KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "Y" DENGAN *SECTIO CAESAREA* DI RUANG ST. YOSEPH RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

PERONIKA
E.1514401038

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ini dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "Y" DENGAN *SECTIO CAESAREA* DI RUANG St. YOSEPH RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk dipertanggungjawabkan didepan penguji:

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Peronika

NIM : E514401038

Disetujui Oleh:

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

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik

(Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN)

NIDN:0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya tulis ini dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "Y" DENGAN *SECTIO CAESAREA* DI RUANG St. YOSEPH RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**" telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa, 12 Juni 2018
Pukul	: 13.15-14.00
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

TIM PENGUJI :

1. Penina Matheos, S.ST ( )
2. Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kep ( )
3. Meyke Rosdiana, S.kep.,Ns ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris

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

RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama	: Peronika
Tempat / Tanggal Lahir	: Wawondula,11 Februari 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Khatolik
Alamat	: Jln. Datu Museng Lorong 35

2. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu	: Philipus Bokko / Kristina Baso
Agama	: Khatolik
Pekerjaan	: Kontraktor / IRT
Alamat	: Jln. Nangka No. 34

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Negeri 270 Matompi	: 2003-2009
SMP Negeri 1 Towuti	: 2009-2012
SMA Negeri 1 Towuti	: 2012-2015
STIK Stella Maris (Program DIII)	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "Y" DENGAN NIFAS *SECTIO CAESAREA* DI RUANG PERAWATAN St. YOSEPH RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**".

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Program DIII Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan Karya Tulis ini penulis menyadari banyak kesulitan yang ditemukan namun berkat bimbingan, bantuan, dan motivasi dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan sampai akhirnya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dan telah memberikan bimbingan selama proses perkuliahan.
2. Dr. Thomas Soharto, MMR, selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi izin untuk melakukan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, terutama dalam penyusunan Karya Tulis ini.
3. Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
4. Rosdewi,S.Kep.,Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
5. Sr. Anita, JMJ,S.Kep.,NS.,MAN, selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
6. Mery Solon, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan Pembimbing Akademik DIII tingkat III.
7. Matilda Paseno, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing I Karya Tulis ini yang telah meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis ini.

8. Meyke Rosdiana, S.Kep.,Ns, selaku pembimbing II Karya Tulis ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis ini.
9. Para dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik, mengarahkan dan membekali penulis baik dengan pengetahuan, keterampilan maupun dengan pembelajaran berperilaku social yang baik.
10. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan staf perawatan yang telah memberikan kesempatan dan motivasi kepada penulis dalam menerapkan Asuhan Keperawatan di Ruang Perawatan St. Yoseph.
11. Ny. “Y” dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam menyusun Karya Tulis ini.
12. Khususnya kepada kedua orang tua penulis yang tercinta, Ayahanda Philipus B dan Ibunda Kristina B yang tersayang dan semua keluarga penulis yang telah memberikan dukungan serta doa dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
13. Kepada rekan-rekan mahasiswa STIK Stella Maris Makassar Program DII Keperawatan angkatan 2015/2018 yang senasib dan sepenanggungan mulai dari awal hingga akhir pendidikan.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis ini masih belum sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis ini.

Semoga penulisan Karya Tulis ini dapat bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya dan keperawatan khususnya dalam memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien masa nifas.

Makassar, Mei 2018

Peronika

DAFTAR ISI

Hal

HALAMAN JUDUL

HALAMAN LEMBARAN PERSETUJUAN

HALAMAN LEMBARAN PENGESAHAN

HALAMAN RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR TABEL..... iii

DAFTAR ISI..... iv

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1

B. Tujuan Penulisan..... 3

C. Manfaat Penulisan..... 4

D. Metode Penulisan..... 5

E. Sistematika Penulisan..... 6

BAB II TINJAUAN TEORI..... 7

A. KONSEP DASAR MEDIK..... 7

1. Pengertian 7

2. Jenis-jenis..... 7

3. Etiologi..... 8

4. Patofisiologi..... 9

5. Manifestasi Klinik..... 10

6. Pemeriksaan Diagnostik..... 10

B. KONSEP DASAR MASA NIFAS..... 11

1. Defenisi..... 11

2. Tahap Post Partum..... 11

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas..... 12

4. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas..... 17

5. Penatalaksanaan Medik..... 18
6. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas..... 20
7. Tes Diagnostik..... 22
8. Komplikasi Masa Nifas..... 22
C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN..... 24
1. Pengkajian..... 24
2. Diagnosa Keperawatan..... 27
3. Rencana Keperawatan..... 27
4. Discharge Planning..... 34
BAB III TINJAUAN KASUS..... 35
A. Pengkajian..... 36
B. Analisa Data..... 49
C. Diagnosa Keperawatan..... 52
D. Intervensi Keperawatan..... 53
E. Implementasi Keperawatan..... 59
F. Evaluasi..... 85
G. Daftar Obat..... 91
BAB IV PEMBAHASAN KASUS..... 96
A. Pengkajian..... 96
B. Diagnosa Keperawatan..... 98
C. Intervensi Keperawatan..... 99
D. Implementasi Keperawatan 103
E. Evaluasi..... 104
BAB V PENUTUP..... 105
A. Kesimpulan 105
B. Saran..... 106
DAFTAR PUSTAKA
DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Hal

Tabel 2.1 tabel tinggi fundus uteri menurut masa involusio..... 12
Tabel 3.1 tabel riwayat obstetri..... 36
Tabel 3.2 tabel laboratorim darah rutin..... 47
Tabel 3.3 tabel laboratorium gula darah..... 47
Tabel 3.4 tabel analisa data..... 49
Tabel 3.5 tabel diagnosa keperawatan..... 52
Tabel 3.6 tabel rencana keperawatan..... 53
Tabel 3.7 tabel pelaksanaan keperawatan..... 59
Tabel 3.7 tabel evaluasi keperawatan 85

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Salah satu fenomena masalah utama yang berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan yaitu *Sectio Caesarea. Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Sugeng jitowiyono, 2010) Masa setelah persalinan disebut masa nifas atau masa puerperium.

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 24 hari atau 6 minggu. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas penting untuk diperhatikan agar dapat menurunkan angka kematian ibu (AKI). Tingginya AKI disebabkan komplikasi kehamilan dan pasca persalinan seperti pendarahan, eklamsia dan infeksi.

Menurut World Health Organization (WHO, 2011) kematian ibu adalah kematian seorang perempuan dalam masa hamil atau dalam 42 hari setelah kehamilan berakhir dengan sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. Pada tahun 2014 AKI didunia sebesar 210 kematian per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan dinegara berkembang 14 kali lebih tinggi bila dibandingkan negara maju yaitu 230 per 100.000 kelahiran. Berdasarkan laporan WHO (2014), kematian ibu didunia disebabkan pre-eklamsia 28%,

pendarahan 27%, eklamsia 14%, aborsi tidak aman 8%, infeksi 11%, penyulit persalinan 9% dan emboli 14%.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi ketimbang negara-negara lain dikawasan ASEAN. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, AKI di Indonesia berada pada angka 305/100.000 kelahiran hidup. Situasi ini tentu membutuhkan kerja keras bersama untuk terus menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia sebagaimana target yang ditetapkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs). Target Pembangunan Jangka Panjang (*Sustainable Development Goals/SDGs*) menargetkan terjadi penurunan AKI secara global, yakni 70 kematian per 100,000 kelahiran hidup per 2030 nanti. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia)

Di Kota Makassar, AKI pada tahun 2015 sebanyak 5 kematian ibu dari 25.181 kelahiran hidup (AKI: 19,86/100.000 KH). Angka kematian ibu di Kota Makassar menunjukkan penurunan dari 20,33/100.000 KH di Tahun 2014 menjadi 19,86/100.000 KH di tahun 2015.(Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2015)

Berdasarkan dari data *Medic Record (MRO)* RS. Stella Maris Makassar pada tahun 2016 jumlah ibu yang melahirkan secara *Sectio Caesarea* sebanyak 11 ibu dengan presentase 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 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.

Sectio Caesarea merupakan isu kesehatan yang mempengaruhi kehidupan wanita saat melahirkan. Banyak dilema, ketakutan dan kecemasan yang muncul pada saat detik-detik terakhir kehamilan, sehingga seorang wanita memutuskan untuk dilakukan *Sectio Caesarea*. Pertimbangan dilakukan *Sectio Caesarea* saat ini, selain atas indikasi medis: CPD (*Chepalo Pelvic Disproportion*), *Solusio Plasenta*, Ruptur uteri mengancam, Letak sungsang, Pre-eklamsia dan eklamsia, Partus tak maju, *Distorsia Serviks*, juga banyak dengan alasan non medis, dan bahkan permintaan pasien, sehingga *Sectio Caesarea* saat ini sudah banyak menjadi pilihan wanita yang akan melahirkan.

Persalinan secara *Sectio Caesarea* memberikan dampak bagi ibu dan bayi, nyeri yang hilang timbul akibat pembedahan pada dinding abdomen dan dinding rahim yang tidak hilang hanya dalam satu hari itu memberi dampak seperti mobilisasi terbatas, *Activity of Daily Living* (ADL) terganggu pada ibu dan akibatnya nutrisi bayi berkurang sebab tertundanya pemberian ASI sejak awal, selain itu juga mempengaruhi Inisiasi Menyusui Dini (IMD) yang akan mempengaruhi daya tahan tubuh bayi yang dilahirkan secara *Sectio Caesarea*.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat Asuhan Keperawatan Pada Ny. “Y” Dengan *Sectio Caesarea* Di Ruang Perawatan St. Yoseph RS Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Memperoleh pengetahuan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas post operasi

Sectio Caesarea diruang perawatan St. Yoseph RS Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian pada ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea*
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea*
   c. Menyusun perencanaan pada ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea*
   d. Melaksanakan intervensi pada ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea*
   e. Membuat evaluasi pada ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea* dan mendokumentasikan asuhan keperawatan.

C. Manfaat Penulisan

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi instansi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan untuk tenaga keperawatan khususnya pada bagian kebidanan dalam mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea.*

2. Bagi pendidikan

   Merupakan sumber informasi bagi instansi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan pelayanan di masa yang akan datang.

3. Bagi perawat

   Di harapakan dapat memberikan asuhan keperawatan yang efisien dan efektif pada kasus ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea* sehingga komplikasi yang muncul dapat dicegah sedini mungkin.

4. Bagi penulis

   Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi penulis khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea.*

D. Metode Penulisan

Dalam asuhan keperawatan digunakan metode yang didasarkan pada data-data objektif dan relevan dengan teori-teori yang dijadikan dasar dalam pemecahan masalah untuk memperoleh data-data yang dilaporkan, penulis menggunakan metode:

1. Studi Kepustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, internet dan catatan perkuliahan yang ada hubungannya dengan karya tulis ini.

2. Studi Kasus

   Untuk studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan untuk mendapatkan informasi digunakan teknik:

   a. Wawancara

      Penulis menggunakan wawancara dengan pasien dan keluarga melalui pertanyaan langsung.

   b. Penulis

      Mengadakan pengamatan/mengevaluasi langsung reaksi/respon emosi ibu, riwayat penyakit, tindakan dan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan fisik pada ibu.

   c. Diskusi

      Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya tulis, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.

   d. Internet

      Dengan membaca situs yang ada kaitannya dengan penulisan karya tulis ilmiah ini.

E. Sistematika penulisan

Penulis karya ilmiah ini secara sistematis dalan beberapa BAB yaitu: Bab I Pendahuluan, pada bab ini diuraikan latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan teoritis yang diuraiakan dalam 2 bagian yaitu: konsep dasar medik yang mencakup defenisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi dan pada bagian kedua yaitu: konsep asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan dan perencanaan pulang (*discharge planning*). Bab III Pengamatan kasus, pada bab ini diuraikan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implemantasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan kasus pada bab ini akan diuraiakan tentang analisa kasus yang membahas perbandingan antara konsep teori yang ditemukan dengan kenyataan yang terdapat didalam uraian tinjauan kasus dan untuk megetahui kesenjangan antara teori dan praktik keperawatan selama pengamatan kasus. Bab V Penutup pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan-kesimpulan yang diambil dari pembahasan dan saran-saran yang dapat diajukan sebagai masukan dan dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan, khususnya bagi perawatan ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea*.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR SECTIO CAESAREA

1. Pengertian

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padilla, 2015).

Operasi Caesarea atau sering disebut dengan *Sectio Caesarea* adalah melahirkan janin melalui sayatan dinding perut (abdomen) dan dinding rahim (uterus).

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Jitowiyono, 2010)

Dari beberapa defenisi diatas, maka penulis menyimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu pembenahan untuk melahirkan janin lewat insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melaluin perut dan dinding perut dengan keadaan utuh dan sehat dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram.

