KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "N" DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* DI RUANGAN PERAWATAN STO.YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

ELNI SONDA
E1514401016

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM DIII KEPERAWATAN
MAKASSAR
2018

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "N" DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* DI RUANGAN PERAWATAN STO. YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Elni Sonda

NIM : E1514401016

Disetujui Oleh:

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

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN)

NIDN: 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah dengan berjudul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "N" DENGAN POST *SECTIO CAESAREA* DI RUANGAN PERAWATAN STO. YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan tim penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Jumat 08 Juni 2018
Pukul : 14.00-14.45 WITA
Tempat : Ruang C Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Fransiska Anita, Ns, M.Kep. Sp.KMB. ( )
2. Penina Matheos, S,ST. ( )
3. Matilda Paseno, S.Kep, Ns, M.Kes ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu,S.Si.,Ns,M.Kes)
NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Elni Sonda
Tempat/Tanggal Lahir	: Baturondon, 12 Juni 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl.Lamadukelleng No. 08 Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Sonda Rundu/Martha T.P
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Wiraswasta/IRT
Alamat	: Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 157 Baturondon	: Tahun 2003 - 2009
SMP Katolik Minanga	: Tahun 2009 - 2012
SMA Katolik Makale	: Tahun 2012 - 2015
STIK Stella Maris Makassar	: Tahun 2015 - 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini , dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. "N" Dengan Post *Sectio Caesarea* Di Ruangan Perawatan Sto. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mendapat banyak bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, karena itu penulis hendak mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar dan juga ikutserta membimbing dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi, SKp., MSN selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Sr. Anita Sampe, JMJ, Ns., MAN selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Matilda Paseno,Ns., M.Kes dan Meyke Rosdiana,S.Kep.,Ns selaku pembimbing yang telah memberikan pengarahan kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Segenap dosen beserta staf di STIK Stella Maris Makassar yang ikut membantu dalam memberikan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama penulis mengikuti pendidikan.

7. dr. Thomas Soeharto, MMR selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
8. Terkhusus bagi kedua orang tuaku Sonda Rundu dan Martha Tiku Pakinna serta saudara-saudariku Elsy Sonda Rundu Dian S.E, Kristian David, Elvi dan semua kerabat yang telah memberikan motivasi, semangat dan doa selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Suster Margareta dan suster Amabilis serta seluruh anggota ASRAMA SITI MIRIAM terutama Novrecia, Titi Prihatini dan kamar 8 yang sudah memberikan dukungan, semangat serta doa sehingga penulis dapat meyelesaikan pendidikan di STIK Stella Maris ini.
10. Semua rekan-rekan seperjuangan di STIK Stella Maris Makassar program DIII keperawatan angkatan 2015 yang selalu saling mendukung selama mengikuti proses perkuliahan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
HALAMAN LEMBARAN PERSETUJUAN..... i
HALAMAN LEMBARAN PENGESAHAN..... ii
HALAMAN RIWAYAT HIDUP..... iii
KATA PENGANTAR..... iv
DAFTAR TABEL..... vi
DAFTAR ISI..... vii
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..... 6
A. KONSEP DASAR MEDIK..... 6
1. Pengertian 6
2. Etiologi..... 7
3. Patofisiologi..... 8
4. Manifestasi Klinik..... 9
5. Pemeriksaan Diagnostik..... 9
B. KONSEP DASAR MASA NIFAS..... 10
1. Pengertian..... 10
2. Perubahan Psiologis Pada Masa Nifas..... 11
3. Perubahan Psikologis Masa Nifas..... 17
4. Penatalaksanaan Medik..... 18
5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas..... 20
6. Tes Diagnostik..... 21
7. 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..... 46
C. Diagnosa Keperawatan..... 49
D. Intervensi Keperawatan..... 50
E. Implementasi Keperawatan..... 57
F. Evaluasi..... 76
G. Daftar Obat..... 82
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 88
A. Pengkajian..... 88
B. Diagnosa Keperawatan..... 90
C. Rencana Keperawatan..... 93
D. Implementasi Keperawatan 95
E. Evaluasi..... 96
BAB V SIMPULAN DAN SARAN..... 97
A. Simpulan 97
B. Saran..... 98
DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Hal

Tabel 3.1 Riwayat Obstetrik Masa Lalu..... 33
Tabel 3.2 Analisa Data..... 46
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 49
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan..... 50
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan..... 57
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 76

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan fase terakhir yang terpenting dalam proses kehamilan. Masa inilah yang banyak mendebarkan seorang wanita yang melahirkan dan juga pasangannya. Oleh karena itu, persalinan merupakan puncak dari segala proses dan upaya yang selama ini dilakukan agar semuanya berakhir dengan lancar, yaitu ibunya dapat melahirkan dalam keadaan sehat dan bayinya sempurna. *Sectio caesarea* secara umum adalah didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) (Cunning, et al, 2013).

Jumlah operasi *sectio caesarea* di dunia telah meningkat pada 30 tahun yang lalu 1 dari 12 persalinan diakhiri dengan bedah *sectio caesarea* sekarang perbandingan ini adalah 1 dari 3 persalinan. Untuk beberapa perempuan *sectio caesarea* dianggap sebagai cara melahirkan yang baik, tidak menyusahkan, meskipun diketahui bahwa tindakan ini ada bahayanya angka bedah *sectio caesarea* secara global menunjukkan kenaikan. Kelayakan kenaikan angka bedah masih diperdebatkan, World Health Organization (WHO) / United Nations Population Fund (UNFPA) / Unicef mematok angka 15 % di banyak Negara angka di atas 15 % tidak mengurangi angka kematian ibu dan perinatal. Jumlah bedah *sectio caesarea* tahun 2001 adalah 5.185 dan pada tahun 2006 adalah 6.775, angka *sectio caesarea* tahun 2001 adalah 17.0 % dan tahun 2006 adalah 27.3 %. Kenaikan 60.6 % dan untuk tahun 2006 angka ini cenderung naik tajam (Rasjidi, 2009).

Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia pada tahun 2012 adalah 606.797 dari 4.902.585 jumlah seluruh persalinan atau

sekitar 12,4% (Depkes RI, 2012). Kerugian dari persalinan yang dijalani melalui *sectio caesarea*, yaitu adanya komplikasi yang dapat terjadi saat tindakan *sectio caesarea*. Antara lain cedera kandung kemih, cedera Rahim, cedera pada pembuluh darah, cedera pada usus dan infeksi, yaitu infeksi Rahim, endometritis, dan infeksi akibat luka operasi (Depkes RI, 2013). Peran pemerintah dalam menekan kejadian *sectio caesarea* yaitu melakukan ANC minimal 4 kali selama trimester 1 dilakukan kunjungan 1 kali, trimester 2 dilakukan kunjungan 1 kali dan pada trimester 3 dilakukan kunjungan sebanyak 2 kali untuk mendeteksi dini adanya komplikasi tertentu (Depkes RI, 2013).

Berdasarkan dari data *Medic Record (MRO)* Rs. Stella Maris Makassar pada tahun 2015 jumlah ibu yang melahirkan dalam sebulan secara *Sectio Caesarea* sebanyak 14 ibu pada kelompok umur 25-44 tahun dan tampak tidak ada ibu yang keluar dalam keadaan meninggal. Pada tahun 2016 jumlah ibu yang melahirkan dalam sebulan secara *Sectio Caesarea* sebanyak 11 ibu dengan presentse tertinggi pada kelompok umur 25-44 tahun sebanyak 9 ibu dan presentase terendah pada kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 2 ibu dan tampak tidak ada ibu yang keluar dalam keadaan meninggal. Pada tahun 2017 jumlah ibu yang melahirkan dalam sebulan secara *Sectio Caesarea* sebanyak 18 ibu dengan presentase tertinggi pada kelompok umur 25-44 tahun sebanyak 17 ibu dan presentase terendah pada kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 1 ibu dan tampak tidak ada ibu yang keluar dalam keadaan meninggal. Berdasarkan data *Medic Record (MRO)* Rs. Stella Maris Makassar indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* pada ibu hamil yaitu: CPD (*Chepalo Pelvic Disproportion*), gawat janin, kala II lama, Pre-eklamsia berat dan riwayat *Sectio Caesarea* anak sebelumnya.

Pasien post *sectio caesarea* diarahkan untuk mengembalikan fungsi fisiologis pada seluruh sistem secara normal, dapat beristirahat dan memperoleh rasa nyaman, meningkatkan konsep diri, serta tidak terjadi infeksi pada luka operasi, salah satu upaya untuk mencegah timbulnya komplikasi dan mengembalikan fungsi fisiologis tubuh dapat dilakukan dengan mobilisasi dini.

Penulis tertarik menyusun karya tulis ilmiah karena sebagai seorang perawat harus memperhatikan kebutuhan dasar pada ibu nifas dalam memenuhi kebutuhan mandiri terutama pada pasien post sectio caesarea.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis menyusun karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada Ny. “N” dengan post *sectio caesarea* di ruang perawatan Sto. Yoseph II RS. Stella Maris Makassar.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum
   a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien post *sectio caesarea.*
2. Tujuan Khusus
   a. Melaksanakan pengkajian pada pasien post *sectio caesarea.*
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien post *sectio caesarea.*
   c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea*.
   d. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea.*
   e. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien post *sectio caesarea.*

f. Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea.*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

   Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat di rumah sakit demi meningkatkan mutu pelayanan dengan mengambil langkah yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio ceasarea.*

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Menjadi salah satu referensi bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea* demi upaya meningkatkan mutu pendidikan khususnya bidang keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

3. Bagi Keluarga Pasien

   Memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam hal merawat pasienpost *sectio caesarea*.

4. Bagi Penulis

   Dapat menambah ilmu pengetahuan tentang *sectio caesarea* serta meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post *sectio caesarea.*

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada Ny. “N” dengan post *sectio caesarea* di ruang perawatan Sto. Yoseph II RS. Stella Maris Makassar, penulis menggunakan metode penulisan :

1. Studi kasus yang terdiri dari :

   a. Observasi

      Dengan mengamati secara langsung kondisi dan kesenjangan yang terjadi pada pasien.

   b. Wawancara

Dengan melakukan tanya jawab secara langsung dengan pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Dengan melakukan pemeriksaan mulai dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

2. Studi Kepustakaan

Penulis mendapat informasi dari beberapa buku referensi dan situs internet yang berkaitan dengan judul pembahasan karya tulis ilmiah ini.

3. Studi Dokumentasi

Dengan melihat catatan RS. yang berhubungan dengan pasien.

4. Diskusi

Dengan mengikuti diskusi dan konsultasi dengan pembimbing karya tulis, rekan-rekan mahasiswa serta bidan yang ada di ruang perawatan Sto. Yoseph II RS. Stella Maris Makassar.

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ilmiah terdiri dari 5 bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain: Bab I Pendahuluan yang menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teoritis yang menguraikan tentang konsep dasar atau teori yang mendasari penulisan karya tulis ilmiah ini yakni konsep dasar medis yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi manifestasi klinik, konsep dasar masa nifas meliputi pengertian, perubahan fisiologis pada masa nifas, perubahan fsikologis masa nifas, penatalaksanaan medik, kebutuhan dasar ibu nifas, tes diagnostik, komplikasi dan konsep dasar keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi

keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, *discharge planning* dan Bab III Pengamatan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan kasus yang merupakan pemantauan hasil karya tulis ilmiah yang meliputi kesenjangan antara kasus dan teoritis. Bab V Simpulan dan saran.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan fase terakhir yang terpenting dalam proses kehamilan. Masa inilah yang banyak mendebarkan seorang wanita yang melahirkan dan juga pasangannya. Oleh karena itu, persalinan merupakan puncak dari segala proses dan upaya yang selama ini dilakukan agar semuanya berakhir dengan lancar, yaitu ibunya dapat melahirkan dalam keadaan sehat dan bayinya sempurna. *Sectio caesarea* secara umum adalah didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) (Cunning, et al, 2013).

