°C, frekuensi pernafasan 20 x/menit).

Penulis menganjurkan kepada pasien untuk melanjutkan intervensi berupa terapi relaksasi genggam jari secara mandiri pada saat nyeri muncul. Berdasarkan tujuan keperawatan dan kriteria hasil yang telah dicantumkan oleh penulis didapatkan menurunnya keluhan nyeri, menurunnya wajah tampak meringis, menurunnya gelisah dan bersikap protektif menurun. Akan tetapi, masih diperlukan pemantauan nyeri lebih lanjut yang dirasakan oleh pasien sehingga nyeri dapat menurun sesuai dengan harapan pasien.

2. Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Suplai ASI

Menyusui tidak efektif adalah keadaan dimana ibu dan bayi tidak puas atau kesulitan pada saat melakukan proses menyusui (PPNI, 2017).

Pada tanggal 5 Februari 2021 penulis mengangkat diagnosa tersebut karena ditemukannya data pengkajian berupa pasien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui dengan benar, pasien tidak mengetahui posisi menyusui dengan benar, sedangkan data objektif pasien tampak kesulitan ketika menyusui bayinya, ASI pada klien tidak bisa memancar, bayi pasien tidak mampu untuk melekat pada payudara ibu. Hal ini sesuai dengan tanda gejala mayor dan minor pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang sinkron dengan kondisi pasien berupa bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetes/memancar.

Tujuan keperawatan yang ditetapkan dari diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI adalah setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan status menyusui pasien membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut meningkatnya perlekatan antara payudara ibu dan bayi, meningkatnya kemampuan ibu dalam memposisikan bayi dengan benar, meningkatnya tetesan/pancaran ASI, meningkatnya suplai ASI yang adekuat. Untuk mencapai tujuan keperawatan tersebut ditegakkan intervensi keperawatan yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar.

Pemberian implementasi dari intervensi jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi dilakukan agar pasien mengetahui manfaat dari menyusui dan asuhan keperawatan dapat tercapai. Menurut (Yusrina & Devy, 2017) manfaat menyusui bagi ibu yaitu kontrasepsi alami atau menunda kehamilan saat ibu menyusui dan sebelum menstruasi, menurunkan risiko terkena kanker payudara, dan membantu ibu untuk menjalin ikatan batin dengan anaknya, sedangkan manfaat ASI bagi bayi adalah membuat masa pertumbuhan dan perkembangan bayi menjadi baik, ada zat antibodi yang mampu melindungi bayi dari segala macam penyakit, infeksi, bakteri, jamur, virus dan parasit, membantu untuk meningkatkan kecerdasan bayi, saat proses menyusui bayi bisa merasakan kasih sayang ibu secara langsung.

Penulis melakukan implementasi ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar, dilakukan agar pasien mengetahui empat posisi menyusui dan perlekatan dan asuhan keperawatan dapat tercapai. Menurut (Zulaika & Maryatun, 2020) posisi menyusui dan perlekatan yang benar adalah meletakkan bayi dengan arah hadap ke perut atau payudara ibu, kemudian ibu dalam posisi baring atau duduk. Agar kaki ibu tidak menggantung maka gunakanlah kursi pendek, dan ibu bisa bersandar. Peganglah bayi di belakang bahu menggunakan satu lengan,

dan letakkan kepala bayi di siku ibu (kepala bayi tidak boleh hanya menengadah, lalu telapak tangan menahan bokong bayi. Letakkan satu tangan bayi di belakang tubuh ibu dan satunya lagi di depan, perut bayi dalam posisi menempel pada tubuh ibu sedangkan kepala bayi mengarah ke payudara serta posisi satu garis lurus yaitu lengan dan telinga. Peganglah payudara menggunakan ibu jari diatas dan dibawah ditopang dengan jari yang lain, selanjutnya beri rangsang agar mulut bayi dapat terbuka (*rooting refleks*) caranya yaitu sentuh pipi menggunakan puting atau sentuh pada sisi sekitar mulut. Setelah mulut bayi terbuka, masukkan mulut bayi ke payudara ibu.

Evaluasi didapatkan hasil, pasien mengatakan sudah mengerti dan faham apa yang sudah dijelaskan serta diajarkan oleh perawat. Untuk penilaian dari hasil implementasi keperawatan yaitu tujuan tercapai dan masalah teratasi.

3. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur

Gangguan pola tidur adalah gangguan kuantitas serta kualitas waktu yang diakibatkan oleh faktor eksternal (PPNI, 2017). Pada tanggal 5 Februari 2021 penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur karena ditemukan data pengkajian yaitu pasien mengeluh (sulit tidur, mudah terbangun di malam hari, istirahat tidak cukup, tidak puas dalam tidur), tidur sekitar 5 jam dalam sehari, dan pasien tampak lesu serta pucat. Hal ini sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan beberapa tanda gejala mayor dan minor yang sesuai atau sinkron dengan pasien yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup.

Penulis mengangkat diagnosa ini diagnosa ketiga karena menurut (Lingga, 2017) apabila kondisi gangguan tidur ini tidak diatasi akan mengakibatkan munculnya masalah baru yaitu insomnia, rasa mengantuk yang berlebih pada siang hari, gerakan atau sensasi yang abnormal di saat tidur ataupun ketika terjaga di malam hari. Gangguan tidur ini dapat memengaruhi keseimbangan sistem dalam tubuh

dikarenakan tubuh tidak optimal dalam menjalankan fungsi untuk memulihkan tenaga atau energi. Apabila istirahat dan tidur pasien dapat terpenuhi dengan baik, hal ini akan membantu sistem dalam tubuh untuk mempercepat proses penyembuhan penyakit yang diderita pasien.

Tujuan keperawatan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam diharapkan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun dan keluhan istirahat tidak cukup menurun. Untuk mencapai tujuan tersebut ditegaskan intervensi keperawatan yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan (suhu yang sesuai), lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi, anjurkan hindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur, dan ajarkan relaksasi otot autogenik dengan tarik nafas dalam.