2. Jenis-jenis *Sectio Caesarea* (Padilla, 2015):

a. *Sectio Caesarea* klasik (corporal)

Dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

b. *Sectio Caesarea* (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf bawah rahim kira-kira sepanjang 10 cm.

c. *Sectio Caesarea* ulang (*Repeat Caesarea Sectio*)

   Ibu pada kehamilan lalu mengalami Sectio dan pada kehamilan selanjutnya *Sectio Caesarea* ulang.

d. Section Caesarea Vaginalis (Vagina)

   Menurut sayatan pada rahim, *Sectio Caesarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

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

3. Etiologi

   Indikasi di lakukannya *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

   a. CPD (*Chepalo Pelvic Disproportion*)

      Ketidakseimbangan antara kepala janin dengan bentuk dan ukuran panggul.

   b. Solusio Plasenta

      Lepasnya plasenta dari dinding rahim bagian dalam sebelum proses persalinan, baik seluruhnya maupun sebagian.

   c. Ruptur uteri mengancam

      Robekan dinding uterus pada saat kehamilan atau dalam persalinan tanpa robekan perioneum visceral.

   d. Letak sungsang

      Keadaan dimana janin yang letaknya memanjang dengan kepala di *fundus uteri* dan bokong berada dibagian bawah *kavum uteri*.

   e. Pre-eklamsia dan eklamsia

      Sebuah komplikasi pada kehamilan yang ditandai dengan darah tinggi (hipertensi).

   f. Partus tak maju

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

g. *Distorsia Serviks*

Kesulitan dalam jalannya persalinan karena kelainan tenaga (his) yang tidak normal sehingga menghambat kelancaran persalinan.

h. Gemelli

Kehamilan ganda atau hamil kembar dengan dua atau lebih.

i. *Sectio Caesarea* sebelumnya.

4. Patofisiologi

Sectio Caesarea merupakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding abdomen dan uterus. Akibat dari tindakan operasi adalah terputusnya kontiunitas jaringan sehingga terjadi peningkatan zat prostaglandin dan seratinin yang merangsang ujung-ujung saraf tepi dan dihantarkan ke hipotalamus 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 dari dinding uterus sehingga terjadi potensial pendarahan.

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

5. Manifestasi Klinis

   Persalinan dengan *Sectio Caesarea* memerlukan perawatan yang lebih komprensif yaitu perawatan post operatif dan perawatan post partum. Adapun manifestasi klinik sebagai berikut:

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

6. Pemeriksaan Diagnostik

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

B. KONSEP DASAR MASA NIFAS

1. Defenisi

   Pengertian masa nifas (puerperium) adalah masa sesudahnya persalinan terhitung dari saat selesai persalinan sampai pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil dan lamanya masa nifas kurang lebih 6 minggu (Padilla, 2015).

   Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 24 hari atau 6 minggu. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil (maritalia, 2014).

   Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dan masa ini berlangsung sampai 6 minggu.

2. Tahapan Post Partum (Padilla, 2014):

   Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

   a. Periode *Immediate post partum* (24 jam pertama)

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

   b. Periode *Early Post Partum* (24 jam-1minggu)

      Involusi uteri dalam keadaan normal tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, cukup mendapatkan makanan.

   c. Periode *Late Post Partum* (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.

3. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas (Padilla, 2015):
   a. Uterus

      Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus keadaan tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini tinggi fundus uterus menurut masa involusio.

Involusio	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	Dua jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Tabel 2.1 tabel tinggi fundus uteri menurut masa involusio

   b. Lochea

      Lochea adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lochea bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari menstruasi. Lochea ini berbau anyir dalam keadaan normal, tetapi tidak busuk. Ada beberapa jenis lochea pada masa nifas yaitu:

      1) Lochea rubra adalah lochea berwarna merah segar dan hitam terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah dari mulai hari 1 sampai hari ke- 3.
      2) Lochea sanguilenta adalah lochea berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke- 3 sampai hari ke- 7 pasca persalinan.

3) Lochea serosa adalah lochea berikutnya. Dimulai dari versi yang lebih pucat dari lochea rubra. Lochea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu dan kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke- 7 sampai hari ke- 14 pasca persalinan.
4) Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai dari hari ke- 14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan se-sel desidua.

c. Serviks

Setelah selesainya kala III persalinan, serviks dan segmen bawah uteri menjadi struktur yang tipis, kolaps, kendur dan serviks menjadi lembek, kendor dan berbentuk corong. Hal ini disebabkan korpus berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara serviks dan korpus uteri berbentuk cincin, warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah, mulut serviks mengecil 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.

d. Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium 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 sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan

berubah menjadi *karunkulae mitimorfis* yang khas bagi wanita multipara.

e. Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh *klitoris*, bagian belakang oleh perineum, pada masa persalinan vulva mengalami penekanan serta perenggangan 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 tidak menonjol.

f. Payudara (*Mammae*)

Payudara atau *Mammae* adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada yang berfungsi memproduksi ASI sebagai nutrisi bagi bayi. Selama kehamilan hormone prolactin dari plasenta meningkat tapi 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 disekresi setelah hari ke- 3 post partum.

g. Sistem pencernaan

Pada ibu yang 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 post partum. Hal ini disebabkan terjadi penurunan tonus selama persalinan. Faktor-faktor tersebut

sering menyebabkan konstipasi pada masa nifas dalam minggu pertama. Keadaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal.

h. Sistem perkemihan

BAK sering sulit dalam 24 jam pertama, kemungkinan terdapat *spasme sfingter* dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompesi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Ureter berdilatasi dan kembali normal dalam 6 minggu setelah post partum.

i. Sistem integument

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada kulit wajah, leher, *Mammae*, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas, dan biasanya suhu meningkat 38 ºC karena kelelahan dan dieresis 24 jam pertama.

j. Sistem kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala ke-3 ketika volume darah uterus dilkeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama post partum dan akan kembali normal pada hari ke-3 post partum.

k. Sistem musculoskeletal

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

l. Prolaktin hormon

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

1) Oxiytocin

   Oxytocin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ke-3 persalinan, hormon oxytocin berperan dalam pelepasan plasenta, mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah pendarahan, isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oxytocin. Hal ini dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

2) Prolaktin

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

3) Estrogen 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 mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

4) Tanda-tanda vital

a. Suhu badan

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

b. Nadi

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

c. Tekanan darah

Pasca melahirkan tekan darah menjadi lebih rendah diakibatkan oleh pendarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre-eklamsia post partum.

d. Pernafasan

Pada ibu post partum umumnya pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

4. Perubahan Psikologis Masa Nifas

a. Fase *taking in*

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke-2 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 nitrisi 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 deperhatikan 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 baik dan benar, cara perawatan luka jalan lahir, mobilisasi post partum, senam nifas, nutrisi, istirahat dan 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.

5. Penatalaksanaan Medik

a. Terapi farmakologi

1) Analgesia

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

2) Cairan dan diet

Untuk pedomen umum, pemberian 3 botol larutan RL terbukti sudah cukup selama pembedahan. Pasien dapat makan makanan 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 pasca 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 per oral.

3) Diet

Setelah penderitan flatus pemberian cairan per oral dapat dilakukan, dengan pemberian makanan dan minuman misalnya minum air buah, bubur saring dan akhirnya makanan biasa sejak boleh minum pada hari pertama, obat-obatan per oral sudah bisa minum. Pemberian makanan dapat berubah jika 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 perawat dapat bagun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari ke dua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

6) Perawatan luka

Luka insisi diinspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak flester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

7) Laboratorium

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

8) Perawatan payudara

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

6. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas (Raito, 2013)

a. Nutrisi dan cairan

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

b. Mobilisasi

Perawatan mobilisasi dini yaitu:

1) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperineum.
2) Mempercepet 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 spinter uretra mengalami tekanan oleh iritasi musculus spinterani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing sebaiknya dilakukan kateterisasi.

d. Defekasi

Bisanya 2-3 hari post partum ibu masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur, pemberian cairan yang banyak dan makanan cukup serat.

e. Personal hygiene

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

f. Perawatan payudara

Perawatan *Mammae* 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.

7. Tes Diagnostik
    a. Leukosit

        Nilai total saat tidak hamil 4.500-10.000/mm³. Saat hamil 5.500-15.000/mm³. Apabila terjadi peningkatan jumlah menandakan adanya infeksi.
    b. Hemoglobin dan hematocrit

        Mengukur konsentrasi sel-sel darah dan menggambarkan kehilangan darah dan anemia. Nilai normal Hb (12-16 g/dl) dan Ht (42-47%).
8. Komplikasi Masa Nifas
    a. Infeksi masa nifas

        Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi persalian. Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI). Infeksi alat genitalia oleh bakteri peurperialis merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran 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 disuria.
    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) *Inversion uteri*

            Inversion uteri adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya kedalam kavum uteri.

4) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi disepanjang 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 emosinal selama beberapa bulan kehamilan.

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN MASA NIFAS

1. Pengkajian

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

Ds: Bagaimana persepsi dan pemeliharaan kesehatan pasien, upaya yang dilakukan pasien untuk mempertahankan kesehatan dan perlindungan diri (obat-obatan yang digunakan, misalnya jamu, vitamin dan lain-lain), kebuasaan 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 dan jenis makanan, frekuensi dan jenis makanan yang masuk dalam sehari, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah, alergi makanan, masalah mengunyah 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, kelembaban atau kekeringan membran mukosa, hernia atau massa, edema, pembesaran thyroid, bau mulut, kondisi gigi atau gizi, bising usus dan bunyi napas.

c. Pola eliminasi

Ds: Bagaimana defekasi pasien, beberapa frekuensi dalam satu hari, karakteristik feses, defekasi terakhir apakah ada pendarahan hemoroid, diare atau konstipasi, bagaimana pola berkemih, berapa frekuensi berkemih,

karakter urine, apakah terjadi inkontinensia retensi, kesulitan berkemih.

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

d. Pola aktivitas dan latihan

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

Do: Meliputi respon aktivitas yang diobservasi meliputi kardiovaskuler, saluran pernafasan, tonus otot dan rasa dan rasa lemah badan.

e. Pola tidur dan istirahat

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

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

f. Pola kognitif dan perseptual

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

Do: Kemampuan melihat, mendengar, menghirup, merasakan.

g. Pola persepsi dan konsep diri

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

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

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Ds: Mengkaji tentang hubungan dengan suami dan tinggal dengan siapa, peran dalam sruktur 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: Bagaimana pola interaksi dan hubungan dengan pasangan meliputi hubungan intim, pengetahuan pasangan tentang seks, keyakinan, kesulitan melakukan seks, kontiunitas hubungan seksual, pengetahuan pasangan kapan dimulai hubungan *intercourse* pasca partum.

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

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

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 dan kepercayaan

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

Do: Mencari bantuan spiritual, bukti melaksanakan dan kepercayaan

2. Diagnosa keperawatan
    a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
    b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (Mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua)
    c. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah
    d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan suplai ASI tidak cukup
    e. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif

3. Rencana keperawatan
    a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

        Tujuan :

        Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencapai Kontrol Nyeri (1605)

        Intervensi :

        1) Pemberian Analgesik (2210)
            a) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien
            b) Tentukan pilihan obat analgesik (narkotik, non narkotik, atau NSAID), berdasarkan tipe dan keparahan nyeri.
            c) Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat.
            d) Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping.
            e) Kolaborasikan dengan dokter apakah obat, dosis, rute pemberian, atau perubahan interval dibutuhkan, buat rekomendasi khusus berdasarkan prinsip analgesik

f) Ajarkan tentang penggunaan analgesik, strategi untuk menurunkan efek samping, dan harapan terkait dengan keterlibatan dalam keputusan pengurangan nyeri

2) Managemen Nyeri (1400)
   a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan beratnya nyeri dan faktor pencetus.
   b) Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri.
   c) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.
   d) Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri, (misalnya ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan).
   e) Kolaborasi dengan pasien, orang terdekat dan tim kesehatan lainnya untuk memilih dan mengimplementasikan tindakan penurun nyeri nonfarmakologi, sesuai kebutuhan.
   f) Monitor kepuasan pasien terhadap managemen nyeri dalam interval yang spesifik.

3) Terapi Relaksasi (6040)
   a) Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman, jika memungkinkan.
   b) Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien.
   c) Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan.

d) Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi.

4) Monitor Tanda-Tanda Vital (6680)

1) Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (Mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencapai Tidur (0004)

Intervensi :

1) Managemen Lingkungan (6480)

a) Ciptakan lingkungan yang aman bagi pasien.

b) Sediakan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman.

c) Sediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda.

d) Batasi pengunjung.

2) Peningkatan Tidur (1850)

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

b) Anjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur.