Jumlah operasi *sectio caesarea* di dunia telah meningkat pada 30 tahun yang lalu 1 dari 12 persalinan diakhiri dengan bedah *sectio caesarea* sekarang perbandingan ini adalah 1 dari 3 persalinan. Untuk beberapa perempuan *sectio caesarea* dianggap sebagai cara melahirkan yang baik, tidak menyusahkan, meskipun diketahui bahwa tindakan ini ada bahayanya angka bedah *sectio caesarea* secara global menunjukkan kenaikan. Kelayakan kenaikan angka bedah masih diperdebatkan, World Health Organization (WHO) / United Nations Population Fund (UNFPA) / Unicef mematok angka 15 % di banyak Negara angka di atas 15 % tidak mengurangi angka kematian ibu dan perinatal. Jumlah bedah *sectio caesarea* tahun 2001 adalah 5.185 dan pada tahun 2006 adalah 6.775, angka *sectio caesarea* tahun 2001 adalah 17.0 % dan tahun 2006 adalah 27.3 %. Kenaikan 60.6 % dan untuk tahun 2006 angka ini cenderung naik tajam (Rasjidi, 2009).

Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia pada tahun 2012 adalah 606.797 dari 4.902.585 jumlah seluruh persalinan atau sekitar 12,4% (Depkes RI, 2012). Kerugian dari persalinan yang

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. (Oxom & William, 2010).

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amin & Hardhi, 2013).

Sectio caesarea adalah prosedur pembedahan yang digunakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan yang dibuat pada perut dan rahim (simkin, penny 2008).

Dari beberapa pengertian tantang *sectio caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan *bahwa sectio caesarea* adalah pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

Jenis-jenis sectio caesarea:

a. *Sectio caesarea klasik (corporal)*
   Dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.
b. *Section caesarea (profunda)*
   Dilakukan membuat sayatan melintang konkaf bawah Rahim kira-kira sepanjang 10 cm.
c. *Sectio caesarea* ulang (Repeat caesarea section)
   Ibu pada kehamilan lalu mengalami sectio caesarea ulang.
d. *Sectio caesarea vaginalis* (vagina)
   Menurut sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. (Oxom & William, 2010).

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amin & Hardhi, 2013).

Sectio caesarea adalah prosedur pembedahan yang digunakan untuk melahirkan bayi melalui sayatan yang dibuat pada perut dan rahim (simkin, penny 2008).

Dari beberapa pengertian tantang *sectio caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan *bahwa sectio caesarea* adalah pembedahan yang tujuannya untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

Jenis-jenis *sectio caesarea:*

a. *Sectio caesarea klasik (corporal)*
   Dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

b. *Sectio caesarea (profunda)*
   Dilakukan membuat sayatan melintang konkaf bawah Rahim kira-kira sepanjang 10 cm.

c. *Sectio caesarea* ulang (Repeat caesarea section)
   Ibu pada kehamilan lalu mengalami sectio caesarea ulang.

d. *Sectio caesarea vaginalis* (vagina)
   Menurut sayatan pada rahim, *sectio caesarea* dapat

dilakukan sebagai berikut:

1) Sayatan memanjang (Longitudinal)
2) Sayatan melintang (Tranversal)
3) Sayatan huruf T (T insicion)

2. Etiologi

Indikasi dan kontra indikasi *sectio caesarea* sebagai berikut:

a. Indikasi *sectio caesarea*

1) Indikasi mutlak

Indikasi ibu

a) Panggul sempit absolut
b) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi
c) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
d) Stenosis serviks atau vagina
e) Placenta previa
f) Disproporsi sefalopelvik
g) Rupture uteri mengancam

Indikasi janin

a) Kelainan letak
b) Gawat janin
c) Prolapses placenta
d) Perkembangan bayi yang terhambat
e) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

2) Indikasi relatif

a) Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya
b) Presentase bokong
c) Distosia
d) Fetal distress

e) Preeklamsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes

f) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu

3) Indikasi social

a) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya.

b) Wanita yang ingin *sectio caesarea* elektif karena takut biayanya mengalami cedera atau afiksia selama persalinan atau mengurangi resiko kerusakan dasar panggul.

c) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan.

b. Kontra indikasi *sectio caesarea*

Kontra indikasi dari *sectio caesarea* adalah:

1) Janin mati
2) Syok
3) Anemia berat
4) Kelainan kongenital berat
5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen
6) Minimnya fasilitas operasi *sectio caesarea.*

3. Patofisisologi

Sectio caesarea merupakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu inisisi pada dinding abdomen dan uterus. Akibat dari tindakan operasi adalah terputusnya kontuinitas jaringan sehingga terjadi peningkatan zat prostaglandin dari seratinin yang merangsang ujung-ujung saraf tepidan dihantarkan kehipotalamus dan cortex cerebri sehingga timbul nyeri.

Akibat pembedahan itu juga menunjukkan adanya luka operasi yang dapat menjadi media berkembangnya

mikroorganisme sehingga dapat terjadi infeksi. Nyeri akan bertambah berat jika pasien bergerak sehingga menyebabkan intoleransi aktivitas pada pasien. Dengan menjalani operasi *sectio caesarea* mengakibatkan pengeluaran hasil konsepsi (janin) dan pelepasan plasenta dan dinding uterus sehingga terjadi potensial perdarahan.

Tindakan operasi yang menggunakan obat-obat anastesi menyebabkan perubahan eliminasi urine dan gangguan penyerapan makanan pada usus sehingga terjadi penurunan tonus otot abdomen yang dapat menyebabkan konstipasi, serta kurangnya informasi pasien tentang tindakan pasca operasi sectio caesarea menyebabkan kurangnya perawatan pasca operasi sehingga produksi ASI tidak efektif (Nugroho, 2011).

4. Manifestasi Klinik

Persalinan dengan sectio caesarea, memerlukan perawatan yang lebih komprehensif yaitu perawatan post operasi dan perawatan post partum. Adapun manifestasi klinik sebagai berikut:

a. Nyeri akibat adanya luka pembedahan
b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen
c. Fundus uterus kontraksi kuat 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

5. Pemeriksaan diagnostik

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

B. Konsep Dasar Masa Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) di mulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas belangsnung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namum secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Yetti Anggraini,2010).

Masa nifas *(puerperium*) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sitti Saleha, 2009).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, *placenta* serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009).

Dari kesimpulan diatas maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah masa sesudah kelahiran bayi sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil berlansung kurang lebih dalam 6 minggu setelah persalinan.

Ada beberapa tahap-tahap selama masa nifas (Padila, 2015)

a. Periode immediate pospasrtum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

b. Periode early postpartum (24 jam- 1 minggu)

Involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu

cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode late postpartum (1 minggu-5 minggu)

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu, bulanan, bahkan tahunan.

2. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

Pada kala tiga TFU setinggi pusat umbilicus dan beratnya 1000 gram. Selama 7-8 hari pertama mengalami involusi dengan cepat. Post natal 12 hari sudah tidak dapat diraba melalui abdomen, setelah 6 minggu ukuran seperti sebelum hamil setinggi 8 cm dengan berat 50 gram.

2) Lochea

a) Lochea rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *verniks caseosa*, rambut *lanugo* dan meconium selama 2 hari pasca persalinan.

b) Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lender yang keluar pada hari ke-3 sampai hari ke-7 pascapersalinan.

c) Lochea serosa adalah lochea yang berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pascapersalinan.

d) Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga

sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

3) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta.

4) serviks

Setelah selesainya kala ketiga persalinan, serviks dan segmen bawah uteri menjdi struktur yang tipis, kolaps, kendur dan serviks menjadi lembek, kendor dan berbentuk corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh bekuan darah, mulut serviks mengecil sehingga secara perlahan-lahan selama beberapa hari setelah persalinan mulutnya dengan mudah dapat dimasuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah menjadi sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah seminggu pertama serviks mendapatkan kembali berbentuk dan tulan intena menutup.

5) vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan peurpurium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis,

secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke 3, hymen tampak sebagia tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi *karunkulae mitimorfis* yang khas bagi wanita multipara.

6) Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh clitoris, bagian belakang oleh perineum, pada masa persalinan vulva mengalami penekanan serta perengangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi menonjol.

7) Payudara (Mammae)

Payudara atau mammae adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, diatas otot dada yang berfungsi memproduksi ASI sebagai nutrisi bagi bayi. Selama kehamilan hormon prolactin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormon estrogen yang masih tinggi. Kadar estrogen dan progesteron akan menurun pada saat hari kedua atau hari ketiga pasca melahirkan, sehingga terjadi sekresi ASI. Pada hari pertama ASI mengandung banyak kolostrum, yaitu cairan berwarna agak kuning dan sedikit lebih kental dari ASI yang di sekresikan setelah hari ketiga pasca melahirkan.

8) System pencernaan

Pada ibu melahirkan dengan *sectio caesarea* biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara normal biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan banyak energi pada saat proses melahirkan. Buang air besar biasanya mengalami perubahan 1-3 hari pertama postpartum. Hal ini disebabkan terjadi penurunan otot tonus selama masa persalinan. Faktor-faktor tersebut sering menyebabkan konstipasi pada masa nifas salam minggu pertama. Keadaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal.

9) Sistem perkemihan

BAK sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

10) Sistem musculoskeletal

Selama proses persalinan selesai, dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar Selama beberapa minggu atau bahkan sampai bulan akibat perengangan yang begitu lama hamil.

11) Sistem endokrin

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

a) Oksitosin

Oksitosin di sekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormone oksitosin berperan dalam pelepasan placenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolactin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolactin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolactin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium kearah permulaan pola produksi estrogen dan progesterone yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi.

c) Esterogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang

mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

12) Perubahan tanda-tanda vital

a) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 ^{0}c. sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celsius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 ^{0}c. sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 ^{0}c, mungkin terjadi infeksi pada klien.

b) Nadi dan Pernapasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada *vitium kordis* pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan.

3. Perubahan Psikologis Masa Nifas
   a. Fase taking in

      Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu fokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi.

   b. Fase taking hold

      Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal ini yang diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Penuhi kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jalan lahir, mobilitas postpartum, senam nifas, nutrisi, istirahat, kebersihan diri.

   c. Fase letting go

      Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan

keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

4. Penatalaksanaan
   a. Terapi farmakologi medik
      1) Analgesik

         Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat injeksi 75 Mg Meperidin (IM) setiap 3 jam sekali atau 10 mg morfin. Wanita yang ukuran tubuh 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 lunak atau biasa pada hari pertama bila sudah flatus.

   b. Terapi non farmakologi
      1) Tanda-tanda vital

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

      2) Pemberian cairan

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

3) Diet

   Setelah penderita flatus pembelian cairan peroral dapat dilakukan, dengan pemberian makanan dan minuman misalnya minum air, buah, bubur saring dan akhirnya makanan, 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 sebentar, sekurang-kurang 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 tanpak banyak flester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit diangkat setelah hari ke empat setelah pembedahan paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

   Secara rutin hematocrit diukur pada pagi setelah operasi hematocrit tersebut harus segera di cek 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.

5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas (Raito, 2013)

a. Nutrisi dan cairan

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

b. Mobilisasi

Perawatan mobilisasi 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 harus dapat dilakukan dalam 8 jam post partum. Kadang-kadang wanita sulit kencing, karena spingter uretra mengalami tekanan oleh iritasi musculus spinterani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit sebaiknya dilakukan kateterisasi.

d. Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum ibu masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga 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 cukup serat.

e. Personal hygine

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 menyusui bayinya. Dianjurkan karena sangat baik untuk kesehatan bayinya.

g. Perawatan perineum

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

6. Tes Diagnostik

a. Leukosit

Nilai total saat tidak hamil 4.500-10.000/mm^3 .saat hamil 5.000-15.000. Apabila terjadi peningkatan jumlah leukosit menandakan adanya infeksi.

b. Hematologi dan hemotokrit

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

7. Kompliksi

a. Infeksi masa nifas

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

b. Pendarahan post partum di sebabkan oleh:

1) Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.

2) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir.

3) Inversio uteri

Inversio uteri adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbaik sebagian atau seluruhnya kedalam kavum uteri.

4) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang lahir (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 oleh 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: Bagaiman persepsi dan kesehatan 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 dengan 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 dan muntah, alergi makanan, masalah menguyah dan menelan, rata-rata berat badan sebelum hamil, berat badan saat ini, jenis dan jumlah minuman atau cairan yang masuk dan penggunaan diuretik.