Implementasi dilakukan selama 2 hari dimulai tanggal 5 dan 6 Februari 2021, penulis melakukan modifikasi lingkungan berupa pengaturan suhu di ruangan. Gangguan pola tidur yang dirasakan oleh pasien ketika berada di rumah sakit membuat penulis untuk berinisiatif melakukan modifikasi lingkungan pada pasien. Menurut (N. P. D. D. Utami, 2018) kondisi lingkungan yang nyaman dan aman akan mempercepat proses terjadinya tidur bagi pasien. Sebaliknya, apabila lingkungan tidak nyaman dan aman akan menyebabkan hilangnya ketenangan sehingga memengaruhi proses tidur bagi pasien. Seperti halnya yang dialami oleh ibu post *sectio caesaria*, apabila lingkungan terasa panas, pengap ataupun terlalu dingin maka ibu post *sectio caesaria* akan mengalami gangguan pola tidur. Maka dari itu perawat melakukan modifikasi lingkungan untuk membantu dalam meningkatkan kenyamanan pasien dengan memberikan atau mengatur suhu yang nyaman pada pasien dalam istirahat dan tidur. Kuantitas dan kualitas tidur dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu status kesehatan atau penyakit, lingkungan, latihan dan kelelahan, stress

emosional, obat atau medikasi, motivasi, gaya hidup serta nutrisi. Penulis melakukan modifikasi lingkungan dengan mengatur suhu di ruangan atau kamar pasien menggunakan remote AC yang sudah disediakan. Mengatur suhu ruangan pada kamar pasien bertujuan untuk memberikan suasana nyaman yang pasien harapkan apalagi bagi ibu post *sectio caesaria* sangat membutuhkan lingkungan yang tenang dan sejuk. Penulis juga melakukan prosedur kenyamanan pada pasien berupa pengaturan posisi untuk membantu pasien dalam pemilihan posisi tidur yang nyaman dengan posisi supinasi atau terlentang sesuai keinginan pasien karena pasien belum bisa untuk miring kanan dan kiri akibat post *sectio caesaria*.

Penulis melakukan implementasi dengan menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur. Menurut (Hidayat, 2012) mengonsumsi makanan yang berat pada saat sebelum tidur dapat mengganggu dalam proses tidur, sedangkan menurut (N. P. D. D. Utami, 2018) kopi dan alkohol harus dihindari karena terdapat kafein yang dapat mengakibatkan seseorang tidurnya terganggu. Oleh karena itu penulis memberikan penjelasan kepada pasien untuk tidak makan makanan yang berat sebelum tidur dan menghindari untuk mengonsumsi minuman yang mengandung kafein atau kopi.

Implementasi selanjutnya adalah mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya, dalam hal ini penulis mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Apabila teknik terapi nafas dalam ini dilakukan pada pasien dengan gangguan tidur yang buruk, maka mereka akan merasa sangat rileks dan membantu untuk memasuki kondisi tidur, hal ini karena dengan cara melemaskan atau merilekskan otot-otot secara sengaja yang akan membuat tubuh menjadi santai dan suasana hati lebih tenang. Prosedur pelaksanaan dalam melakukan tarik napas dalam menurut (Puspitasari et al., 2017) adalah dengan tarik napas dalam lewat hidung dengan 3 hitungan, jagalah agar

mulut untuk tetap tertutup selanjutnya hembuskan napas melalui mulut dengan bibir menghembuskan nafas dengan pelan dan kuat, sehingga terbentuk suara hembusan tanpa membuat pipi mengembung.

Evaluasi dilakukan selama dua hari pada tanggal 5 dan 6 Februari 2021, hasil yang ditemukan selama evaluasi didapatkan tujuan tercapai dan masalah teratasi. Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak, pasien tampak segar dengan tanda-tanda vital (tekanan darah : 111/61 mmHg, nadi : 65 x/menit, frekuensi pernafasan : 20 x/menit, dan suhu : 36,4°C).

4. Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif

Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017). Pada tanggal 5 Februari 2021 penulis mengangkat diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif karena ditemukan data pasien mengatakan ada luka post *sectio caesaria* di perut bagian bawah, dan pasien mengatakan mempunyai makanan pantangan yaitu masih mempercayai mitos orang terdahulu untuk tidak makan makanan seperti telur, ikan bandeng dan serba ikan laut dolor : tidak ada pus, suhu/kalor 36,0°C, tumor : tidak ada pembengkakan, rubor : di sekitar luka tidak ada kemerahan, fungsiolaesa : luka mengganggu pergerakan.

Penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas diagnosa keempat karena menurut (Hasanah & Wardayanti, 2015) dampak dari risiko infeksi apabila ibu nifas yang mempunyai luka post *sectio caesaria* dan lukanya tidak segera ditangani, hal ini akan mengakibatkan rusaknya jaringan epidermis dan dermis, gangguan pada sistem persarafan, serta kerusakan jaringan seluler. Menurut (Hidayati et al., 2016) ibu post partum sc yang mempunyai pantangan makanan, kebutuhan nutrisinya akan berkurang, seharusnya makanan yang dikonsumsi banyak mengandung protein, buah dan sayur-sayuran. Hal ini akan memengaruhi dalam proses penyembuhan luka post *sectio caesaria* yaitu dapat mengakibatkan luka tidak sembuh dengan baik.

Protein adalah zat yang terpenting dalam makanan untuk membentuk jaringan baru, sehingga sangat baik untuk luka post operasi *sectio caesaria* agar cepat sembuh, akan tetapi jika makanan yang mengandung protein ini dihindari, maka luka tersebut lambat dalam penyembuhannya serta mengakibatkan terjadinya infeksi pada luka post operasi *sectio caesaria*.

Tujuan keperawatan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan tindakan selama 4x8 jam diharapkan tingkat infeksi pada pasien dapat menurun dengan kriteria hasil yaitu kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, demam menurun, kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat. Untuk mencapai tujuan tersebut ditegakkan intervensi keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, selalu cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi serta ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Implementasi dilakukan selama dua hari pada tanggal 5 dan 6 Februari 2021, pemberian implementasi dari intervensi jelaskan tanda dan gejala infeksi dilakukan agar pasien mengetahui tanda dan gejala dari infeksi dan bisa diminimalkan serta asuhan keperawatan dapat tercapai. Menurut (Iqbal et al., 2016) tanda dan gejala infeksi lokal adalah : 1. Rubor atau tanda kemerahan, biasanya tanda ini terlihat pertama kali di sekitar luka 2. Kalor atau panas, panas disini maksudnya adalah suhu permukaan tubuh, 3. Dolor atau nyeri, pasien akan merasakan nyeri pada lukanya dan luka bisa muncul pus atau bernanah 4. Tumor atau bengkak, luka pasien bisa terjadi pembengkakan 5. Fungsi laesa adalah perubahan fungsi atau keterbatasan pada anggota gerak. Penulis berharap setelah diberikan implementasi jelaskan tanda dan gejala dari infeksi, pasien mampu mengerti dan faham dengan penjelasan dari penulis.