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

c. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencapai Kontrol Risiko (1902)

Intervensi :

1) Perlindungan Infeksi (6550)
    a) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
    b) Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup.
    c) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan.
    d) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada pemberi layanan kesehatan.
2) Perawatan Postpartum (6930)
    a) Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan.
    b) Pantau lokasi fundus, tinggi dan tonus, pastikan untuk menopang segmen bawah rahim selama dilakukan palpasi.
    c) Dorong pergerakan dimulai sejak awal dan dilakukan secara rutin, bantu pasien bila diperlukan.
3) Perawatan Luka (3660)
    a) Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna ukuran dan bau.
    b) Pertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka, dengan tepat.
    c) Reposisi pasien setidaknya setiap 2 jam, dengan tepat
    d) Rujuk pada ahli diet, dengan tepat.
    e) Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.
    f) Dokumentasikan lokasi luka, ukuran dan tampilan.
4) Perawatan Kelahiran Caesar (6750)
    a) Monitor aspek fisiologis pada saat fase pemulihan (seperti nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan nafas dan lokhea).

b) Inspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi.
c) Bantu pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif, dan nafas dalam.
d) Dukung ibu memberikan ASI, jika memungkinkan.

5) Monitor Tanda-Tanda Vital (6680)
a) Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan suplai ASI tidak cukup

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencapai Keberhasilan Menyusui: Bayi (1000)

Intervensi :

1) Managemen Nutrisi (1100)
a) Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan persyaratan gizi.
b) Atur diet yang diperlukan (yaitu: menyediakan mekanan protein tinggi; menyarankan menggunakan bumbu dan rempah-rempah sebagai alternatif untuk garam, menyediakan pengganti gula; menambah atau mengurangi kalori, menambah atau mengurangi vitamin, mineral, atau suplemen).
c) Tawarkan makanan ringan yang padat gizi.
d) Pastikan diet mencakkup makanan yang tinggi kandungan serat untuk mencegah konstipasi.

2) Konseling Laktasi (5244)
a) Berikan informasi mengenai manfaat (kegiatan) menyusui baik fisiologis maupun psikologis.
b) Beri kesempatan pada ibu untuk menyusui setelah melahirkan, jika memungkinkan.

c) Monitor kemampuan bayi untuk menghisap.
d) Diskusikan pilihan untuk mengeluarkan air susu, meliputi pemompaan, (ASI) non listrik (misalnya, tangan dan manual) dan pamompaan elektik (misalnya, satu atau dobel, pompa ASI elektrik untuk ibu dengan bayi prematur).

3) Pengajaran : Nutrisi Bayi 0-3 Bulan (5640)
a) Instruksikan orang tua/pengasuh untuk memberi makan hanya ASI atau susu formula untuk tahun pertama (tidak ada makanan padat sebelum 4 bulan).
b) Istruksikan orang tua/pengasuh untuk selalu memengang bayi saat memberikan botol.
c) Instruksikan orang tua/pengasuh untuk membuang sisa susu formula dan membersihkan botol setiap selesai memberikan makan.

e. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan volume cairan aktif

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencapai Keseimbangan Cairan (0601)

Intervensi :

1) Pengurangan Pendarahan : Uterus Post partum (4026)
a) Kaji riwayat obstetrik dan catatan persalinan terkait dengan faktor resiko pendarahan post partum (misalnya, riwayat pendarahan post partum sebelumnya, persalinan yang lama, induksi, pre-eklamsia, kala ll lama, persalinan dengan bantuan, kelahiran kembar, *Sectio Caesarea* atau persalianan dengan di pacu).

b) Observasi karakteristik lokhea (misalnya, warna, bekuan dan jumlah).
c) Berikan oxytocin IV atau IM sesuai protokol atau order.
d) Monitor tanda-tanda vital setiap 15 menit atau lebih sering, jika diperlukan.

2) Terapi Intravena (IV) (4200)
a) Berikan pengobatan IV, sesuai yang diresepkan dan monitor untuk hasilnya.
b) Moinitor reaksi fisik terhadap adanya cairan berlebihan.
c) Catat asupan dan output dengan tepat.
d) Monitor tanda dan gejala yang berhubungan dengan phlebitis infus dan infeksi lokal.

3) Monitor Cairan (4130)
a) Tentukan faktor-faktor resiko yang munkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan (misalnya, kehilangan albumin, luka bakar, malnutrisi, sepsis, sindrom nefrotik, hipertermi, terapi diuretik, patologi ginjal, gagal jantung, diaforesis, disfungsi hati, olahraga berat, paparan panas, infeksi, pasca operasi, poliuria, muntah, dan diare).
b) Periksa turgor kulit dengan memengang jaringan sekitar tulang seperti tangan atau tulang kering, mencubit kulit dengan lembut, pengan dengan kedua tangan dan lepaskan (dimana, kulit akan turun kembali dengan cepat jika pasien teridrasi dengan baik).
c) Monitor membran mukosa,turgor kulit dan respon haus.
d) Monitor tanda dan gejala asites.

4) Monitor Tanda-Tanda Vital (6680)

a) Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.s

4. *Dischart planning*
   a. Anjurkan ibu untuk tidak hamil selama 5 tahun dan sebaiknya menggunakan alat kontrasepsi.
   b. Anjurkan ibu untuk minum obat secara teratur.
   c. Mengingatkan kepada pasien supaya kembali untuk memberikan imunisasi pada bayinya.
   d. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.
   e. Lakukan perawatan post operasi sesuai arahan tenaga medis selama dirumah.
   f. Jaga kebersihan diri terutama luka post operasi dan daerah perineum.
   g. Konsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: PERONIKA NIM:E1514401038

Unit : St. Yoseph Lt.2

Kamar : 2012

Tgl Masuk RS (jam) :07/04/2018(12.00 WITA)

Tgl Pengkajian (jam) :07/04/2018(16.00 WITA)

1. Identitas

a. Data Ibu (Istri)

Nama Ibu : Ny. Y

Umur : 41 Tahun

Agama : Kristen Protestan

Suku : Mamasa

Pendidikan : DIII

Pekerjaan : Karyawan Swasta

Status Perkawinan : Kawin

Perkawinan ke: 2 (Kedua)

Lama Perkawinan: 2 Tahun

Alamat : Jalan sukarya 3

b. Data Suami

Nama : Tn. N

Umur : 39 Tahun

Agama :Kristen Protestan

Suku : Mamasa

Pendidikan: DIII

Pekerjaan: Karyawan Swasta

Status Perkawinan : Kawin

Perkawinan ke: 2 (Kedua)

Lama Perkawinan: 2 Tahun

Alamat : Jalan Sukarya 3

2. Riwayat Obstetri yang lalu

No	Umur Anak (thn lahir)	Jenis Kelamin	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi Persalinan	BBL/ PBL	Laktasi (ya/tdk)	Lama Menyusu
1	2004	Lk	40 Minggu	Normal	Dokter	Rumah Sakit	Tidak Ada	2900 kg 48 cm	Tidak	Tidak Ada
2	2006	Pr	38 Minggu	Normal	Dokter	Rumah Sakit	Tidak Ada	3000 kg 50 cm	Ya	9 Bulan
3	2007	Abortus								
4	2008	Pr	39 Minggu	Normal	Dokter	Rumah Sakit	Tidak Ada	2800 kg 48 cm	Ya	11 Bulan

5	Kehamilan Sekarang									

3. Riwayat Obstetri Terakhir
   a. Riwayat Kehamilan (G : IV P : II A : I)
      1) HPHT : 03 Juli 2017
      2) TP : 10 April 2018
      3) Jumlah ANC : 9 Kali (setiap bulan)
      4) Imunisasi TT: Pasien mengatakan tidak diberi imunisasi TT selama kehamilan sekarang
      5) Kebiasaan Saat Hamil
         a) Makanan : Pasien mengatakan selama hamil ia suka mengkonsumsi gorengan dan makanan berdaging seperti sate, coto dan bakso.
         b) Obat-obatan/jamu : Pasien mengatakan selama hamil ia hanya mengkonsumsi obat yang diberikan dokter saat kontrol yaitu: tablet Sf 1 kali perhari di konsumsi selama ± 90 hari pada trimester I. Pasien mengatakan selama hamil ia tidak mengkonsumsi jamu
         c) Merokok : Pasien mengatakan ia tidak merokok
         d) Lain-lain : Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan lain saat selama hamil

   b. Riwayat Persalinan/ Kelahiran
      1) Tanggal Persalinan : 07 April 2018
      2) Jenis Persalinan : *Sectio Caesarea*
      3) Lama Persalinan :

a) Kala I : Tidak ada
b) Kala II : Tidak ada
c) Kala III : Tidak ada
d) Kala IV : Tidak ada

4) Ketuban Pecah : Pukul 14.40 Wita
Warna : Bening
Bau : Amis
Jumlahnya : ± 200 cc
5) Jumlah Perdarahan : ± 300 cc
6) Pengobatan yang telah diberikan :
a) Cairan RL 500 cc
b) Cairan Dextrosa 5% 500 cc
c) Oxytocyn 2 ampul drips dalam cairan Dextrosa 5% 500 cc
7) Penyulit Persalinan
a) Ibu : Tidak ada
b) Bayi : Kepala janin besar untuk melewati panggul ibu sehingga dilakukan *Sectio Caesarea*

4. Riwayat Reproduksi dan Ginekologi
a. Riwayat Menstruasi
1) Menarche : Pasien mengatakan pertama kali haid pada umur 14 tahun
2) Siklus haid : Pasien mengatakan haidnya teratur
3) Lamanya : Pasien mengatakan lama haidnya 3-5 hari
4) Dismenorhoe :Pasien mengatakan ia kadang-kadang merasa nyeri pada perut bawah saat haid

b. Riwayat Ginekologi
1) Penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan tidak pernah menderita peyakit ginekologi

2) Keluhan : Pasien mengatakan tidak ada keluhan sebelumnya

c. Riwayat KB

1) Jenis KB yang pernah digunakan : Pasien mengatakan KB yang pernah ia gunakan adalah Spiral

2) Lamanya : ± 7 tahun

3) Keluhan : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan KB Spiral yang ia gunakan

4) Terakhir menggunakan KB :Pasien mengatakan terakhir kali ia menggunakan KB Spiral adalah tahun 2015

5) Alasan berhenti : Pasien mengatakan alasan ia berhenti adalah karena ingin punya anak lagi

5. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan baginya sehat itu penting. Pasien mengatakan ia selalu periksa ke RS tiap bulan. Pasien mengatakan mengkonsumsi buah-buahan dan tablet SF 1 kali perhari di konsumsi selama ± 90 hari pada trimester I dari dokter, pasien mengatakan selalu makan teratur, pasien

mengatakan selalu berolahraga pada akhir pekan dan saat libur kantor.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan sejak melahirkan badannya terasa sakit dan lemah. Pasien mengatakan ia akan menjaga kesehatannya dengan baik makan makanan bergizi, dan berolahraga di akhir pekan.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil ia biasa makan 3 kali sehari dan ia selalu menghabiskan makanannya, pasien mengatakan ia biasa mengonsumsi buah-buahan. Pasien mengatakan mengkonsumsi vitamin dari dokter. Pasien juga mengatakan suka makan gorengan dan makanan berdaging seperti sate, coto, dan bakso. Pasen mengatakan ia biasa minum 5-7 gelas air perhari dan tidak mengkonsumsi kopi.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan ia biasa makan 3 kali sehari dan selalu menghabiskan makanannya, pasien mengatakan minum 7-8 gelas air perhari.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan selama hamil ia biasa BAB 1 kali sehari dengan warna kuning dan konsistensi padat, pasien mengatakan ia biasa BAK ± 8 kali sehari dengan warna kuning dan berbau pesing.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan ia belum BAB, pasien mengatakan ia BAK ± 6 kali sehari dengan warna kuning dan berbau pesing

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil ia biasa bekerja hari senin sampai jumat dari jam 7 pagi sampai jam 5 sore. Pasien mengatakan pada hari libur kerja, sabtu dan minggu ia bekerja di rumah dan pada sore hari ia biasa jalan-jalan dihalaman rumah. Pasien mengatakan ia biasa olahraga seperti senam pagi dan jalan-jalan di halaman rumahnya.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan ia tidak bisa melakukan apa-apa karena masih lemah. Pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada perut bagian bawah. Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan durasi nyerinya 4-5 menit, pasien mengatakan skala nyerinya 6, tampak luka post operasi terbalut verban, tampak pasien meringis setiap perutnya ditekan, tampak luka operasi masih basah.

