KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA "NY.S" DENGAN POST OPERASI *SECTIO CAESAREA* DI RUANG PERAWATAN ST.YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

ELISABETH RINDA PONNO

E1514401015

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBARAN PERSETUJUAN

Karya tulis dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."S" DENGAN POS OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG ST.YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh :

Nama mahasiswa : Elisabeth Rinda Ponno

NIM : E1514401015

Disetuji Oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(Matilda Paseno, S. Kep., Ns. M. Kes)	(Meyke Rosdiana, S. Kep. Ns)
NIDN. 0925107502	

Menyetujui,

Wakil Ketua I Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns., MSN)

NIDN.091210

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM D-III KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya tulis dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."S" DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG ST.YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR". Telah dipertanggungjawabkan dan telah diuji diharapakan Tim penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/Tanggal : Jumat / 08 Juni 2018

Pukul : 13.15 – 14.00 WITA

Tempat : Ruang C Kampus Stik Stella Maris

Tim penguji :

1. Rosdewi, SKp. MSN ( )

2. Penina Matheos, S.ST ( )

3. Matilda Paseno, S.Kep. Ns. M.Kes ( )

Mengetahui

Ketua STIK STELLA MARIS

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN : 0928027101

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi :

Nama	: Elisabeth Rinda Ponno
Tempat/Tanggal Lahir	: Malaysia, 04 Juni 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl.Inspeksi Kanal Alla-Alla Tello

2. Identitas Orang Tua :

Ayah/Ibu	: Martinus Buttu Linggi/ Yuliana Tola
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Pasar Sumarorong

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

Taman kanak-kanak CGK Sumarorong	: Tahun 2007-2009
SDN 014 Inpres Tabone Sumarorong	: Tahun 2009-2012
SMPN 1 Sumarorong	: Tuhan 2012-2014
SMKS Sumarorong	: Tuhan 2014-2016
STIK. Stella Maris Makassar (Program DIII)	: Tuhan 2016-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis hantarkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas kasih, penyertaan dan berkat serta bmbingan- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY."S" DENGAN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RUANG ST.YOSEP II RUMAH SAKIT STELLA MARIS" penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salahsatu syarat untuk menyelesaikan program D III Keperawatan di Stik Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sampai tahap penyelesaian, penulis banyak mengalami, kesulitan serta keterbatasan pengetahuan, namun berkat doa, kemauan, bantuan, kesabaran dan kerja keras serta motivasi dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, Ns, M.Kes selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
2. Dr.Thomas Soeharto, MMR, selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi izin penulis melaksanakan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama ± 3 tahun
3. Henny Pongantung, Ns, MSN, selaku wakil ketua I bidang Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makssar.
4. Mery Solon, S.Kep., M.Kes, selaku ketua program D III sekaligus pembimbing Akademik D III Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
5. Rosdewi, S.Kep. MSN. Selaku ketua II akademik dan keuangan dan sebagai penguji I.
6. Matilda Paseno, S.Kep. Ns, M.Kes, selaku pembimbing I dan Meyke Rosdiana S.Kep Ns. selaku pembimbing II karya tulis ilmiah ini yang penuh kesabaran meluangkan waktu dan pikirannya untuk

membimbing, mengoreksi serta memberi petunjuk dalam penyusunan sampai selesainya karya tulis ilmiah ini.

7. Segenap dosen dan staf yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalaman selama penulis menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
8. Penina E, Matheos, S.ST, selaku kepala bagian St.Yoseph II yang memberikan izin kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan karya tulis ilmiah dan sebagai penguji II.
9. Teristimewa kepada kedua orangtua saya untuk doa, kesabaran, dan dukungannya kepada saya selama berada dibangku pendidikan.
10. Teman-teman seangkatan 2015, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran dan kerja sama yang baik dalam proses pengambilan kasus penyakit.
11. Kepada Ny.”S” dan keluarganya selaku penerima asuhan keperawatan yang diberikan dan telah tersedia kerjasama dalam melakukan praktek keperawatan.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dan keterbatasan kemampuan dalam penulisan karya tulis ini. Sehingga kritik dan saran dari pembaca sangat penulis harapkan.

Makassar, 30 Mei 2018

Elisabeth Rinda Ponno

DAFTAR ISI

JUDUL
HALAMAN LEMBARAN PERSETUJUAN
HALAMAN LEMBARAN PENGESAHAN
HALAMAN RIWAYAT HIDUP
DAFTAR TABEL..... i
KATA PENGANTAR..... ii
DAFTAR ISI..... iv
BAB I PENDAHULUAN..... 1
A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan..... 3
C. Manfaat Penulisan..... 3
D. Metode Penulisan..... 4
E. Sistematika Penulisan..... 5
BAB II TINJAUAN TEORI..... 7
A. KONSEP DASAR MEDIK..... 7
1. Pengertian 7
2. Etiologi..... 8
3. Patofisiologi..... 9
4. Manifestasi Klinik..... 10
5. Pemeriksaan Diagnostik..... 10
B. KONSEP DASAR MASA NIFAS..... 10
1. Defenisi..... 10
2. Tahapan Post Partum..... 11
3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas..... 11
4. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas..... 17
5. Penatalaksanaan Medik..... 18
6. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas..... 20
7. Tes Diagnostik..... 22

8. Komplikasi..... 22
C. KONSEP DASAR KEPERAWATAN..... 23
1. Pengkajian..... 23
2. Diagnosa Keperawatan..... 26
3. Rencana Keperawatan..... 26
4. Discharge Planning..... 30
BAB III TINJAUAN KASUS..... 31
A. Pengkajian..... 32
B. Analisa Data..... 47
C. Diagnosa Keperawatan..... 50
D. Intervensi Keperawatan..... 51
E. Implementasi Keperawatan..... 57
F. Evaluasi..... 91
G. Daftar Obat..... 97
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 101
A. Pengkajian..... 101
B. Diagnosa Keperawatan..... 107
C. Rencana Keperawatan..... 109
D. Implementasi Keperawatan 113
E. Evaluasi..... 115
BAB V PENUTUP..... 112
A. Simpulan 112
B. Saran..... 117
DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Hal

Tabel 2.1 Involusi Uterus..... 12
Tabel 3.1 Riwayat Obstetri Masa Lalu..... 33
Tabel 3.2 Analisa Data..... 47
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 50
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 51
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan 57
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 91

Di Indonesia angka kejadian Sectio Caesrea mengalami peningkatan. Hal ini dapat dilihat dari menigkatnya angka persalinan melalui Sectio Caesarea (SC), dalam 20 tahun terakhir ini terjadi kenaikan proporsi Sectio Caesarea (SC) dari 5% menjadi 20%. Seharusnya persalinan Sectio Caesaraea merupakan jalan keluar jika persalinan pervagina (normal) tidak memungkinkan, yaitu dengan indikasi tertentu dan kehamilan dengan komplikasi. (Kemenkes 2014)

Menurut data Medic Rrecord (MRO) RS Stella Maris Makassar pada tahun 2015 jumlah ibu yang melahirkan secara sectio caesarae yaitu 14 jiwa setiap bulannya dominan berumur 22-44 tahun. Kemudian pada tahun 2016 jumlah operasi sectio caesarea turun menjadi 11 perbulannya masih dominan berumur 22-44 tahun. Serta dari data tersebut diperoleh data operasi sectio caesarea meningkat lagi menjadi 18 jiwa untuk setiap bulannya masih dominan berumur 22-44 tahun. Dari data tersebut tampak tidak ada ibu yang meninggal dunia.

Operasi sectio dapat menimbulkan dampak dan kesehatan yang cukup berarti seperti infeksi, perdarahan, luka pada organ, komplikasi dari obat bius dan kematian. Keluhan yang dialami pasien pasca operasi mengalami nyeri disekitar insisi. Nyeri pasca bedah ini akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologi pada ibu post partum seperti mobilisasi terganggu, malas untuk berktivitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, tidak mau merawat bayi sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri yang dialami pasien. (Amin dan Hardie 2013).

Berdasarkan masalah dari data-data diatas, maka penulis penulis tertarik dan akan membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien post operasi sectio caesarea dengan harapan untuk lebih meningkatkan asuhan kepetawatan pada ibu post operasi sectio caesarea agar tidak terjadi komplikasi serta menurunkan keluhan yang dialami pasien pasca operasi sectio caesarea seperti cara untuk mengontrol nyeri, yang dituangkan dalam bentuk karya tulis ilmiah

yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan post operasi sectio caesarea di ruang perawatan St.Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ibu post operasi sectio caesarea.

2. Tujuan khusus

   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan post operasi sectio caesarea .
   b. Menegakkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan post operasi sectio caesarea.
   c. Merumuskan perencanaan tindakan yang sesuai pada pasien dengan post operasi sectio caesarea.
   d. Melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien dengan post operasi sectio caesarea.
   e. Melakukan evaluasi dari seluruh asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan post operasi sectio caesarea.

C. Manfaat Penulisan

1. Rs.Stella Maris Makassar

   Sebagai bahan masukan untuk lebih meningkatkan dan pelayanan kesehatan khususnya melalui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi sectio caesarea.

2. Pendidikan

Sebagai bahan masukan bagi institusi untuk mengembangkan pendidikan di masa yang akan datang dan menambah literature perpustakaan.

3. Pasien

   Sebagai bahan masukan untuk menambah pengetahuan tentang hal-hal yang perlu diperhatikan pada masa nifas dan mendapatkan asuhan keperawatan yang maksimal.

4. Mahasiswa

   Sebagai acuan pembelajaran dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan pada ibu dengan post operasi sectio caesarea, serta dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu dan profesional terkhusus pada masa post operasi sectio caesarea.

D. Metode Penulisan

1. Studi kepustakaan

   Digunakan untuk mendapatkan dasar teori yang berhubungan dengan isi karya tulis ilmiah yang berupa buku-buku penunjang, diklat, internet dan sumber lain yang bersifat ilmiah.

2. Wawancara dengan pasien dan keluarga

   Wawancara adalah cara pengumpulan data melalui tanya jawab langsung kepada klien atau keluarga yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

3. Pengamat kasus

   Dilakukan dengan cara mengamati masalah-masalah apa saja yang terdapat pada pasien serta merumuskan perencanaan, tindakan dan mengevaluasi semua asuhan keperawatan yang telah diberikan.

4. Studi dokumentasi penulis

   Mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan materi pembahasan data dari rekam medik, baik berupa catatan

perawatan, catatan medis, hasil laboratorium yang berguna sebagai penunjang kelengkapan data.

5. Observasi

   Dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik secara keseluruhan meliputi inspeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi untuk memperoleh data yang sesuai untuk kasus yang dikelola.

E. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran secara singkat dan menyeluruh dari isi penulisan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan yang terbagi dalam 5 bab yaitu: Bab I Pendahuluan yang meliputi latar belakang, perumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II Landasan teori yang menguraikan tentang konsep dasar medis dan konsep dasar keperawatan post partum sectio caesarea atau masa nifas. Bab III Pengamatan kasus dimana penulis akan menyajikan satu kasus dengan menggunakan proses keperawatan meliputih pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan serta daftar obat yang diberikan kepada pasien. Bab IV Pembahasan kasus yang merupakan analisa kasus yang diakitkan denagn tujuan teoritis baik medis maupun keperawatan untuk membandingkan dan menganalisa bila terjadi kesenjangan yang ditemukan antar teori dan kasus. Bab V berisi tentang kesimpulan dari hal-hal yang telah dibahas dalam Bab IV serta menjawab tujuan khusus pada bab I dan di akhiri dengan memberikan saran bagi Rs.Stella Maris Makassar, pendidikan, pasien, dan mahasiswa.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah proses alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, melalui jalan lahir atau melalui jalan buatan. Namun pada saat persalinan tidak sedikit para ibu mengalami masalah. Komplikasi masa persalinan dan nifas merupakan masalah kesehatan yang penting, jika tidak ditanggulangi bisa menyebabkan angka kematian ibu yang tinggi. Trategi yang mencemaskan dalam proses reproduksi salah satunya kematian yang terjadi pada ibu. Keberadaan seorang ibu adalah tonggak untuk keluarga sejaterah. Hal ini membutuhkan penangan khusus selama persalinan. Sectio caesarea adalah sala satu jalan keluar untuk penangan persalinan dengan komplikasi. (Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) tahun 2015.

Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan tersebut dilakukan dengan berbagai macam indikasi diantanya adalah CPD (Cephalo Pelvik Disporpotion), pre-eklamsia, ketuban oecah dini, bayi kembar, kelainan letak janin, kelainan letak lintang, partus yang tidak maju serta riwayat sectio caesarea sebelumya. (Padila, 2015).

Menurut data Wortd Health Organization (WHO, 2015), angka persalinan dengan sectio caesarea terus meningkat sehingga WHO menetapkan indikator untuk persalinan secara sectio caesarea adalah 10-15% untuk setiap negara. Dari keseluruhan ibu hamil yang perlu penanganan spesialistik hanyalah 10% dan hanya sebagian diantaranya yang mungkin perlu dilakukan tindakan sectio caesarea.

sayatan memanjang (longitudinal), sayatan melintang (transversal), sayatan huruf T (T insition).