Implementasi selanjutnya adalah ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Implementasi dilakukan agar pasien mampu untuk

mempraktekkan cara yang benar dalam cuci tangan dan risiko infeksi bisa diminimalkan serta asuhan keperawatan dapat tercapai. Menurut (Mawuntu et al., 2018) teknik untuk mencuci tangan ada 2 yaitu *hand rub* dan sabun cair. Waktu yang digunakan untuk cuci tangan menggunakan *hand rub* yaitu 20-30 detik, sedangkan dengan sabun cair ialah 40-60 detik. Tujuan dari mencuci tangan dengan enam langkah gerakan agar kuman yang menempel di permukaan tangan dapat mati atau terbunuh dengan maksimal dengan zat antiseptic. Saat meratakan *hand rub* atau sabun cair, telapak tangan berada pada posisi menengadah ke atas agar zat tersebut tidak tumpah. Lalu ambil sabun cair secukupnya sampai kira-kira dapat menutupi permukaan tangan sedangkan *hand rub* sekitar 2-3 ml atau seperti ukuran pecahan uang logam selanjutnya dapat diratakan. Enam langkah gerakan mencuci tangan yaitu setelah membasahi tangan dengan sabun cair atau *hand rub* lalu usap dan gosoklah kedua permukaan dengan gerakan yang memutar, langkah kedua adalah usap dan gosoklah kedua punggung tangan. Langkah yang ketiga yaitu menggosok pada sela-sela jari tangan sampai bersih, langkah keempat adalah bersihkan ujung-ujung jari tangan dengan posisi tangan saling mengunci. Langkah yang kelima yaitu gosok dan putarlah kedua ibu jari dan langkah keenam adalah meletakkan ujung-ujung jari ke telapak tangan kemudian digosok secara perlahan. Setelah itu bilas dengan air bersih dan keringkan.

Diharapkan dengan pengajaran cara mencuci tangan yang benar dengan enam langkah gerakan, risiko infeksi dapat diminimalkan dan pasien dapat menerapkan cuci tangan dalam kehidupan sehari-hari. Evaluasi didapatkan hasil pasien mengatakan ada luka post operasi *ssectio caesaria* di perut bagian bawah, ada luka post *sectio caesaria*, tidak ada rembesan pada luka, tidak ada pembengkakan/tumor, dolor : tidak ada pus, tidak ada kemerahan/rubor, kalor/suhu : 36,5°C , fungsio laesa : luka kasus sudah tidak mengganggu pergerakan.

C. Diagnosa Keperawatan Tambahan

Pada Ny. E dengan post partum *sectio caesaria* penulis akan membahas mengenai diagnosa tambahan yang tidak diangkat karena pembagian diagnosa prioritas dengan mahasiswi lain.

1. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan gerakan fisik di ekstremitas satu atau lebih secara mandiri dengan gejala serta tanda mayor dan minor berupa mengeluh sulit untuk menggerakkan ekstremitas, menurunnya kekuatan otot, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, merasa cemas ketika bergerak, enggan untuk melakukan pergerakan, fisik lemah, kekakuan pada sendi, tidak terkoordinasinya gerakan, dan keterbatasan dalam bergerak (PPNI, 2017). Gangguan mobilitas fisik seharusnya menjadi salah satu dari keempat diagnosa prioritas yang perlu ditegakkan karena terdapat data pasien bahwa pasien mengatakan belum berani bergerak karena takut luka jahitannya akan robek, pasien juga mengatakan nyeri ketika bergerak serta aktifitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien post *sectio caesaria* hari ke-0 (<24 jam), pasien tampak lemah, pucat, dan terbaring di tempat tidur, TD : 110/80 mmHg, nadi : 63 x/menit, suhu : 36,3 x/menit, frekuensi pernafasan : 20 x/menit, TFU : 2 jam, di atas pusat, dan kontraksi keras.

Seharusnya ada diagnosa yang mungkin muncul yaitu diagnosa gangguan mobilitas fisik ini dapat diangkat menjadi salah satu diagnosa dari keempat diagnosa prioritas, namun faktanya di lapangan pasiennya sulit dan sedikit serta pasien dibagi untuk 2 mahasiswi dengan diagnosa prioritas yang berbeda.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Pada karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0 Post Partum *Sectio Caesaria* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” penulis menemukan kesimpulan berupa :

1. Pengkajian keperawatan dilaksanakan dengan pengumpulan data yang didapat dari hasil wawancara menggunakan autoanamnesa dan alloanamnesa. Penulis melakukan pengkajian yang komprehensif sesuai dengan keadaan Ny. E dengan asuhan keperawatan post *sectio caesaria*.
2. Analisa data yang diperoleh mendukung untuk ditegakkannya suatu diagnosa keperawatan. Prioritas masalah atau diagnosa utama pada Ny. E dengan post sc adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiik, diagnosa kedua adalah menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI, diagnosa ketiga adalah gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur, dan diagnosa keempat yaitu risiko infeksi d.d efek prosedur invasif.
3. Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencapai suatu hasil yang diharapkan. Pada langkah ini disusun perencanaan sesuai yang dibutuhkan oleh Ny. E, salah satu contoh tindakan keperawatan atau implementasi untuk mengatasi nyeri akut dengan cara non farmakologis adalah dengan terapi relaksasi genggam jari, sedangkan tindakan keperawatan untuk mengatasi menyusui tidak efektif adalah dengan menjelaskan manfaat menyusui bagi bayi dan ibu serta mengajarkan posisi dan perlekatan menyusui yang benar. Sedangkan tindakan keperawatan untuk mengatasi gangguan tidur yaitu modifikasi lingkungan dengan suhu yang sesuai dan pengatura posisi untuk meningkatkan kenyamanan. Tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko infeksi adalah menjelaskan tanda dan juga gejala dari infeksi serta mengajarkan pasien cara yang benar dalam mencuci tangan.

4. Implementasi keperawatan pada Ny. E dilakukan selama 4 kali shift atau 2 hari sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya.
5. Catatan perkembangan atau evaluasi keperawatan untuk mengatasi kondisi pasien. Salah satu contoh evaluasi yang efektif pada diagnosa pertama yaitu pengaruh teknik relaksasi genggam jari mampu untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien post *sectio caesaria*, namun dalam hal ini tujuan tercapai sebagian dan masalah belum teratasi. Sedangkan pada diagnosa kedua, ketiga dan keempat didapatkan tujuan tercapai dan masalah telah teratasi.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Bagi departemen keperawatan maternitas supaya membekali mahasiswa dan mahasiswi untuk lebih memperdalam lagi ilmu tentang obstetri dan ginekologi khususnya pada post *sectio caesaria*

2. Lahan Praktek

Bagi tempat atau lahan praktek perlu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keperawatan yang optimal tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post *sectio caesaria*.