Do: Mengkaji tentang berat badan saat ini, tinggi badan, bentuk tubuh, turgor kulit, kelembapan atau kekeringan

membrane mukosa, hernia atau massa, edema, pembesaran tiroid, bau mulut, kondisi gigi atau guzi,
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, karakteristik urin, apakah terjadi inkontinensia retensi, kesulitan berkemih.

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

d. Pola aktivitas dan latihan

Ds: Pekerjaan, aktivitas atau hobby, aktivitas dan kesenjangan, pembatasan karena kehamilan atau kondisi, kebutuhan fisik.

Do: Meliputi respon aktivitas yang diobservasi meliputi kardiovaskuler, saluran pernapasan, tonus otot dan 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, beberapa jam dapat tidur saat ini.

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

f. Pola Persepsi dan Kognitif

Ds: Masalah sensori dan presepsi pendengaran, perabaan, penciuman, dan pencegahan

Do: Kemampuan melihat, mendengar, menghirup, merasakan.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

   Ds: Bagaimana tanggapan klien tentang dirinya, pernah merasa putus asa, atau frustasi, merasa tidak berdaya, ada rasa bersalah, sering mersa 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

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

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

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

   Ds: Bagaiman 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 *intercourse* pasca partum.

   Do: Pelvis, vulva, prognosis untuk melahirkan, pemeriksaan payudara, puting susu, test kehamilan.

j. Mekanisme koping dan toleransi terhadap sterss

   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, ekspresi.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

Ds: Tanyakan pada klien tentang nilai dan keperacayaan 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 berhubungan dengan agen cedera fisik
   b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif
   c. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah
   d. Konstipasi berhubungan dengan obstruksi pasca-bedah
3. Rencana keperawatan
   a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah)

      NOC:

      Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri akut pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Kontrol nyeri

      NIC

      1) Manajemen nyeri:
         a) Lakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus
         b) Pastikian perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantaun yang tepat
         c) Gali bersama pasien factor- faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri

d) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan di rasakan, dan antisipasi dari ketidaknyaman akibat prosedur
e) Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
f) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat
g) Ajarkan teknik non farmakologi (mis: relaksasi)

2) Monitor Tanda Tanda Vital
a) Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat.

3) Pemberian analgesik
a) Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri
b) Berikan analgesik tambahan dan/atau pengobatan jika diperlukan untuk meningktakan efek pengurangan nyeri

b. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif

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 bayi, fisiologi maupun psikologi
b) Tentukan keinginan dan motivasi ibu untuk (melakukan kegiatan) menyusui dan juga persepsi

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 pada ibu untuk menyusui setelah melahirkan, jika memungkinkan
e) Bantu menjamin adanya kelekatan bayi ke dada dengan cara 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.

c. Resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah

NOC:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: kontrol risiko: Proses infeksi

NIC:

1) Kontrol infeksi
   a) Ajarkan pasien dan keluarga mengenaintanda dan gejala infeksi dan kapan harus dilaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan
   b) Ajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaiman menghindari infeksi
2) Perlindungan infeksi
   a) Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup

b) Anjurkan asupan cairan ,denga tepat
c) Anjurkan istirahat
d) Anjurkan peningkatan mobilitas dan latihan dengan tepat
e) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan
f) Ajrakan pasien dan anggota keluarga bagaiman cara menghindari infeksi.

3) Perawatan kelahiran Caesar
a) Monitor aspek fisiologis pada saat fase pemulihan (seperti nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lochea)
b) Inspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi
c) Bantun pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif dan nafas dalam
d) Dukung ibu memberikan ASI, jika memungkinkan

4) Monitor Tanda Tanda Vital
a) Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat.

d. Konstipasi berhubungan dengan obstruksi pasca-bedah

NOC:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan konstipasi pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Fungsi gastrointetinal.

NIC:

1) Manajemen konstipasi/impaksi
a) Monitor tanda dan gejala konstipasi
b) Monitor (hasil produksi) pergerakan usus (feses), meliputi frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna dengan cara yang tepat.

c) Monitor bising usus
d) Dukung peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
e) Instruksikan pasien/keluarga pada diet tinggi serat dengan cara yang tepat
f) Instruksikan pasien/keluarga mengenai hubungan antara diet, latihan dan asupan cairan terhadap kejadian konstipasi/impaksi
g) Ajarkan pasien atau keluarga mengenai proses pencernaan normal.

4. Discharge Planning
   a. Anjurkan ibu untuk tidak hamil selama 5 tahun dan sebaiknya menggunakan alat kontrasepsi
   b. Mengingatkan kepada pasien supaya kembali untuk memberikan imunisasi kepada anaknya
   c. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya
   d. Lakukan perawatan post partum sesuai arahan tenaga medis selama di rumah

B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny. “N”/28 tahun

Unit/Kamar : Sto. Yoseph II/2011

No	Data	Etiologi	Masalah
	DS: - Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit - Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas hanya bisa berbaring di tempat tidur karena nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak terlalu banyak. DO: - Tampak pasien lemah - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak pasien terbaring di tempat tidur	Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah), dan agen cedera biologis	Nyeri akut

	- Tampak terpasng Oxytocin 1 amp drips dalam cairan DS 500 cc - Tampak kontraksi teraba kuat - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit		
	DS: - Pasien mengatakan ada luka operasi dibagian perut bawah - Pasien mengatakan luka operasi masih terbalut verban - pasien mengatakan verban luka masih basah DO: - Tampak luka operasi terbalut verban - Tampak verban masih basah - Observasi TTV	Dengan faktor resiko terpajan dengan wabah	Resiko infeksi

	TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit		
	DS: - Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena bayinya selalu rewel yang membuat ia tidak tenang, - Pasien mengatakan waktu tidur hanya 1-3 jam karena anaknya selalu rewel - pasien mengatakan kadang-kadang suka terbangun tengah malam DO: - Tampak palpebra berwarna gelap - Tampak pasien sering menguap - Tampak wajah pasien mengantuk - Tampak terbaring lemah ditempat tidur dan terpasang infus RL 400 cc 18 tetes/menit	Pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua)	Gangguan pola tidur

	dan dextrosa 450 cc 20 tetes 1 amp oxytocin di tangan kiri dan kontraksi uteus teraba kuat. - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. N/28 tahun

Unit/Kamar : Sto. Yoseph II/2011

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah), dan agen cedera biologis
II	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua)
III	Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan dengan wabah

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny.“N” /28 Tahun

Unit/Kamar : Sto. Yoseph II/2011

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HASIL YANG DIHARAPKAN (NOC)	RENCANA TINDAKAN
07/04/2018	1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis,prosedur bedah) DS: - Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit - Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas hanya bisa berbaring di tempat tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri akut pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Kontrol nyeri - Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 2 - Mengunnakan analgesic yang direkomendasikan dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 2	1. Manajemen Nyeri: - Lakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus - Pastikian perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantaun yang tepat - Gali bersama pasien

	karena nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak terlalu banyak. DO: - Tampak pasien lemah - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak pasien terbaring di tempat tidur - Tampak terpasng Oxytocin 1 amp drips dalam cairan DS 500 cc - Tampak kontraksi teraba kuat - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit	- Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 2 - Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 4 ditingkatkan ke skala 2 Keterangan: 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	factor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri - Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan di rasakan, dan antisipasi dari ketidaknyaman akibat prosedur - Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri - Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat - Ajarkan teknik non farmakologi (mis: relaksasi)

			2. Monitor Tanda Tanda Vital - Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat. 3. Pemberian Analgesik - Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri - Berikan analgesik tambahan dan/atau pengobatan jika diperlukan untuk meningktakan efek pengurangan nyeri

08/04/2018	2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Pola tidur tidak menyehatkan(menjadi orang tua) DS: - Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena bayinya selalu rewel yang membuat ia tidak tenang, - Pasien mengatakan waktu tidur hanya 1-3 jam karena anaknya selalu rewel - pasien mengatakan kadang-kadang suka	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil: Tidur - Pola tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatlkan ke skala 4 - Kesulitan memulai tidur dipertakankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Tidur yang terputus dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	1.Peningkatan Tidur - Tentukan pola tidur/ aktivitas pasien - Monitor atau catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur - Monitor pola tidur pasien, dan catat kondidi fisik (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur - Bantu meningkatkan jumlah jam tidur, jika diperlukan - Anjurkan untuk tidur siang di siang hari, jika diindikasiskan, untuk memenuhi kebutuhan tidur

09/04/2018	terbangun tengah malam DO: - Tampak palpebra berwarna gelap - Tampak pasien sering menguap - Tampak wajah pasien mengantuk - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit 3. Resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah DS: - Pasien mengatakan ada luka operasi dibagian perut	Keterangan: 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: Kontrol risiko: proses infeksi - Mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 2 - Mengidentifikasi tanda dan	1. Kontrol Infeksi - Ajarkan pasien dan keluarga mengenaintanda dan gejala infeksi dan kapan harus dilaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan - Ajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaiman menghindari infeksi

	bawah - Pasien mengatakan luka operasi masih terbalut verban - pasien mengatakan verban luka masih basah DO: - Tampak luka operasi terbalut verban - Tampak verban masih basah - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit	gejala infeksi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 2 - Memonitor factor lingkungan yang berhubungan dengan factor risiko dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 2 Keterangan: 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Sering menunjukkan 6. Secara konsisten menunjukkan	2. Perlindungan Infeksi - Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup - Anjurkan asupan cairan ,denga tepat - Anjurkan istirahat - Anjurkan peningkatan mobilitas dan latihan dengan tepat - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan - Ajrakan pasien dan anggota keluarga bagaiman cara menghindari infeksi. 3. Perawatan Kelahiran Caesar - Monitor aspek fisiologis pada saat fase pemulihan (seperti nyeri, perubahan

			uterus, kepatenan jalan napas dan lochea) - Inspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi - Bantu pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif dan nafas dalam 4. Monitor Tanda Tanda Vital - Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat.

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. “N”/ 28 Tahun

Unit/Kamar : Sto. Yoseph II/ 2011

Tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Nama Perawat
07/04/2018	I	08.15	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 berlangsung 1-3 menit - Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat bergerak terlalu banyak	Maria leonita
	I	08.20	Menganjurkan teknik relaksasi pada pasien Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan teknik relaksasi	Maria leonita
	I,II,III	08.30	Melakukan pemberian obat - Ranitidin 1 amp/ 8 jam/IV - Ketorolac 1 amp/ 8 jam/IV	Bidan Janet

			- Asam tranexsamat 1 amp/ 8 jam/IV - Ondansentron 1 amp/ 8 jam/IV	
	III	08.50	Menginspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi Hasil: - Tampak luka terbalut verban - Tampak verban luka basah	Bidan Janet dan Maria
	I	09.00	Menggali faktor-faktor yang menurunkan atau memperbetar nyeri Hasil : - Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak terlalu banyak.	Bidan Janet
	I	09.15	Menghanjurkan pasien dalam meningkatkan mobilitas dan latihan dengan tepat Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Maria leonita
	I	09.50	Menganjurkan pasien teknik non farmakologi (teknik relaksasi) Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah melakukan	Maria leonita

			teknik relaksasi	
	I,II,III	10.00	Mengobservasi TTV Hasil: TD :120/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36,4 ^{0}c P :20 x/menit	Maria leonita
	II	10.10	Memonitor atau mencatat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur pasien Hasil: - Pasien mengatakan jumlah jam tidur hanya 1-2 jam saja karena susah tidur akibat bayinya rewel	Maria Leonita
	III	10.17	Mengkaji tanda-tanda infeksi Hasil : - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan panas dan bengkak	Bidan Janet dan
	III	11.15	Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi Hasil : - Pasien mengerti cara menghindari terjadinya infeksi seperti menjaga	Elisabeth Rindah

			kebersihan di daerah operasi	
	I,II,III	12.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Cefoperazone 1 vial/ 8 jam/ IV	Bidan Janet
	I	12.30	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan ketika nyeri di rasakan pasien melakukan teknik relaksasi	Maria leonita dan Elisabeth Rindah
	I	13.30	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 berlangsung 1-3 menit - Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat bergerak terlalu banyak - Nyeri berkurang saat	Bidan Janet dan Maria Leonita

			melakukan teknik relaksasi	
	II	14.10	Mendorong pasien untuk istirahat Hasil : - Pasien melakukan anjuran perawat	Elni dan Peronika
	I,II,III	16.30	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ranitidin 1 amp/ 8 jam/IV - Ketorolac 1 amp/ 8 jam/IV - Asam tranexsamat 1 amp/ 8 jam/I - Ondansentron 1 amp/ 8 jam/IV	Bidan Yustin dan Elni Sonda
	III	16.35	Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi Hasil: - Pasien mengatakan mengerti cara menghidari infeksi - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan panas dan bengkak	Elni Sonda
	I	17.05	Menggali faktor –faktor yang menurunkan atau memperberat nyeri Hasil: - Pasien mengatakan nyeri	Elni Sonda

			berat dirasakan saat bergerak terlalu - Nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi	
	I	19.05	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri pasien dan menangani nyeri pasien dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dan ketika nyeri dirasakan pasien melakukan teknik relaksasi - Pasien tampak meringis	Elni Sonda
	I	20.00	Memberikan obat antibiotik yang diresepkan Hasil : - Cefoperazone 1 vial/ 8 jam/ IV	Bidan Yustin dan Elni Sonda
	II	20.45	Membantu meningkatkan jumlah jam tidur pasien Hasil : - Pasien mengerti dan pasien mulai tidur	Elni Sonda
	I,II,III	22.15	Melakukan observasi TTV Hasil:	Bidan Eta