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil ia biasa tidur malam ± 7 jam, pasien mengatakan biasa terbangun untuk berkemih, pasien mengatakan selalu merasa segar saat bangun, pasien mengatakan tidak tidur siang karena bekerja.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan tidurnya kurang karena kadang bayinnya menangis karena ingin menyusu dan nyeri pada luka post operasi. Pasien mengatakan tidur malam ± 3 jam dan tidur siang ± 1 jam. Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun, pasien mengatakan selalu merasa mengantuk, tampak ekspresi wajah pasien mengantuk, tampak pasien sering menguap, tampak kantong mata pasien berwarna gelap.

f. Pola Persepsi dan Kognitif

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil tidak ada gangguan dengan indra penglihatan, penciuman, pendengaran, peraba dan perasanya.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan tidak ada gangguan dengan indra penglihatan, penciuman, pendengaran, peraba dan perasanya.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan saat hamil merasa senang dengan kehamilannya dan walaupun hamil ia dapat melakukan pekerjaannya di kantor dan tugasnya sebagai istri dan mengurus rumah.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan ia sangat senang dan bersyukur karena bayinya lahir dengan selamat dan tidak cacat.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan ia bekerja hari senin sampai jumat dan pada hari sabtu dan minggu ia berperan sebagai istri dan ibu yang mengurus anaknya. Pasien mengatakan hubungannya dengan keluarga, teman kantor dan tetangganya baik.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan sejak sakit hubungannya dengan anak, teman kerja dan tetangganya baik dan tidak terganggu walaupun dirawat di RS, tampak pasien sering dikunjungi keluarga dan teman kerjanya

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien mengatakan pertama kali haid pada umur 14 tahun dengan silkus teratur 28 hari, pasien mengatakan hubungannya dengan suami baik-baik saja.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka post operasi, tampak luka dibalut verban, tampak lochea rubra berwarna merah segar dan berbau amis, jumlah ± 100 cc, TFU sejajar pusat, kontraksi uterus teraba kuat.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress

1) Keadaan Saat Hamil

Pasienmengatakan saat hamil jika ada masalah ia selalu berdiskusi dengan suaminya dan mencari jalan keluar bersama.

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien tampak tidak cemas walaupun terasa sakit di perutnya, pasien tampak bahagia jika melihat bayinya dan saat keluarga atau kerabat datang berkunjung.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan Saat Hamil

Pasien dan keluarga beragama kristen protestan, pasien mengatakan saat hamil ia selalu ke gereja pada hari minggu dan hari raya keagamaanya

2) Keadaan Setelah Melahirkan

Pasien mengatakan setelah melahirkan ia merasa bersyukur dan berterima kasih kepada Tuhan kerena penyertaan-Nya sehingga ia bisa melahirkan anaknya dengan selamat dan dalam keadaan sehat.

6. Pemeriksaan Umum dan TTV

a. Keadaan Umum: Pasien tampak terbaring lemah diatas tempat tidur, tampak pasien terpasang infus RL 20

tetes per menit dan Oxytocin 1 ampul drips dalam cairan Dextrosa 5% 500 cc, 16 tetes per menit, ditangan sebelah kanan.

b. Tekanan Darah : 120/70 mmHg
c. Suhu Badah : 36,5 ºC
d. Pernapasan : 21 x/ menit
e. Denyut jantung : 85 x/ menit

7. Pemeriksaan Fisik Sistematis
   a. Keadaan Umum/ Kesadaran : Compos mentis
   b. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital :
      Suhu tubuh : 36,5 ºC
      Tekanan darah : 120/70 mmHg
      Denyut nadi : 85 x/ menit
      Frekuensi pernapasan : 21 x/ menit
   c. Pemeriksaan Fisik Sistematis
      1) Kepala : Tampak bersih, tampak tidak ada benjolan, tampak tidak ada luka
         Finger print : Kembali < 3 detik
      2) Wajah : Tampak lemah dan pucat
      3) Mata : Tampak pupil isokor
         Palpebra : Tampak tidak ada edema
         Sclera : Tampak tidak ikterik
         Conjungtiva : Tampak tidak anemis
         Tekanan Intra Okuler : Sama pada kedua sisi
      4) Hidung : Tampak bersih, tampak simetris kiri dan kanan
      5) Telinga : Tampak tidak ada serumen kanalis bersih dan membran thympani utuh
      6) Mulut : Tampak bersih, tampak tidak ada sariawan, gigi utuh
      7) Leher : Tampak tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan kelenjar getah bening

8) Dada : Tampak simetris kiri dan kanan
   Payudara : Tampak tegang, tampak simetris kiri dan kanan
   Puting : Aerolla tampak menonjol dan berwarna hitam
   Kebersihan : Tampak bersih
   Pengeluaran ASI : Tampak belum ada kolostrum
9) Abdomen : Tampak tidak ada striae
   TFU : Setinggi pusat
   Kontraksi : Teraba keras
   Peristaltik usus dan bising usus ibu : 10x/ menit
10) Genitalia
   (a) Lochea
      Jenis (warna) : Rubra berwarna merah segar
      Banyaknya : ± 100 cc
      Baunya : Amis
   (b) Vulva
      Luka perineum : Tampak tidak ada
      Jahitan : Tampak tidak ada
      Odema : Tampak tidak ada
      Varices : Tampak tidak ada
      Bila dilakukan episiotomi
      Jenis episiotomi : Tampak tidak dilakukan epiostomi
      Panjangnya : Tampak tidak ada
      Tanda-tanda infeksi : Tampak tidak ada
11) Anus
   Haemorrhoid : Tampak tidak ada
12) Ekstremitas
   Refleks biseph : Positif
   Refleks triseph : Positif
   Refleks kuadriseph : Positif
13) Punggung

Bentuk tulang belakang : Vertebra tampak tegak, tampak tidak ada kelainan

Nyeri ketuk ginjal : Tampak tidak ada nyeri ketuk ginjal

8. Sectio Caesaria
   a. Indikasi : *CPD* (*Cephalopelvic Disporpotion*)
   b. Tanggal/ jam : 07 April 2018/ 14.55 WITA
   c. Keadaan luka post-op : Tampak luka tertutup verban
9. Data Medik
   a. Diagnosa Medik : Post operasi *Sectio Caesarea*
   b. Keluhan Utama : Nyeri pada luka operasi
   c. Riwayat Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan durasi nyerinya ± 3-4 menit, pasien mengatakan skala nyerinya 6, tampak luka post operasi terbalut verban, tampak pasien meringis setiap perutnya ditekan, tampak luka operasi masih basah.
   d. Tes Diagnostik :
      1) USG Abdomen

         Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

         Nama Pasien : Ny.Y

         Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr

         Jenis Kelamin : PEREMPUAN

         Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

         Kesan:

         Gravid tunggal hidup intrauterine

         Presentase kepala

         Punggung kanan

         Cairan amnion kesan cukup

EFW: 3,735 gram

2) Laboratorim darah rutin

Pemeriksaan Laboratorium (Blood)

Nama Pasien : Ny.Y

Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr

Jenis Kelamin : PEREMPUAN

Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.5		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4.3	-	10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	11.7	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	33.60	-	%	[42 --- 52]
MCV	78.3	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.3	-	pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	301		10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	13.3		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	11.1		fL	[9 --- 13]
MPV	9.0		fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	19.2		%	[15 --- 25]
NEUT%	71.3		%	[40 --- 74]
LYM%	22.2		%	[19 --- 48]
MXD%	6.5		%	[4 --- 18]
NEUT#	6.0		10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	1.9		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.6		10^3/uL	[0 --- 1.2]

3) Laboratorium gula darah

Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pasien : Ny.Y

Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr

Jenis Kelamin : PEREMPUAN

Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

Test / jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
KIMIA DARAH DIABETES				

/ GLUKOSE Gula Darah Sewaktu GLUKOSA SEWAKTU	109	<160	mg/dl	

e. Terapi :

1) Ranitidin injeksi 1 ampul/12 jam/ bolus IV
2) Ondansentron injeksi 1 ampul/12 jam/bolus IV
3) Cefoperazone injeksi 1 gram/8 jam/bolus IV
4) Ketorolac injeksi 1 ampul/ 8 jam/bolus IV
5) Asam Traneksamat 1 ampul/ 8 jam/ bolus IV
6) Cefadroxil 500 mg/2x1/oral
7) Asam Mefenamat 500 mg/3x1/oral
8) Bledstop 125 mg/2x1/oral

Makassar, 07 April 2018

(Peronika)

B. Analisa Data

Nama/Umur : Ny. Y/ 41 Tahun

Unit/Kamar : St. Yoseph Lt. 2/ 2012

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka post operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan durasi nyerinya ± 4-5 menit. – Pasien mengatakan skala nyerinya 6. DO: – Tampak luka post operasi terbalut verban – Tampak pasien meringis setiap perutnya ditekan – Observasi TTV: TD : 120/70 mmHg Nadi : 85 x/ menit Suhu : 36,5 ºC Pernafasan : 21 x/ menit	Agen cidera fisik	Nyeri akut
2	DS: – Pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada perut bagian bawah – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka post operasi DO: – Tampak ada luka post	Terpajan pada wabah	Resiko infeksi

	operasi – Tampak luka post operasi masih basah – Tampak luka post operasi dibalut verban – Observasi TTV: TD : 120/70 mmHg Nadi : 85 x/ menit Suhu : 36,5 ºC Pernafasan : 21 x/ menit		
3	DS: – Pasien mengatakan setelah melahirkan tidurnya kurang karena kadang bayinnya menangis karena ingin menyusu. – Pasien mengatakan tidur malam ± 3 jam dan tidur siang ± 1 jam – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun – Pasien mengatakan selalu merasa mengantuk DO: – Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk – Tampak pasien sering menguap – Tampak kantong mata pasien berwarna gelap – Observasi TTV: TD : 120/70 mmHg Nadi : 85 x/ menit	Pola tidur tidak menyehatkan (mis. karena tanggung jawab menjadi orang tua)	Gangguan pola tidur

	Suhu : 36,5 ºC Pernafasan : 21 x/ menit		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/Umur : Ny. Y/ 41 Tahun

Unit/Kamar : St. Yoseph Lt.2/ 2012

No	Diagnosa Keperawatan
I	Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
II	Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua)
III	Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah

D. Intervensi Keperawatan

Nama/Umur : Ny Y/ 41 Tahun

Unit/Kamar : St. Yoseph Lt. 2/ 2012

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcames Clasification (NOC)	Nursing Intervention Clasification (NIC)
07 April 2018	Nyeri akut b/d agen cidera fisik ditandai dengan: Data Subjektif: – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka post operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk. – Pasien mengatakan durasi nyerinya ± 4-5 menit. – Pasien mengatakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencapai Kontrol Nyeri (1605) Dengan kriteria hasil: – Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 – Mengambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 – Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa	1. Managemen Nyeri (1400) – Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan beratnya nyeri dan faktor pencetus. – Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri – Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur – Kurangi atau eliminasi faktor-faktor

	skala nyerinya 6. Data Objektif: – Tampak luka post operasi terbalut verban – Tampak pasien meringis setiap perutnya ditekan – Observasi TTV: TD : 120/70 mmHg Nadi : 85x/menit Suhu : 36,5ºC Pernafasan : 21 x/ menit	analgesik dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 – Menggunakan analgesic yang direkomendasikan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 – Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada professional kesehatan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 Keterangan : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri, (misalnya ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan) 2. Terapi Relaksasi (6040) – Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien – Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan – Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi 3. Monitor Tanda-Tanda Vital (6680) – Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat 4. Pemberian Analgesik (2210) – Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien – Tentukan pilihan obat analgesik (narkotik, non narkotik, atau NSAID),

			berdasarkan tipe dan keparahan nyeri. – Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat – Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping – Kolaborasikan dengan dokter apakah obat, dosis, rute pemberian, atau perubahan interval dibutuhkan, buat rekomendasi khusus berdasarkan prinsip analgesik
07 April 2018	Gangguan pola tidur b/d pola tidur tidak menyehatkan (mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua) ditandai dengan: Data Subjektif: – Pasien mengatakan setelah melahirkan tidurnya kurang karena	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu Mencapai Tidur (0004) Dengan kriteria hasil: – Jam tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan ke skala 5 – Pola tidur dipertahankan pada	1. Managemen Lingkungan (6480) – Sediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda – Batasi pengunjung 2. Peningkatan Tidur (1850) – Monitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur

	kadang bayinnya menangis karena ingin menyusu. – Pasien mengatakan tidur malam ± 3 jam dan tidur siang ± 1 jam – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun – Pasien mengatakan selalu merasa mengantuk Data Objektif: – Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk – Tampak pasien sering menguap – Tampak kantong mata pasien berwarna gelap	skala 3 ditingkatakan ke skala 5 – Kualitas tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan ke skala 5 – Perasaan segar setelah tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan ke skala 5 Keterangan : 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu	– Anjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tudur dan minuman yang mengganggu tidur – Anjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan, untuk memenuhi kebutuhan tidur