3. Etiologi

Indikasi dilakukannya sectio caesarea adalah sebagai berikut:

a. CPD (*Cephalo Pelvik Disproportion*)

CPD adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan lingkar kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami.

b. PEB (Pre-Eklamsia Berat)

PEB adalah komplikasi pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu.

d. Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara sectio caesarea.Hal ini karena kelahiran kembar memiliki risiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi.Selain itu, bayi kembarpun dapat mengalami sunsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Faktor hambatan jalan lahir

Adanya gangguan dari jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, dan tali pusat pendek.

f. Kelainan letak janin

Letak sunsang merupakan keadaan dimana janin, terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada dibawah kavum uteri.

g. Kelainan letak lintang

Letak bahu janin berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala teletak pada salah satu fosa ilaka dan bokong pada fosa ilaka yang lain.

h. Adanya riwayat sectio caesarea sebelumnya

i. Partus tidak maju

Suatu persalianan, dengan his yang adekuat, yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, dan turunnya kepala.

4. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan atau hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal atau spontan.Misalnya, *cephalo pelvik disproportion*, pre-eklamsia berat, ketuban pecah dini, bayi kembar, faktor hambatan jalan lahir, partus tidak maju. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu Sectio Caesarea (SC).

Dalam proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf didaerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut). Nyeri akan bertambah berat jika pasien bergerak sehingga akan menyebabkan intoleran aktivitas. Setelah proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post-op, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan risiko infeksi. Kurangnya informasi mengenai proses perawatan post operasi akan menyebabkan ibu mengalami gangguan pola tidur karena harus mengurus bayinya, serta kurangnya informasi pasien tentang tindakan operasi sectio caesaraea menyebabkan kurangnya perawatan pasca operasi sehingga menyebabkan ketidakefektifan pemberian ASI. Dengan menjalani proses operasi sectio caesarea akan menyebabkan pengeluaran hasil konsepsi

(janin) dan pelepasan plasenta dan dinding uterus sehingga terjadi risiko perdarahan

.

5. Manifestasi Klinik

Persalinan dengan sectio caesarea, memerlukan perawatan lebih konprehensif yaitu perawatan pos partum. Adapun manifestasi klinis sebagai berikut:

a. Nyeri akibat adanya luka pembedahan
b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
c. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus
d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)
e. Emosi labil/perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru.

6. Pemeriksaan diagnostik

a. Darah lengkap : Untuk mengetahui perubahan terjadi pasca operasi dan kehilangan darah pasca pembedahan.
b. Urinalis : Untuk menentukan kadar albumin dan glukosa.

B. KONSEP PERUBAHAN MASA NIFAS

1. Defenisi post partum/ nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dimulai setela kelahiran plasenta dan berakhirnya ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama ±6 minggu (Padila, 2015).

Masa nifas adalah masa sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai 6 minggu berikutnya disertai pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan (Asi dan Risneni, 2016).

Dari kedua pengertian diatas dapat saya simpulkan bahwa masa nifas adalah masa dimana seorang ibu telah melahirkan seorang anak dan mebutuhkan waktu ±6 minggu untuk memulihkan kembali alat-alat kandungan seperti saat sebelum hamil.

2. Tahapan post partum (Saleha, 2009)
   a. Tahapan *immidiate post partum*, adalah masa segera setelah plasenta lahir dengan sampai 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan pasca atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pekeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.
   b. Tahapan *early postpartum* (24 jam – 1 minggu), pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.
   c. Periode *late postpartum*, pada periode ini bida tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta melakukan konseling KB.
3. Perubahan fisiologis pada masa nifas (Joyce, 2014).
   a. Sistem reproduksi
      1) Involusi Uterus : suatu proses diamana uterus kembali kekondisi sebelum hamil. Dengan bobot hanya 60 gram sebelum kehamilan secara perlahan-lahan bertambah besarnya hingga 1 kg selama masa kehamilan dan setelah persalinan akan kembali ke keadaan sbelum hamil.

No	Involusi	Tinggi fundus uteri (TFU)	Berat Uterus
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
2	Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gram
3	1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
4	2 minggu	Tidak teraba	350 gram
5	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
6	8 minggu	Sebesar normal	30 gram

2) Lochea, adalah cairan yang dikeluarkan dari vagina selama masa nifas yang terdiri atas darah, jaringan, dan lendir yang awalnya berwarna merah terang kemudian berubah menjadi merah mudah kemerahan atau merah kecoklatan (Joice, 2014).

Ada beberapa jenis lochea pada masa nifas (Saleha, 2009) yaitu:

a) Lochea rubra adalah lochea berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban sel-
b) sel desidua, vekniks caseosa, lanugo dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lochea yang keluar selama 1-3 hari selama masa postpartum.
c) Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai hari ke-7 pasca persalinan.
d) Lochea serosa adalah lochea berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lochea rubra. Lochea ini berbentuk serum yang berwarna merah jambuh dan kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari 7 sampai hari ke 14 pasca persalinan.

e) Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai pada hari ke 14 kemudian makin lama makin sedikit hingga lama berhenti sampai biasanya 2 minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

3) Ovulasi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

4) Serviks

Pada sekviks terbentuk sel-sel otot baruu yang mengakibatkan sekviks memanjang seperti celah. Karena hyperpalpasi ini dan arena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh. Walaupun begitu, setelah involusi tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil.

5) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setela 3 minggu vulva dan vagina kembali dalam kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Segera setelah melahirkan ,perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari keadaan sebelum melahirkan. Ukuran vagina

akan selalu lebih besar dibandingkan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu.

6) Payudara

Payudara membesar karena vaskularisasi dan ehgorgement (bengkak karena peningkatan prolaktin pada hari pertama – hari ketiga) pada payudara yang tidak disusui, bengkak akan berkurang dalam 2-3 hari, puting mudah erektil bila dirangsang. Pada ibu yang tidak menyusui akan mengecil pada 1-2 hari.

b. Sistem pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan ,kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Biasanya ibu akan mengalami konstipasi setelah melahirkan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan. Serta kurangnya aktivitas tubuh.Pada ibu yang melahirkan dengan sectio caesarea biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal.

c. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal ureter yang terengang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan.

d. Simtem muskulokeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus. Pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghemtikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, difragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara bersangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotumdum menjadi kendur.

e. Sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut.

1) Oksitosin

Oksitosin dihasilkan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan, isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal ini tersebut membantuh uterus dalam proses kembali kebentuk normal.

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu pada wanita yang menyusui bayinya, sirkulasi menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan.

3) Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi

memperbesar hormon antiduretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu progesteron memengaruhi otot halus yang memengaruhi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

4) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ketiga postpartum. Penurunan hormon plasenta laktogen, estrogen dan kortisol, serta placenta, enzim insulinasi membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada masa nifas. Kadar estrogen dan progesteron menurun secara mencolok setelah plasenta keluar, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu pasca nifas.

5) Hormon hipofisi dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menysui berbeda. Kadar prolaktin yang tinggi terhadap wanita yang mentusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar FSH terbukti sama pada wanita menyusui dan tidak menyusui, disimpulkan ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat.

f. Tanda tanda vital

1) Suhu

Suhu badan, kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan.

2) Nadi

Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali karena pengaruh partus lama, persalinan sulit dan kehilangan cairan yang berlebihan.

3) Tekanan darah

Pasca melahirkan tekanan darah menjadi lebih rendah diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum.

4) Pernapasan

Pada ibu post partum umunya pernapasan menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

g. Sistem integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupah hiperpigmentasi pada wajah seperti leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormone akan menghilang selama masa nifas. Dan biasanya suhu meningkat 38°C karena kelelahan dan dieresis 24 jam pertama.

4. Perubahan psikologis pada masa nifas (Nirwana, 2011)

Menurut teori Robin, adaptasi psikologis pada masa post partum dibagi menjadi tiga, yaitu:

a. Periode *Taking In*

Periode ini berlangsung selama satu sampai dua hari selama melahirkan. Ibu dalam kondisi pasif terhadap lingkungan. Ibu sangat tergantung pada orang lain, mengharapka segala sesuatu kebutuhan dengan mengandalkan orang lain. Ibu akan menceritakan proses kelahiran anaknya secra berulang-ulang. Diperlukan tempat yang kondusif akan ibu dapat beristirahat dengan tenang dan kembali seperti sedia kala. Umumnya terjadi peningkatan nafsu makan, kekurangan asupan makanan menyebabkan ketidaknormalan proses persalinan.

b. Periode *Taking Hold*

Periode ini berlangsung selama tiga sampai sepuluh hari pasca melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa kwatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu merasa sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan orang terdekat. Pada periode ini ibu akan berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya. Misalnya, buang air kecil dan besar, mulai belajar untuk merubah posisi seperti duduk dan jalan, serta belajar tentang perawatan diri dan bayinya.

c. Periode *Letting Go*

Periode ini berlangsung selama sepuluh hari setelah ibu melahirkan. Secara umum fase ini terjadi setelah ibu kembali kerumah. Ibu menerima tanggung jawab sebagai ibu dan mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat bayi meningkat. Ada kalanya ibu mengalami keadaan sedih yang berkaitan dengan bayinya.

5. Penatalaksaan medik

a. Terapi farmakalogi

1) Analgesik

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat injeksi 75 mg. Meperidin (IM) setiap 3 jam sekali atau 10 mg Morfin. Wanita dengan ukuran tubuh yang besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin.

2) Cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 botol larutan RL terbukti sudah cukup selama pembedahan. Pasien dapat makan makanan lunak, atau biasa pada hari pertama bila sudah partus.

b. Terapi nonfarmakologi

1) Tanda- tanda vital

   Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali perhatikan tekanan drah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

2) Pemberian cairan

   Selama 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi (PPO), cairan perinfus harus cukup banyak dan mengandung sedikit elektrolit yang diperlukan agar tidak terjadi hipertermi, dehidrasi dan komplikasi pada organ-organ tubuh lainnya. Pemberian cairan perinfus dihentikan setelah penderita partus lalu mulailah pemberian makanan dan cairan peroral.

3) Diet

   Setelah penderita flatus pemberian cairan peroral dapat dilakukan, dengan pemberian makanan dan minuman misalnya minum air, buah, bubur saring dan akhirnya makanan biasa sejak boleh minum pada hari pertama, obat-obatan peroral sudah bisa diminum. Pemberian makanan dapat berubah bila dijumpai komplikasi pada saluran pencernaan seperti perut kembung.

4) Vesika urinarius dan usus

   Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

5) Ambulasi

   Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawatan dapat bangun dari tempat tidur sebentar sekurang-kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

6) Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kuliat dapat diangkat setelah hari keempat. Setelah pembedahan paling lambat hari ketiga postpartum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

secara rutin hematokrit dukur pada pagi setelah operasi. Hematokrit tersebut harus segera dicek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa, atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

8) Perawatan payudara

Perawatan payudara dimulai sejak umur kehamilan 5 bulan supaya puting susu tidak lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya.

6. Kebutuhan dasar ibu masa nifas (Raito, 2013)

a. Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat, penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan.

b. Mobilisasi

Perawatan mobilisai dini yaitu:

1) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperineum
2) Mempercepat involusi alat kandungan
3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan

4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

c. Miksi

Kencing secara spontan sudah dapat dilakukan dalam 8 jam post partum. Kadang-kadang wanita sulit kencing, karena spinter uretra mengalami tekanan oleh iritasi musculus spinterani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing sebaiknya dilakukan kateterisasi.

d. Defekasi

Biasanya 3-4 hari post partum ibu masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur, pemberian cairan yang banyak dan makanan yang cukup serat.

e. Personal hygiene

Pada masa post partum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk dijaga.

f. Perawatan payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu tidak keras dan kering. Sebagai persiapan untuk menyususi bayinya. Dianjurkan karena sangat baik untuk kesehatan bayinya.

g. Perawatan perineum

Perawatan perineum dilakukan dengan cara membersihkan perinum dengan menggunakan sabun dan air hangat minimal 2 kali sehari. Kebersihan dan simfisis pubis ke daerah anus.

7. Tes diagnostik
   a. Leukosit

      Nilai total saat tidak hamil 4.500-10.000/mm³, saat hamil 5.000-15.000/mm³. Apabila terjadi penigkatan leukosit menandakan adanya infeksi.

   b. Hemoglobin dan hemotokrit

      Mengukur konsentrasi sel-sel darah dan menggambarkan kehilangan darah dan anemia. Nilai normal Hb (12-16 g/dl) dan Ht (42-47%).

8. Komplikasi
   a. Infeksi masa nifas

      Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi persalinan. Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI). Infeksi alat genetalia oleh bakteri puerperialis merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas kesaluran urinari payudara dan pembedahan merupakan penyebab AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari suhu tubuh, pembengkakan, takikardi dan malaise. Gejala lokalnya berupa uterus lembek, kemerahan, rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

   b. Perdarahan post partum disebabkan oleh:
      1) Atonia uteri, adalah suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi denga baik setelah persalinan.
      2) Retensio plasenta, adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.
      3) Inversio uteri, adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbaik sebagian atau seluruhnya kedalam kavum uteri.
      4) Robekan jalan lahir, merupakan laserasi atau luka yang terjadi disepanjang perineum akibat proses persalinan.

   c. Post partum blues (baby blues)

Post partum blues merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan. Selain itu juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kehamilan.

C. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Ds: Bagaimana persepsi dan kesehatn klien, upaya yang dilakukan klien, upaya yang dilakukan klien untuk mempertahankan kesehatan dan perlindungan diri (obat-obatan yang digunakan, misalnya jamu, vitamin dan lain-lain). Kebiasaan saat hamil (merokok, minum beralkohol, obat-obatan dan lingkungan). Pemeriksaan kehamilan secara rutin keadaan yang dialami, penyakit yang pernah diderita berhubungan ginekologi.

Do: Mengkaji tentang penampilan umum, kebiasaan pribadi, status pemeriksaan pribadi, status pemeriksaan kehamilan, mengkaji keadaan umum pasien.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Ds: Mengkaji tentang kebiasaan diet jenis makanan, frekuensi dan jenis makanan yang masuk dalam sehari, kehilangan nafsu makan, mual muntah, alergi makanan, masalah mengunya dan menelan, rata-rata berat badan sebelum hamil, berat badan saat ini, jenis dan jumlah minuman, atau cairan yang masuk dan penggunaan deuretik.

Do: Mengkaji tentang berat badan saat ini, tinggi badan, bentuk tubuh, turgor kulit, kelembaban atau kekeringan membran mukosa, hernia atau massa, edema atau pembesaran tiroid, bau mulut, kondisi gigi atau gizi, bising usus dan bunyi nafas.

c. Pola eliminasi

Ds: Bagaimana defekasi pasien, berapa frekuensi dalam satu hari, karakteristik feses, defekasi terakhir apakah ada perdarahan hemoroid, diare atau konstipasi, bagaimana pola berkemih, berapa frekuensi berkemih, karakter urine, apakah terjadi inkontinensia retensi/ retensi, konsultan berkemih.

Do: Palpasi abdomen lunak atau keras, ukuran dari massa yang didapat, auskultasi bising usus (normal 5-35x/ menit).

d. Pola aktivitas dan latihan

Ds: Pekerjaan, aktivitas, atau hobi, aktivitas dan kesenjangan, pembatasan atau kehamilan, atau konsdisi, kebutuhan fisik.

Do: Meliputih respon aktivitas yang diobservasi meliputi kardiovaskuler, pernapasan, tonus otot dan rasa lemah badan.

e. Pola tidur dan istirahat

Ds: Jumlah tidur siang dan malam hari, kebiasaan sebelum tidur, insomnia, sering terbangun untuk berkemih, mimpi buruk, sesak napas, berapa jam dapat tidur saat ini.

Do: Kaji adanya gangguan tidur pasien, ekspresi wajah (menguap).

f. Pola kognitif dan perseptual

Ds: Masalah sensori dan perseptual pendengaran, perabaan, penciuman dan pengecapan.

Do: Kemampuan melihat, mendengar, menghirup dan merasakan.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Ds: Bagaimana tanggapan klien tentang dirinya, pernah merasa putus asah, atau frustasi, merasa tidak berdaya, ada rasa bersalah, sering merasa tidak enak dalam dirinya, ungkapan klien tentang bagian tubuhnya, yang menyebabkan perasaan diri.

Do: Kaji postur tubuh klien, kontak mata dan rentang perhatian.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Ds: Mengkaji tentang hubungan dengan suami, dan tinggal dengan siapa, peran dalam struktur keluarga atau pendukung lain dalam keluarga. Masalah atau stres perilaku koping, rencana untuk periode kedepan.

Do: Interaksi yang diamati, tingkah laku yang pasif atau agresif terhadap orang lain, masalah keuangan.

i. Pola reproduksi seksual

Ds: Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, continuitas hubungan seksual, pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan intercouse pasca partum.

Do: Pelvis, vulva, prognosis untuk melakukan pemeriksaan payudara, puting susu, tes kehamilan.

j. Mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Ds: Perubahan peran, respon keluarga, yang bervariasi dapat menjadi pendukung berkurang rasa sakit atau nyeri yang dialami pasien.

Do: Interaksi dengan orang terdekat, pergerakan kinetik, berjalan bolak-balik, tidak ada kontak mata, dan ekspresi.

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

Ds: Tanyakan pada klien tentang nilai dan kepercayaan yang diyakininya. Ini sering kali berpengaruh terhadap intervensi yang akan kita berikan nantinya.

Do: Mencari bantuan spiritual, bukti melaksanakan dan kepercayaan.

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Nyeri akut b/d agens cedera fisik
   b. Risiko Infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah
   c. Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)
   d. Ketidakefektifan pemberian ASI b/d suplai ASI yang tidak cukup
   e. Risiko kekurangan volume dengan faktor risiko kehilangan cairan kehilangan volume cairan aktif
3. Intervensi keperawatan
   a. Nyeri akut b/d agens cedera fisik

      NOC :

      Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan nyeri akut dapat mencapai kriteria hasil : Kontrol nyeri dan status kenyamanan : fisik

      NIC :

      1) Manajemen nyeri
         a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
         b) Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat.
         c) Kolaburasi dengan pasien, orang terdekat pasien, dan tim kesehatan untuk membantuh penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan.

      2) Terapi relaksasi

      Tunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien.

3) Monitor tanda-tanda vital.

Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat.

b. Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah

NOC :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan risiko infeksi dapat mencapai kriteria hasil : status maternal:post partum dan kontrol risiko:proses infeksi

NIC :

1) Kontrol risiko
   a) Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien
   b) Berikan antibiotik yang sesuai
   c) Anjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaiamana menghindari infeksi

2) Perawatan post partum
   a) Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bauh, dan adanya gumpalan
   b) Pantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nanah, dan perkiraan tepi luka).

3) Monitor tanda-tanda vital

Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat

c. Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)

NOC :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat mencapai kriteria hasil: tidur dan status kenyamanan:Lingkungan

NIC :

1) Peningkatan tidur
   a) Monitor /catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur
   b) Anjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur
2) Manajemen lingkungan: Kenyamanan
   a) Sesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu, jika memungkinkan
   b) Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung.
3) Pengaturan Posisi
   Pastikan pasien dengan kesejajaran tubuh Yang tepat.
4) Monitor tanda-tanda vital
   Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat

d. Ketidakefektifan pemberian ASI b/d suplai ASI yang tidak cukup

NOC :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan pemberian ASI pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : mempertahankan pemberian ASI

NIC :

1) Konseling laktasi
   a) Berikan informasi mengenai manfaat (kegiatan) menyusui baik fisiologi maupun psikologi
   b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk (melakukan kegiatan) menyusui dan juga berpersepsi mengenai menyusui.
   c) Dukung ibu, keluarga atau teman untuk memberikan dukungan (misalnya, memberikan pengharapan dan jaminan melakukan tugas rumah tangga, dan menjamin bahwa ibu dapat beristirahat cukup dan cukup nutrisi.
   d) Berikan kesempatan kepada ibu untuk menyusui setelah melahirkan, jika memungkinkan.

e) Bantu menjamin adanya kelekatan bayi ke dada dengan car yang tepat (misalnya, monitor posisi tubuh bayi dengan cara yang tepat, bayi memegang dada ibu serta adanya kompresi dan terdengar suara, menelan.
f) Diskusikan kebutuhan untuk istirahat yang cukup, hidrasi, dan diet yang seimbang.

e. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilangan volume cairan aktif

NOC:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan risiko kekurangan volume cairan pada pasien tidak terjadi dengan kriteria hasil : Status nutrisi: Asupan makanan dan cairan

NIC:

1) Manajemen cairan
   a) Monitor status hidrasi (misalnya membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah stabil)
   b) Monitor tanda-tanda vital pasien
   c) Berikan cairan dengan tepat
   d) Berikan deuretik yang diresepkan
   e) Dukung pasien dan keluarga untuk membantuh dalam pemberian makanan dengan baik
   f) Tawari makanan ringan (misalnya minuman ringan dan buah-buahan segar/ jus buah)

4. Discharge planning
   a. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi.
   b. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.
   c. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama pada luka post operasi.
   d. Menganjurkan ibu untuk selalu membersihkan daerah perineumnya.
   e. Menganjurkan ibu untuk selalu menyusui bayinya.
   f. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya untuk mendapatkan imunisasi sesuai dengan umur anaknya.
   g. Menganjurkan ibu untuk tidak hamil selama minimal 2 tahun dan sebaiknya mengunakan alat kontrasepsi.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padila, 2015).

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan me lalui suatun insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009).

Dari kedua pengertian diatas dapat saya simpulkan bahwa sectio caesarea adalah suatu proses melahirkan janin dengan cara membuat sayatan pada diding perut dan dinding uterus ±10 cm dengan indikasi tertentu.

2. Jenis-jenis sectio caesarea (Padila, 2015).
   a. Sectio caesarea klasik atau corporal dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm.
   b. Sectio caesarea ismika atau profundal dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (low sevical transversal) kira-kira 10 cm.
   c. Sectio caesarea peritonealis dilakukan dengan tanpa membuka peritoneum parietaslis dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.
   d. Sectio Caesra vaginalis menurut sayatan pada rahim, sectio caesra dapat dilakukan sebagaiberikut:

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien berinisial Ny. “S” berusia 32 tahun masuk RS Stella Maris di ruang St.Yoseph II pada tanggal 07 April 2018 pada pukul 05.30 WITA dengan keluhan nyeri pada abdomen tembus belakang. Pasien mulai merasakan nyeri pada pukul 24.00 WITA. Pada pukul 08.00 WITA pasien masuk ruang operasi dengan indikasi CPD (*Cephalo Pelvic Disporpotion*). Ketuban pecah pada jam 08.05 WITA jumlahnya ± 500 cc dan pada pukul 08:20 bayi lahir dengan berat 3.900 gram, panjang badan 50 cm, pasien melahirkan bayinya secara Sectio Caesarea.

Pada saat pengkajian diagnosa medik Ny.”S” yaitu post operasi sectio caesarea dengan riwayat kehamilan G: II P: I A: 0. Pasien tampak lemah, tampak ada luka post operasi pada bagian perut bawah. TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus teraba kuat, pengeluaran ASI masih sedikit pada hari pertama. Hasil observasi TTV didapatkan TD: 110/70 mmHg, S: 36,6 °C, N: 76 x/menit, P: 20 x/menit.

Berdasarkan data-data diatas, maka diagnosa yang diangkat yaitu: Nyeri akut b/d agens ced era fisik (misalnya prosedur bedah), risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah, dan gangguan pola tidur b/d pola tidur tidak menyehatkan (tanggung jawab menjadi pengasuh).

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji	: Elisabeth Rinda Ponno
NIM	: E1514401015

Unit : St.Yoseph II

Kamar : 2001

Tgl Masuk RS (jam) : 07 April 2018 (05.30)

Tgl Pengkajian (jam) : 07 April 2018 (13.00)

1. Identitas

a. Data Ibu (Istri)

Nama Ibu	: Ny. “S”
Umur	: 32 tahun
Agama	: Islam
Suku	: Bugis
Pendidikan	: Diploma III
Pekerjaan	: Wiraswasta
Status Perkawinan	: Kawin
Perkawinan ke-	: Pertama
Lama Perkawinan	: 3 tahun
Alamat	: Jln. Rajawali 1.

b. Data Suami

Nama	: Tn.R
Umur	: 32 tahun
Agama	: Islam
Suku	: Bugis
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Status Perkawinan	: Kawin
Perkawinan ke-	: Pertama
Lama Perkawinan	: 3 tahun
Alamat	: Jln.Rajawali 1.