			TD :110/90 mmhg N : 80 x/menit S : 36,2 ^{0}c P :20 x/menit	
	I,II,III	24.30	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ranitidin 1 amp/ 8 jam/IV Ketorolac 1 amp/ 8 jam/IV - Asam tranexsamat 1 amp/ 8 jam/IV - Ondansentron 1 amp/ 8 jam/IV	Bidan Eta
	III	04.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Cefoperazone 1 vial/ 8 jam/ IV	Bidan Eta
	I,III	05.00	Memonitor aspek fisiologis pada saat fase pemulihan (seperti nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lochea) Hasil: - Tampak lochea berwarna merah pucat (rubra) - Tampak jumlah lochea ± 50 cc - Lochea berbau amis	Bidan Eta
	I,II,III	05.30	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmhg	Bidan Eta

			N : 80 x/menit S : 36 ^{0}c P : 19 x/menit	
	II	06.30	Monitor pola tidur pasien, dan catat kondidi fisik dan keadaan yang mengganggu tidur pasien Hasil : - Pasien mengatakan sering terbangun karena bayinya rewel - Tampak pasien masih menguap	Bidan Eta
	III	07.00	Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi Hasil: - Pasien mengatakan mengerti cara menghidari infeksi dengan cara menjaga kebersihan di sekitar daerah operasi - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan panas dan bengkak - Tampak sekitar daerah operasi bersih	Bidan Eta
	I		Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi,	Bidan Eta

			frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil: - Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 5 berlangsung 1-3 menit - Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat bergerak terlalu banyak nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi - Tampak pasien meringis - Tampak pasien masih terbaring di tempat tidur dengan posisi miring kiri	
08/04/2018	I,II,III	08.30	Melakukan pemberian obat Hasil : - Ranitidin 1 amp/ 8 jam/IV - Ketorolac 1 amp/ 8 jam/IV - Asam tranexsamat 1 amp/ 8 jam/IV - Ondansentron 1 amp/ 8 jam/IV	Bidan Vina
	I	08.50	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi,	Bidan Vina

			frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil : - Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 4 yang berlangsung 1-2 menit - Pasien tampak terbaring di tempat tidur	
	III	09.00	Menginspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi Hasil: - TFU teraba 2 jari dibawah pusat - Tampak lochea berwarna merah pucat (rubra) - Tampak jumlah lochea ± 40 cc - Lochea berbau amis	Bidan Vina
	III	09.15	Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi Hasil : - Pasien dan anggota keluarga mengerti cara menghindari infeksi dengan cara menjaga	Bidan Vina

			kebersihan daerah operasi	
	I,III	09.30	Menganjurkan pasien dalam peningkatan mobilitas dan latihan Hasil : - Tampak pasien mengerti dan melakukan mobilisasi miring kiri	Bidan Vina
	I,II,III	10.05	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36 ^{0}c P : 19 x/menit	Bidan Vina
	III	10.20	Menganjurkan pasien dengan cairan yang tepat Hasil : - Pasien mengatakan minum air putih ± 4-6 gelas sehari	Bidan Vina
	III	10.40	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus dilaporkannya Hasil : - Pasein dan keluarga tampak mengerti yang di ajarkan perawat.	Bidan Vina
	I	11.15	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi,	Bidan Vina

			karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil : - Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 3 yang berlangsung 1-2 menit	
	I,III	12.00	Melakukan pemberian obat Hasil : - Cefoperazone 1 vial/ 8 jam/ IV	Bidan Vina
	I	12.40	Mengajarkan teknik non farmakologi (mis: teknik relaksasi) Hasil : - Pasien tampak bisa melakukan teknik relaksasi dan merasa nyaman setelah melakukan	Bidan Vina
		13.15	Melakukan up infus	Bidan Vina
	III	13.25	Mengajarkan pasien dan anggota keluarga bagaimana cara menghindari infeksi. Hasil : - pasien mengerti cara	Bidan Vina

			menghindari infeksi seperti: menjaga kebersihan daerah operasi	
	II		Menganjurkan pasien untuk tidur siang di siang hari, untuk memenuhi kebutuhan tidur Hasil : - Pasien mengatakan mengerti dan mau mengikuti anjuran perawat	Elni Sonda dan Maria leonita
	II	14.15	Membantu pasien dalam meningkatkan jumlah jam tidur, jika diperlukan Hasil : - Menciptakan lingkungan nyaman sehingga pasien bisa istirahat	Elni Sonda
	I,II,III	14.20	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36 ^{0}c P : 19 x/menit	Elni Sonda
	II	15.50	Monitor atau catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur Hasil : - Pasien mengatakan tidur siang ±1 jam	Elni Sonda dan Maria Leonita

	III	16.30	Meningkatkan asupan nutrisi yang cukup Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan	Elni Sonda
	I	20.30	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil : - pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 3 yang berlangsung 1-2 menit - pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang - Tampak pasien sdh bisa duduk	
	I,II,III	22.10	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 100/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36 ^{0}c P : 19 x/menit	Bidan Amel

	II		Membantu pasien dalam meningkatkan jumlah jam tidur, jika diperlukan Hasil : - Menciptakan lingkungan nyaman sehingga pasien bisa istirahat	Bidan Amel
	I,II,III	22.15	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 100/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36 ^{0}c P : 19 x/menit	Bidan Amel
	II	05.00	Monitor atau catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur Hasil : - Pasien mengatakan masih sering terbangun karena bayinya masih rewel - Pasien mengatakan tidur 1-3 jam - Tampak pasien selalu menguap	Bidan Amel Bidan Amel
	I	06.15	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil:	Bidan Amel

			- Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk- tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 3 yang berlangsung 1-2 menit - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang	
09/04/2018	III	07.50	Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaimana menghindari infeksi Hasil: - Pasien mengatakan mengerti cara menghidari infeksi seperti menjaga kebersihan di sekitar daerah operasi - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan panas dan bengkak - Tampak terbalut perban dan kering	Bidan Yustin
	III	07.50	Meningkatkan asupan nutrisi yang cukup Hasil : - Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan	Bidan Yustin

	II	08.20	Memonitor atau catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur Hasil: - Pasien mengatakan masih sering terbangun tengah malam - Pasien mengatakan Jumlah jam tidurnya 1-3 jam - Tampak pasien selalu menguap	Bidan Yustin
	I	09.00	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil : - pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 2 yang berlangsiung 1-2 menit - pasien mengatakan nyeri mulai berkurang - tampak pasien sudah bisa duduk	Bidan Yustin
	I	09.10	Mendorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani	Bidan Yustin

			nyeri dengan tepat Hasil : - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri - Pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi ketika nyeri dirasakan	
	I	09.30	Menganjurkan pasien dalam peningkatan mobilitas dan latihan dengan tepat Hasil : - Tampak pasien sudah bisa duduk	
	I,II,III	10.15	Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 100/80 mmhg N : 80 x/menit S : 36 ^{0}c P : 19 x/menit	Bidan Yustin
	I	10.30	Melakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan factor pencetus Hasil : - pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, nyeri yang dirasakan mulai berkurang	Bidan Yustin

			di bagian perut bawah, skala 2 berlangsung selama 1-2 menit - tampak pasien sudah bisa duduk	
		10.30	Menginspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi Hasil: - Tampak luka terbalut verban - Tampak verban luka kering - TFU teraba 2 jari dibawah pusat - Tampak lochea berwarna merah pucat (rubra) - Tampak jumlah lochea ± 39 cc - Lochea berbau amis	
		12.05	Selesai pasien pulang	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. “N”/ 28 Tahun

Unit/Kamar : Sto. Yoseph II/ 2011

Tanggal	Evaluasi	Nama Perawat
07/04/2018	DP I :Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik S : - Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 5 berlangsung 1-3 menit - Pasien mengatakan nyeri bertambah berat saat bergerak terlalu banyak, nyeri berkurang saat melakukan teknik relaksasi O : - Tampak pasien masih terbaring di tempat tidur dengan posisi miring kiri - Tampak pasien meringis A : Nyeri masih dirasakan P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen nyeri 2. Monitor tanda-tanda vital 3. pemberian analgesik DP II : Gangguan pola tidur berhubungan dengan Pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua) S : Pasien mengatakan masih sering terbangun karena bayi masih rewel	Elni Sonda

	O : Tampak pasien masih menguap A : Gangguan pola tidur masih dirasakan P : Lanjutkan intervensi Peningkatan Tidur DP III : Resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah S : - Pasien mengatakan mengerti cara menghidari infeksi dengan cara menjaga kebersihan di sekitar daerah operasi O : - Tampak lochea berwarna merah pucat (rubra) - Tampak jumlah lochea ± 50 cc - Lochea berbau amis - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, panas dan bengkak - Tampak sekitar daerah operasi bersih A : Masih ada tanda-tanda resiko infeksi P : Lanjutkan intervensi 1. kontrol infeksi 2. Perlindungan infeksi 3. Perawatan kelahiran Caesar 4. Monitor tanda-tanda vital	

08/04/2018	DP I :Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik dan agen cedera biologis S : - pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk- tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 3 yang berlangsung 1-2 menit - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang O : Tampak pasien sudah bisa duduk A : Nyeri masih dirasakan P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen nyeri 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Pemberian analgesik DP II : Gangguan pola tidur berhubungan dengan Pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua) S : - Pasien mengatakan masih sering terbangun karena bayinya masih rewel - Pasien mengatakan tidur 1-3 jam O : Tampak pasien selalu menguap A : Gangguan pola masih dirasakan	Elni Sonda

	P : lanjutkan intervensi 1. Peningkatan Tidur DP III : Resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah S : Pasien mengatakan mengerti cara menghidari infeksi seperti menjaga kebersihan di sekitar daerah operasi O : - Tampak tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan panas dan bengkak - Tampak terbalut perban dan kerin - TFU teraba 2 jari dibawah pusat - Tampak lochea berwarna merah pucat (rubra) - Tampak jumlah lochea ± 40 cc - Lochea berbau amis A : Masih ada tanda-tanda resiko infeksi P : lanjutkan intervensi 1. kontrol infeksi 2. Perlindungan infeksi 3. Perawatan kelahiran Caesar 4. Monitor tanda-tanda vital	

09/04/2018	DP I : Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik S : - Pasien mengatakan penyebab nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 2 yang berlangsung selama 1-2 menit - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang O : Tampak pasien sudah bisa duduk A : Nyeri berkurang P : Stop intervensi DP II : Gangguan pola tidur berhubungan dengan Pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua) S : - Pasien mengatakan masih sering terbangun tengah malam	Elni Sonda

	- Pasien mengatakan Jumlah jam tidurnya 1-3 jam O : Tampak pasien selalu menguap A : Gangguan pola tidur masih dirasakan P : Stop intervensi DP III : Resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah S : - O : - Tampak luka terbalut verban - Tampak verban luka kering TFU teraba 2 jari dibawah pusat - Tampak lochea berwarna merah pucat (rubra) - Tampak jumlah lochea ± 30 cc - Lochea berbau amis A : Masih ada tanda-tanda resiko infeksi P : Stop intervensi	

A. Daftar Obat Yang Diberikan Pada Pasien

1. Nama obat: Cefoperazone 1 gr/ 8 jam/bolus IV
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : dewasa dan anak-anak >12 tahun 1-2 gram sekali sehari tergantung berat ringannya infeksi. Dosis total sehari tidak boleh dari 4 gram
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 gram/12 jam
   b. Cara pemberian obat : injeksi/IV
   c. Mekanisme kerja obat : cefoperazone diabsobsi setelah pemberian secara intravena. Cefoperazone secara cepat berdifusi ke dalam jaringan bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan, konsentrasi bakterisidal menetap selama 24 jam, 80-90%

d. 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
e. Kontraindikasi : hipersentivitas terhadap antibiotik golongan sefalosforin, pada penderita alergi penicilin, kemungkinan reaksi alergi harus dipikirkan
f. Efek samping

   Gangguan pencernaan diare, mual, muntah, stomatitis, reaksi kulit eksterna, dematitis alergi dan gatal.