	– Observasi TTV: TD : 120/70 mmHg Nadi : 85 x/ menit Suhu : 36,5 ºC Pernafasan : 21 x/ menit		
07 April 2018	Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah ditandai dengan: Data Subjektif: – Pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada perut bagian bawah – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka post operasi Data Objektif: – Tampak ada luka post	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu mencapai Kontrol Risiko (1902) Dengan kriteria hasil: – Mengidentifikasi factor resiko dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 – Memonitor faktor resiko di lingkungan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 – Menjalankan strategi control	1. Perlindungan Infeksi (6550) – Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal – Instruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan – Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada pemberi layanan kesehatan 2. Perawatan Postpartum (6930) – Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan – Pantau lokasi fundus, tinggi dan tonus,

	operasi – Tampak luka post operasi masih basah – Tampak luka post operasi dibalut verban – Observasi TTV: TD : 120/70 mmHg Nadi : 85 x/ menit Suhu : 36,5 ºC Pernafasan : 21 x/ menit	resiko yang sudah ditetapkan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5 – Menghindari paparan ancaman kesehatan Keterangan : 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Kadang-kadang menunjukkan 3. Cukup terganggu 4. Sering menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan	pastikan untuk menopang segmen bawah rahim selama dilakukan palpasi – Dorong pergerakan dimulai sejak awal dan dilakukan secara rutin, bantu pasien bila diperlukan 3. Perawatan Kelahiran Caesar (6750) – Inspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi – Bantu pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif, dan nafas dalam – Dukung ibu memberikan ASI, jika memungkinkan 4. Monitor Tanda-Tanda Vital (6680) – Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

E. Implementasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny. “Y”/ 41 Tahun

Ruang/ Kamar : St. Yoseph Lt.2/ 2012

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
07 April 2018	I, III	16.25	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/: TD : 130/82 mmHg N : 71 x/menit S : 36.6 ºC P : 15 x/menit	Peronika
	I	17.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan durasi nyerinya ± 4-5 menit – Pasien mengatakan skala nyerinya 6 – Tampak pasien meringis setiap perutnya ditekan	Peronika

	I	17.05	Menentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien. H/: – Tampak lokasi nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan skala nyerinya 6 – Tampak ekspresi wajah pasien meringis	Peronika
	I	17.10	Memberikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur H/: – Nyeri pasien disebabkan oleh luka post operasi dan kontraksi uterus – Nyeri akan dirasakan ± 1 minggu	Peronika
	I	17.15	Menggali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri. H/: Pasien mengatakan nyerinya bertambah saat bergerak dan berkurang saat istirahat	Peronika

	I	17.20	Mengurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri, (misalnya ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan) H/: Menganjurkan pasien untuk tidak banyak bergerak, miring kiri dan kanan agar nyeri berkurang	Peronika
	I	18.00	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat H/: Ketorolac 1 ampl/8 jam/bolus IV	Peronika
	I	18.00	Menginjeksi obat pada pasien H/: – Ranitidine 1 ampl/12 jam/bolus IV – Ondansetron 1 ampl/12 jam/bolus IV – Asam traneksamat 1 ampul/8 jam/bolus IV	Peronika
	I	18.25	Mendokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping H/: Tampak tidak ada tanda adanya efek samping dari obat pada pasien	Peronika
	II	19.15	Menyediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda	Peronika

			H/: Tampak linen dan lingkungan pasien bersih dan rapi	
	II	20.00	Membatasi pengunjung H/: – Menyarankan keluarga pasien untuk pulang agar pasien bisa beristirahat – Tampak keluarga mengerti dan menuruti kata perawat	Peronika
	I, II	20.30	Menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien H/: Tampak pasien mengerti dengan teknik relaksasi yang diajarkan	Peronika
	I, II	20.45	Mendorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan H/: Tampak pasien mau mengulang praktik teknik relaksasi	Peronika
	I, II	20.50	Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: – Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks Mendukung ibu memberikan ASI jika memungkinkan	Peronika

	III	20.55	H/: Mendorong ibu untuk sering menyusui bayinya walaupun ASInya belum keluar Menginjeksi obat pada pasien H/:	Peronika
	III	21.00	Cefoperazone 1 gr/8 jam/bolus IV Memonitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat	Peronika
	I, III	21.30	H/: TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5 ºC P : 21 x/menit Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri	Peronika
	I	02.00	yang berat H/: Ketorolac 1 ampl/8 jam/bolus IV Menginjeksi obat pada pasien H/:	Bidan Ana, Elni
	I	02.05	Asam traneksamat 1 ampul/8 jam/bolus IV Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan	Bidan Ana, Elni
08 April 2018	I, III	05.00	dengan tepat H/: TD : 120/70 mmHg N : 78 x/menit	Bidan Ana, Elni

			S : 36 ºC P : 20 x/menit	
	I	06.00	Menginjeksi obat pada pasien H/: – Ranitidine 1 ampul/12 jam/bolus IV – Ondansetron 1 ampl/12 jam/bolus IV	Bidan Ana, Elni
	III	08.40	Memantau lokasi fundus, tinggi dan tonus, pastikan untuk menopang segmen bawah rahim selama dilakukan palpasi H/: TFU teraba setinggi pusat	Bidan Ana, Tina
	III	08.50	Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan H/: Tampak lochea rubra berwarna merah kehitaman	Bidan Delvi, Tina
	III	08.55	Mendorong pergerakan dimulai sejak awal dan dilakukan secara rutin, bantu pasien bila diperlukan H/: Menganjurkan pasien miring kiri/kanan untuk mempercepat proses involusio	Bidan Delvi, Tina
			Menunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien	Bidan

	I, II	09.30	H/: Tampak pasien mengerti dengan teknik relaksasi yang diajarkan	Delvi, Tina
	I, II	09.40	Mendorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan H/: Tampak pasien mau mengulang praktik teknik relaksasi	Bidan Delvi, Tina
	I,II	09.45	Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: – Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks	Bidan Delvi, Tina
	I, III	09.50	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/: TD : 120/60 mmHg N : 80 x/menit S : 36 ºC P : 18 x/menit	Bidan Delvi, Tina
	III	09.55	Mendukung ibu memberikan ASI jika memungkinkan H/: Mendorong ibu untuk sering menyusui bayinya walaupun ASInya belum keluar	Bidan Delvi, Tina

	I	10.00	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat H/: Ketorolac 1 ampul/8 jam/bolus IV	Bidan Delvi, Tina
	I	10.00	Menginjeksi obat pada pasien H/: Asam traneksamat 1 ampul/8 jam/bolus IV	Bidan Delvi, Tina
	III	13.00	Menginjeksi obat pada pasien H/: Cefoperazone 1 gr/8 jam/bolus IV	Bidan Delvi, Tina
	I	14.00	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat H/: Ketorolac 1 ampl/8 jam/bolus IV	Bidan Delvi, Tina
	III	14.30	Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi, kapan harus melaporkannya kepada pemberi layanan kesehatan H/: – Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang di ajarkan perawat – Pasien mengatakan tidak ada rasa gatal disekitar balutan verban – Tampak pasien mampu menyebut tanda dan gejala	Peronika

			infeksi	
	III	14.35	Menginspeksi kondisi insisi dan balutan luka post operasi H/: – Tampak tidak ada tanda kemerahan pada kulit sekitar verban – Tampak pergantian verban belum dilakukan – Tampak balutan verban bersih dan tidak ada noda darah	Peronika
	I	14.40	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan durasi nyerinya 4-5 menit – Pasien mengatakan skala nyerinya 5 – Tampak pasien meringis setiap perutnya ditekan	Peronika
			Memonitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/:	Peronika

	II	14.50	– Pasien mengatakan tidur malam ± 4 jam dan tidur siang ± 1 jam – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun – pasien mengatakan selalu merasa mengantuk – tampak ekspresi wajah pasien mengantuk – tampak kantong mata pasien berwarna gelap	
	II	15.00	Menyediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda H/: Tampak linen dan lingkungan pasien bersih dan rapi	Peronika
	II	15.10	Menganjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan, untuk memenuhi kebutuhan tidur H/: Tampak pasien mengerti dan mengatakan akan tidur siang	Peronika
	II	15.20	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur H/: – Menganjurkan pasien tidak minum kopi untuk sementara waktu	Peronika

			– Tampak pasien mengerti dan mengatakan tidak akan minum kopi	
	I, II	15.40	Mendorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan H/: Tampak pasien mau mengulang praktik teknik relaksasi	Peronika
	I,II	15.45	Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: – Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks dan merasa nyaman	Peronika
	III	15.50	Mendorong pergerakan dimulai sejak awal dan dilakukan secara rutin, bantu pasien bila diperlukan H/: Menganjurkan pasien untuk miring kiri/kanan untuk mempercepat proses involusio	Peronika
	I, III	16.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/: TD : 120/60 mmHg N : 80 x/menit	Peronika

			S : 36.2 ºC P : 18 x/menit	
	III	16.05	Mendukung ibu memberikan ASI jika memungkinkan H/: Mendorong ibu untuk sering menyusui bayinya walaupun ASInya belum keluar	Peronika
	I	17.10	Menggali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri. H/: Pasien mengatakan nyerinya bertambah jika ia banyak bergerak seperti sering miring kiri/kanan dan berkurang ketika pasien tidak banyak bergerak atau tetap pada satu posisi	Peronika
	I	17.15	Mengurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri, (misalnya ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan) H/: Menganjurkan pasien untuk tidak banyak bergerak/ miring kiri dan kanan agar nyeri berkurang	Peronika
			Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat	Peronika

	I	18.00	H/: Ketorolac 1 ampl/8 jam/bolus IV	
	I	18.00	Menginjeksi obat pada pasien H/: – Ranitidine 1 ampul/12 jam/bolus IV – Ondansetron 1 ampul/12 jam/bolus IV – Asam traneksamat 1 ampul/8 jam/bolus IV	Peronika
	II	18.45	Menyediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda H/: Tampak linen dan lingkungan pasien bersih dan rapi	Peronika
	III	19.00	Membantu pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif, dan nafas dalam H/: Pasien mampu miring kiri, miring kanan dengan bantuan perawat	Peronika
	II	19.45	Membatasi pengunjung H/: – Menyarankan keluarga pasien untuk pulang agar pasien bisa beristirahat – Tampak keluarga mengerti dan menuruti kata perawat	Peronika

	I, II	20.25	Mendorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan H/: Tampak pasien mau mengulang praktik teknik relaksasi	Peronika
	I, II	20.30	Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: – Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks dan merasa nyaman	Peronika
	III	21.00	Menginjeksi obat pada pasien H/: Cefoperazone 1 gr/8 jam/bolus IV	Peronika
	I, III	21.45	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/: TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36 ºC P : 2 x/menit	Peronika
	I	02.00	Memberikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat H/: Ketorolac 1 ampl/8 jam/bolus IV	Bidan Amel, Yolan

09 April 2018	III	02.00	Menginjeksi obat pada pasien H/: Asam traneksamat 1 ampul/8 jam/bolus IV	Bidan Amel, Yolan
	I, III	05.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/: TD : 120/70 mmHg N : 78 x/menit S : 36 ºC P : 20 x/menit	Bidan Amel, Yolan
	I	06.00	Memberikan obat pada pasien H/: – Ranitidine 1 ampul/12 jam/bolus IV – Ondansetron 1 ampl/12 jam/bolus IV	Bidan Amel, Yolan
	III	09.45	Memantau lokasi fundus, tinggi dan tonus, pastikan untuk menopang segmen bawah rahim selama dilakukan palpasi H/: TFU teraba 1 jari dibawah pusat	Bidan Vina, Rinda
	III	09.50	Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan H/: – Tampak lochea rubra	Bidan Vina, Rinda

			berwarna merah kehitaman – Tampak tidak ada gumpalan darah	
	III	10.00	Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan H/: – Memberikan Cefadroxyl 500 mg/2x1/oral – Tampak pasien meminum antibiotik yang diberikan	Bidan Vina, Rinda
	I, III	10.05	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/: TD : 100/80 mmHg N : 85 x/menit S : 36,5 ºC P : 20 x/menit	Bidan Vina, Rinda
	I	08.05	Memberikan obat pada pasien H/: Asam mefenamat 500 mg/3x1/oral	Bidan Vina, Rinda
	I, II	11.30	Mendorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan H/: Tampak pasien mau mengulang praktik teknik relaksasi Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi	Bidan Vina, Rinda

	I,II	11.35	H/: – Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks dan merasa nyaman Menginspeksi kondisi insisi dan balutan luka post operasi H/: Tampak kondisi insisi bersih dan tidak ada rembesan cairan/darah Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal H/: – Pasien mengatakan tidak demam – Pasien mengatakan tidak ada tanda kemerahan pada kulit sekitar verban – Pasien mengatakan tidak ada rasa gatal disekitar balutan verban – Tampak balutan verban bersih dan tidak ada noda darah rembesan cairan – Tampak suhu tubuh pasien 36 ºC Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan	Bidan Vina, Rinda
	III	12.55		Bidan Vina, Rinda
	III	13.00		Bidan Vina, Rinda
				Peronika

	I	13.20	beratnya nyeri dan faktor pencetus. H/: – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan durasi nyerinya ± 4 menit – Pasien mengatakan skala nyerinya 4 – Tampak pasien meringis setiap perutnya ditekan	
	II	13.45	Memonitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/: – Pasien mengatakan tidur malam ± 4 jam dan tidur siang ± 2 jam – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun – pasien mengatakan selalu merasa mengantuk – tampak ekspresi wajah pasien mengantuk – tampak kantong mata pasien berwarna gelap	Peronika
			Memberikan obat pada pasien H/: Bledstop 125 mg/2x1/oral	Peronika