2. Riwayat Obstetri yang lalu

No	Umur anak (thn lahir)	Jenis kelamin	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong persalinan	Tempat persalinan	Komplikasi persalinan	BBL/ PBL	Laktasi (ya/ tdk)	Lamanya menyusui
1	2017	Perempuan	9 bulan	normal	Dokter	Rumah sakit	Tidak ada	3,5 kg/ 49 cm	ya	3 hari
2	Kehamilan sekarang									

3. Riwayat Obstetri Terakhir
   a. Riwayat Kehamilan (P : II A : 0)
      1) HPHT : 07 Juni 2017
      2) TP : 14 Maret 2018
      3) Jumlah ANC : Pasien mengatakan 9 kali (setiap bulan)
      4) Imunisasi TT : Pasien mengatakan sudah diberi imunisasi TT 1 kali ketika umur kehamilan 4 bulan
      5) Kebiasaan Saat Hamil
         a) Makanan : Pasien mengatakan suka makan sayur.
         b) Obat-obatan/jamu : Pasien mengatakan hanya mengkonsumsi obat penambah darah dari dokter kandungannya.
         c) Merokok : Pasien mengatakan tidak merokok.
         d) Lain-lain : Tidak ada.
   b. Riwayat Persalinan/ kelahiran
      1) Tanggal Persalinan : 07 April 2018
      2) Jenis Persalinan : Sectio Caesarea
      3) Lama Persalinan

1) Kala I : Tidak ada
2) Kala II : Tidak ada
3) Kala III : Tidak ada
4) Kala IV : Tidak ada

4) Ketuban Pecah : pukul 08.05 WITA
   Warna : Tampak keruh
   Bau : Berbau amis
   Jumlahnya : ± 500 cc
5) Jumlah Perdarahan : ± 300 cc
6) Pengobatan yang telah diberikan : Cairan RL 500 cc, Oxytocin 2 ampul drips dalam cairan Dextrosa 5% 500 cc.
7) Penyulit Persalinan
   a) Ibu : Panggul sempit
   b) Bayi : Kepala janin besar

4. Riwayat Reproduksi dan Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi
   1) Menarche : Pasien mengatakan haid pertama berumur 14 tahun
   2) Siklus haid : Pasien mengatakan haidnya teratur
   3) Lamanya : Pasien mengatakan siklus haid berlangsung ± 3 hari
   4) Dismenorhoe : Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat haid

b. Riwayat Ginekologi
   1) Penyakit yang pernah diderita : Tidak ada
   2) Keluhan :Pasien mengatakan tidak ada keluhan

c. Riwayat KB
   1) Jenis KB yang pernah digunakan : Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan KB

2) Lamanya : Tidak ada
3) Keluhan : Tidak ada
4) Terakhir menggunakan KB : Tidak ada
5) Alasan berhenti : Tidak ada

5. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan sehat itu penting terlebih pada saat sedang hamil. Pasien mengatakan mengkonsultasikan kehamilannya ke dokter setiap bulan. Pasien mengatakan mendapat vitamin penambah darah dalam bentuk tablet diminum 1 kali/hari/oral. Pasien mengatakan pernah mengikuti yoga kehamilan. Pasien mengatakan makan 3 kali sehari secara teratur. Pasien mengatakan suka makan sayur dan buah.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah mengalami proses operasi sectio caesarea seluruh badannya terasa lemas. Pasien mengatakan terasa nyeri pada daerah operasinya. Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. Pasien mengatakan skala nyerinya 7. Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-3 menit. Pasien mengatakan ada luka jahitan post operasi terbalut perban di perut bagian bawah. Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi. Pasien mengatakan ada darah keluar dari jalan lahir. Pasien mengatakan menggunakan pembalut. Pasien mengatakan akan tetap menjaga pola makannya agar kesehatannya tetap terjaga terlebih untuk bayinya. Tampak keadaan umum pasien sakit sedang, pasien mengunakan cairan infus dan kateter urine. Tampak ekspresi wajah pasien

meringis saat nyeri timbul. Tampak pasien menunjukkan lokasi nyerinya. Tampak ada luka jahitan post operasi terbalut perban diperut bagian bawah. Tampak pasien berhati-hati saat miring kanan dan miring kiri. Tampak pasien menunjukkan lokasi lukanya. Tampak lingkungan terbuka.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan makan 3 kali secara teratur dan selalu menghabiskan porsi makanannya. Pasien mengatakan makan nasi, sayur, ikan. Pasien mengatakan mengomsumsi vitamin penambah darah dari dokter. Pasien mengatakan mengomsumsi air 5 gelas sehari. Pasien mengatakan suak makan buah, sayur-sayuran dan cemilan dalam bentuk kemasan. Pasien mengatakan berkeringat stelah makan.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan masih makan 3 kali sehari.Pasien mengatakan mengomsusmsi nasi, sayur, ikan. Pasien mengatakan mengomsumsi buah-buahan dan kue. Pasien mengatakan minum air 5 gelas perhari. Pasien mengatakan berkeringat setelah makan.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil BAB 1 kali/hari. Pasien mengatakan warna fesesnya biasa saja. Pasien mengatakan BAK 6-7 kali/hari. Pasien mengtakan kencingnya berwarna kuning biasa dan berbau pesing.

2) Keadaan Setelah Melahirkan.

Pasien mengatakan ia belum BAB. Pasien mengatakan memakai kateter urin. Tampak jumlah urine 500 cc. Tampak urine pasien berwarna kuning.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan selama hamil, pasien mengikuti olahraga senam yoga. Pasien mengatakan diruamah biasa melakukan pekerjaan seperti memasak, mencuci piring, dan menyapu. Pasien mengatakan selama hamil masih bekerja kekantor.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan belum bisa bekerja karena merasa lemah dan nyeri pada luka post operasinya. Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi. Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-3 menit. Pasien mengatakan nyerinya timbul bila berktivitas. Tampak keadaan umum pasien sakit sedang, pasien menggunakan cairan infus dan kateter urine. Tampak ada luka post operasi terbalut perban. Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri timbul.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil, tidur selama 7 jam pada malam hari. Pasien mengatakan jika tidur pada malam hari, lampuh dimatikan dan menyalakan AC. Pasien mengatakan tidur siang selama 1-2 jam.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan ia sulit memulai tidur. Pasien mengatakan pola tidurnya terganggu karena adanya rasa tanggung jawab menjadi orangtua. Pasien mengatakan tidur hanya ± 2 jam pada malam hari karena anaknya sering menangis. Pasien mengatakan tidurnya tidak pulas. Pasien mengatakan tidur siang ± 1 jam. Tampak keadaan umun pasien sakit sedang, pasien menggunakan cairan infus dan kateter urine. Tampak pasien sering menguap. Tampak palpebra berwarna gelap, mata cekung, dan konjungtiva anemis. Tampak bayi pasien berada disamping pasien. Tampak bayi pasien sering menangis.

f. Pola Persepsi dan Kognitif

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil ia dapat berinteraksi dengan baik.Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada indra pengelihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan, dan perabaannya.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada indra pengelihatan pendengaran, penciuman, pengecapan dan perabaannya.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan sangat senang dengan anak keduanya setelah trauma dengan kematian anak pertamanya. Pasien mengatakan perannya sebagai istri. Pasien mengatakan masih melakukan pekerjaan kantor meskipun sedang dalam keadaan hamil.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan senang dan bersyukur atas kelahirannya anak keduanya dengan selamat. Pasien mengatakan perannya sebagai istri. Pasien mengatakan akan mengurus anaknya dan belum bisa melakukan pekerjaan kantor.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga, tetangga, dan teman kantornya baik. Pasien mengatakan perannya sebagai istri. Pasien mengatakan ia bekerja dari hari senin sampai sabtu.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan perannya sebagai ibu rumah tangga. Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga, tetangga, dan teman kantornya baik. Tampak pasien ditemani oleh suami dan ibunya. Tampak pasien dikunjungi oleh tetangga dan teman-temannya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan kehamilannya sudah hamil ke 2. Pasien mengatakan ia haid pertama pada usia 14 tahun dengan siklus haid 28 hari dan berlangsung selama 4 hari. Pasien mengatakan tidak merasa nyeri ketika sedang haid.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan, ada darah keluar dari jalan lahir. Pasien mengatakan memakai pembalut. Pasien mengatakan darah yang keluar berwarna merah segar. Tampak ada lochea Rubra di pembalut pasien. Tampak pelepasan darah dari jalan lahir sebanyak ± 90 cc.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan agak cemas dengan kehamilan anak keduanya karena kelahiran anak pertamanya hanya berumur 3 hari. Pasien mengatakan mendiskusikan masalah kehamilannya dengan suami dan orangtuannya.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan, merasa senang dan bersyukur atas kelahiran anak keduanya. Pasien mengatakan akan menjaga anak keduannya dengan baik karena trauma dengan kematian anak pertamanya. Tampak pasien ditemani oleh suami dan orangtuannya.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien menagatakan beragama islam. Pasien mengatakan sholat 5 waktu.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan beragama islam. Pasien mengatakan setelah melahirkan sangat senang dan bersyukur atas kelahiran anak keduanya dengan selamat. Pasien mengtakan belum bisa sholat 5 waktu karena terasa nyeri pada bagian operasinnya.

6. Pemeriksaan Umum dan TTV

a. Keadaan Umum: Tampak keadaan umum pasien sakit sedang. Tampak pasien terbaring diatas tempat tidur dengan keadaan lemah. Tampak pasien terpasang infus 2 jalur. Tampak pasien terpasang kateter urine.

b. Tekanan Darah : 110/70 mmHg

c. Suhu Badah : 36,6 °C

d. Pernapasan : 20 x/menit
e. Denyut jantung : 76 x/menit

7. Pemeriksaan Fisik Sistematis
   a. Keadaan Umum/ Kesadaran : Compos Mentis
   b. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital :
      Suhu tubuh : 36,6°C
      Tekanan darah : 110/70 mmHg
      Denyut nadi : 76 x/menit
      Frekuensi pernapasan : 20 x/menit

   c. Pemeriksaan Fisik Sistematis
      1) Kepala : Tampak bersih.
         Finger print : Tampak kembali dlam 3 detik.
      2) Wajah : Tampak simetris kiri dan kanan. Tampak sedikit pucat dan lemas.
      3) Mata : Tampak pupil isokor.
         Palpebra : Tampak berwarna gelap dan cekung.
         Sclera : Tampak tidak ikterik.
         Conjungtiva : Tampak tidak anemik.
         Tekanan Intra Okuler : Tampak tidak ada nyeri tekan.
      4) Hidung :Tampak bersih dan simetris kiri dan kanan.
      5) Telinga : Tampak bersih dan tidak ada serumen.
      6) Mulut : Tampak bersih. Tampak gigih utuh.
      7) Leher :Tampak tidak ada benjolan atau peradangan.
      8) Dada : Tampak simetris kiri dan kanan.
         Payudara : Tampak simetris.
         Puting : Tampak menonjol dan berwarna hitam.
         Kebersihan : Tampak bersih.
         Pengeluaran ASI : Tampak pengeluaran ASI masih sedikit.

9) Abdomen : Teraba kuat. Tampak ada luka post operasi terbalut perban.
   TFU : 2 jari dibawah pusat
   Kontraksi : Teraba kontraksi uterus kuat
   Peristaltik usus dan bising usus ibu : Terdengar 5 x/menit
10) Genitalia
   (a) Lochea
      Jenis (warna) : Tampak lochea Rubra berwarna merah segar kehitam-hitaman.
      Banyaknya : Tampak ± 90 cc
      Baunya : Berbau amis
   (b) Vulva
      Luka perineum : Tidak ada Jahitan : Tidak ada
      Odema : Tidak ada Varices : Tidak ada
      Bila dilakukan episiotomi
      Jenis episiotomi : Tidak ada
      Panjangnya : Tidak ada
      Tanda-tanda infeksi : Tidak ada
11) Anus
   Haemorhoid : Tampak tidak ada hemoroid
12) Ekstremitas
   Refleks biseph : Positif
   Refleks triseph : Positif
   Refleks kuadriseph : Positif
13) Punggung
   Bentuk tulang belakang : Tampak tegak
   Nyeri ketuk ginjal : Tidak ada

8. Sectio Caesarea

a. Indikasi : Panggul sempit
b. Tanggal/ jam : 07 April 2018/ 08.00 WITA
c. Keadaan luka post operasi : Tampak luka post operasi terbalut verban. Tampak verban luka post operasi kering.

9. Data Medik
   a. Diagnosa Medik : Post operasi sectio caesarea
   b. Keluhan Utama : Nyeri pada luka operasi pada perut bagian bawah .
   c. Riwayat Keluhan Utama : Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka post operasi. Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk, tidak menjalar,skala nyeri 7, berlangsung selama 1-4 menit. Pasien mengatakan nyerinya bertambah bila beraktivitas. Tampak keadaan umum pasien sakit sedang, pasien menggunakan cairan infus dan kateter urine. Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri timbul. Tampak pasien menunjukkan lokasi nyerinya. Tampak ada luka post operasi terbalut perban diperut bagian bawah. Tampak pasien berhati-hati saat miring kanan dan miring kiri.
   d. Tes Diagnostik : Pemeriksaan darah rutin

Pemeriksaan Laboratorium (Blood)

Nama : Ny.”S”
Umur : 32 Years
Jenis kelamin : P
No.R.Medis : 128952
Dokter : Sofian Muhadji
R.Perawatan : St.Yoseph
Kamar : 2001

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.5		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4.0	-	10^6/Ul	[4.7 --- 6.1]
HGB	11.3	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	32.80	-	%	[42 --- 52]
MCV	82.2	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.3	-	pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	301		10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	13.3		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	13.7	+	fL	[9 --- 13]
MPV	9.0		fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	23.9		%	[15 --- 25]
NEUT%	90.4	+	%	[40 --- 74]
LYM%	4.7	-	%	[19 --- 48]
MXD%	4.9		%	[4 --- 18]
NEUT#	18.7	+	10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	1.0		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	1.0		10^3/uL	[0 --- 1.2]

Pemeriksaan Laboratorium (Blood Post Op)

Nama : Ny.”S”
Umur : 32 Years
Jenis kelamin : P
No.R.Medis : 128952
Dokter : Sofian Muhadji
R.Perawatan : St.Yoseph
Kamar : 2001

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	9.0		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	3.7	-	10^6/Ul	[4.7 --- 6.1]
HGB	10.5	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	30.60	-	%	[42 --- 52]
MCV	83.2		fL	[80 --- 99]
MCH	27.0		pg	[27 --- 31]
MCHC	30		g/dL	[33 --- 37]
PLT	299		10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	11.3		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	14.0	+	fL	[9 --- 13]
MPV	8.0		fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	29.6	+	%	[15 --- 25]
NEUT%	93.9	+	%	[40 --- 74]
LYM%	2.3	-	%	[19 --- 48]
MXD%	3.8	-	%	[4 --- 18]
NEUT#	20.8	+	10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	0.5	-	10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.6		10^3/uL	[0 --- 1.2]

e. Terapi :
   1) Cefotaxime 1 g/ 8 jam/ bolus IV
   2) Ketorolac 30 mg/ 8 jam/ bolus IV
   3) Ostelox 15 mg 1x1/ rectal
   4) Meloxicam 15 mg 3x1/ oral
   5) Cefadroxcil 500 mg 3x1/ oral