2. Nama obat: Asam Traneksamat 1 amp/ 8 jam/bolus IV
   a. Klasifikasi/golongan obat : anti fibrinolitik
   b. Dosis umum : dosis yang diberikan untuk pengobatan awal adalah 1000 mg yang dikonsumsi sebayak 3 dosis per hari, selama jangka waktu maksimal empat hari. Untuk maksimum adalah 4000 mg per hari.
   c. Dosis umum pasien yang bersangkutan: 100 mg/12 jam
   d. Cara pemberian obat : injeksi/IV
   e. mekanisme kerja obat : asam traneksamat bekerja dengan cara menghambat pecahnya gumpalan darah sehingga perdarahan tidak lagi terjadi.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat ini diberikan kepada pasien untuk menghentikan perdarahan pada sejumlah kondisi perdarahan pascaoperasi.
g. Kontraindikasi: asam traneksamat digunakan untuk profilaksasis dan pengobatan perdarahan yang di sebabkan fibrinolysis yang berlebihan dan angiodema hereditas
h. Efek samping : efek samping obat yang terjadi setelah mengkonsumsi obat anti fibrinolitik ini adalah : diare, mual dan badan terasa lemah.

3. Nama obat: Ketorolac 1 amp/ 8 jam/bolus IV
   a. Klasifikasi obat: analgesik
   b. Dosis umum: 30 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 3 kali sehari
   d. Cara pemberian melalui: intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: indikasi

      Pengunaan ketorolac adalah infalamasi akut dalam jangka waktu penggunaan maksimal selama 5 hari efeknya menghambat biosintesis prostaglandin. Kerjanya mengahambat enzim siklooksogenase, juga menghambat tromboksan A2. Ketorolac tromethamine memberikan efek anti inflamasi dengan menghambat

pelekatan granulosit pada pembuluh darah yang rusak, menstabilkan membrane lisosom dengan menghambat migrasi leukosit polimorfonuklear dan mekrofag ke tempat peradangan.

f. Alasan pemberian obat pada pasien : digunakan sebagai anti inflamasi juga memiliki efek analgesik mengurangi nyeri dada saat menarik nafas karena adanya inflamasi.
g. Kontraindikasi:

   Tromethamine dikontraindikasikan untuk pasien dengan riwayat gagal ginjal, riwayat atau sedang menderita ulcerasi peptic, angka trombosit yang rendah. Untuk menghindari terjadinya perdarahan lambung, maka pemberian ketorolac tromethamine hanya 5 hari saja.
h. Efek samping obat:

   Efek pada gastrointestinal dapat menyebabkan ulcerasi peptic, perdarahan dan perlubangan lambung. Sehingga ketorolac tromethamine dilarang untuk pasien yang sedang atau mempunyai riwayat perdarahan lambung dan ulcerasi peptic.

4. Nama obat: Ranitidin 1 amp/ 8 jam / bolus IV
   a. Klasifikasi obat: antihistamin
   b. Dosis umum :25 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: diberikan 2 kali sehari
   d. Cara pemberian obat : bolus IV
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: ranitidin adalah obat yang digunakan untuk menurunkan kadar asam berlebihan yang diproduksi lambung
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk menghambat sekresi asam lambung yang ditandai mual dan muntah

g. Kontra indikasi: jangan diberikan pada hipersensitif atau alergi ranitidin
h. Efek samping obat: sakit kepala, mual, nyeri perut

5. Nama obat: Ondansentron 1 amp/ 8 jam/ bolus IV
   a. Klasifikasi obat: anti mual
   b. Dosis umum: pemakaian obat ondansentron adalah 8 mg-32 mg perhari. Jangan menambah atau mengurangi dosis yang dianjurkan oleh dokter anda. Dosis untuk anak-anak ditentukan oleh dokter berdasarkan usia dan berat badan anak.
   c. Dosis untuk pasien: 2 ml/12 jam
   d. Cara pemberian obat : intravena

e. Mekanisme kerja obat: ondansentron suatu obat yang bekerja secara selektif dan kompetitif dalam mencegah maupun mengatasi mual dan muntah akibat operasi
f. Alasan pemberian pada pasien yang bersangkutan: obat ini diberikan kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri pasca operasi.
g. Kontraindikasi: penderita yang hipersensitif terhadap ondansentron.
h. Efek samping: mudah mengantuk, kepanasan, pusing ketika berdiri, mudah lelah, konstipasi, sakit perut, sakit kepala dan pusing.

6. Cairan RL 500cc 18 tetes/menit
   a. Jenis obat : cairan infus steril
   b. Kategori : obat resep
   c. Kegunaan : menambah cairan dan elektrolit
   d. Kensumen : dewasa dan anak-anak
   e. Merek: otsuka, widatra

f. Mekanisme kerja: ringer lakat bekerja sebagai sumber air dan elektrolit tubuh serta untuk meningkatkan diuresi (penambah cairan kencing). Obat ini juga memiliki efek alkalis, dimana ion laktak di metabolisasi menjadi karbon dioksida dan air menggunakan hidrogen kation sehingga menyebabkan turun keasaman.

g. Indikasi :

   Ringer laktat umumnya digunakan sebagai cairan hidrasi dan elektrolit serta sebagai agen alkalisator. Obat ini juga diberikan untuk meringankan beberapa kondisi antara lain: ketidakseimbangan elektrolit tubuh, diare, luka bakar, kadar natrium rendah, kehilangan darah dan cairan, dan titani hipokalsemik.

h. Kontra indikasi: tidak semua orang boleh menggunakan obat penderita ini, penderita yang di ketahui memiliki kondisi seperti alergi terhadap obat sodium laktat, tidak boleh diberikan bersamaan dengan ceftriaxone pada bayi baru lahir (< 28 hari), meskipun diberikan dari jalur infus yang terpisah. Pemberian bersamaan dapat meningkatkan resiko fatal pengendapan garam kalsium ceftriaxone pada bayi.

i. Efek samping : nyeri dada, detak jantung tidak normal, turunnya tekanan darah, kesulitan bernafas, batuk, bersin-bersin, ruam kulit, gatal pada kulit dan sakit kepala.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. “N” berusia 28 tahun masuk RS. Stella Maris Makassar, di ruang Sto. Yoseph II pada tanggal 05 April 2018 pukul 12.30 WITA dengan diagnosa medik varises vulva dilakukan operasi sectio caesarea pada tanggal 06 April 2018 pukul 13.30 WITA dan bayi lahir dengan berat badan 3.400 gr dengan panjang badan 50 cm. Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 06 April 2018 dengan diagnosa medik yaitu post *sectio caesarea* dengan riwayat obstetrik masa lalu (P : II A : I). Tampak pasien lemah, tampak terpasang infus RL 400 cc 18 tetes/menit dan dextrosa 450 cc 20 tetes 1 amp oxytocin di tangan kiri, di tangan kiri tampak ekspresi wajah meringis, Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, pasien mengatakan nyeri sperti tertusuk-tusuk, di bagian perut bawah, skala nyeri 6, nyeri berlangsung selama 1-3 menit, TFU teraba 2 jari diatas pusat, kontraksi uterus teraba kuat, ada keluar darah dari jalan lahir ± 50 cc, luka operasi dibalut dengan perban, tampak perban masih basah, tampak pasien terbaring ditempat tidur, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena merasakan nyeri kalau banyak bergerak, tampak pasien belum bisa duduk, pasien mengatakan kalau memberi ASI pada bayinya diberikan dalam posisi miring kiri atau miring kanan di tempat tidur. Hasil observasi didapatkan Tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi : 80 x/menit, P: 20 x/menit, S : 36,5 ^{0}C dan hasil laboratorium WBC 11,9 10^3/uL, RBC 4,3 10^6/uL, HGB 11,4 g/dL.

Dari data yang ditemukan di atas penulis mengangkat diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis,prosedur bedah), gangguan pola tidur berhubungan dengan Pola tidur tidak menyehatkan(menjadi orang tua), resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan dengan wabah.

KAJIAN KEPERAWATAN POST PARTUM CARE

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Elni Sonda	NIM: E1514401016

Unit : Sto. Yoseph II
Kamar : 2011
Tgl Masuk RS : 5 April 2018
Tgl Pengkajian : 6 April 2018

A. Identitas

1. Data Ibu (Istri)

Nama Ibu	: Ny. ”N”
Umur	: 28 tahun
Agama	: Katolik
Suku	: Makassar
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Status Perkawinan	: Kawin
Perkawinan ke-	: 1
Lama Perkawinan	: 7 tahun
Alamat	: Jl.Bajirupa

2. Data Suami

Nama	: Tn. ”F”
Umur	: 32 tahun
Agama	: Katolik
Suku	: Flores
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Karyawan swasta
Status Perkawinan	: Kawin
Perkawinan ke-	: 1
Lama Perkawinan	: 7 tahun
Alamat	: Jl. Bajirupa

B. 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)	Lama Menyusu
1	2012	P	9 bulan	Normal	Bidan	RS. Pertiwi	-	2.700/49	ASI	3 bulan
2	-	-	3 bulan	Abortus	-	-	-	-	-	-
3	2015	L	9 bulan	Normal	Bidan	RS. Bayangkara	-	2.800/50	ASI	2 tahun

2. Riwayat Kehamilan : (P : III A : I)
   a. HPHT : 06 Juli 2017
   b. TP : 13 April 2018
   c. Jumlah ANC : 6 kali (kehamilan trimester II 3 kali, trimester III 3 kali)
   d. Imunisasi TT : 1 kali pada kehamilan trimester III
   e. Kebiasaan Saat Hamil
      1) Makanan : Pasien mengatakan makan 3x sehari menghabiskan 1 porsi dengan nasi, sayur bayam, kacang-panjang, jagung, lauk pauk dan buah-buahan seperti apel dan pir.
      2) Obat-obatan/jamu : Pasien mengatakan minum obat vitamin 1x1/oral (vitamin penambah darah)
      3) Merokok : Ibu mengatakan tidak pernah merokok
3. Lain-lain : Tidak ada
4. Riwayat Persalinan/ Kelahiran
   a. Tanggal Persalinan : 06 April 2018
   b. Jenis Persalinan : *Sectio Caesarea*

c. Lama Persalinan
   1) Kala I : Tidak ada
   2) Kala II : Tidak ada
   3) Kala III : Tidak ada
   4) Kala IV : Tidak ada

d. Ketuban Pecah : Pukul 13.25 WITA
   Warna : Keruh
   Bau : Amis
   Jumlahnya : ± 500 cc
   Jumlah Perdarahan : ± 150 cc

e. Pengobatan yang telah diberikan : Oxytocin 1 amp drips dalam cairan DS 500 cc

f. Penyulit Persalinan
   1) Ibu : Varises Vulva
   2) Bayi : Tidak ada

C. Riwayat Reproduksi dan Ginekologi

3. Riwayat Menstruasi
   a. Menarche : Pasien mengatakan pertama kali haid saat berumur 14 tahun.
   b. Siklus haid : Teratur
   c. Lamanya : ± 1 minggu
   d. Dismenorhoe : Nyeri pada perut
4. Riwayat Ginekologi
   a. Penyakit yang pernah diderita : Tidak ada
   b. Keluhan : Tidak Ada
5. Riwayat KB
   a. Jenis KB yang pernah digunakan : Suntik 3 bulan
   b. Lamanya : ± 1 tahun
   c. Keluhan : Pasien mengatakan tidak ada keluhan selama menggunakan KB jenis suntik 3 bulan.