	III	14.00	Menyediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda	
			H/:	Peronika
	II	14.05	Tampak linen dan lingkungan pasien bersih dan rapi	
			Membantu pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif, dan nafas dalam	
			H/:	Peronika
	III	14.30	Pasien mampu miring kiri, miring kanan tanpa bantuan perawat	
			Menganjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur	
			H/:	Peronika
	II	14.45	Tampak pasien mengerti dan mengatakan akan tidur siang	
			Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur	Peronika
	II	15.00	H/: – Menganjurkan pasien tidak minum kopi untuk sementara waktu – Tampak pasien mengerti dan mengatakan tidak akan minum kopi	
			Mengevaluasi dan mendokumentasikan respon	

			terhadap terapi relaksasi H/:	
	I,II	15.30	– Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks dan merasa nyaman	Peronika
	I, III	16.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/: TD : 110/70 mmHg N : 80 x/menit S : 36,8 ºC P : 19 x/menit	Peronika
	III	17.30	Mendukung ibu memberikan ASI jika memungkinkan H/: Mendorong ibu untuk sering menyusui bayinya walaupun ASInya masih sedikit	Peronika
	I	18.00	Memberikan obat pada pasien H/: Asam Mefemanat 500 mg/3x1/oral	Peronika
	II	18.05	Menyediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda H/: Tampak linen dan lingkungan pasien bersih dan rapi	Peronika
			Membantu pasien melakukan	

			latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif, dan nafas dalam H/: Pasien mampu miring kiri, miring kanan dengan bantuan	Peronika
	III	19.00	Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan H/: – Memberikan Cefadroxyl 500 mg/2x1/oral – Tampak pasien meminum antibiotik yang diberikan	Peronika
	III	20.00	Membatasi pengunjung H/: – Menyarankan keluarga pasien untuk pulang agar pasien bisa beristirahat – Tampak keluarga mengerti dan menuruti kata perawat	Peronika
	II	20.30	Mengevaluasi dan medokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: – Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks dan merasa nyaman	Peronika
	I,II	20.55	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat	

	I, III	21.00	H/: TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36 ºC P : 20 x/menit	Peronika
	III	22.00	Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan H/: – Memberikan Cefadroxyl 500 mg/2x1/oral – Tampak pasien meminum antibiotik yang diberikan	Bidan Irma, Maria
	I	02.00	Memberikan obat pada pasien H/: Asam Mefemanat 500 mg/3x1/oral Memberikan obat pada pasien H/: Bledstop 125 mg/2x1/oral	Bidan Irma, Maria
	III	02.00	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat H/:	Bidan Irma, Maria
10 April 2018	I, III	05.00	TD : 120/70 mmHg N : 78 x/menit S : 36 ºC P : 20 x/menit Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan H/: – Memberikan Cefadroxyl 500	Bidan Irma, Maria

			mg/2x1 /oral – Tampak pasien meminum antibiotik yang diberikan	Peronika
	III	08.00	Memantau lokasi fundus, tinggi dan tonus, pastikan untuk menopang segmen bawah rahim selama dilakukan palpasi H/: TFU teraba 2 jari dibawah pusat	Peronika
	III	08.45	Memonitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan H/: – Tampak lochea rubra berwarna merah kehitaman – Tampak tidak ada gumpalan darah	Peronika
	III	08 55	Menyediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda H/: Tampak linen dan lingkungan pasien bersih dan rapi	Peronika
	II	09.35	Menginstruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan H/: – Memberikan Cefadroxyl 500 mg/2x1/oral – Tampak pasien meminum antibiotik yang diberikan	Peronika

	III	10.00	Memberikan obat pada pasien H/: Asam mefenamat 500 mg/3x1/oral	
			Memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat	Peronika
	I	10.00	H/: TD : 100/80 mmHg N : 85 x/menit S : 36,5 ºC	Peronika
	I, III	10.05	P : 20 x/menit Mendukung ibu memberikan ASI jika mungkinkan H/: Mendorong ibu untuk sering menyusui bayinya walaupun ASInya masih sedikit	Peronika
	III	10.35	Mengevaluasi dan medokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi H/: – Pasien mengatakan merasa rileks – Tampak pasien mulai rileks dan merasa nyaman	Peronika
	I, II	11.20	Menginspeksi kondisi insisi dan balutan luka post operasi H/: Tampak kondisi insisi bersih dan tidak ada rembesan cairan/darah	

	III <

	II	13.05	– Pasien mengatakan durasi nyerinya ± 3 menit – Pasien mengatakan skala nyerinya 3 – Tampak ekspresi wajah pasien sudah rileks Memonitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur H/: – Pasien mengatakan tidur malam ± 5 jam dan tidur siang ± 1 jam – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun – tampak kantung mata pasien berwarna gelap	Peronika

F. Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny. “Y”/ 41 Tahun

Unit/Kamar : St. Yoseph Lt. 2/ 2012

Tanggal	No. Dx	Evaluasi Keperawatan	Paraf
08 April 2018	I	S : – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan durasi nyerinya 4-5 menit – Pasien mengatakan skala nyerinya 5 O : – Tampak pasien meringis jika perutnya ditekan A: Nyeri masih dirasakan tapi sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi: – Managemen Nyeri – Terapi Relaksasi – Monitor Tanda-Tanda Vital – Pemberian Analgesik	Peronika
08 April 2018	II	S : – Pasien mengatakan tidur malam ± 4 jam dan tidur siang ± 1 jam – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun – Pasien mengatakan selalu merasa mengantuk O : – tampak ekspresi wajah pasien mengantuk	Peronika

		– tampak pasien sering menguap A : Gangguan pola tidur masih terganggu P : Lanjutkan intervensi : – Managemen Lingkungan – Peningkatan Tidur	
08 April 2018	III	S : – Pasien mengatakan tidak ada rasa gatal disekitar balutan verban – Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang diajarkan perawat O: – Tampak pasien mampu menyebut tanda dan gejala infeksi – Tampak tidak ada tanda kemerahan pada kulit sekitar verban – Tampak pergantian verban belum dilakukan – Tampak balutan verban bersih dan tidak ada noda darah A: Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi tapi masih beresiko P : Lanjutkan intervensi: – Perlindungan Infeksi – Perawatan Postpartum – Perawatan Kelahiran Caesar) – Monitor Tanda-Tanda Vital	Peronika

Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny. “Y”/ 41 Tahun

Unit/Kamar : St. Yoseph Lt. 2/ 2012

Tanggal	No. Dx	Evaluasi Keperawatan	Paraf
09 April 2018	I	S : – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan durasi nyerinya ± 4 menit – Pasien mengatakan skala nyerinya 4 O : – Tampak pasien meringis jika perutnya ditekan A : Nyeri masih dirasakan tapi sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi: – Managemen Nyeri – Terapi Relaksasi – Monitor Tanda-Tanda Vital – Pemberian Analgesik	Peronika
09 April 2018		S : – Pasien mengatakan tidur malam ± 4 jam dan tidur siang ± 2 jam – Pasien mengatakan selalu merasa mengantuk – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun O : – Tampak ekspresi wajah pasien mengantuk	Peronika

		– Tmpak pasien sering menguap A : Gangguan pola tidur masih terganggu P : Lanjutkan intervensi : – Managemen Lingkungan – Peningkatan Tidur	
09 April 2018		S : – Pasien mengatakan tidak demam – Pasien mengatakan tidak ada tanda kemerahan pada kulit sekitar veban – Pasien mengatakan tidak ada rasa gatal disekitar balutan verban O: – Tampak tidak ada tanda kemerahan pada kulit sekitar verban – Tampak balutan verban bersih dan tidak ada noda darah rembesan cairan – Tampak suhu tubuh pasien 36 ºC A : Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi tapi masih beresiko P : Lanjutkan intervensi: – Perlindungan Infeksi – Perawatan Postpartum – Perawatan Kelahiran Caesar – Monitor Tanda-Tanda Vital	Peronika

Evaluasi Keperawatan

Nama/Umur : Ny. “Y”/ 41 Tahun

Unit/Kamar : St. Yoseph Lt. 2/ 2012

Tanggal	No. Dx	Evaluasi Keperawatan	Paraf
10 April 2018	I	S : – Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi. – Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan durasi nyerinya ± 3 menit – Pasien mengatakan skala nyerinya 3 O : – Tampak ekspresi wajah pasien sudah rileks A : Nyeri masih dirasakan tapi sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi: – Managemen Nyeri – Terapi Relaksasi – Monitor Tanda-Tanda Vital – Pemberian Analgesik	Peronika
10 April 2018	II	S : – Pasien mengatakan tidur malam ± 5 jam dan tidur siang ± 1 jam – Pasien mengatakan merasa tidak segar saat bangun O : – Tampak kantung mata pasien berwarna gelap A : Gangguan pola tidur sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi :	Peronika

		– Managemen Lingkungan – Peningkatan Tidur	
10 April 2018	III	S : – Pasien mengatakan tidak demam – Pasien mengatakan tidak ada tanda kemerahan pada kulit sekitar verban – Pasien mengatakan tidak ada rasa gatal disekitar balutan verban O: – Tampak kondisi balutan verban tidak ada noda darah atau push dan tampak verban kering – Tampak suhu tubuh pasien 36,5 ºC A : Tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi tapi masih beresiko P : Lanjutkan intervensi: – Perlindungan Infeksi – Perawatan Postpartum – Perawatan Kelahiran Caesar – Monitor Tanda-Tanda Vital	Peronika

Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Unit : SPESIALIS OBGYN
Nama Pasien : Ny.Y
Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

Kesan:
Gravid tunggal hidup intrauterine
Presentase kepala
Punggung kanan
Cairan amnion kesan cukup
EFW: 3,735 gram

Pemeriksaan Laboratorium

Unit : SPESIALIS OBGYN
Nama Pasien : Ny.Y
Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

Test / jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
KIMIA DARAH DIABETES / GLUKOSE Gula Darah Sewaktu GLUKOSA SEWAKTU	109	<160	mg/dl	

Pemeriksaan Laboratorium

Unit : SPESIALIS OBGYN
Nama Pasien : Ny.Y
Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

Test / Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
Waktu Pendarahan/BT BT/WAKTU PENDARAHAN	2	1-6	menit	
Waktu Pembekuan/CT CT/WAKTU PEMBEKUAN	12	9-15	menit	

Pemeriksaan Laboratorium (Blood)

Unit : SPESIALIS OBGYN
Nama Pasien : Ny.Y
Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.5		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4.3	-	10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	11.7	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	33.60	-	%	[42 --- 52]
MCV	78.3	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.3	-	pg	[27 --- 31]
MCHC	35		g/dL	[33 --- 37]
PLT	301		10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	13.3		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	11.1		fL	[9 --- 13]
MPV	9.0		fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	19.2		%	[15 --- 25]
NEUT%	71.3		%	[40 --- 74]
LYM%	22.2		%	[19 --- 48]
MXD%	6.5		%	[4 --- 18]
NEUT#	6.0		10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	1.9		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.6		10^3/uL	[0 --- 1.2]

Pemeriksaan Laboratorium(Blood Post Op)

Unit : SPESIALIS OBGYN
Nama Pasien : Ny.Y
Umur : 41 Thn 5 Bln 8 Hr
Jenis Kelamin : PEREMPUAN
Dr. Pengirim : dr. Suzanna Siegers, Sp. OG

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.0		10^3/uL	[4.8 --- 10.8]
RBC	4.0	-	10^6/uL	[4.7 --- 6.1]
HGB	10.1	-	g/dL	[14 --- 18]
HCT	32.80	-	%	[42 --- 52]
MCV	76.5	-	fL	[80 --- 99]
MCH	27.0	-	pg	[27 --- 31]
MCHC	30		g/dL	[33 --- 37]
PLT	299		10^3/uL	[150 --- 450]
RDW-CV	11.3		%	[11.5 --- 14.5]
PDW	12.5		fL	[9 --- 13]
MPV	8.0		fL	[7.2 --- 11.1]
P-LCR	18.2		%	[15 --- 25]
NEUT%	70.4		%	[40 --- 74]
LYM%	22.2		%	[19 --- 48]
MXD%	6.0		%	[4 --- 18]
NEUT#	6.7		10^3/uL	[1.5 --- 7]
LYM#	1.9		10^3/uL	[1 --- 3.7]
MXD#	0.6		10^3/uL	[0 --- 1.2]