Makassar, 07 April 2018

(Elisabeth Rinda Ponno)

Selasa, 10 April 2018	I	07.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, fekuensi, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/ : – Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka post operasi. – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 2. – Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-2 menit. – Pasien mengatakan sudah bisa jalan kekamar mandi untuk BAK. – Tampak ekspresi wajah sedikit rileks – Tampak ada luka jahitan post op erasi terbalut perban diperut bagian bawah. – Tampak pasien sedikit berhati-hati saat menyusui bayinya.	Elisabeth
	I	07.30	Mengkolaburasikan dengan pasien, orang terdekat pasien, dan tim	Elisabeth Dan

			keseatan untuk membantuh penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan. H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam dan menunujukkan posisi semi fowler pada kluarga pasien. – Pasien dan keluarga pasien tampak memahami anjuran perawat.	Peronika
	II	07.40	Memantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nana, dan perkiraan tepi luka). H/ : – Pasien mengatakan ada luka jahitan post operasi terbalut perban. – Pasien mengatakan luka post operasinya sudah kering. – Tampak tidak ada ciri-ciri infeksi pada bagian post operasi. – Tampak verban post operasi dalam keadaan kering. – Tampak penggantian verban belum dilakukan	Elisabeth
	II	08.10	Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien	Elisabeth

			H/ : – Perawat mencuci tangan dengan benar – Tampak tempat tidur dalam keadaan bersih dan rapi – Tampak baju pasien terpasang dengan rapi	
	II	08.15	Menganjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi H/ : – Mengajarkan cara mencuci tangan ke pasien dan keluarga pasien – Tampak pasien dan keluarga mengulang cara mencuci tangan dengan benar	Elisabeth Dan elni
	II	08.20	Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan. H/ : – Tampak lochea rubra berwarna merah segar kehitam-hitaman berbau amis ± 20 cc dipembalut pasien. – TFU sejajar pusat	Elisabeth dan elni
	I	09.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat	Elisabeth dan bidan

			H/ : – Meloxicam (15 mg) : 3x1/ oral	Sita
	II	09.05	Memberikan antibiotik yang sesuai H/ : – Cefadroxil (500 mg) : 3x1/ oral	Elisabeth dan bidan Sita
	I	09.10	Menunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam bila nyeri timbul – Tampak pasien mengikuti anjuran perawat	Elisabeth
	I, II, III	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat H/ : – TD : 110/80 mmHg – N : 80 x/menit – S : 36,5°C – P : 20 x/menit	Elisabeth dan Pero
	III	10.10	Menganjurkan pasien untuk tidur siang disiang hari jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur H/ : – Pasien mengatakan akan tidur siang setelah menyusui	Elisabeth

			bayinya	
	III	12.00	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan.	Elisabeth
	III	12.05	Menciptakan lingkungan tenang dan mendukung H/ : – Menganjurkan keluarga dan penjenguk pasien untuk tidak ribut.	Elisabeth
	III	12.40	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ : – Memberikan posisi semi fowler dan menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri dengan perlahan dan hati-hati	Elisabeth
	III	13.00	Menunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam bila nyeri timbul – Tampak pasien mengikuti	Elisabeth

			anjuran perawat	
	I	13.15	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. Hasil: – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan.	Elisabeth
	III	13.00	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ : – Memberikan posisi semi fowler – Tampak pasien terbaring miring kanan sambil menyusui bayinya.	Elisabeth
	I	16.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat H/ : – Meloxicam 15 mg : 3x1/ oral	Bidan Ana dan Maria
	II	16.03	Memberikan antibiotik yang sesuai H/ : – Cefadroxil 500 mg : 3x1/ oral	Bidan Ana dan Maria
	I, II, III	16.05	Memonitor tekanan darah, suhu, nadi, dan status pernapasan dengan tepat H/ :	Maria dan Rini

			– TD : 110/70 mmHg – N : 78 x/menit – S : 36,5°C – P : 19 x/menit	
	II	16.30	Menganjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi H/ : – Mengajarkan pasien dan keluarga tehnik mencuci tangan ke keluarga pasien – Tampak pasien dan keluarga mempraktekkan cara mencuci tangan	Maria
	III	16.40	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ : – Memberikan posisi semi fowler dan menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri dengan perlahan dan hati-hati – Tampak pasien terbaring miring kanan sambil menyusui bayinya.	Maria
	III	17.00	Menciptakan lingkungan tenang dan mendukung H/ : – Menganjurkan keluarga dan penjenguk pasien untuk tidak	Maria

			ribut.	
	I	24.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauab yang ketat H/ : – Meloxicam 15 mg : 3x1/ oral	Elni dan Bidan Lusi
	II	24.03	Memberikan antibiotik yang sesuai H/ : – Cefadroxil 500 mg : 3x1/ oral	Elni dan bidan Lusi
	III	24.05	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dimatikan.	Elni
	I, II, III	05.00	Memonitor tekanan darah, suhu, nadi, dan status pernapasan dengan tepat H/ : – TD : 110/80 mmHg – N : 80 x/menit – S : 36,5°C – P : 19 x/menit	Elni
	II	05.10	Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan. H/:	Bidan Lusi dan Elni

			– Tampak lochea rubra berwarna merah segar kehitam-hitaman berbau amis ± 20cc di pembalut pasien. – Pembalut terpasang dengan rapi. – TFU sejajar pusat	
	I	05.25	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, fekuensi, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: – Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi di perut bagian bawah. – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 2. – Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama ± 1-2 menit. – Pasien mengatakan sudah bisa jalan kekamar mandi untuk BAK. – Tampak eksprei wajah pasien sedikit rileks	Elni

	II	05.35	Memantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nana, dan perkiraan tepi luka). Hasil: – Pasien mengatakan tidak demam – Pasien mengatakan tidak merasa panas, gatal, ataupun bengkak pada sekitar luka post operasi – Pasien mengatakan tidak ada kemerahan pada kulit sekitar perban – Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti gatal, bengkak, ataupun kemerahan pada sekitar luka post operasi	Elni
	III	05.55	Memonitor/ catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur Hasil: – Pasien mengatakan sudah tidur malam ± 6 jam namun masih sering terbangun untuk menyusui bayinya. – Pasien mengatakan tidurnya sedikit pulas. – Tampak tidak ada ekspresi wajah mengantuk	Elni

			– Tampak kelopak dan kantung mata pasien berwarna gelap	

B.Analisa Data

Nama Pasien/ Umur : Ny.”S”/ 32 tahun

Ruang/ kamar : St.Yoseph II/ 2001

No.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: – Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka post operasi. – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk, tidak menjalar, skala nyeri 7, berlangsung selama 1-4 menit. – Pasien mengatakan nyerinya bertambah bila beraktivitas DO: – Tampak keadaan umun pasien sakit sedang, pasien menggunakan cairan infus dan kateter urin. – Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri timbul. – Tampak pasien menunjukkan lokasi nyerinya. – Tampak ada luka jahitan	Agen cedera fisik (prosedur bedah)	Nyeri akut

	post operasi terbalut perban diperut bagian bawah. – Tampak pasien berhati-hati saat miring kanan dan miring kiri.		
2	DS: – Pasien mengatakan ada luka jahitan post operasi terbalut perban pada perut bagian bawah. – Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi. DO: – Tampak ada luka jahitan post operasi terbalut perban di perut bagian bawah. – Tampak pasien menunjukkan lokasi lukanya. – Tampak TTV: TD : 100/70 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5 °C P : 20 x/menit		Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah
3	DS: – Pasien mengatakan tidur hanya 2 jam pada malam hari karena bayinya sering menangis. – Pasien mengatakan	Pola tidur tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)	Gangguan pola tidur

	tidurnya tidak pulas. – Pasien mengatakan tidur siang ± 1 jam. DO: – Tampak pasien sering menguap. – Tampak bayi pasien berada disamping pasien. – Tampak bayi pasien sering menangis. – Tampak kelopak dan kantong mata berwarna gelap. – Tampak TTV: TD : 100/70 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5 ºC P : 20 x/menit		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/ Umur : Ny. S/ 32 tahun

Unit/ Kamar : St.Yosep II/ 2001

No.	Diagnosa Keperawatan
I	Nyeri akut b/d agens cedera fisik (prosedur bedah)
II	Risiko Infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah
III	Gangguan pola tidur b/d pola tidur tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)

D.Rencana Keperawatan

Nama/ Umur : Ny.”S” / 32 tahun

Unit/ Kamar : St.Yosep II/ 2001

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil yang diharapkan (NOC)	Tindakan Keperawatan (Mandiri, penyuluhan, kolaburasi, dan observasi) (NIC)
Sabtu/ 07 April 2018	Nyeri akut b/d agens cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan nyeri akut dapat mencapai kriteria hasil: 1. Kontrol Nyeri – Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan). – Menggambarkan faktor penyebab dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan). – Menggunakan tindakan pencegahan	1. Manajemen nyeri – Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus – Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat. – Kolaburasi dengan pasien, orang terdekat pasien, dan tim kesehatan untuk membantuh

		dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan). – Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan). 2. Status kenyamanan: fisik – Posisi yang nyaman dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). – Baju yang nyaman dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). – Perawatan pribadi dan kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).	penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan. 2. Terapi relaksasi – Tunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien. 3. Monitor tanda-tanda vital. – Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat.
Sabtu/ 07	Risiko Infeksi dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24	1. Kontrol risiko

April 2018	faktor risiko terpajan pada wabah	jam, diharapkan risiko infeksi dapat mencapai kriteria hasil: 1. Status maternal: Post Partum. – Kenyamana dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). – Tekanan darah dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). – Jumlah lokia dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). – Subuh tubuh dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke	– Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien – Berikan antibiotik yang sesuai – Anjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaiamana menghindari infeksi 2. Perawatan post partum – Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bauh, dan adanya gumpalan – Pantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nanah, dan perkiraan tepi luka). 3. Monitor tanda-tanda vital – Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan

		skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). – Nyeri insisi dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal). 2. Kontrol Risiko: Proses Infeksi – Mengenali faktor risiko individu terkait infeksi dipertahankan pada skala 5 (secara konsisten menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan). – Mempertahankan ruangan bersih dipertahankan pada skala 5 (secara konsisten menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan).	dengan tepat.
Sabtu, 07 April 2018	Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat mencapai kriteria hasil:	1. Peningkatan tidur – Monitor /catat pola tidur pasien

	tanggung jawab menjadi pengasuh)	1. Tidur – Jam tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). – Pola tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). – Kualitas tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). – Perasaan segar setelah tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). 2. Status kenyamanan: Lingkungan – Suhu ruangan dipertahankan pada skala skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). – Lingkungan yang kondusif untuk tidur	dan jumlah jam tidur – Anjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur. 2. Manajemen lingkungan: Kenyamanan – Sesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu, jika memungkinkan. – Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung. 3. Pengaturan Posisi – Pastikan pasien dengan kesejajaran tubuh yang tepat. 4. Monitor tanda-tanda vital – Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat.

		diperthankan pada skala skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu). – Tempat tidur yang nyaman dipertahankan pada skala skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).	

E.Implementasi Keperawatan

Nama/ umur : Ny.”S”/ 32 tahun

Unit/ kamar : St.Yoseph II/ 2001

Hari/tanggal	No.Dx	Waktu	Implementasi	Perawat
Minggu, 08 April 2018	I	07.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, fekuensi, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/ : – Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka post operasi – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 7. – Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-4 menit. – Tampak keadaan umun pasien sakit sedang. – Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri timbul. – Tampak ada luka jahitan post operasi terbalut perban	Elisabeth

			di perut bagian bawah. – Tampak pasien berhati-hati saat miring kanan dan miring kiri.	
	I	08.00	Mengkolaborasikan dengan pasien, orang terdekat pasien, dan tim kesehatan untuk membantuh penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan. H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam – Pasien dan keluarga pasien tampak memahami anjuran perawat.	Elisabeth
	I	08.10	Memantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nana, dan perkiraan tepi luka). H/ : – Pasien mengatakan ada luka jahitan post operasi terbalut perban. – Pasien mengatakan terasa nyeri pada bagian luka post operasi. – Tampak lokasi luka post operasi terbalut perban di perut bagian bawah. – Tampak balutan luka	Elisabeth

			operasi dalam keadaan bersih, dan tidak ada rembesan cairan/ darah	
	II	08.20	Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien H/ : – Tampak perawat mencuci tangan dengan benar – Mengganti pembalut dan melakukan vulva hygiene – Tampak pembalut pasien terpasang dengan baik	Elisabeth
	II	08.30	Menganjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi H/ : – Menganjarkan pasien dan keluarga mencuci tangan dengan benar	Elisabeth
	II	08.40	Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan. H/ : – Tampak lochea Rubra berwarna merah segar kehitam-hitaman berbau amis ± 90 cc dan sedikit menggumpal di pembalu pasien – Pembalut terpasang dengan	Elisabeth dan pero

			rapi. – TFU setinggi pusat	
	I	09.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat H/ : – Cetorolac 30 mg/ 8 jam/ bolus IV – Ostelox 15 mg 1x1/ rectal	Elisabeth dan bidan Janet
	I	09.03	Memberikan antibiotik yang sesuai H/ : – Cefotaxime 1 gr/ 8 jam/ bolus IV	Elisabeth dan Bidan Janet
	II	09.40	Menunjukkan dan mempraktekkan tehknik relaksasi pada pasien H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam bila nyeri timbul – Tampak pasien mengikuti anjuran perawat	Elisabeth
	I,II,III	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat H/ : – TD : 110/80 mmHg – N : 76 x/menit – S : 36,6 °C – P : 20 x/menit	Elisabeth dan elni