d. Terakhir menggunakan KB : ± 1 tahun yang lalu
e. Alasan berhenti : Ingin punya anak lagi

D. Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan selama hamil ia memelihara kesehatannnya dengan makan teratur dan mengkonsumsi vitamin yang diberikan oleh dokter. Pasien mengatakan selama hamil jarang melakukan olahraga. Jumlah kunjungan kehamilan sebanyak 6 kali ke dokter praktek.

b. Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan badannya terasa nyeri terutama pada daerah operasi, Pasien mengatakan nyeri perut akibat luka operasi, pasien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian perut bawah, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6, dan nyeri dirasakan berlangsung 1-3 menit. Pasien mengatakan ada luka operasi dibagian perut bawah, Pasien mengatakan luka operasi masih terbalut verban, pasien mengatakan verban luka masih basah, pasien mengatakan ia berusaha makan teratur minum teratur dan istirahat yang cukup untuk pemulihannya, tampak luka operasi dibagian perut bawah terbalut verban, tampak verban luka masih basah.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan nasi, sayur, lauk pauk dan buah-buahan, pasien mengatakan selama hamil suka ngemil biskut, pasien mengatakan selama hamil paling sering makan sayur bayam, kacang panjang dan jagung, pasien mengatakan selama hamil selalu makan buah-buahan seperti

apel dan pir, pasien mengatakan minum air putih selama hamil 4-6 gelas (± 2000 cc) dan pasien kadang-kadang minum susu 1 kali sehari.

b. Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan makan 3 kali sehari meghabiskan 1 porsi makanan, pasien mengatakan selama di rumah sakit sudah jarang makan sayur-sayuran kecuali buah-buahan, pasien mengatakan setelah melahirkan minum air putih lebih banyak dari pada selama hamil 6-7 gelas (± 3000 cc), pasien mengatakan setelah melahirkan sudah tidak minum susu lagi.

3. Pola Eliminasi

a. Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan BAB 2 kali sehari warna kecoklatan dengan konsisten padat, pasien mengatakan BAK dalam sehari ± 8 kali sehari berwarna kuning pucat dan kadang-kadang berbau pesing.

b. Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahikan belum BAB, pasien mengatakan BAK nya agak kurang ± 550 cc berwarna kuning pucat dan berbau pesing, tampak pasien terpasang kateter.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan selama hamil ia tetap bekerja sebagai ibu rumah tangga mengurus pekerjaan rumah dan mengurus anak-anaknya, pasien mengatakan selama hamil ia jarang olahraga seperti jalan-jalan pagi karena sibuk dengan pekerjaan dan anak-anaknya.

b. Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit, tampak ekspresi wajah meringis, tampak pasien terbaring di tempat tidur, pasien tampak lemah terpasang infus dan kateter, pasien mengatakan belum bisa beraktivitas hanya bisa berbaring di tempat tidur karena nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak terlalu banyak, pasien mengatakan belum bisa duduk, tampak pasien memberikan ASI pada bayinya dengan posisi miring, tampak pasien terbaring di tempat tidur.

6. Pola Tidur dan Istirahat

a. Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan selama hamil jarang tidur siang, pasien mengatakan tidur malam dari jam 01.00 WITA atau kadang-kadang jam 02.00 WITA sampai jam 06.00 WITA pagi, pasien mengatakan paling sering bangun tengah malam karena kencing-kencing, pasien mengatakan setelah bangun kadang-kadang merasa ngantuk karena kurang tidur.

b. Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena bayinya selalu rewel yang membuat ia tidak tenang, pasien mengatakan waktu tidur hanya 1-3 jam karena bayinya selalu rewel, pasien mengatakan kadang-kadang suka terbangun tengah malam. Tampak pasien sering menguap, tampak palpebra berwarna gelap, tampak wajah pasien mengantuk.

7. Pola Persepsi dan Kognitif
   a. Keadaan Saat Hamil

      Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada indera pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan selama hamil.
   b. Keadaan Setelah Melahirkan

      Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada indera pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, dan perabaan.
8. Pola Persepsi dan Konsep Diri
   a. Keadaan Saat Hamil

      Pasien mengatakan ia senang sebagai ibu dari 3 orang anaknya dan istri dari suaminya.
   b. Keadaan Setelah Melahirkan

      Pasien mengatakan sangat senang karena bayinya lahir dengan selamat dan ia bersyukur juga karena operasinya berjalan lancar dan itu operasi untuk pertama kalinya ia rasakan.
9. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
   a. Keadaan Saat Hamil

      Pasien mengatakan sehari-hari hanya mengurus pekerjaan rumah tangga dan anak-anaknya. Pasien mengatakan hubungan dengan suami, keluarga dan tetangga terjalin dengan baik.
   b. Keadaan Setelah Melahirkan

      pasien mengatakan sangat bersyukur karena di karuniai anak meskipun pernah mengalami keguguran 1 kali tapi ia

      tetap bersyukur, tampak keluarga banyak mengunjungi pasien.

10. Pola Reproduksi dan Seksualitas
    a. Keadaan Saat Hamil

       Pasien mengatakan pertama kali haid sejak umur 14 tahun berlangsung ± 1 minggu dan saat haid selalu mersakan nyeri pada bagian perut, pasien mengatakan hubungan dengan suaminya sangat baik.
    b. Keadaan Setelah Melahirkan

       Pasien mengatakan merasa sakit pada daerah operasi. Tampak luka operasi terbalut perban, tampak lochea rubra berwarna merah pucat dan bau amis ± 50 cc, TFU sejajar dengan umbilicus dan kontraksi uterus teraba kuat.
11. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress
    a. Keadaan Saat Hamil

       Pasien mengatakan setiap ada masalah selalu berdiskusi dengan suaminya dan menyelesaikan masalah bersama suaminya.
    b. Keadaan Setelah Melahirkan

       Pasien mengatakan sulit bergerak karena merasa nyeri saat bergerak terlalu banyak, pasien merasa senang karena bayinya lahir dengan selamat. Tampak pasien terbaring di tempat tidur, tampak keluarga pasien selalu mendampingi pasien.
12. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
    a. Keadaan Saat Hamil

       Pasien mengatakan selama hamil ia dan keluarganya rajin ke gereja dan kadang-kadang ia ikut doa rukun, pasien mengatakan selalu doa di rumahnya.
    b. Keadaan Setelah Melahirkan

       Pasien mengatakan sangat bersyukur kepada Tuhan karena selama operasi sampai kelahiran anaknya berjalan dengan lancar, pasien mengatakan selalu berdoa setelah melahirkan.

E. Pemeriksaan Umum dan TTV

1. Keadaan Umum : Pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur dan terpasang infus RL 400 cc 18 tetes/menit dan dextrosa 450 cc 20 tetes 1 amp
   oxytocin di tangan kiri.
2. Tekanan Darah : 120/80 mmhg
3. Suhu Badah : 36,5 ^{0}C
4. Pernapasan : 20 x/menit
5. Denyut jantung : 80x/menit

F. Pemeriksaan Fisik Sistematis

1. Keadaan Umum/ Kesadaran : Compos Mentis
2. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital
   Tekanan darah : 120/80 mmhg
   Suhu tubuh : 36,5 ^{0}C
   Denyut nadi : 80 x/menit
   Frekuensi pernapasan : 20 x/menit
3. Pemeriksaan Fisik Sistematis
   a. Kepala : Tidak ada benjolan
      Finger print : Kembali dalam 2 detik
   b. Wajah : Tampak lemah dan meringis
   c. Mata : Pupil isokor
      Palpebra : Tidak tampak edema, tampak berwarna gelap
      Sclera : Tampak tidak icterik
      Conjungtiva : Tampak tidak anemis
      Tekanan Intra Okuler : Tekanan kiri dan kanan sama, tidak ada nyeri tekan
   d. Hidung : Tampak simetris kiri dan kanan
   e. Telinga : Tidak ada serumen

f. Mulut : Tampak bersih, tidak ada sariawan
g. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
h. Dada : Tampak simertis
Payudara : Tampak simetris, teraba lembek
Puting : Puting susu menonjol keluar
Kebersihan : Tampak bersih
Pengeluaran ASI: Pengeluaran ASI kurang
i. Abdomen
TFU : TFU teraba 2 jari diatas pusat
Kontraksi : Kontraksi teraba kuat
Peristaltik usus dan bising usus ibu : 12 x/menit
j. Genitalia
1) Lochea
Jenis (warna) : Rubra (warna merah pucat)
Banyaknya : 50 cc
Baunya : Amis
2) Vulva
Luka perineum : Tidak ada Jahitan : Tidak ada
Odema : Tidak ada Varices : Ada
Bila dilakukan episiotomi
Jenis episiotomi : Tidak ada
Panjangnya : Tidak ada
Tanda-tanda infeksi : Tidak ada
k. Anus
Haemorrhoid : Ada, muncul sejak kehamilan 8 bulan
l. Ekstremitas
Refleks biseph : Positif
Refleks triseph : Positif
Refleks kuadriseph : Positif
m. Punggung

Bentuk tulang belakang : Tegak, tidak ada masalah

Nyeri ketuk ginjal : Tidak ada

Sectio Caesarea

1. Indikasi : Varises Vulva
2. Tanggal/ jam : 06 April 2018/13.30
3. Keadaan luka post-op : Tampak terbalut perban pada luka operasi

Data Medik (pada Kasus Patologis lain)

1. Diagnosa Medik : Post operasi sectio caesarea
2. Keluhan Utama : Nyeri luka operasi
3. Riwayat Keluhan Utama :

   Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6, nyeri berlangsung selama 1-3 menit, tampak pasien meringis, pasien mengatakan ada pengeluaran darah dari jalan lahir, tampak ada pengeluaran darah dari jalan lahir.
4. Tes Diagnostik:
   a. Darah lengkap
   b. Glukosa darah sewaktu
   c. USG

Nama : Ny. ”N”
Umur : 28 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
No RM : 51-69-51

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	11,9	+	10^3/uL	[4.8 - 10.8]
RBC	4,3	-	10^6/uL	[4.7 - 6.1]
HGB	11,4	-	g/dL	[14 - 18]
HCT	34,10	-	%	[42 - 52]
MCV	78,9	-	fL	[80 - 99]
MCH	26,4	-	pg	[27 - 31]
MCHC	33		g/dL	[33 - 37]
PLT	276		10^3/uL	[150 - 450]
RDW-CV	14,4		%	[11.5 - 14.5]
PDW	11,6		fL	[9 - 13]
MPV	8,6		fL	[7.2 - 11.1]
P-LCR 17,9	17,9		%	[15 - 25]
NEUT%	65,7		%	[40 - 74]
LYM%	18,7	-	%	[19 - 48]
MXD% 15,6	15,6		%	[4 - 18]
NEUT#	7,8	+	10^3/uL	[1.5 - 7]
LYM#	2,2		10^3/uL	[1 - 3.7]
MXD#	1,9	+	10^3/uL	[0 - 1.2]
CT	12		Min	[9 - 15]
BT	3		Min	[1 - 6]

Nama : Ny ”N”
Umur : 28 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
No RM : 51-69-51

Pemeriksaan Glukosa Darah Sewaktu

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Glukosa sewaktu	116	<160	mg/dl		

Nama : Ny ”N”
Umur : 28 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
No RM : 51-69-51

Pemeriksaan USG Obstetrik

Kesan:

Gravid tunggal hidup, intra uterine, saat diUSG letak kepala, puki posterior, gerakan aktif, DJA 136 x/menit, ventrikel intracranial tidak dilatasi, estimasi BB janin berdasarkan USG 1785 ± 267 gram, sesuai usia kehamilan 31 minggu 4 hari. Saat di USG tak tampak lilitan tali pusat di leher. Estimasi partus berdasarkan USG tanggal 10 April 2018 (berdasarkan HPHT 12 April 2018). Placenta letak normal, fundus kanan anterior, echo normal , grade 1. Amnion fluid dalam batas normal, echo normal.