G. Daftar Nama Obat Yang Diberikan Pada Pasien

1. Nama obat: Cefoperazone
    a. Klasifikasi/golongan: Antibiotik
    b. Dosis umum: Dewasa dan anak-anak >12 tahun 1-2 gram sekali sehari tergantung berat ringannya infeksi. Dosis total sehari tidak boleh lebih dari 4 gram .
    c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gram/ 12 jam
    d. Cara pemberian obat: injeksi/IV
    e. Mekanisme kerja obat: Cefoperazone diabsorbsi setelah pemberian intravena. Cefoperazone secara cepat berdifusi kedalam jaringan bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan, konsentrasi bakterisidal menetap selam 24 jam, 80-90%.
    f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Obat ini diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi dan mengurangi rasa nyeri pada pasien karena luka post operasi yang dialami pasien.
    g. Kontraindikasi: Hipersensitivitas terhadap antibiotik golongan sefalosforin, pada penderita alergi panicilin, kemungkinan reaksi alergi harus dipikirkan.
    h. Efek samping:
        1) Gangguan pencernaan diare, mual, muntah, stomatitis
        2) Reaksi kulit eksterna, dermatitis alergi dan gatal
2. Nama obat: As. Traneksamat
    a. Klasifikasi/golongan: Anti-fibrinolitik
    b. Dosis umum: Dosis yang diberikan untuk pengobatan awal adalah 1000 mg yang dikonsumsi sebanyak 3 dosis per hari. Untuk kasus menstruasi parah, dosis bisa ditingkatkan namun maksimum adalah 4000 mg per hari.
    c. Dosis untuk 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 pendarahan tidak terjadi lagi.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Obat ini diberikan kepada pasien untuk menghentikan pendarahan pada sejumlah kondisi pendarahan pasca operasi.
g. Kontraindikasi: Asam traneksamat digunakan untuk profilaksis dan pengobatan pendarahan yang disebabkan fibrinolysis yang berlebihan dan angioedema 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: Ondansentron
   a. Klasifikasi/golongan: Obat anti-mual
   b. Dosis umum: Pemakaian obat ondansentron adalah 8 mg-32 mg per hari. 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 yang bersangkutan: 2 ml/ 12 jam
   d. Cara pemberian obat: Injeksi/IV
   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 obat pada pasien yang bersangkutan: Obat ini diberikan kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri pasca operasi.
   g. Kontraindikasi: Penderita yang hipersensitivitas terhadap ondansentron
   h. Efek samping: Efek samping yang terjadi seperti; mudah mengantuk, kepanasan, pusing ketika berdiri, mudah lelah, konstipasi, sakit perut, sakit kepala dan pusing.
4. Nama obat: Ranitidin
   a. Klasifikasi/golongan: Anti tukak/Antihistamin-H2
   b. Dosis umum: Dosis ranitidin untuk orang dewasa dengan ulkus duodenal: oral 150 mg 2 kali sehari, atau 300 mg sekali sehari setelah makan malam atau sebelum makan. Parenteral: 50 mg, IV atau IM, setiap 6-8 jam. Alternatifnya, infus IV bisa diberikan dengan rate 6.25 mg/jam selama 24 jam.

c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gram/ 12 jam
d. Cara pemberian obat: Injeksi/IV
e. Mekanisme kerja obat: Penghambat kompetitif dari histamin pada reseptor-reseptor histamin disel parietal lambung yang menyebabkan terjadinya penurunan produksi asam lambung.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Menurunkan asam lambung pada kondisi basal maupun terstimulasi makanan, insulin, asam amino, histamine maupun pentagastrin
g. Kontraindikasi: Ranitidin kontraindikasi bagi pasien yang yang hipersensitif atau alergi terhadap Ranitidin.
h. Efek samping: Beberapa efek samping mungkin terjadi, seperti sakit kepala, sulit buang air besar hingga nyeri dan muncul kemerahan pada daerah sekitar lokasi injeksi. Hubungi segera dokter Anda bila Anda bahkan mulai mengalami peningkatan efek samping seperti penglihatan jadi buram, perubahan suasana hati, perasaan kelelahan yang amat sangat, perubahan detak jantung, nyeri pada perut, warna urin menjadi gelap dan beberapa gejala infeksi seperti demam hingga mengigil. Reaksi alergi mungkin terjadi namun akan sangat jarang. Gejala-gejala alergi yang biasanya terjadi seperti munculnya ruam, terasa gatal, bengkak dan kesulitan bernapas.

5. Nama obat: Ketorolac
   a. Klasifikasi/golongan: Antiinflamasi nonsteroid(NSAID)
   b. Dosis umum: IV: 30 mg setiap 6 jam, IM: 60 mg setiap 6 jam
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gram/ 12 jam
   d. Cara pemberian obat: injeksi/IV
   e. Mekanisme kerja obat: Menghambat sintesis prostaglandin dan dapat di anggap sebagai analgesic
   f. k yang bekerja perifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiate.
   g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: meredakan nyeri sehubungan dengan nyeri post operasi

h. Kontraindikasi: Hipersensitifitas pada ulkus peptikum, diatesisi hemoragik, gangguan hemostatis, gangguan ginjal derajat, kehamilan, persalinan, menyusui
i. Efek samping: Perut tidak enak, konstipasi, diare, dyspepsia, pendarahan saluran cerna, mual, tukak lambung, stomatitis, melena, esophagitis, kemampuan penglihatan dan perasa yang tidak normal, konvulsi, mulut kering, rasa haus, mengantuk, sakit kepala, hyperkinesia, insomnia, berkeringat, vertigo, gagal ginjal akut, hiponatremia, retensi urine, flushing, purpura, palpitasi, asma, udem paru.

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

i. Nama obat: Asam Mefenamat
   a. Klasifikasi/golongan: Antiinflamasi nonsteroid (NSAID)
   b. Dosis umum: Dewasa dan anak-anak lebih dari 14 tahun, dosis awal 500 mg, kemudian di anjurkan 250 mg tiap 6 jam sesuai dengan kebutuhan.
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500 mg/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat: Oral
   e. Mekanisme kerja obat: Bekerja dengan cara menghambat sintesa prostaglandin dalam jaringan tubuh dengan menghambat enzym

siklooksigenase sehingga mempunyai efek analgesik, antiinflamasi dan antipiretik.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Meredakan nyeri sehubungan dengan nyeri post operasi
g. Kontraindikasi : Hipersensitif pada penderita tukak lambung, radang usus, gangguan ginjal, asma. Pemakaian secara hati-hati pada penderita penyakit ginjal atau hati dan peradangan saluran cerna.
h. Efek samping : Gangguan saluran cerna antara lain: iritasi lambung, kolik usus, mual, muntah dan diare, rasa mengantuk, pusing, sakit kepala, penglihatan kabur, vertigo, dyspepsia. Pada penggunaan terus-menerus dengan dosis 2000 mg atau lebih sehari, asam mefenamat dapat mengakibatkan agranulositosis dananemia hemolitik.

j. Nama obat: Bledstop
   a. Klasifikasi/golongan: Alkaloid ergot semi sintetis
   b. Dosis umum: 125 mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 125 mg / 8 jam
   d. Cara pemberian obat: Oral
   e. Mekanisme kerja obat: Obat ini bekerja pada uterus menimbulkan kontraksi yang kuat yang efeknya lebih lama dari yang ditimbulkan oleh oxitocyn dan juga dapat mengontrol pendarahan. Selain itu obat ini juga bekerja pada otot polos rahim secara langsung dapat meningkatkan tonus frekuensi, aplitude dan ritme kontraksi rahim. Peningkatan kontraksi ini berguna mencegah dan mengontrol pendarahan rahim setelah melahirkan.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk mengontrol pendarahan rahim setelah melahirkan
   g. Kontraindikasi: Wanita hamil, belum terjadi penurunan kepela tetapi persalinan telah memasuki stadium pertama dan kedua, hipertensi berat, toksemia hiprsensitif, penyakit sumbatan pembuluh darah, sepsis, gangguan fungsi hati dan ginjal
   h. Efek samping: Hipertensi, mual, muntah, sakit kepala, nyeri dada, dyspnea, kram pada kaki, diare, dan gangguan sebrovaskuler.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. “Y” berusia 41 tahun masuk RS Stella Maris Makassar di ruang St. Yoseph II pada tanggal 07 april 2018 pukul 12.00 WITA dengan diagnosa medik CPD dilakukan operasi *Sectio Caesarea* pada tanggal 07 april 2018 pukul 14.00 WITA dan bayi lahir dengan berat badan 3.400 gram dengan panjang badan 50 cm. Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 07 april 2018 dengan diagnosa medik post operasi *Sectio Caesarea* dengan riwayat (G: 0, P: III, A: I). Tampak pasien lemah, tampak terpasang infus RL di tangan sebelah kiri, tampak ekspresi wajah pasien meringis, pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah pada luka operasi, pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri berlangsung selama 4-5 menit, TFU sejajar dengan umbilicus, kontraksi uterus teraba kuat, tampak pengeluaran darah dari jalan lahir ± 100 cc, tampak luka operasi terbalut verban, tampak verban kering dan tidak ada noda darah, tampak pasien terbaring ditempat tidur, pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena nyeri pada luka post operasi, tampak pasien belum bisa duduk, pasien mengatakan kalau memberi ASI pada bayinya diberikan dalam posisi miring kiri atau miring kanan ditempat tidur, hasil observasi didapatkan Tekanan Darah: 120/70 mmHg, nadi: 85 x/menit, P: 21 x/menit, S: 36,5 ºC dan hasil laboratorium WBC 8,5 10^3/uL, RBC 4,3 10^6/uL, HGB 11,7 g/dL.

Dari data yang ditemukan diatas penulis mengangkat diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (mis. prosedur bedah), Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (mis. tanggung jawab menjadi orang tua), resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjagan yang terjadi antara teori yang ada dengan kenyataan yang di peroleh selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.”Y” umur 40 tahun dengan post operasi *Sectio Caesarea* diruang perawatan St. Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 07-10 April 2018.

Penulis menyajikan pembahasan pada kasus ini berdasarkan proses keperawatan 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 pasien dengan nifas post operasi *Sectio Caesarea.* Pada saat pengkajian, data yang ditemukan yaitu: pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi skala nyeri 6, pasien mengatakan sudah pernah melahirkan sebelumnya, pasien mengatakan susah tidur karena kadang bayinya menangis nyeri pada luka post operasi, kontraksi uterus teraba kuat, TFU sejajar pusat, pengeluaran lochea rubra berwarna merah segar ± 100 cc, pengeluaran ASI masih sedikit. Observasi tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg, N: 85 x/ menit, S: 36,5 ºC, P: 21 x/ menit. Adapun hasil pemeriksaan penunjang berupa laboratorium yaitu WBC 8.0 10^3/uL, RBC 4.0 10^6/uL, HGB 10.1 g/dL, HCT 32.80 %.

Nyeri bisa terjadi ketika suatu jaringan mengalami cidera atau rusak mengakibatkan adanya stimulus atau rangsangan nyeri yang diubah menjadi suatu aktifitas yang akan diterima ujung-ujung saraf oleh nosiseptor (suatu reseptor nyeri pada ujung syaraf bebas yang ditemukan pada jaringan tubuh seperti kulit, organ visceral, dan

permukaan sendi) dengan jalan melepas serotonin, histamine, ion kalium, bradikinin, progtagladin, dan substansi yang mengakibatkan respon nyeri.

Kontraksi uterus teraba kuat karena terjadi proses involusi atau pengerutan uterus. Involusi uterus merupakan suatu porses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksii otot-otot polos uterus. Rangsangan hisapan bayi juga akan merangsang hipotalamus untuk memproduksi oxyitocin. Oxytocin berperan merangsang rahim untuk berkontraksi sehingga mempercepat proses involusi dan pembuluh-pembuluh darah di rahim yang terbuka akan lebih cepat tertutup, sehingga pendarahan post partum tidak terjadi atau lebih cepat berhenti

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lochea ini merupakan lokea rubra muncul pada hari ke 1-3 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan meconium.

Secara umum, produksi ASI dapat dipengaruhi oleh masalah payudara dan juga masalah kelelahan. Jika ibu tidak mulai memberikan ASI lebih dari 2 jam setelah postpartum, respon pengeluaran prolaktin akan sangat menurun, sehingga dapat menghambat produksi ASI. dikarenakan setelah kelahiran bayi tidak langsung merangsang puting supaya bisa merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan prolaktin dan oksitoksin sehingga produksi ASI yang langsung keluar dihari pertama post *Sectio Caesarea*.

Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari karena bayinya menangis ingin menyusu. Terganggunya pola tidur pasien karena adanya rasa tanggung jawab sebagai orang tua yang harus dipenuhi seperti menyusui anaknya dimana diketahui pada saat bayi menyusui, rangsangan sensorik akan dikirim ke otak yang

kemudian direspon oleh otak untuk mengeluarkan hormone prolactin yang akan merangsang sel-sel pembuat ASI untuk memproduksi ASI dan prolactin juga dapat menghambat terjadinya pematangan sel telur sehingga menunda kesuburan. Semakin sering bayi menyusui semakin banyak pula hormone prolactin yang diproduksi.

Hasil laboratorium pasien terdapat WBC dalam keadaan normal yaitu WBC 8.0 10^3/uL dengan nilai normal 4.8-10.8 10^3/uL, infeksi dicurigai bila leukosit meleibihi 15 10^3/uL

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

B. Diagnosa Keperawatan

1. Berdasarkan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan yang dapat diangkat yaitu:
    a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
    b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (Mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua)
    c. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah
    d. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan suplai ASI tidak cukup
    e. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif
2. Berdasarkan kasus yang telah dikelola dari data yang mendukung maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu:
    a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
    b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua)

c. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah.