3. Masyarakat

Bagi masyarakat perlu menambah pengetahuan tentang post *sectio caesaria* dengan memanfaatkan media massa atau elektronik, dan tenaga kesehatan agar memperoleh informasi dan wawasan mengenai post *sectio caesaria*.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*. Ar-Ruzz Media.
- Astutik, P., & Kurlinawati, E. (2017). Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2), 30–37.
- Evrianasari, N., & Yosaria, N. (2019). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri Postsectio Caesarea. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 5(1), 86–91. <https://doi.org/10.33024/jkm.v5i1.802>
- Haniyah, S., Setyawati, M. B., & Sholikhah, S. M. (2016). Efektifitas Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Nyeri Post Sectio Caesarea Di RSUD Ajibarang. *Journal STIKes*, 1(1), 7.
- Hasanah, N., & Wardayanti, P. (2015). *Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. S Dengan Infeksi Post SC Hari Ke-16 di RSUD Dr. Soegiri Lamongan Tahun 2015*.
- Hidayat, B. U. Al. (2012). *Hubungan Tingkat Stres Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro*. Universitas Diponegoro.
- Hidayati, S. N., Widyastuti, Y. P., & Rejeki3, S. (2016). Hubungan Pola Makan Dengan Penyembuhan Luka Post Op Sectio Caesarea di RSUD dr. Soewondo Kendal. *MUSWIL IPEMI Jateng*, 240–244.
- Iqbal, W., Indrawati, L., & Susanto, J. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Salemba Medika.
- Jitowiyono, S., & Kristiyanasari, W. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi Dengan Pendekatan Nanda, NIC, NOC*. Nuha Medika.
- Lingga, E. S. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan Prioritas Masalah Kebutuhan Dasar Gangguan Pola Tidur di Kelurahan Sari Rejo Kecamatan Medan Polonia*. Universitas Sumatera Utara.
- Lutfatul Latifah, R. D. (2014). Intervensi Emosional Freedom Technique (EFT) untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea (SC). *Jurnal INJEC*, 1, 54.
- Mansyur, N., & Dahlan, K. A. (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Selaksa.
- Mawuntu, A. H. P., Tumbal, J., Pontoh, M., & Mewo, Y. (2018). Evaluasi Efektifitas Prosedur Cuci Tangan pada Operator Fungsi lumbal Di Bagian Neurologi RSUP R.D. Kandou Manado. *Jurnal Sinaps*, 1(1), 47–66. <http://journalsinaps.com/index.php/sinaps/article/download/16/8>

- Mitayani. (2012). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Salemba Medika.
- Mulyawati, I., Azam, M., & Ningrum Anggraini, N. D. (2011). Faktor Tindakan Persalinan Operasi Sectio Caesaria. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 14–21.
- Nuhan, K., Astuti, T., & Murhan, A. (2018). Pengaruh Murottal Al-Qur'an terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 14(1), 91. <https://doi.org/10.26630/jkep.v14i1.1014>
- Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Medis dan Nanda Nic-Noc*. Media Action.
- Pinandita, I. et. a. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasiem Post Operasi Laparotomi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Perawatan*, 8(1), 32–43.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Purwati, E., Machmudah, M., & Khayati, N. (2019). Terapi Murottal Al-Qur'an Menurunkan Intensitas Nyeri Post Sectio Caesarea di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Maternitas*, 2(1), 35. <https://doi.org/10.32584/jikm.v2i1.298>
- Puspitasari, D. W., Abdurrouf, M., & Issrovatiningrum, R. (2017). *Buku Panduan Praktikum Keperawatan Dasar* (S. Wahyuni & M. Asphihan (eds.)). Unissula Press.
- Rohan, H., & Siyoto, S. (2013). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Nuha Medika.
- Sambas, E. K. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Mengenai Perawatan Ibu Post Partum Dengan Sectio Caesaria Terhadap Kemampuan Merawat Diri di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada*, 17(2), 437–447.
- Sari, L. (2016). *Patofisiologi Sectio Caesaria*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Solehati, T., & Kosasih, C. E. (2015). *Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas*. PT. Refika Aditama.
- Susanto, A. V. (2019). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Teori dalam Praktik Kebidanan Profesional*. Pustaka Baru Press.
- Utami, N. G. (2017). *Analisis Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Tindakan Bedah Caesar di RSUD Tugurejo Periode Agustus-Oktober 2017*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Utami, N. P. D. D. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio*

Caesaria (SC) Dengan Gangguan Pola Tidur Di Ruang Margapati RSUD Mangusada Badung Tahun 2018. Politeknik Kesehatan Denpasar.

Wahyuni, S., Rahayu, T., Wuriningsih, A. Y., Distinarista, H., & Astuti, I. T. (2020). *Buku Panduan Praktikum Keperawatan Maternitas* (S. Wahyuni, I. T. Astuti, & M. Abdurrouf (eds.)). Unissula Press.

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

Yusrina, A., & Devy, S. R. (2017). Faktor Yang Mempengaruhi Niat Ibu Memberikan Asi Eksklusif Di Kelurahan Magersari, Sidoarjo. *Jurnal PROMKES, 4*(1), 11. <https://doi.org/10.20473/jpk.v4.i1.2016.11-21>

Zulaika, Z., & Maryatun. (2020). *Pengembangan Buku Saku Sebagai Media Layanan Informasi Tentang Teknik Menyusui Pada Masyarakat.* Universitas Aisyiyah Surakarta.

...



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

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

NIDN : 06-1804-8901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Rosita Mia Andini

NIM 40901800089

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0 Dengan Post Partum *Sectio Caesaria* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

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

Semarang, 25 Mei 2021

Pembimbing



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

NIDN. 06-1804-8901

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

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

NIDN : 06-1804-8901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama: Rosita Mia Andini

NIM : 40901800089

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0 Dengan Post Partum *Sectio Caesaria* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal Maret sampai dengan Juni 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

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

Semarang, 25 Mei 2021

Pembimbing



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

NIDN. 06-1804-8901

Lampiran 3









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


NAMA : Rosita Mia Andini

JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P1A0
Dengan Post Partum *Sectio Caesaria* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di
Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

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

HARI / TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Senin, 25 Januari 2021	Pembekalan	<ul style="list-style-type: none">- Diskusi via google meet- Konsul kasus yang ada di RSI Sultan Agung	
Kamis, 27 Januari 2021	Konsul mengenai pasien	<ul style="list-style-type: none">- Kalau memang terbatas 1 pasien boleh kelola maksimal 2 orang mahasiswa- Catatan : diagnosa prioritasnya dibedakan	
Jum'at 5 Februari 2021	ACC pasien kelolaan dengan posr partum sc atas indikasi ketuban pecah dini	<ul style="list-style-type: none">- Kelola pasien minimal 3 kali shift	

Senin , 12 April 2021	Konsul askep	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi askep - Perbaiki judul askep - Perbaiki keluhan utama dan riwayat kesehatan sekarang - Perbaiki pengkajian abdomen 	
Jumat, 16 April 2021	Revisi askep dan ACC askep	<ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan penyusunan kti bab 1-5 	
Sabtu , 22 Mei 2021	Kti bab 1-5 melalui diskusi via gmeet	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki askep - Revisi kti bab 1-5 kemudian kirim via email 	
Minggu, 23 Mei 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi Kti bab 1-5 - Revisi askep 	<ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan revisi kti bab 1-5 - Lanjutkan revisi askep 	
Senin, 24 Mei 2021	Revisi kti bab 1-5	<ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan revisi kti bab 1-5 - Mengirim file kti untuk di tunitin via email 	
Senin, 31 Mei 2021	Mengumpulkan revisi kti hasil sidang ke dosbing	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki turnitin kedua 36% - Mengumpulkan revisi ke dosen penguji 1 dan 2 	
Selasa, 8 Juni 2021	Mengirim file kti revisi ke dosen penguji 1 dan 2	<ul style="list-style-type: none"> - Acc 	
Rabu, 9 Juni	Mengirim file revisi kti untuk diturnitin	<ul style="list-style-type: none"> - Turnitin masih 26% - Revisi kti lagi 	