5. Terapi:
    1. Cefoperazone 1 gr/ 8 jam/bolus IV
    2. Ketorolac 30 gr/ 8 jam/bolus IV
    3. Asam Traneksamat 1 amp/ 8 jam/bolus IV
    4. Ranitidin 1 amp/ 8 jam / bolus IV
    5. Ondansentron 1 amp/ 8 jam/ bolus IV
    6. Cairan RL 500 cc 18 tetes/menit

B. ANALISA DATA

Nama/Umur : Ny. “N”/28 tahun

Unit/Kamar : Sto. Yoseph II/2011

No	Data	Etiologi	Masalah
	DS: - Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit - Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas hanya bisa berbaring di tempat tidur karena nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak terlalu banyak. DO: - Tampak pasien lemah - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak pasien terbaring di tempat tidur	Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah), dan agen cedera biologis	Nyeri akut

	- Tampak terpasng Oxytocin 1 amp drips dalam cairan DS 500 cc - Tampak kontraksi teraba kuat - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit		
	DS: - Pasien mengatakan ada luka operasi dibagian perut bawah - Pasien mengatakan luka operasi masih terbalut verban - pasien mengatakan verban luka masih basah DO: - Tampak luka operasi terbalut verban - Tampak verban masih basah - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg	Dengan faktor resiko terpajan dengan wabah	Resiko infeksi

	S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit		
	DS: - Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena bayinya selalu rewel yang membuat ia tidak tenang, - Pasien mengatakan waktu tidur hanya 1-3 jam karena anaknya selalu rewel - pasien mengatakan kadang-kadang suka terbangun tengah malam DO: - Tampak palpebra berwarna gelap - Tampak pasien sering menguap - Tampak wajah pasien mengantuk - Tampak terbaring lemah ditempat tidur dan terpasang infus RL 400 cc 18 tetes/menit dan dextrosa 450 cc	Pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua)	Gangguan pola tidur

	20 tetes 1 amp oxytocin di tangan kiri dan kontraksi uteus teraba kuat. - Observasi TTV TD: 120/80 mmhg S : 36,5 ^{0}C N : 80 x/menit P : 20 x/menit		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Ny. N/28 tahun

Unit/Kamar : Sto. Yoseph II/2011

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah), dan agen cedera biologis
II	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua)
III	Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan dengan wabah

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. “N” berusia 28 tahun masuk RS. Stella Maris Makassar, di ruang Sto. Yoseph II pada tanggal 05 April 2018 pukul 12.30 WITA dengan diagnosa medik G: IV P: II A: I + varises vulva dilakukan operasi *sectio caesarea* pada tanggal 06 April 2018 pukul 13.30 WITA dan bayi lahir dengan berat badan 3.400 gr dengan panjang badan 50 cm. Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 06 April 2018 dengan diagnosa medik yaitu post *sectio caesarea* dengan riwayat obstetrik (P : III A : I). Tampak pasien lemah, tampak terpasang infus RL 400 cc 18 tetes/menit dan dextrosa 450 cc 20 tetes/menit drips 1 amp oxytocin di tangan kiri, di tangan kiri tampak ekspresi wajah meringis, Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit, TFU teraba 2 jari diatas pusat, kontraksi uterus teraba kuat, ada keluar darah dari jalan lahir ± 50 cc, luka operasi dibalut dengan verban, tampak verban masih basah, tampak pasien terbaring ditempat tidur, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena merasakan nyeri kalau banyak bergerak, tampak pasien belum bisa duduk, pasien mengatakan kalau memberi ASI pada bayinya diberikan dalam posisi miring kiri atau miring kanan di tempat tidur. Hasil observasi didapatkan Tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi : 80 x/menit, P: 20 x/menit, S : 36,5 ^{0}C dan hasil laboratorium WBC 11,9 10^3/uL, RBC 4,3 10^6/uL, HGB 11,4 g/dL.

Dari data yang ditemukan di atas penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (mis, prosedur bedah) dan agen cedera biologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua), resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan dengan wabah.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini penulis membahas kesenjangan antara teori yang ada dengan kenyataan yang diperoleh selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. “N” dengan post sectio caesarea di ruang perawatan Sto. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris selama 3 hari mulai tanggal 07 April 2018 – 09 April 2018.

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

A. PENGKAJIAN

Pengkajian merupakan tahap awal yang penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan nifas post sectio caesarea. Pada saat pengkajian data yang di temukan yaitu: tampak pasien lemah, Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit, tampak ekspresi wajah meringis, TFU teraba 2 jari diatas pusat, kontraksi uterus teraba kuat, ada keluar darah dari jalan lahir ± 50 cc, luka operasi dibalut dengan verban, tampak verban masih basah, tampak pasien terbaring ditempat tidur, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena merasakan nyeri kalau banyak bergerak, tampak pasien belum bisa duduk, pasien mengatakan kalau memberi ASI pada bayinya diberikan dalam posisi miring kiri atau miring kanan di tempat tidur. Hasil observasi didapatkan tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi : 80 x/menit, pernapasan: 20 x/menit, suhu : 36,5 ^{0}C dan hasil laboratorium WBC 11,9 10^3/uL, RBC 4,3 10^6/uL, HGB 11,4 g/dL. Dengan riwayat obstetrik saat ini (P : III A : I) dimana pasien melahirkan anak pertama, kedua secara normal dan anak ketiga dilakukan dengan sectio caesarea.

Pada kasus Ny. “N” dilakukan sectio caesarea karena varises vulva sehingga di putuskan untuk dilakukan operasi sectio caesarea pertama kalinya. Adanya tindakan sectio caesarea menimbulkan dampak berupa nyeri pada luka operasi (perut bagian bawah) akibat putusnya kontuinitas jaringan kemudian mengakibatkan stimulus atau rangsangan nyeri yang diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf nosiseptor (suatu reseptor nyeri pada ujung saraf bebas yang ditemukan pada jaringan tubuh seperti pada kulit, organ visceral, dan permukaan sendi) dengan jalan melepas serotonin, histamine, ion kalium, bradikin, prostaglandin dan mengakibatkan respon proses penghantara transmisi nyeri disalurkan oleh saraf perifer kemudian dibawak kemedula spinalis mengirim sinyal kebatang otak dan thalamus ke korteks serebri dipersepsikan menjadi respon nyeri pada pasien. Dengan adanya involusi uterus maka lapisan rahim dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama sisa cairan. Campuran darah dan desidua tersebut disebut lochea, yang biasa berwarna merah mudah. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basal/alkasis, pada masa nifas terdapat perubahan sistem endokrin terutama hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut yaitu hormon oksitosin dan hormon prolactin. Hormon oksitosin disekresi dari otak bagian belakang. Isapan bayi dapat merangsang pengeluaran ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali normal. Pada hormon prolactin yaitu menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolactin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

Resiko infeksi yang dapat terjadi karena adanya luka operasi pada perut bagian bawah yang bisa merupakan media masuknya mikroorganisme. Hemoglobin normal pada wanita yaitu 14-16 g/dl, namun

pada kasus Ny. “N” hasil pemeriksaan yang didapatkan menunjukkan nilai 11,9 g/dl. Hal ini terjadi akibat dari kehilangan darah pada saat pasca persalinan. Darah pada masa ibu nifas cenderung mengalami perubahan setelah terjadinya desidua yang mencolok akibat kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan kadar hemoglobin kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi dari pada normalnya. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan dan dengan demikian daya koagulasi meningkat. Pembekuan darah harus dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pada ambulasi dini.

Volume darah yang di perlukan plasenta dan pembuluh darah uteri meningkat selama kahamilan. Diuresis terjadi akibat adanya hormon estrogen dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali.

Leukosit merupakan sel darah putih yang diproduksi oleh jaringan hemopoetik yang berfungsi untuk membantu tubuh melawan berbagai penyakit infeksi sebagai bagian dari sistem kekebalan tubuh. Nilai normal pada orang dewasa yaitu 4000-10.000/mm3, namun pada kasus Ny. ”N” hasil pemeriksaan didapatkan hasil 11,9 10^3/uL. Hal ini terjadi karena menunjukkan adanya proses infeksi atau radang akut.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan teoritis di atas ada 4 diagnosa keperawatan, tetapi penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan data yang di temukan pada kasus. Diagnosa keperawatan pada kasus yang diangkat penulis yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (mis, prosedur bedah) dan agen cedera biologis. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena memperoleh data yang mendukung yaitu: Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di

bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit, Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas hanya bisa berbaring di tempat tidur karena nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak terlalu banyak, tampak pasien lemah, tampak ekspresi wajah meringis, tampak pasien terbaring di tempat tidur, Tampak terpasng Oxytocin 1 amp drips dalam cairan DS 500 cc, tampak kontraksi teraba kuat, Observasi TTV TD: 120/80 mmhg, S : 36,5 ^{0}C, N : 80 x/menit , P : 20 x/menit.

2. Gangguan pola tidur berhubungan denganPola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua).

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena memperoleh data yang mendukung yaitu: Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena bayinya selalu rewel yang membuat ia tidak tenang, mengatakan waktu tidur hanya 1-3 jam karena anaknya selalu rewel, pasien mengatakan kadang-kadang suka terbangun tengah malam, tampak palpebra berwarna gelap, tampak pasien sering menguap, tampak wajah pasien mengantuk, observasi TTV TD: 120/80 mmhg, S : 36,5 ^{0}C, N : 80 x/menit , P : 20 x/menit.

3. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan dengan wabah.

   Penulis mengakat diagnosa tersebut karena memperoleh data yang mendukung yaitu: Pasien mengatakan ada luka operasi dibagian perut bawah, pasien mengatakan luka operasi masih terbalut verban, pasien mengatakan verban luka masih basah, tampak luka operasi terbalut verban, tampak verban masih basah, observasi TTV TD: 120/80 mmhg, S : 36,5 ^{0}C, N : 80 x/menit , P : 20 x/menit.

Dari diagnosa keperawatan diatas nampak ada kesenjangan antara diagnosa yang ditemukan dalam kasus dengan diagnosa secara teoritis. Adapun diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teoritis namun penulis tidak mencantumkan pada penerapan diagnosa keperawatan pada kasus yaitu:

1. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan refleks mengisap tidak efektif dan konstipasi berhubungan dengan obstruksi pasca-bedah, penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena tidak terdapat data yang menunjang dari diagnosa ini. Pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data yang dapat menujang untuk pengangkatan diagnosa ini karena ibu memberikan ASI kepada bayinya dan bayi mampu mengisap puting susu ibu dengan baik.
2. Konstipasi berhubungan dengan obstruksi pasca-bedah, penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena tidak terdapat data yang menunjang dari diagnosa ini. Pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data-data yang dapat mendukung pengangkatan diagnosa.

Pada kesenjangan perumusan diagnosa keperawatan secara teoritis dan diagnosa keperawatan pada kasus diatas ada salah satu diagnosa yang tidak terdapat dalam teoritis namum muncul pada diagnosa kasus yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua), penulis mengangkat diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian penulis mendapat data yang mendukung dalam pengangkatan diagnosa yaitu Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena bayinya selalu rewel yang membuat ia tidak tenang, mengatakan waktu tidur hanya 1-3 jam karena anaknya selalu rewel, pasien mengatakan kadang-kadang suka terbangun tengah malam, tampak palpebra berwarna gelap, tampak pasien sering menguap, tampak wajah pasien mengantuk, observasi TTV TD: 120/80 mmhg, S : 36,5 ^{0}C, N : 80 x/menit, P : 20 x/menit. Pada tinjauan kasus rumusan dalam mengangkat diagnosa keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi pasien saat dikaji yang sasarannya untuk mengetahui masalah yang dirasakan pasien.