	III	11.00	Memonitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/ : – Pasien mengatakan tidur hanya ± 2 jam pada malam hari karena bayinya sering menangis. – Pasien mengatakan tidurnya tidak pulas. – Pasien mengatakan belum tidur siang ± 1 jam. – Tampak pasien sering menguap. – Tampak bayi pasien berada disamping pasien. – Tampak bayi pasien sering menangis. – Tampak kelopak dan kantung mata berwarna gelap.	Elisabeth
	III	11.10	Menganjurkan pasien untuk tidur siang disiang hari jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur H/ : – Pasien mengatakan akan tidur siang jika bayinya sudah tidur.	Elisabeth dan elni
	III	11.15	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan.	Elisabeth

			H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan.	
	III	11.30	Menciptakan lingkungan tenang dan mendukung H/ : – Menganjurkan keluarga dan penjenguk pasien untuk tidak ribut dan bisa pulang jika jam jenguk sudah selesai agar pasien bisa beristirahat	Elisabeth dan elni
	III	11.40	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ : – Menganjurkan pasien untuk tidak duduk dan hanya boleh miring kiri dan miring kanan secara perlahan dan hati-hati – Tampak pasien terbaring miring kanan sambil menyusui bayinya.	Elisabeth
	I	13.00	Menunjukkan dan mempraktekkan tehknik relaksasi pada pasien H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam bila	Elisabeth

			nyeri timbul – Tampak pasien mengikuti anjuran perawat	
	III	14.00	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan.	Elisabeth
	III	14.15	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ : – Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri dengan perlahan dan hati-hati – Tampak pasien terbaring miring sambil menyusui bayinya.	Maria dan bidan Poulin
	I	16.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat H/ : – Cetorolac 30 mg/ 8 jam/ bolus IV	Maria dan bidan Poulin
	II	16.05	Memberikan antibiotik yang sesuai H/:	Maria dan bidan

			– Cefotaxime 1,0 g/ 8 jam/ bolus IV	Poulin
	I, II, III	16.10	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat H/ : – TD : 110/80 mmHg – N : 78 x/menit – S : 36,5°C – P : 21x /menit	Maria dan Riniyanti
	II	16.30	Menganjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi H/ : – Mengajarkan pasien dan keluarga tehnik mencuci tangan dengan baik	Riniyanti
	III	16.40	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ : – Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri dengan perlahan dan hati-hati – Tampak pasien terbaring miring kanan sambil menyusui bayinya.	Maria dan Rini
	III	17.00	Menciptakan lingkungan tenang dan	Maria

			mendukung H/ : – Menyarankan penjenguk pasien untuk tidak ribut dan boleh pulang jika jam jenguk pasien selesai agar pasien bisa beristirahat	
	I	24.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat H/ : – Cetorolac 30 mg/ 8 jam/ bolus IV	Bidan Fero dan Kisma
	II	24.05	Memberikan anti biotik yang sesuai H/ : – Cefotaxime 1,0 g/ 8 jam/ bolus IV	Bidan Fero dan Kisma
	III	24.20	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan.	Kisma
	I, II, III	05.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat H/ : – TD : 120/80 mmHg	Kisma dan Tina

			– N : 76 x/menit – S : 36,4 °C – P : 20 x/menit	
	II	05.10	Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan. H/ : – Tampak lochea rubra berwarna merah kehitam-hitaman berbau amis ± 90 cc di pembalut pasien. – Pembalut terpasang dengan rapi. – Tampak TFU sejajar pusat	Kisma dan Agustina
	I	05.25	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, fekuensi, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/ : – Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka post operasi – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. Pasien mengatakan skala nyerinya 7.	Agustina Dan kisma

			– Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-4 menit. – Tampak pasien meringis saat perawat sedang mengganti pembalut pasien	
	II	05.35	Memantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nana, dan perkiraan tepi luka). H/ : – Pasien mengatakan sudah mengerti dengan bagaimana cara menghindari infeksi – Pasien mengatakan tidak merasa gatal ataupun panas disekitar perban post operasi – Tampak pasien mengenali tanda-tanda infeksi – Tampak balutan luka operasi dalam keadaan bersih, dan tidak ada rembesan cairan/darah	Kisma dan Agustina
	III	05.55	Memonitor/ catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/ : – Pasien mengatakan tidur hanya ± 3 jam pada malam hari karena bayinya sering	Agustina dan Kisma

			menangis. – Pasien mengatakan tidurnya tidak pulas. – Pasien mengatakan sudah tidur siang ± 1 jam – Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk – Tampak pasien sering menguap – Tampak kelopak dan kantung mata pasien berwarna gelap	

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/ Umur : Ny"S"/ 32 tahun

Unit/ kamar : St.Yoseph II/2001

Hari/ tanggal	Evaluasi SOAP	Perawat
Minggu, 08 April 2018	DP I : Nyeri akut b/d agens cedera fisik S : – Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi. – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 7. – Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-3 menit. O : – Tampak pasien meringis saat perawat sedang mengganti pembalut pasien A : Nyeri masih dirasakan P : Lanjutkan intervensi – Manajemen nyeri – Terapi relaksasi – Observasi tanda-tanda vital	Elisabeth
	DP II : Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah S : – Pasien mengatakan sudah menegerti dengan bagaimana cara menghindari infeksi O:	Elisabeth

	– Tampak pasien mengenali tanda-tanda infeksi – Tampak balutan luka operasi dalam keadaan bersih, dan tidak da rembesan cairan/darah A : Risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: – Kontrol infeksi – Perawatan post partum – Observasi tanda-tanda vital	
	DP III : Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh) S : – Pasien mengatakan tidur hanya ± 3 jam pada malam hari karena bayinya sering menangis. – Pasien mengatakan tidurnya tidak pulas. – Pasien mengatakan sudah tidur siang ± 1 jam O: – Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk – Tampak pasien sering menguap – Tampak kelopak dan kantong mata pasien berwarna gelap A : Gangguan pola tidur masih banyak terganggu P : Lanjutkan intervensi: – Peningkatan tidur – Manajemen lingkungan – Pengaturan posisi	Elisabeth

	– Observasi tanda-tanda vital	
Senin, 09 April 2018	DP I : Nyeri akut b/d agens cedera fisik S : – Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi. – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 5. – Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-3 menit O : – Tampak pasien berhati-hati saat menyusui bayinya. A: Nyeri sudah mulai berkurang P : Lanjutkan intervensi - Manajemen nyeri - Terapi relaksasi - Observasi tanda-tanda vital	Elisabeth
	DP II : Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah S : – Pasien mengatakan tidak merasa gatal ataupun rasa panas di sekitar balutan luka post operasi – Pasien mengatakan tidak merasa demam – Pasien mengatakan tidak ada rasa gatal di sekitar luka post operasi yang terbalut perban O : – Tampak kondisi balutan perban tidak	Elisabeth

	ada cairan/darah – Tampak tidak ada kemerahan pada kulit sekitar perban – Tampak suhu tubuh pasien 36,5°C A : tanda-tanda infeksi belum terjadi P : Lanjutkan intervensi: – Kontrol infeksi – Perawatan post partum – Observasi tanda-tanda vital	
	DP III : Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh) S : – Pasien mengatakan tidur malam ± 4 jam pada malam hari namun masih sering terbangun untuk menyusui bayinya. – Pasien mengatakan tidurnya tidak pulas. – Pasien mengatakan sudah tidur siang ± 1 jam. O : – Tampak pasien sesekali menguap. – Tampak ekspresi wajah mengantuk A : Gangguan pola tidur masih banyak terganggu P : Lanjutkan intervensi: – Peningkatan tidur – Manajemen lingkungan – Pengaturan posisi – Observasi tanda-tanda vital	Elisabeth
Selasa, 10 April 2018	DP I : Nyeri akut b/d agens cedera fisik S :	Elisabeth

	– Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi di perut bagian bawah. – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 2. – Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama ± 1-2 menit. – Pasien mengatakan sudah bisa jalan kekamar mandi untuk BAK. O: – Tampak eksprei wajah pasien sedikit rileks A : Nyeri masih jarang menunjukkan P : Lanjutkan Intervensi – Manajemen Nyeri – Terapi relaksasi – Monitor tanda-tanda vital	
	DP II : Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah S : – Pasien mengatakan tidak demam – Pasien mengatakan tidak merasa panas, gatal, ataupun bengkak pada sekitar luka post operasi – Pasien mengatakan tidak ada kemerahan pada kulit sekitar perban O : – Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi	Elisabeth

	seperti gatal, bengkak, ataupun kemerahan pada sekitar luka post operasi – Tampak suhu tubuh pasien 36,5°C – Tampak pengantian perban belum dilakukan A : Risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Peningkatan tidur - Manajemen lingkungan - Pengaturan posisi - Monitor tanda-tanda vital	
	DP III : Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi penngasuh) S : – Pasien mengatakan sudah tidur malam ± 6 jam namun masih sering terbangun untuk menyusui bayinya. – Pasien mengatakan tidurnya sedikit pulas. O: – Tampak tidak ada ekspresi wajah mengantuk – Tampak kelopak dan kantong mata pasien berwarna gelap A : Gangguan pola tidur masih sedikit terganggu P : Lanjutkan Intervensi – Manajemen lingkungan: Kenyamanan – Pengaturan posisi – Monitor tanda-tanda vital	Elisabeth

G. DAFTAR NAMA OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat: Cefotaxime
   a. Klasifikasi/golongan : Antibiotik
   b. Dosis umum : dewasa dan anak-anak >12 tahun 1-2 gram sekali sehari tergantung berat ringannya infeksi. Dosis total sehari tidak boleh lebih dari 4 gram .
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1,0 g/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat : Cefoperazone diabsorbsi setelah pemberian intravena. Cefoperazone secara cepat berdifusi kedalam jaringan bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan, konsentrasi bakterisidal menetap selam 24 jam, 80-90%.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi dan mengurangi rasa nyeri pada pasien karena luka post operasi yang dialami pasien.
   g. Kontraindikasi : hipersensitivitas terhadap antibiotic golongan sefalosforin, pada penderita alergi panicilin, kemungkinan reaksi alergi harus dipikirkan.
   h. Efek samping : Gangguan pencernaan diare, mual, muntah, stomatitis, reaksi kulit eksterna, dermatitis alergi dan gatal.
2. Nama obat: Ketorolac
   a. Klasifikasi/golongan : Anti inflamasi nonsteroid (NSAID)
   b. Dosis umum : IV: 30 mg setiap 6 jam, IM: 60 mg setiap 6 jam
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30 mg/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : injeksi/ IV
   e. Mekanisme kerja obat : menghambat sintesis prostaglandin dan dapat di anggap sebagai analgesic yang bekerja perifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiate.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : meredakan nyeri sehubungan dengan nyeri post operasi
g. Kontraindikasi : hipersensitifitas pada ulkus peptikum, diatesisi hemoragik, gangguan hemostatis, gangguan ginjal derajat,kehamilan, persalinan,menyusui
h. Efek samping : Perut tidak enak, konstipasi, diare, dyspepsia, pendarahan saluran cerna, mual, tukak lambung, stomatitis, melena, esophagitis, kemampuan penglihatan dan perasa yang tidak normal, konvulsi, mulut kering, rasa haus, mengantuk, sakit kepala, hyperkinesia, insomnia, berkeringat, vertigo, gagal ginjal akut, hiponatremia, retensi urine, flushing, purpura, palpitasi, asma, udem paru.

3. Nama obat: Cefadroxyl
   a. Klasifikasi/golongan : Antibiotik
   b. Dosis umum : 500 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 500 mg/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja obat : Cefadroxyl bersifat bakteristid dengan jalan menghambat sintesa dinding selbakteri. Cefadroxyl aktif terhadap streptococcus pneumonia, Escherichia coli
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk mencegah infeksi jalan lahir
   g. Kontraindikasi : pada penderita yang hipersensitif terhadap sefalosporin
   h. Efek samping : gangguan saluran pencernaan seperti mual, muntah, diare, dan gejala kolitis pseudomembran. Reaksi hipersensitif, seperti ruam pada kulit, gatal-gatal dan reaksi anafilaksi.