Kamis, 10 Juni 2021	Mengirim hasil revisi kti untuk diturnitin kembali	ACC	
---------------------	--	-----	---



Lampiran 4

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E P1A0 DENGAN POST PARTUM
SECTIO CAESARIA ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI
RUANG BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**



Disusun oleh :

Rosita Mia Andini

40901800089

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

2020/2021

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Rosita Mia Andini
RS/Puskesmas : RSI Sultan Agung Semarang
Tanggal : 5 Februari 2021
Jam : 14.30

I. Identitas Pasien

1. Inisial Pasien : Ny. E
2. Umur : 26 tahun
3. Status Obstretic : Nifas hari ke 1 P₁ A₀

No	Tipe Persalinan	BB lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Komplikasi Nifas	Umur Sekarang
1	<i>Sectio caesaria</i> -	3,1 kg	Menangis dan sehat	Tidak ada	0 hari

II. Keluhan Utama : nyeri post *sectio caesaria*

III. Riwayat kesehatan sekarang : Ny. E mengatakan pada tanggal 4 Februari 2021 mengalami ketuban pecah dini jam 19.00 WIB, sehingga Ny. E dibawa ke bidan setempat oleh sang suami. Tetapi karena Ny. E mengalami pinggul yang sempit sehingga Ny. E dirujuk ke RSI Sultan Agung pada jam 21.00 WIB agar mendapatkan tindakan lebih lanjut (operasi). Pasien sudah mendapatkan tindakan medis berupa persalinan dengan *sectio caesaria*.

IV. Masalah Kehamilan : mual muntah di trimester 1

V. Riwayat Menstruasi :

- a. Menarche umur : SD Kelas 6, 12 tahun
- b. Siklus menstruasi : lancar
- c. Lama menstruasi : 7-8 hari

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

Tidak ada

VI. Riwayat KB

- a. Jenis KB : -
b. Lama KB : -
c. Adakah keluhan ? jika ada bagaimana cara mengatasinya ? –
d. Renacan KB : ada, namun pasien belum tahu mau menggunakan jenis kb yang mana.

VII. Pemeriksaan Fisik (head to toe)

1. Tanda-tanda vital

- a. Tekanan Darah : 110/80 mmHg
b. Nadi : 63 x/menit
c. Suhu : 36,0°C
d. RR : 20 x/menit

2. Keadaan Umum : Composmentis

3. Kepala, leher

a. Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikteriik, kedua mata simetris dan tidak ada pembesaran pupil

b. Hidung

Hidung bersih, ada lubang hidung, tidak ada sekret, dan tidak ada sinusitis/polip

c. Telinga

Tidak terdapat adanya peradangan ataupun infeksi, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik, dan tidak ada serumen

d. Mulut dan gigi

Tidak terdapat stomatitis dan juga tidak ada gigi yang berlubang, mukosa bibir kering, tidak ada sariawan dan pengucapan kurang jelas

e. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid

4. Thorax

a. Dada, Jantung

Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada krepitasi.

Inspeksi : iktus kordis tidak tampak

Palpasi : iktus kordis teraba

Perkusi : pekak

Auskultasi : terdengar bunyi lup dup

b. Paru-paru

Inspeksi : pengembangan dada kanan dan kiri normal

Palpasi : tidak ada krepitasi

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

5. Payudara

a. Inspeksi : ukuran payudara kiri dan kanan simetris, aerola melebar berwarna merah kecoklatan, puting sedikit menonjol

b. Palpasi : tidak ada pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan

c. Colostrum : keluar jam 14.00 berwarna kuning

DS : 

- Pasien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui dengan benar

- Pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui dengan benar

- Pasien tampak kesulitan menyusui anaknya

DO :

- ASI pada pasien tidak bisa memancar

- Bayi pasien tidak mampu melekat pada payudara ibu

6. Abdomen

- a. Keadaan : keras, perut masih terlihat besar. Tidak ada rembesan pada luka balutan post SC pasien.
 - b. Diastasis rectus abdominis : tidak terkaji
 - c. Fundus uteri :
Tinggi : 2 jari diatas pusat , dikaji setelah 2 jam post SC
Posisi : diatas pusat
Kontraksi : keras / baik
 - d. Abdomen terdapat jahitan dengan tanda infeksi :
 - Rubor : tidak ada kemerahan
 - Tumor : tidak ada pembengkakan
 - Kalor/suhu : 36,0°C
 - Dolor/nyeri : tidak ada pus, tapi terasa nyeri
 - Fungsi laesa : luka mengganggu pergerakan
7. Lokia
- a. Jumlah : ½ pampers, kurang lebih 200cc
 - b. Warna : merah muda bercampur kecoklatan.
Termasuk lokhea rubra
 - c. Konsistensi : cair, bercampur lendir dan ada gumpalan
 - d. Bau : amis atau anyir seperti darah menstruasi
8. Perineum
- a. Keadaan : utuh
 - b. Tanda REEDA : tidak ada
 - c. Kebersihan : bersih
 - d. Hemorhoid : tidak ada
9. Eliminasi
- a. Kesulitan BAK : tidak ada
 - b. Kesulitan BAB : tidak ada
 - c. Distensi VU : lembek
10. Ekstremitas
- a. Varises : tidak ada
 - b. Tanda Homan's : negatif

VIII. Pengkajian Kebutuhan Khusus

1. Oksigenasi

Tidak ada keluhan sesak nafas, tidak ada keluhan pusing setelah beraktivitas

2. Nutrisi

Asupan makanan Ibu

Jenis : nasi, sayur, lauk

Jumlah : 3 porsi, piring penuh

Nafsu makan : baik

Makanan pantangan : pasien mengatakan masih mempercayai mitos orang terdahulu untuk tidak makan seperti telur, ikan bandeng dan serba ikan laut lainnya. Karena bisa menyebabkan luka post sc nya tidak kering-kering.