C. RENCANA KEPERAWATAN

Pelaksanaan keperawatan mengacu 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 perawat ruangan dan memberikan tindakan keperawatan pada pasien meliputi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah)
   a. Manajemen nyeri:
      1) Lakukan pengkajian komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus
      2) Pastikian perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantaun yang tepat
      3) Gali bersama pasien faktor- faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri
      4) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan di rasakan, dan antisipasi dari ketidaknyaman akibat prosedur
      5) Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
      6) Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat
      7) Ajarkan teknik non farmakologi (mis: relaksasi)
   b. Monitor Tanda Tanda Vital
      1) Monitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat
   c. Pemberian analgesik

1) Berikan kebutuhan kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri
2) Berikan analgesik tambahan dan/atau pengobatan jika diperlukan untuk meningktakan efek pengurangan nyeri

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua)
   a. Peningkatan tidur
      1) Tentukan pola tidur/aktivitas pasien
      2) Monitor atau catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur
      3) Monitor pola tidur pasien, dan catat kondidi fisik (misalnya, ketakutan atau kecemasan) keadaan yang mengganggu tidur
      4) Bantu meningkatkan jumlah jam tidur, jika diperlukan
      5) Anjurkan untuk tidur siang di siang hari, jika diindikasiskan, untuk memenuhi kebutuhan tidur
3. Resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah
   a. kontrol infeksi
      1) Ajarkan pasien dan keluarga mengenaintanda dan gejala infeksi dan kapan harus dilaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan
      2) Ajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai bagaiman menghindari infeksi
   b. Perlindungan infeksi
      1) Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup
      2) Anjurkan asupan cairan ,denga tepat
      3) Anjurkan istirahat
      4) Anjurkan peningkatan mobilitas dan latihan dengan tepat
      5) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan

6) Ajrakan pasien dan anggota keluarga bagaiman cara menghindari infeksi

c. Perawatan kelahiran Caesar

1) Monitor aspek fisiologis pada saat fase pemulihan (seperti nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lochea)
2) Inspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi
3) Bantun pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif dan nafas dalam
4) Dukung ibu memberikan ASI, jika memungkinkan

d. Monitor Tanda Tanda Vital

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

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah di buat oleh penulis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan ini dilaksanakan selama 3 hari dengan kerjasama keluarga, bidan dan rekan-rekan mahasiswa.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (mis, prosedur bedah) dan agen cedera biologis. Penulis telah melaksanakan semua intervensi yang di buat yaitu Manajemen nyeri, monitor tanda-tanda vital, pemberian analgesik.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua)

   Penulis telah melaksanakan semua intervensi yang di buat yaitu: peningkatan tidur.
3. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan dengan wabah

   Penulis telah melaksanakan semua intervensi yang di buat yaitu: kontrol infeksi, perlindungan infeksi, perawatan kelahiran Caesar.

E. EVALUASI

Setelah implementasi keperawatan dilakukan oleh penulis selama 3 hari pada tanggal 07/04/2018 – 09/04/2018. Maka dilanjutkan pada evaluasi keperawatan. Adapun hasil dari evaluasi pada masalah keperawatan yang penulis dapatkan yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah) dan agen cedera biologis.

   Sudah berkurang yang ditandai dengan skala nyeri 2, tanda-tanda vital normal.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua).

   Pasien masih merasakan gangguan pola tidur ditandai dengan Pasien mengatakan masih sering terbangun tengah malam, pasien mengatakan jumlah jam tidurnya 1-3 jam, tampak pasien selalu menguap.

3. Resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah.

   Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, gatal dan bengkak, tanda-tanda vital normal.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membahas kesenjangan antara teori yang ada dengan kenyataan yang diperoleh selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. “N” dengan post sectio caesarea di ruang perawatan Sto. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris selama 3 hari mulai tanggal 07 April 2018 – 09 April 2018.

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

A. PENGKAJIAN

Pengkajian merupakan tahap awal yang penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan nifas post sectio caesarea. Pada saat pengkajian data yang di temukan yaitu: tampak pasien lemah, Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi, seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit, tampak ekspresi wajah meringis, TFU teraba 2 jari diatas pusat, kontraksi uterus teraba kuat, ada keluar darah dari jalan lahir ± 50 cc, luka operasi dibalut dengan verban, tampak verban masih basah, tampak pasien terbaring ditempat tidur, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena merasakan nyeri kalau banyak bergerak, tampak pasien belum bisa duduk, pasien mengatakan kalau memberi ASI pada bayinya diberikan dalam posisi miring kiri atau miring kanan di tempat tidur. Hasil observasi didapatkan tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi : 80 x/menit, pernapasan: 20 x/menit, suhu : 36,5 ^{0}C dan hasil laboratorium WBC 11,9 10^3/uL, RBC 4,3 10^6/uL, HGB 11,4 g/dL. Dengan riwayat obstetrik saat ini (P : III A : I) dimana pasien melahirkan anak

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah diuraikan mengenai **"**Asuhan Keperawatan Pada Ny. "N" Dengan Post *Sectio Caesarea* Di Ruangan Perawatan Sto. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar " maka penulis mengambil simpulan dan saran.

A. SIMPULAN

1. Pada saat pengkajian data yang di temukan yaitu: Tampak pasien lemah, Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit, tampak ekspresi wajah meringis, TFU teraba 2 jari diatas pusat, kontraksi uterus teraba kuat, ada keluar darah dari jalan lahir ± 50 cc, luka operasi dibalut dengan perban, tampak perban masih basah, tampak pasien terbaring ditempat tidur, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena merasakan nyeri kalau banyak bergerak, tampak pasien belum bisa duduk, pasien mengatakan kalau memberi ASI pada bayinya diberikan dalam posisi miring kiri atau miring kanan di tempat tidur. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik, memantau tanda-tanda vital.
2. Diagnosa yang diangkat pada pasien Ny. "N" yaitu Nyeri akut berhubungan dengan gen cedera fisik (mis, prosedur bedah) dan agen cedera biologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua), dan resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah.
3. Rencana keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien yaitu: Manajemen nyeri, monitor tanda-tanda vital, pemberian analgesik, peningkatan tidur, kontrol infeksi, perlindungan infeksi, perawatan kelahiran Caesar.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus Ny. ”N” berdasarkan dengan intervensi yang dibuat oleh penulis.
5. Evaluasi yang diperoleh setelah hari ke 3 perawatan adalah nyeri berkurang, pola tidur masih sedikit terganggu, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan pasien pulang pada hari ke 3.

B. SARAN

1. Bagi institusi Rumah Sakit

   Diharapkan bagi rumah sakit dalam hal ini bidan untuk rutin melakukan edukasi keperawatan pada pasien yang meliputi nutrisi dan cairan, pengendalian resiko infeksi, ambulasi dan mengimunisasikan bayinya.
2. Bagi institusi pendidikan

   Diharapakan dapat menambah jumlah buku-buku yang berhubungan dengan post *sectio caesarea* sehingga kedepannya mahasiswa dapat mendapatkan pengetahuan yang lebih banyak tentang post *sectio caesarea*.
3. Bagi pasien dan keluarga

   Diharapkan kepada pasien dan keluarga untuk lebih memperhatikan kebutuhan terutama pada nutrisi dan cairan, kebersihan perineum, istirahat dan perawatan payudara.
4. Bagi mahasiswa keperawatan.

   Diharapkan bagi mahasiswa keperawatan untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dengan cara belajar, membaca buku serta mencari informasi-informasi terbaru seperti internet dan referensi lainnya.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah diuraikan mengenai **"**Asuhan Keperawatan Pada Ny. "N" Dengan Post *Sectio Caesarea* Di Ruangan Perawatan Sto. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar " maka penulis mengambil simpulan dan saran.

A. SIMPULAN

1. Pada saat pengkajian data yang di temukan yaitu: Tampak pasien lemah, Pasien mengatakan nyeri akibat luka operasi seperti tertusuk-tusuk di bagian perut bawah dengan skala nyeri 6 yang berlangsung selama 1-3 menit, tampak ekspresi wajah meringis, TFU teraba 2 jari diatas pusat, kontraksi uterus teraba kuat, ada keluar darah dari jalan lahir ± 50 cc, luka operasi dibalut dengan perban, tampak perban masih basah, tampak pasien terbaring ditempat tidur, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas, pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena merasakan nyeri kalau banyak bergerak, tampak pasien belum bisa duduk, pasien mengatakan kalau memberi ASI pada bayinya diberikan dalam posisi miring kiri atau miring kanan di tempat tidur. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik, memantau tanda-tanda vital.
2. Diagnosa yang diangkat pada pasien Ny. "N" yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (mis, prosedur bedah) dan agen cedera biologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (menjadi orang tua), dan resiko infeksi dengan factor resiko terpajan dengan wabah.
3. Rencana keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien yaitu: Manajemen nyeri, monitor tanda-tanda

DAFTAR PUSTAKA

Amin Huda Nurarif, S. K. (2016 jilid 2). *Asuhan Keperawatan Praktis.* Jogjakarta: Medication.

Anggraini, Y. (2010). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas.* Yogyakarta: pustaka rihama.

BAB 1 PENDAHULUAN A. latar Belakang Sectio Caesarea PDFeprints.ums.ac.id. (n.d.)

BAB II TINJAUAN PUSTAKA A. Sectio Caesarea 1. Pengertian.. PDFreposiory.ump.ac.id DAHLIA BAB II. (n.d.).

Forte, H. O. (2010). *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan .* Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica (YEM).

Gloria M. Bulechek, H. K. (2013). *Nursing Interventions Classificasition (NIC).* Singapore: CV. Mocomedia.

http://repositori.uin-alaudin.ac.id/4904/1/KTI%20HARDIANA_OPT.PDF. (n.d.).

Kamitsuru, T. H. (2015-2017, ed. 10). *NANDA International Inc. Diagnosa Keperawatan: Defenisi & Klasifikasi .* Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Medical Record RS. Stella Maris Makassar, Kasus Operasi Sectio caesarea . (2015-2016-2017).

Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan maternitas II.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Saleha, S. (2009). *asuhan kebidanan pada masa nifas.* jakarta: salemba medika.

Sue Moorhead, M. J. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC).* Singapore: CV. Mocomedia.

Hardi, A. &. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medik dan Nanda Nic- Noc.* Yogyakarta.

Oxom & Forte. (2010). *Ilmu kebinanan : Patologis dan Fisiologis*, yayasan Essentia Medica : Yogyakarta

Rasjidi, Iman. (2009). *Manual Sectio Caesarea dan Laparotomi Kelainan adneksa*. Jakarta : CV Sangung Seto

LEMBAR KONSUL

Nama : Elni Sonda

NIM : E1514401016

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. “N” Dengan Post *Section Caesarea* Di Ruangan Perawatan Sto. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing I : Matilda Paseno,Ns., M.Kes

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1.	14/05/2018	BAB I	- Data dan kesimpulan	
2.	15/05/2018	BAB I	- Keterkaitan dengan paragraf selanjutnya	
		BAB II	- Penulisan dan numbering	
3.	23/05/2018	BAB IV	- Spasi 1,5 - Diagnosa teori dan diagnosa kasus - kesenjangan antara diagnosa teori dan diagnosa kasus	
		BAB V	- Urutan paragraf	
		BAB I dan BABII	- ACC	

4.	25/05/2018	BAB IV dan BAB V	- Numbering dan tanda baca	
5.	26/05/2018	BAB IV dan BAB V	- ACC	
6.	30/05/2018	Daftar isi, lembaran persetujuan dan pengesahan	- Perbaiki dari awal: pengetikan, tanda baca dan margine	
7.	04/06/2018		- Sampul dan daftar pustaka	

LEMBAR KONSUL

Nama : Elni Sonda

NIM : E1514401016

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. "N" Dengan Post *Section Caesarea* Di Ruangan Perawatan Sto. Yoseph II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing II : Meyke Rosdiana,S.Kep.,Ns

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Perbaikan	Paraf Pembimbing
1.	09/04/2018	BAB III	Diagnosa kasus	
2.	16/04/2018	BAB III	Pengkajian dan perbaikan diagnosa kasus	
3.	09/05/2018	BAB III	Pengkajian, Analisa data, diagnosa, Impelementasi dan evaluasi	
4.	22/05/2018	BAB III	Perbaikan pengkajian, analisa data, implementasi dan evaluasi, tanda baca dan pengetikan Tabel diagnosa	

5.	23/05/2018	BAB III	implementasi	
6.	25/05/2018	BAB III	Perbaikan table diagnosa dan implementasi	