4. Nama obat: Meloxicam
   a. Klasifikasi/ golongan : pengurang rasa nyeri dan meredakan peradangan
   b. Dosis umum : 15 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 15 mg/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : oral
   e. Mekanisme kerja obat : meloxicam bekerja dengan menghambat enzim yang memproduksi prostaglandin, yaitu senyawa yang dilepas tubuh yang menyebabkan rasa sakit serta inflamasi. Dengan menghalangi prostaglandin obat ini akan mengurangi rasa sakit dan inflamasi.
   f. Alasan pemberian obag pada pasien yang bersangkutan : untuk mengurangi rasa nyeri dan mencegah terjadinya inflamasi pada luka post operasi sectio caesarea pasien
   g. Kontraindikasi : retensi cairan atau gagal jantung, wanita hamil dan menyusui.
   h. Efek samping : mual dan muntah, gangguan pencernaan, sakit kepala serta sulit tidur. Bila efek samping menetap bahkan memburuk segera hentikan penggunaan obat dan konsultasikan ke dokter.
5. Nama obat: Ostelox
   a. Klasifikasi/ golongan : Anti nyeri
   b. Dosis umum : 15 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 15 mg
   d. Cara pemberian obat : rectal
   e. Mekanisme kerja obat : menghambat enzim yang memproduksi prostaglandin, yaitu senyawa yang dilepas tubuh yang menyebabkan rasa nyeri
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : meredakan rasa nyeri sehubungan dengan nyeri post operasi sectio caesarea.

g. Kontraindikasi : gangguan ginjal derajat, kehamilan, persalinan,menyusui
h. Efek samping : mual, muntah, sembelit, diare, perut kembung, nyeri lambung, dan perdarahan lambung.

Senin, 09 April 2018	I	07.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, fekuensi, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/ : – Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka post operasi – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 5. – Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-3 menit. – Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri timbul. – Tampak ada luka post operasi terbalut perban diperut bagian bawa. – Tampak pasien berhati-hati saat menyusui bayinya.	Elisabeth
	I	07.30	Mengkolaburasikan dengan pasien, orang terdekat pasien, dan tim kesehatan untuk membantuh penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan. H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam dan	Elisabeth Dan Peronika

			menunujukkan posisi semi fowler pada kluarga pasien. – Pasien dan keluarga pasien tampak memahami anjuran perawat.	
	II	07.40	Memantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nana, dan perkiraan tepi luka). H/ : – Pasien mengatakan ada luka post operasi terbalut perban. – Pasien mengatakan perban luka post operasinya kering. – Tampak ada luka jahitan post operasi terbalut perban di perut bagian bawah. – Tampak pasien menunjukkan lokasi luka post operasinya.	Elisabeth
	II	08.10	Mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan pasien H/ : – Tampak perawat mencuci tangan dengan benar – Tampak perawat mengganti laken pasien – Melakukan vulva hygiene dan menganti baju pasien – Tampak pasien meringis saat perawat sedang mangganti	Elisabeth

			pembalut pasien	
	II	08.15	Menganjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi H/ : – Mengajarkan pasien dan keluarganya cara mencuci tangan. – Tampak pasien dan keluarga memahami anjuran perawat	Elisabeth Dan elni
	II	08.20	Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan. H/ : – Tampak lochea rubra berwarna merah segar kehitam-hitaman berbau amis ± 60 cc dan tidak ada gumpalan di pembalut pasien – TFU sejajar pusat	Elisabeth dan elni
	I	09.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat H/ : – Cetorolac 30 mg/ 8 jam/ bolus IV – Ostelox 15 mg 1x1/ rectal	Elisabeth dan bidan Sita Elisabeth

	II	09.05	Memberikan antibiotik yang sesuai H/ : – Cefotaxime 1,0 g/ 8 jam/ bolus IV	dan bidan Sita
	I	09.10	Menunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam bila nyeri timbul – Tampak pasien mengikuti anjuran perawat	Elisabeth
	I, II, III	10.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat H/ : – TD : 110/70 mmHg – N : 78 x/menit – S : 36,5°C – P : 19 x/menit	Elisabeth dan Pero
	III	10.10	Memonitor/ catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/ : – Pasien mengatakan tidur malam ± 4 jam pada malam hari namun masih sering terbangun untuk menyusui bayinya. – Pasien mengatakan tidurnya tidak pulas. – Pasien mengatakan sudah	Elisabeth

			tidur siang ± 1 jam. – Tampak pasien sesekali menguap. – Tampak bayi pasien sesekali menangis. – Tampak palpebra berwarna gelap dan cekung	Elisabeth
	III	12.00	Menganjurkan pasien untuk tidur siang disiang hari jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur H/ : – Pasien mengatakan akan tidur siang jika bayinya tidur.	Elisabeth
	III	12.05	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan.	Elisabeth
	III	12.40	Menciptakan lingkungan tenang dan mendukung H/ : – Menganjurkan keluarga dan penjenguk pasien untuk tidak ribut.	Elisabeth
	III	13.00	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ :	

			– Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri dengan perlahan dan hati-hati – Tampak pasien terbaring miring kanan sambil menyusui bayinya.	Elisabeth
	I	13.15	Menunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien H/ : – Menganjurkan tehknik relaksasi nafas dalam bila nyeri timbul – Tampak pasien mengikuti anjuran perawat	Elisabeth
	III	13.00	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan .	Elisabeth
	III	13.10	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ : – Menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri dengan perlahan dan hati-hati – Tampak pasien terbaring miring kanan sambil menyusui bayinya.	Bidan

	I	16.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauab yang ketat H/ : – Meloxicam (15 mg) : 3x1/ oral	Ana dan Maria Bidan
	II	16.03	Memberikan antibiotik yang sesuai H/ : – Cefotaxime (1,0 g)/ 8 jam/ bolus IV	Ana dan Maria Maria dan Rini
	I,II, III	16.05	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat H/ : – TD : 110/70 mmHg – N : 78 x/menit – S : 36,5°C – P : 20 x/menit	Maria
	II	16.30	Menganjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi H/ : – Mengajarkan pasien dan keluarga tehnik mencuci tangan dengan benar – Tampak keluarga dan pasien memahami anjuran perawat	Maria
	III	16.40	Memposisikan pasien sesuai dengan kesejajaran tubuh yang tepat H/ :	

			– Memberikan posisi semi fowler serta serta menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri secara berhati-hati	Maria
	III	17.00	Menciptakan lingkungan tenang dan mendukung H/ : – Menganjurkan keluarga dan penjenguk pasien untuk tidak ribut.	Elni dan Bidan
	I	24.00	Memastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat H/ : – Meloxicam (15 mg) : 3x1/ oral	Lusi Elni dan bidan
	II	24.03	Memberikan antibiotik yang sesuai H/ : – Cefotaxime 1,0 g/ 8 jam/ bolus IV	Lusi Elni
	III	24.05	Menyesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu jika memungkinkan. H/ : – Tampak tempat tidur yang rapi dan bersih – Tampak AC dinyalakan	Elni
	I, II, III	05.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat	

	II	05.10	H/ : – TD : 120/70 mmHg – N : 76 x/menit – S : 36,6°C – P : 20 x/menit Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan. H/ : – Tampak lochea rubra berwarna merah segar kehitam-hitaman berbau amis ± 60 cc di pembalut pasien. – TFU sejajar pusat	Bidan Lusi dan Elni
	I	05.25	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, fekuensi, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/ : – Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah karena luka post operasi – Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. – Pasien mengatakan skala nyerinya 5. – Pasien mengatakan nyerinya	Elni

			berlangsung selama 1-3 menit. – Tampak pasien berhati-hati saat menyusui bayinya.	Elni
	II	05.35	Memantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nana, dan perkiraan tepi luka). H/ : – Pasien mengatakan tidak merasa gatal ataupun rasa panas di sekitar balutan luka post operasi – Pasien mengatakan tidak merasa demam – Pasien mengatakan tidak ada rasa gatal di sekitar luka post operasi yang terbalut perban – Tampak kondisi balutan perban tidak ada cairan/darah – Tampak tidak ada kemerahan pada kulit sekitar perban	Elni
	III	05.55	Memonitor/ catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/ : – Pasien mengatakan tidur malam ± 4 jam pada malam hari namun masih sering terbangun untuk menyusui bayinya. – Pasien mengatakan tidurnya	

			tidak pulas. – Pasien mengatakan sudah tidur siang ± 1 jam. – Tampak pasien sesekali menguap. – Tampak ekspresi wajah mengantuk	

berakhir, daerah insisi akan ditutup dengan verban dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan infeksi pada pasien.

Pasien mengatakan pola tidurnya terganggu karena adanya rasa tanggung jawab menjadi orangtua. Tampak pengeluaran ASI masih sedikit. Kurangnya informasi mengenai proses perawatan post operasi akan menyebabkan ibu mengalami gangguan pola tidur karena harus mengurus bayinya. Terganggunya pola tidur pasien karena adanya tanggung jawab sebagai orangtua yang harus dipenuhi seperti menyusui anaknya, dimana diketahui pada saat bayi menyusui anaknya dimana, rangsangan sensorik akan dikirim keotak dan kemudian direspon oleh otak untuk mengeluarkan hormon prolactin yang akan merangsang sel-sel pembuat ASI untuk memproduksi ASI.

Kontraksi uterus teraba kuat, TFU setinggi pusat. Kontraksi uterus teraba kuat karena terjadi proses involusi atau pengerutan uterus. Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tampak pengeluaran lochea rubra berwarna merah segar ± 90 cc di pembalu pasien. Lochea adalah cairan yang dikeluarkan dari vagina selama masa nifas yang terdiri atas darah, jaringan dan lendir yang awalnya berwarna merah terang kemudian berubah menjadi merah mudah kemerahan atau merah kecoklatan. Lochea rubra adalah lochea berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban sel-sel desidua, vekniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lochea yang keluar selama 1-3 hari selama masa postpartum.

Observasi tanda-tanda vital TD: 110/ 70 mmHg, N: 76x/ menit, S: 36,5°C, P: 20/ menit. Adapun hasil pemeriksaan penunjang berupa hasil laboratorium WBC 8,5 10^3/uL dengan nilai normal (4.8-10.8) 10^3/uL, RBC 4,0 10^6/Ul, HGB 11,3 g/dL, HCT 32,80 %. Tampak

hasil WBC post operasi sedikit meningkat yaitu 9.0 10^3/uL dimana diketahui bahwa bila, WBC melebihi nilai normal akan mengakibatkan infeksi.

Secara keseluruhan bila dibandingkan dengan teori tidak terdapat kesenjangan yang begitu mencolok karena pada dasarnya data yang ditemukan penulis pada saat pengkajian sama dengan teori.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Berdasarkan data-data pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Ny.”S” yaitu:
   a. Nyeri akut b/d agens cedera fisik

      Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung yaitu Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post-op. Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan nyerinya tidak menjalar. Pasien mengatakan skala nyerinya 6. Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-3 menit. Pasien mengatakan nyerinya bertambah bila beraktivitas. Tampak keadaan umum pasien sakit sedang, pasien menggunakan cairan infus dan kateter urine. Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri timbul. Tampak pasien menunjukkan lokasi nyerinya. Tampak ada luka post operasi terbalut perban diperut bagian bawah. Tampak pasien berhati-hati saat miring kanan dan miring kiri.

   b. Risiko Infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah

      Pasien mengatakan ada luka jahitan dan terbalut perban diperut bagian bawah. Pasien mengatakan terasa nyeri pada lua post operasi. Tampak ada luka jhitan post operasi terbalut perban diperut bagian bawah. Tampak perban post operasi dalam keadaan kering. Tampak pasien menunjukkan lokasi operasinya.

c. Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatka (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)

Pasien mengatakan tidur hanya ± 2 jam pada malam hari karena anaknya sering menangis. Pasien mengatakan tidurnya tidak pulas. Pasien mengatakan tidur siang ± 1 jam. Tampak pasien sering menguap. Tampak palpebra berwarna gelap, mata cekung, dan kantong mata berwarna gelap. Tampak bayi pasien berada disamping pasien. Tampak bayi pasien sering menangis.

2. Pada tinjauan teoritis terdapat 5 diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan pada pasien post operasi sectio caesarea, namun dalam tinjauan kasus penulis hanya merumuskan 3 diagnosa keperawatan kemudian ke-3 diagnosa tersebut memiliki faktor berhubungan yang sama dengan diagnosa sama dengan tinjauan teoritis.

Adapun 5 diagnosa yang terdapat dalam tinjauan teoritis yaitu:

a) Nyeri akut b/d agens cedera fisik
b) Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah
c) Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)
d) Ketidakefektifan pemberian ASI b/d suplai ASI tidak cukup
e) Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor risiko kehilagan volume cairan aktif

Penulis tidak menegakkan 2 diagnosa yaitu diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI b/d suplai ASI tidak cukup dan risiko kekurangan volume cairan aktif dengan faktor risiko kehilangan cairan aktif. Karena penulis kurang mendapat data yang mendukung pada pengkajian.

C. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan memacu pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi

hingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap ini penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga dan bidan diruangan dan memberikan perawatan pada pasien meliputi:

1. Nyeri akut b/d agens cedera fisik

   NOC:

   Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan nyeri akut dapat mencapai kriteria hasil:

   a. Kontrol Nyeri
      1) Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan).
      2) Menggambarkan faktor penyebab dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan).
      3) Menggunakan tindakan pencegahan dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan).
      4) Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri dipertahan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan).
   b. Status kenyamanan: fisik
      1) Posisi yang nyaman dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).
      2) Baju yang nyaman dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).
      3) Perawatan pribadi dan kebersihan dipertahankan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).

   NIC:

   a. Manajemen nyeri

1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
2) Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat.
3) Kolaburasi dengan pasien, orang terdekat pasien, dan tim kesehatan untuk membantuh penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan.

b. Terapi relaksasi

Tunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien.

c. Monitor tanda-tanda vital.

Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat.

2. Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah

NOC:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan risiko infeksi dapat mencapai kriteria hasil:

a. Status maternal: Post Partum.
   1) Kenyamana dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).
   2) Tekanan darah dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).
   3) Jumlah lokia dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).
   4) Subuh tubuh dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).

5) Nyeri insisi dipertahankan pada skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatka ke skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal).

b. Kontrol Risiko: Proses Infeksi

1) Mengenali faktor risiko individu terkait infeksi dipertahankan pada skala 5 (secara konsisten menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan).

2) Mempertahankan ruangan bersih dipertahankan pada skala 5 (secara konsisten menunjukkan) ditingkatkan ke skala 2 (jarang menunjukkan).

NIC:

a. Kntrol risiko

1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien

2) Berikan antibiotik yang sesuai

3) Anjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaiamana menghindari infeksi

b. Perawatan post partum

1) Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bauh, dan adanya gumpalan.

2) Pantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nanah, dan perkiraan tepi luka)

c. Monitor tanda-tanda vital

Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat

3. Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)

NOC:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat mencapai kriteria hasil:

a. Tidur

1) Jam tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).
2) Pola tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).
3) Kualitas tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).
4) Perasaan segar setelah tidur dipertahan pada skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).

b. Status kenyamanan:Lingkungan
   1) Suhu ruangan dipertahankan pada skala skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).
   2) Lingkungan yang kondusif untuk tidur diperthankan pada skala skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu).
   3) Tempat tidur yang nyaman dipertahankan pada skala skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu)

NIC:

a. Peningkatan tidur
   1) Monitor /catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur
   2) Anjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur.
b. Manajemen lingkungan: Kenyamanan
   1) Sesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu, jika memungkinkan.
   2) Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung.
c. Pengaturan Posisi

   Pastikan pasien dengan kesejajaran tubuh yang tepat.
d. Monitor tanda-tanda vital

   Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat

D. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny.”S” telah dilakukan sesuai dengan apa yang telah diintervensikan oleh penulis selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 18-20 april 2018.

Adapun implementasi yang dilakukan dilakukan yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri akut b/d agens cedera fisik
   a. Manajemen nyeri
      1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
      2) Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat.
      3) Kolaburasi dengan pasien, orang terdekat pasien, dan tim kesehatan untuk membantuh penurunan nyeri nonfarmakologi sesuai kebutuhan.
   b. Terapi relaksasi

      Tunjukkan dan praktekkan tehknik relaksasi pada pasien.
   c. Monitor tanda-tanda vital.

      Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat.
2. Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah
   a. Kntrol risiko
      1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien
      2) Berikan antibiotik yang sesuai
      3) Anjurkan pasien dan keluarga mengenai bagaiamana menghindari infeksi
   b. Perawatan post partum
      1) Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bauh, dan adanya gumpalan.

2) Pantau perineum atau luka operasi dan jaringan sekitarnya (yaitu memantau adanya kemerahan, edema, cairan nanah, dan perkiraan tepi luka)

c. Monitor tanda-tanda vital

Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat

3. Gangguan pola tidur/ pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh)

a. Peningkatan tidur

1) Monitor /catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur

2) Anjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur.

b. Manajemen lingkungan: Kenyamanan

1) Sesuaikan suhu ruangan yang paling menyamankan individu, jika memungkinkan.

2) Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung.

c. Pengaturan Posisi

Pastikan pasien dengan kesejajaran tubuh yang tepat.

d. Monitor tanda-tanda vital

Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat

E. Evaluasi Keperawatan

Setelah implementasi keperawatan dilakukan oleh penulis selama 3 hari pada tanggal 08-10 April 2018. Maka dilanjutkan pada evaluasi keperawatan. Adapun hasil evaluasi dari masalah keperawatan yang penulis dapatkan yaitu :

1. Nyeri akut b/d agens cedera fisik (misalnya prosedur bedah). Diagnosa ini teratasi ditandai dengan skala nyeri pasien berkurang dari skala 7 ke skala 2, ku baik, tampak ekspresi wajah rileks, serta tanda-tanda vital memadai.

2. Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah. Diagnosa ini, tidak menjadi aktual yang ditandai dengan ku baik tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan pada kulit sekitar daerah post operasi, kontraksi uterus teraba kuat, pengeluaran lochea berkurang dan tidak berbauh busuk, serta suhu badan pasien 36,5°C per axila.
3. Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak penyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh). Diagnosa ini sudah memperlihatkan hasil yang memadai yang ditandai dengan ku baik, pasien mengatakan tidur siang ± 2 jam serta tidur malam ± 6 jam, serta tanda-tanda vital memadai.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini penulis membahas kesenjangan antara teori yang ada dengan kenyataan yang diperoleh selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. “S” dengan nifas normal diruang perawatan St.Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 08-10 April 2018.

Penulis menyajikan pembahasan pada kasus ini berdasarkan proses yang terdiri dari lima tahap yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan post operasi sectio caesarea. Pada saat pengkajian, data yang ditemukan yaitu: Pasien mengatakan terasa nyeri pada luka post operasi diperut bagian bawah. Pasien mengatakan nyerinya terasa tertusuk-tusuk. Pasien mengatakan skala nyerinya 7. Pasien mengatakan nyerinya berlangsung selama 1-4 menit.

Pasien mengalami keluhan nyeri pada luka operasi diperut bagian bawah karena dikatakan dalam teori bahwa pada saat proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf didaerah insisi, hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri.

Pasien mengatakan ada luka jahitan post operasi terbalut perban diperut bagian bawah. Setelah proses pembedahan

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian-uraian antara tinjauan teoritis dan kasus nyata tentang post operasi sectio caesraea, maka penulis menarik kesimpulan :

1. Penanganan pada pasien dengan post operasi sectio caesarea menggunakan proses keperawatan yang merupakan tindakan yang berurutan, dan dilakukan secara sistematis, yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
2. Asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny ”S” dengan post operasi sectio caesarea secara teori ditegakkan diagnosa keperawatan, pada kasus nyata ditegakkan diagnosa keperawatan yang disesuaikan dengan data-data yang didapatkan pada saat pengkajian.
3. Setelah melakukan pengkajian penulis menemukan masalah keperawatan seperti:
   a. Nyeri akut b/d agens cedera fisik
   b. Risiko infeksi dengan faktor risiko terpajan pada wabah
   c. Gangguan pola tidur b/d pola tidur yang tidak menyehatkan (karena tanggung jawab menjadi pengasuh).
4. Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 hari dari 3 diagnosa keperawatan yang dilaksanakan, ketiga masalah yang ditegakkan tersebut teratasi namun, hanya sebagian karena memerlukan perawatan jangka panjang

5. Kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus nyata disebabkan oleh kebutuhan dan respon manusia yang berbeda-beda terhadap masalah tersebut, tergantung berat ringannya gangguan yang dialami
6. Peran perawat dan kerjasama dengan pasien/keluarga sangat membantu dalam hal pelaksanaan asuhan keperawatan untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan.

B. Saran

Melihat kenyataan dari yang penulis uraikan di atas, maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

1. Rumah Sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan mutu pelayanan keperawatan kearah pelayanan komprehensif.

2. Bagi Institusi

   Diharapkan dapat menambah buku-buku referensi yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien post operasi sectio caesarea sehingga di masa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawtan pada pasien post operasi sectio caesarea. Contohnya setiap mahasiswa yang akan lulus diharapkan untuk menyumbang buku-buku sehingga dapat dipergunakan generasi berikutnya.

3. Bagi Mahasiswa

   Hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan mahasiswa dapat bersungguh-sungguh dalam menerapkan teori dan keterampilan yang didapat di perkuliahan ke ruang perawatan, sehingga dapat terjadi kesinambungan dan keterkaitan yang erat

antara teori yang diperoleh dalam perkuliahan dengan praktek yang nyata pada pasien yang dihadapi di rumah sakit.

4. Bagi Pasien/keluarga

   Diharapkan pasien bisa untuk tetap menjaga keberhasilan diri terutama pada daerah perineum, menjaga pola makan yang sehat, istirahat yang cukup dan melakukan perawatan payudarah.

DAFTAR PUSTAKA

Padila. 2015. *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha_Medika

Padila. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Nuha_ Medika

Angraini. Yetti. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Jitowiyono. Sugeng. 2012. *Asuhan Keperawayan Post Operasi* Yogyakarta: Nuha Medika

Medical Record RS Stella Maris Makassar, Kasus Operasi Sectio Caesarea 2017

Sulistyawati, Ari. 2009. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas.* Edisi 1. Yogyakarta: CV Andi Offset

Icemi Sukarni K, Wahyu P, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas.* Yogyakarta: Nuha_Medika

Moorhead, Johnson dkk, (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.CV .Mocomedia: Elsevier Inc.

Gloria M. Bulecheck dkk, (2016).*Nursing Interventions Classification (NIC).* Mosby an imprint : Elservier Inc.

Moorhead, Johnson dkk, (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.CV .Mocomedia: Elsevier Inc.

Herdeman, T. Heather, 2015. *Diagnosis keperawatan Defenisi dan Klasifikasi.* Jakarta: EGC

https://scholar.google.co.id/scholar?q=asuhan+keperawatan+sectio+caesarea&hl=id&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart: profil: Asuhan Keperawatan pada pasien dengan post-op sectio caesarea. Diakses pada tanggal 24 April 2018

http://eprints.ums.ac.id/42452/7/BAB%20I.pdf: profil: Perubahan fisiologis pada ibu nifas. Diakses pada tanggal 24 April 2018

https://www.scribd.com/document/330592995/LAPORANPENDAHULUAN-SC-SECTIO-CAESARIA-pdf. Profil: laporan pendauluan sectio caesarea. Diakses pada tanggal 25 April 2018

https://id.scribd.com/doc/200780383/Makalah-Psikologi-pada-masa-nifas-PDF. Profil: perubahan psikologis pada ibu nifas diakses pada tanggal 24 April 2018

http://repository.ump.ac.id/3900/3/DEWI%20INDAH%20WULANDARI%20BAB%20II.pdf. Profil: Defenisi masa nifas. Diakses pada tanggal 14 Mei 2018

http://repository.ump.ac.id/968/3/ALIFAH%20NUR%20LAELI%20BAB%20II.pdf. Profil: Apa yang dimaksud dengan masa nifas. Diakses pada tanggal 14 Mei 2018

https://media.neliti.com/media/publications/108556-ID-none.pdf. Profil: Angka kejadian sectio caesarea di Indonesia. Diakses pada tanggal 25 April 2018

http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/6641 Profil: Angka kejadian sectio caesarea menurut kemenkes tahun 2016. Diakses pada tanggal 24 April 2018

http://dinkeskotamakassar.com/index.php/2017-02-09-09-30-56?download=17 : Profil: angka kejadian sectio caesarea di sulawesi selatan. Diakses pada tanggal 17 Mei 2018

LEMBAR KONSUL

Nama : Elisabeth Rinda Ponno
Nim : E1514401015
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. “S” Dengan post operasi sectio caesarea di Ruangan Perawatan St. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing I : Matilda Paseno, S.Kep., Ns. M.Kes

NO	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	17 Mei 2018	BAB I dan BAB II. Hasilnya BAB I: Perbaiki latar belakang. BAB II: Rapikan penulisan.	
2	24 Mei 2018	BAB I dan BAB II. Hasilya BAB I: Masih harus perbaiki latar belakang.BAB II: Perbaiki kerapian penulisan, perkecil huruf dalam tabel agar bisa dibaca. Dipersilakan kerjakan BAB IV	
3	25 Mei 2018	BAB I, II, IV, dan V. Hasilnya: BAB I masih harus perbaiki latar belakang. BAB II masih harus dirapikan cara penulisannya. BAB IV perbaiki tentang pengkajian serta intervensi yang telah direncanakan dalam bentuk NIC dan NOC dan lampirkan implementasi yang telah dilakukan.	
4	28 Mei 2018	BAB I, II, IV, dan V. Hasilya: BAB I sudah tidak ada perbaikan. BAB II perjelas materi dan masih harus dirapikan. BAB IV menjelaskan penyebab nyeri yang	

		pada pengkajian serta perbaiki implementasi	
5	30 Mei 2018	BAB I, II, IV, dan V. Hasilya: Perhatikan secara keseluruhan mulai dari sampul sampai BAB V	
6	04 Juni 2018	Sampul sampai daftar pustaka	

LEMBAR KONSUL

Nama : Elisabeth Rinda Ponno
NIM : E1514401015
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. “S” Dengan post operasi sectio caesarea di Ruangan Perawat St.Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Pembimbing II : Meyke Rosdiana, S.Kep.,Ns

NO	Tanggal	Meteri Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	7 Mei 2018	Pengkajian	
2	9 Mei 2018	Pengkajian sampai diagnosa	
3	19 Mei 2018	Pengkajian sesuaikan dengan analisa data dan lampirkan keterangan obat serta hasil laboratorim	
4	24 Mei 2018	Kerapian penulisan mulai dari hasil laboratorium sampai evaluasi	
5	25 Mei 2018	Mengevaluasi mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Implementasi dan evaluasi masih harus diperbaiki dan dirapikan	
6	28 Mei 2018	Mengevaluasi implementasi dan evaluasi keperawatan. Pada bagian evaluasi masih harus diperbaiki	
7	30 Mei 2018	Implementasi dan evaluasi masih harus diperbaiki dan dirapikan	