3. Cairan

Asupan cairan Ibu

Jenis : air putih dan teh

Jumlah : 8-9 gelas/hari atau sekitar 1,5 liter

Adakah pembatasan asupan cairan, bila ada alasannya? Tidak ada pembatasan cairan

4. Eliminasi

a. Adakah keluhan keringat berlebih ? bila ada, upaya mengatasinya ? keringat berlebih pada trimester III, hanya dibiarkan saja

b. BAK pertama setelah persalinan : pasien terpasang kateter, jam 14.30 dengan jumlah urin 500cc

c. Adakah keluhan BAK, bila ada jelaskan : tidak ada keluhan

d. BAB pertama setelah persalinan : belum BAB

e. Adakah keluhan BAB, bila ada jelaskan : tidak ada

5. Kenyamanan

Ibu merasa nyeri di bagian perut bawah karena luka post operasi SC, tidak bisa tidur dengan nyenyak.

P : luka post op SC

Q : seperti tertusuk-tusuk

R : perut bagian bawah

S : skala nyeri 6

T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur

6. Istirahat dan tidur

DS :

- pasien mengeluh tidak bisa tidur di malam hari
- pasien mengeluh tidak puas dalam tidur
- pasien mengeluh istirahat tidak cukup

DO : pasien tampak lesu dan pucat

IX. Pemeriksaan Fisik Bayi (head to toe)

1. Kepala

- a. Bentuk : bulat
- b. Ubun-ubun : sutura
- c. Mata : isokor, posisi mata kanan dan kiri simetris, tidak ada perdarahan dan tidak ada kotoran
- d. Telinga : posisi di kanan dan kiri ada, bentuk sempurna, ada lubang telinga, tidak ada serumen
- e. Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung, ada lubang hidung
- f. Mulut : belum tumbuh gigi, mukosa bibir lembab, simetris, lidah lembab

2. Leher

Tidak ada kelainan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid

3. Jantung dan Paru

Bunyi nafas : normal

Pernafasan : 50x/menit

Denyut Jantung : 140x/menit

4. Perut : lembek

Lanugo : sedikit

Mekonium : berwarna hijau kehitaman setelah lahir

Bising usus : 20x/menit

5. Punggung & bokong

- Rata dan bulat
- Ada lubang anus
- Rektum paten

6. Genetalia Laki-laki

- Ada testis
- Tidak ada kelainan

7. Ekstremitas

- Jari tangan : lengkap
- Jari kaki : lengkap
- Pergerakan : Aktif
- Nadi : brachial dan femoral
- Garis telapak tangan : menyerupai huruf M
- Refleks : rooting, hisap, menelan, moro, babinski

8. Nutrisi

- Jenis makanan : ASI

9. Eliminasi

- BAB pertama : tgl 5 Februari 2021 jam 13.00 (saat dikaji)

Warna : mekonium berwarna hijau kehitaman.

- BAK pertama : tgl 5 Februari 2021 jam 15.00 (1 kali ganti pampers saat dikaji)

Warna : kuning jernih

X. Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan laboratorium

Nama pasien : Ny. E

Umur : 26 tahun

Tanggal periksa : 4 Februari 2021 jam 22:56

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	12.8	11.7-15.5	g/dL	
Hematokrit	37.8	33.0-45.0	%	
Leukosit	9.18	3.60-11.00	Ribu/ μ L	
Trombosit	219	150-440	Ribu/ μ L	
PPT				
PT	L 8.6	9.3-11.4	Detik	Duplo
PT (Kontrol)	11.6	9.1-12.3	Detik	
APTT				
APTT	24.3	21.8-28.4	Detik	
APTT (Kontrol)	26.0	21.0-28.4	Detik	
Kimia Klinik				
Glukosa Darah				
Sewaktu	78	75-110	mg/dL	
Ureum				
Ureum	14	10-50	mg/dL	
Creatinin				
Creatinin	L 0.57	0.60-1.10	mg/dL	
CRP Kuantitatif				
CRP Kuantitatif	1.28	\leq 3	mg/dL	
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)				
Natrium (Na)	135.0	135-147	mmol/L	

Kalium (K)	3.50	3.5-5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	H 109.0	95-105	mmol/L	
Imunologi				
HbsAg (Kaulitatif)	Non reaktif	Non reaktif	Non reaktif	
Urinalisa				
Urin Lengkap	Kuning			
Warna	Agak keruh			
	Neg			
Kejernihan	Neg	Jernih	mg/dL	
Protein	Neg	< 30 (negatif)	mg/dL	
Reduksi	Neg	< 15 (negatif)	mg/dL	
Bilirubin	6.5	<1 (negatif)		
Reaksi / Ph	0.2	4.8-7.4	mg/dL	
Urobilinogen	Neg	< 2		
Benda keton	Neg	< 5 (negatif)		
Nitrit	< 1.005	Negatif		
Berat jenis	Neg	1.015-1.025	Eri/μL	
Darah (blood)	125	< 5 (negatif)	Leu/μL	
Leukosit		< 10 (negatif)		
Mikroskopis	8-10		/LPK	
Sel epitel	0-1	5-15	/LPB	
Eritrosit	6-8	< 1/LBP	/LPB	
Leukosit	Negatif	3-5		
Silinder	Negatif			
Parasit	Positif 2	Negatif		
Bakteri	(++)	Negatif		

Jamur	Negatif	Negatif		
Kristal	Negatif			
Benang mukus	Negatif			

- Terapi Obat
 - a. Ceftriaxone (2x1) IV jam 00.00 dan 12.00
 - b. Methylergomerin (2x1) IV
 - c. Kaltropen (2x1) suppositoria
 - d. PCT infus (3x/btl) IV
- Diet
 - Nasi tim

B. Analisa Data

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TT D
5 Februar i 2021 jam 15.00	DS : pasien mengeluh nyeri di bagian perut bawah, nyeri di luka post operasi SC P : luka post op SC Q : seperti tertusuk- tusuk R : perut bagian bawah S : skala nyeri 6 T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien bersikap protektif yaitu waspada dengan posisi menghindari nyeri 3. Pasien tampak gelisah dan sulit tidur <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>Nadi : 63 x/menit</p> <p>Suhu : 36,0°C</p> <p>RR : 20 x/menit</p>			
5 Februari 2020 jam 15.00	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mengetahui cara menyusui dengan benar - Pasien mengatakan tidak mengetahui posisi menyusui dengan benar <p>DO :</p>	Menyusui tidak efektif	Ketidakadekuatan suplai ASI	

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan menyusui anaknya - ASI pada pasien tidak bisa memancar - bayi pasien tidak mampu melekat pada payudara ibu <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>Nadi : 63 x/menit</p> <p>Suhu : 36,0°C</p> <p>RR : 20 x/menit</p>			
5 Februari 2021 Jam 15.00	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh tidak bisa tidur di malam hari - pasien mengeluh tidak puas dalam tidur - pasien mengeluh istirahat tidak cukup <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lesu dan pucat <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p>	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur	

	<p>Nadi : 63 x/menit</p> <p>Suhu : 36,0°C</p> <p>RR : 20 x/menit</p>			
<p>5 Februar i 2021 Jam 15.00</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ada luka post operasi SC di perut bagian bawah - pasien mengatakan ada pantangan makanan seperti telur, ikan bandeng dan ikan laut lainnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ada luka post SC - balutan luka tidak ada rembesan - tidak ada pembengkakan/tumor - or - dolor : tidak ada pus - tidak ada kemerahan/rubor - kalor/suhu : 36,5°C - fungsio laesa : luka sudah tidak mengganggu pergerakan 	<p>Risiko infeksi</p>	<p>Efek prosedur invasif</p>	

	TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 63 x/menit Suhu : 36,0°C RR : 20 x/menit			
--	--	--	--	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan
4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prodesur invasif

D. Planning/ Intervensi

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Planning	TTD
5 Februari 2021 jam 15.00	Dx 1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam, diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi genggam jari 4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik 	
5 Febru ari 2021 Jam 15.00	Dx 2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 6. Kemampuan ibu memposisik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Jelaskan manfaat 	

		<p>an bayi dengan benar meningkat (5)</p> <p>7. Tetesan/pancaran ASI meningkat (5)</p> <p>8. Suplai ASI adekuat meningkat (5)</p>	<p>menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>5. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p>	
<p>5 Februari 2021 Jam 15.00</p>	Dx 3	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan pola tidur pada pasien membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>5. Keluhan sulit tidur menurun (5)</p> <p>6. Keluhan tidak puas tidur menurun (5)</p> <p>7. Keluhan sering</p>	<p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Modifikasi lingkungan (suhu)</p> <p>3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)</p> <p>4. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang</p>	

		<p>terjaga menurun (5)</p> <p>8. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)</p>	<p>mengganggu tidur</p> <p>5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (tarik nafas dalam)</p>
<p>5 Febru ari 2021 Jam 15.00</p>	Dx 4	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x8 jam diharapkan tingkat infeksi pada pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>7. Kemerahan menurun (5)</p> <p>8. Nyeri menurun (5)</p> <p>9. Bengkak menurun (5)</p> <p>10. Demam menurun (5)</p> <p>11. Kebersihan tangan meningkat (5)</p>	<p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>

		12. Kebersihan badan meningkat (5)	
--	--	------------------------------------	--

E. Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon Pasien	TTD
05-02-2021/ 15.00 15.00	Dx 1 Dx 1	- Memonitor TTV - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : pasien mengatakan bersedia O : TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 63 x/menit Suhu : 36,0°C RR : 20 x/menit S : pasien mengeluh nyeri P : luka post op SC Q : seperti tertusuk-tusuk R : perut bagian bawah S : skala nyeri 6	


15.00	Dx 1		<p>T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur</p> <p>O : pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan bersedia - pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari
15.10	Dx 2	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi genggam jari 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak kooperatif - Pasien tampak sedikit rileks dan tenang
15.10	Dx 2		<p>S : pasien mengatakan bersedia dan siap menerima informasi</p> <p>O : pasien kooperatif</p>
15.10	Dx 2		<p>S : pasien mengatakan bersedia</p>

15.15	Dx 1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 	<p>O : pasien tampak kooperatif</p> <p>S : pasien mengatakan setuju</p> <p>O : pasien tampak kooperatif</p> <p>S : pasien mengatakan bersedia</p>
15.20	Dx 2	<ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 	<p>O :</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>Nadi : 66 x/menit</p> <p>Suhu : 36,0°C</p> <p>RR : 16 x/menit</p>
15.20	Dx 2	<ul style="list-style-type: none"> - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 	<p>S : pasien mengatakan masih belum mengerti</p> <p>O : pasien tampak bingung</p> <p>S : pasien mengatakan bersedia</p>
15.30	Dx 1	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien kooperatif - pasien tampak mengerti dan memahami dengan apa yang

			diajarkan oleh perawat
15.45	Dx 1	- Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	S : pasien mengatakan bersedia O : TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 60 x/menit
16.00	Dx 1	- Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan dengan benar	Suhu : 36,3 ⁰ C RR : 20 x/menit S : pasien mengatakan bersedia O : TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 73x/menit
16.30	Dx 1	- Memonitor TTV	Suhu : 36,6 ⁰ C RR : 16 x/menit S : pasien mengatakan bersedia O : TTV :

16.30	Dx 4		<p>TD : 110/90 mmHg Nadi : 66 x/menit Suhu : 36,9⁰C RR : 17 x/menit</p> <p>S : pasien mengatakan bersedia</p> <p>O :</p>
16.30	Dx 4	- Memonitor TTV	<p>TTV : TD : 110/70 mmHg Nadi : 68 x/menit Suhu : 36,6⁰C RR : 20 x/menit</p> <p>S : - O : -</p>
16.40	Dx 4	- Memonitor TTV	<p>S : pasien mengatakan ada luka post operasi sc di perut bagian bawah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ada luka post SC - tidak ada pembengkakan/tumor - dolor : tidak ada pus

18.00	Dx 1	- Memonitor TTV	- tidak ada kemerahan/rubor - kalor/suhu : 36,5°C - fungsi laesa : luka sudah tidak mengganggu pergerakan S : pasien mengatakan bersedia O :
18.00	Dx 1	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Memonitor tanda dan gejala infeksi	- pasien kooperatif - pasien tampak mengerti dan memahami apa yang sudah diajarkan S : pasien mengatakan bersedia O : pasien kooperatif TTV : TD : 122/71 mmHg Nadi : 78 x/menit Suhu : 36,7°C RR : 18 x/menit S : pasien mengatakan bersedia O : pasien kooperatif

				
		<ul style="list-style-type: none">- Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar		

		<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV 		
		<ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi dengan memberikan obat analgesik kaltrofen suppositoria 2x1 		
05-02-2021/21.00	Dx 1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	<p>S : pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah</p> <p>P : luka post op SC</p> <p>Q : seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : skala nyeri 6 menjadi skala 4</p>	

			<p>T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis kesakitan
21.00	Dx 1		
21.00	Dx 1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi genggam jari 	<p>S : pasien mengatakan bersedia dan setuju</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif - pasien tampak rileks dan tenang <p>S : pasien mengatakan bersedia</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien kooperatif - pasien tampak rileks dan tenang
21.30	Dx 3		
21.35	Dx 3	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi kan dengan dokter dalam memberikan obat pct 	<p>S : pasien mengatakan susah tidur, tidak puas tidur, sering terjaga.</p>

		/paracetamol 3x1	O : pasien tampak pucat dan lesu
21.35	Dx 3		S : pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengatur suhu ruangan
		- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	O : pasien tampak nyaman dan tenang
21.38	Dx 3		S : pasien mengatakan belum pernah mengatur posisi untuk tidur
			O : pasien tampak nyaman dan tenang.
21.40	Dx 3	- Memodifikasi lingkungan dengan suhu yang sesuai	S : pasien mengatakan setuju
			O : pasien tampak memahami dan mengerti
		- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	S : pasien mengatakan mulai mengantuk
			O : pasien tampak menguap

		<p>dengan pengaturan posisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Mengajarkan otot autogenik dengan tarik nafas dalam 		
06-02-2021 06.00	Dx 1	- Memonitor TTV	<p>S : pasien mengatakan bersedia</p> <p>O : pasien kooperatif</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 103/59 mmHg</p> <p>Nadi : 82 x/menit</p> <p>Suhu : 36,9⁰C</p> <p>RR : 20 x/menit</p>	

06.10	Dx 1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	<p>S : pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah</p> <p>P : luka post op SC</p> <p>Q : nyut-nyutan</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : skala nyeri 4 menjadi skala 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : pasien tampak masih meringis kesakitan</p>	
06.15	Dx 1		<p>S : pasien mengatakan bersedia dan setuju</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif - pasien tampak rileks dan tenang 	
10.00	Dx 4		<p>S : pasien mengatakan ada luka post operasi</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu teknik relaksasi genggam jari 	<p>sc di perut bagian bawah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat luka post operasi di perut bagian bawah - ada luka di perut bagian bawah - rubor : tidak ada kemerahan - dolor : tidak ada pus - kalor : 36,6°C - tumor : tidak ada pembengkakan - fungsi laesa : luka mengganggu pergerakan
11.00	Dx 3	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi 	<p>S : pasien mengatakan sudah bisa tidur namun masih sering terbangun di malam hari</p> <p>O : pasien tampak mengantuk</p>
11.05	Dx 3		<p>S : pasien mengatakan bersedia</p> <p>O :</p>
11.08	Dx 3		

11.10	Dx 3	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi 	<ul style="list-style-type: none"> - pasien kooperatif - pasien tampak rileks dan tenang <p>S : pasien mengatakan sudah mengatur suhu ruangan</p> <p>O : pasien tampak tenang</p> <p>S : pasien mengatakan mulai mengantuk</p> <p>O : pasien tampak menguap</p>	
-------	------	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Memodifikasi lingkungan dengan suhu yang sesuai - Mengajarkan otot autogenik dengan tarik nafas dalam 	
06-02-2021 14.00	Dx 1	- memonitor TTV	<p>S : pasien mengatakan bersedia</p> <p>O : pasien kooperatif</p> <p>TD : 111/61 mmHg</p> <p>Nadi : 65 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>Suhu : 36,4°C</p>
14.03	Dx 3	- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	<p>S : pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak</p> <p>O : pasien tampak segar</p>
14.05	Dx 1		

14.05	Dx 1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu teknik relaksasi genggam jari 	<p>S : pasien mengatakan masih merasa nyeri di perut bagian bawah</p> <p>P : luka post op SC</p> <p>Q : nyut-nyutan</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : skala nyeri 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : pasien masih tampak meringis kesakitan</p> <p>S : pasien mengatakan bersedia dan setuju</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif - pasien tampak rileks dan tenang 	
-------	------	--	--	--

F. Evaluasi Keperawatan

Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
05-02-2021 15.15	Dx 1	<p>S : klien mengeluh nyeri di perut bagian bawah</p> <p>P : luka post op SC</p> <p>Q : seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur / hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak meringis kesakitan - klien tampak gelisah <p>TTV :</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>Nadi : 66 x/menit</p> <p>Suhu : 36,0°C</p> <p>RR : 16 x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai</p> <p>P : lanjutkan intervensi 2,3</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu 	

		dengan teknik relaksasi genggam jari	
05-02-2021 15.25	Dx 2	<p>S : klien mengatakan sudah mengerti dan faham apa yang sudah dijelaskan dan diajarkan oleh perawat</p> <p>O : klien tampak mengerti</p> <p>A : tujuan tercapai, masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>	
05-02-2021 16.45	Dx 4	<p>S : klien mengatakan ada luka post operasi SC di perut bagian bawah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ada luka di perut bagian bawah - rubor : tidak ada kemerahan - dolor : tidak ada pus - kalor : 36,6°C - tumor : tidak ada pembengkakan - fungsio laesa : luka mengganggu pergerakan <p>A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor tanda dan gejala infeksi 	

<p>05-02-2021 21.02</p>	<p>Dx 1</p>	<p>S : klien mengeluh nyeri di perut bagian bawah</p> <p>P : luka post op SC</p> <p>Q : seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : skala nyeri 4</p> <p>T : nyeri jika dibuat bergerak di tempat tidur</p> <p>O : klien tampak masih meringis kesakitan dan gelisah</p> <p>A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2,3</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor TTV - identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi genggam jari 	
<p>05-02-2021 21.42</p>	<p>Dx 3</p>	<p>S : klien mengeluh sulit tidur, sering terjaga dan istirahat tidak cukup</p> <p>O : klien tampak pucat</p>	

		<p>A : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2,3,5</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi pola aktivitas dan tidur - modifikasi lingkungan dengan suhu yang sesuai - lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan pengaturan posisi - ajarkan relaksasi otot autogenik dengan tarik nafas dalam 	
06-02-2021 06.17	Dx 1	<p>S : klien mengeluh nyeri di perut bagian bawah</p> <p>P : luka post op SC</p> <p>Q : nyut-nyutan</p> <p>R : perut bagian bawah</p> <p>S : skala 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : klien masih tampak meringis kesakitan dan gelisah</p> <p>TD : 103/59 mmHg</p> <p>Nadi : 82 x/menit</p> <p>Suhu : 36,9⁰C</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi</p>	

		<p>P : lanjutkan intervensi 2,3</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi genggam jari 	
06-02-2021 10.00	Dx 4	<p>S : klien mengatakan ada luka post operasi SC di perut bagian bawah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ada luka post SC - tidak ada pembengkakan/tumor - dolor : tidak ada pus - tidak ada kemerahan/rubor - kalor/suhu : 36,5°C - fungsio laesa : luka sudah tidak mengganggu pergerakan <p>A : tujuan tercapai, masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>	
06-02-2021 11.15	Dx 3	<p>S : klien mengatakan sudah bisa tidur namun terbangun di malam hari</p> <p>O : klien tampak menguap dan mengantuk</p>	

		<p>A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi pola aktivitas dan tidur 	
06-02-2021 14.03	Dx 3	<p>S : klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak</p> <p>O : klien tampak segar</p> <p>A : tujuan tercapai, masalah teratasi</p> <p>P : hentikan intervensi</p>	



<p>06-02- 2021 14.06</p>	<p>Dx 1</p>	<p>S : klien mengeluh nyeri di perut bagian bawah P : luka post op SC Q : nyut-nyutan R : perut bagian bawah S : skala 3 T : hilang timbul</p> <p>O : klien masih meringis kesakitan TD : 111/61 mmHg Nadi : 65 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,4°C</p> <p>A : tujuan tercapai sebagian, masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 2,3</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi genggam jari 	
----------------------------------	-------------	--	--