3. Terdapat 2 diagnosa yang tidak diangkat penulis yaitu:
   a. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan suplai ASI tidak cukup karena pada hari kedua post partum ASI ibu mulai keluar walaupun masih sedikit.
   b. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif karena dari data yang didapatkan oleh penulis saat pengkajian tampak pendarahan pasien ±300 cc, tampak turgor kulit pasien elastis, tampak finger print pasien negatif, tampak tekanan darah pasien 120/70 mmHg.

Adapun alasan penulis tidak mengangkat kedua diagnosa diatas dikarenakan pada saat pengkajian tidak ditemukan data yang mendukung untuk mengangkat kedua diagnosa tersebut.

C. Intervensi

Pada kasus diatas yang ditemukan pada Ny. “Y” penulis menyusun intervensi yang tujuannya untuk mengatasi masalah pasien sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik. Hasil yang diharapkan pada diagnosa tersebut yaitu pasien mampu mencapai

   Kontrol Nyeri (1605)

   Dengan kriteria hasil:
   a. Mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5
   b. Mengambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5
   c. Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5
   d. Menggunakan analgesik yang direkomendasikan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5

e. Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada profesional kesehatan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5

Keterangan :

1. = Tidak pernah menunjukkan
2. = Jarang menunjukkan
3. = Kadang-kadang menunjukkan
4. = Sering menunjukkan
5. = Secara konsisten menunjukkan

Sesuai dengan tujuan diatas penulis membuat 4 intervensi yaitu:

1) Managemen Nyeri (1400)
   a) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan beratnya nyeri dan faktor pencetus.
   b) Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri.
   c) Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur.
   d) Kurangi atau eliminasi faktor-faktor yang dapat mencetuskan atau meningkatkan nyeri, (misalnya ketakutan, kelelahan, keadaan monoton dan kurang pengetahuan).
2) Terapi Relaksasi (6040)
   a) Tunjukkan dan praktikkan teknik relaksasi pada klien.
   b) Dorong klien untuk mengulang praktik teknik relaksasi, jika memungkinkan.
   c) Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi
3) Monitor Tanda-Tanda Vital (6680)
   a) Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

4) Pemberian Analgesik (2210)
   a) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien.
   b) Tentukan pilihan obat analgesik (narkotik, non narkotik, atau NSAID), berdasarkan tipe dan keparahan nyeri.
   c) Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat.
   d) Dokumentasikan respon terhadap analgesik dan adanya efek samping.
   e) Kolaborasikan dengan dokter apakah obat, dosis, rute pemberian, atau perubahan interval dibutuhkan, buat rekomendasi khusus berdasarkan prinsip analgesik.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan tanggung jawab menjadi pengasuh. Hasil yang diharapkan pada diagnosa tersebut yaitu pasien mampu mencapai

   Mencapai Tidur (0004)

   Dengan kriteria hasil:

   a. Jam tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan ke skala 5
   b. Pola tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan ke skala 5
   c. Kualitas tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan ke skala 5
   d. Perasaan segar setelah tidur dipertahankan pada skala 3 ditingkatakan ke skala 5

   Keterangan :

   1. = Sangat terganggu
   2. = Banyak terganggu
   3. = Cukup terganggu
   4. = Sedikit terganggu
   5. = Tidak terganggu

Untuk mencapai hasil yang diharapkan penulis membuat 2 intervensi yaitu:

1) Managemen Lingkungan (6480)
   a) Sediakan linen dan pakaian dalam dengan kondisi baik, bebas dari residu dan noda.
   b) Batasi pengunjung
2) Peningkatan Tidur (1850)
   a) Monitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur.
   b) Anjurkan pasien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur.
   c) Anjurkan untuk tidur siang disiang hari, jika diindikasikan, untuk memenuhi kebutuhan tidur

3. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah. Hasil yang diharapkan pada diagnosa tersebut yaitu pasien mampu mencapai

   Kontrol Risiko (1902)

   Dengan kriteria hasil:

   a. Mengidentifikasi faktor resiko dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5
   b. Memonitor faktor resiko di lingkungan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5
   c. Menjalankan strategi kontrol resiko yang sudah ditetapkan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 5
   d. Menghindari paparan ancaman kesehatan

   Keterangan :

   1. = Tidak pernah menunjukkan
   2. = Kadang-kadang mennjukkan
   3. = Cukup terganggu
   4. = Sering menunjukkan
   5. =Secara konsisten menunjukkan

   Untuk mencapai hasil yang diharapkan penulis membuat 5 intervensi yaitu:

1) Perlindungan Infeksi (6550)
   a) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
   b) Instruksikan pasien untuk minum antibiotik yang diresepkan.
   c) Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada pemberi layanan kesehatan
2) Perawatan Postpartum (6930)
   a) Monitor lochea terkait dengan warna, jumlah, bau, dan adanya gumpalan.
   b) Pantau lokasi fundus, tinggi dan tonus, pastikan untuk menopang segmen bawah rahim selama dilakukan palpasi.
   c) Dorong pergerakan dimulai sejak awal dan dilakukan secara rutin, bantu pasien bila diperlukan
3) Perawatan Kelahiran Caesar (6750)
   a) Inspeksi kondisi insisi dan balutan luka operasi.
   b) Bantu pasien melakukan latihan kaki, miring kanan kiri, batuk efektif, dan nafas dalam.
   c) Dukung ibu memberikan ASI, jika memungkinkan
4) Monitor Tanda-Tanda Vital (6680)
   a) Monitor tekan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat.

D. Implementasi

Implementasi keperawatan pada Ny "Y" yang telah diintervensikan oleh penulis telah dilakukan selama tiga hari berturut-turut. Adapun intervensi yang tidak diimplementasikan oleh penulis adalah menentukan pilihan obat analgesik (narkotik, non narkotik, atau NASAID), berdasarkan tipe dan keparahan nyeri,dan kolaborasikan dengan dokter apakah obat, dosis, rute pemberian, atau perubahan interval dibutuhkan, buat rekomendasi khusus

berdasarkan prinsip analgesik karena merupakan tindakan kedokteran.

E. Evaluasi

Setelah implementasi keperawatan dilakukan oleh penulis selama tiga hari pada tanggal 08-10April 2018. Maka dilanjutkan dengan melakukan tujuan yang ditetapkan pada perencanaan yang telah dilakukan dengan baik oleh penulis berkat bantuan tenaga kesehatan baik dokter, bidan, maupun perawat serta adanya fasilitas kesehatan yang memadai. Adapun hasil dari evaluasi pada masalah keperawatan yang penulis dapatkan yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

   Nyeri berkurang diitandai dengan skala nyeri pasien berkurang dari 6 ke 3, dan tampak eksresi wajah pasien rileks.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan tanggung jawab menjadi pengasuh

   Gangguan pola tidur berkurang dimana pasien mengatakan tidur malam ± 5 jam dan tidur siang ± 1 jam, pasien juga mengatakan merasa tidak segar saat bangun, tampak pasien mata pasien berwarna gelap.

3. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah

   Tidak ada tanda-tanda infeksi dimana penulis mendapatkan data-data yang mendukung yaitu: suhu badan 36.5ºC axila, kontraksi uterus teraba kuat, TFU 2 jari dibawah pusat dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan pada kulit sekitar luka post operasi dan demam.

BAB V
PENUTUP

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah diuraikan mengenai "Asuhan Keperawatan Pada Ny. "Y" dengan *Sectio Caesarea* Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar" maka penulis mengambil kesimpulan dan saran:

A. Kesimpulan

1. Pada pengkajian yang dilakukan pada Ny. "Y" yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala 6, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan durasi ± 4-5 menit, pasien mengatakan ada darah keluar dari jalan lahir, kontraksi uterus teraba kuat, TFU setinggi pusat, pengeluaran lochea rubra berwarna merah segar ± 100 cc, pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, tampak pasien belum bisa melakukan aktifitas secara mandiri.
2. Diagnosa yang diangkat penulis pada Ny. "Y" yaitu :
   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
   b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua)
   c. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah.
3. Rencana keperawatan yang ditetapkan untuk mengatasi masalah yang dialami Ny. "Y" yaitu:
   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
      1) Managemen Nyeri
      2) Terapi Relaksasi
      3) Monitor Tanda-Tanda Vital
      4) Pemberian Analgesik

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan pola tidur tidak menyehatkan (mis. karena tanggung jawab menjadi pengasuh, menjadi orang tua)
   1) Managemen Lingkungan
   2) Peningkatan Tidur
c. Resiko infeksi dengan faktor resiko terpajan pada wabah.
   1) Perlindungan Infeksi
   2) Perawatan Postpartum
   3) Perawatan Kelahiran Caesar
   4) Monitor Tanda-Tanda Vital

4. Implementasi yang dilakukan pada kasus Ny. “Y” berdasarkan dengan intervensi yang dibuat oleh penulis.
5. Evaluasi yang diperoleh setelah hari ke 4 perawatan adalah nyeri berkurang, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan gangguan pola tidur mulai berkurang.

B. Saran

1. Bagi instansi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan untuk tenaga keperawatan khususnya pada bagian kebidanan dalam mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea.*
2. Bagi pendidikan

   Merupakan sumber informasi bagi instansi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan pelayanan di masa yang akan datang.
3. Bagi perawat

   Di harapakan dapat memberikan asuhan keperawatan yang efisien dan efektif pada kasus ibu nifas post operasi *Sectio Caesarea* sehingga komplikasi yang muncul dapat dicegah sedini mungkin.

4. Bagi penulis

   Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi penulis khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus ibu nifas post operasi *Sectio Caesare.*

Daftar Pustaka

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

Bahiyatun. 2009. ***Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas Normal***. Jakarta: EGC

Bulecheck, M Gloria. dkk. 2013. ***Nursing Interventions Clasification (NIC)***. Edisi 6. Jakarta: Mocomedia

Herman, Heather dan Kamitsuru Shigemi. 2016. ***Diagnosis Keperawatan Defenisi & Klasifikasi 2015-2017. Edisi 10.*** Jakarta: EGC

Jitowiyono, Sugeng dan Weni Kristiyanasari. 2010. ***Asuhan Keperawatan Post Operasi Penanganan Pendekatan Nanda, NIC, NOC.*** Jakarta: Nuha Medika

Medical Record RS Stella Maris Makassar, ***Data Pasien Operasi Sectio Caesarea***. Makassar: RS. Stella Maris

Moorhead, Sue. dkk. 2013. ***Nursing Outcomes Clasification (NOC)***. ***Edisi 5.*** Jakarta: Mocomedia

Nuratif, Huda Amin. 2015. ***Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC NOC***. Yogyakarta: Mediaction

Padilla. 2014. ***Asuhan Keperawatan Maternitas .*** Yogyakarta: Nuha Medika

Padilla. 2015. ***Asuhan Keperawatan Maternitas II .*** Yogyakarta: Nuha Medika

Rukiah, Aiyeyeh. 2011. ***Asuhan Kebidanan 3 (Nifas).*** Jakarta: CV Trans Info Media

Raito, Juraidah. 2013. ***Asuhan Kebidanan Ibu NIFAS dan Deteksi Dini Komplikasi***. Jakarta: EGC

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

http://dinkeskotamakassar.com/index.php/2017-02-09-09-30-56?download=17:profil-kesehatan-kota-makassar-

tahun-2015. Diakses pada tanggal 16 Mei 2018 pukul 15.30 WITA

http://www.depkes.go.id/article/view/17021000003/keberhasilan-kb-dapat-turunkan-angka-kematian-ibu.html. Diakses pada tanggal 16 Mei 2018 pukul 15.40 WITA)

http://repository.wima.ac.id/7699/2/BAB%201.pdf. Diakses pada tanggal 18 Mei 2018 pukul 15.40 WITA

http://repository.ump.ac.id/2703/3/YULIANA%20SETYARINI%20BAB%20II.pdf. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018 pukul 19.00 WITA

http://download.portalgaruda.org/article.php?article=269685&val=7113&title=Penentu%20Kecepatan%20Pengeluaran%20Air%20Susu%20Ibu%20setelah%20Sectio%20Caesarea. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018 pukul 19.20 WITA

https://bidanshare.wordpress.com/tag/perubahan-lochea/. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018 pukul 19.30. WITA

http://journal.unisla.ac.id/pdf/19512013/3.%20perbedaan%20penurunan%20tinggi%20fundus%20uteri.pdf. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018 pukul 19.35 WITA

LEMBAR KONSUL

Nama : Peronika

NIM : E1514401038

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. “Y” Dengan *Sectio Caesarea* Di Ruang St. Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pembimbing II : Meyke Rosdiana S.Kep.,Ns

No.	Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	09 April 2018	BAB III Konsul pengkajian, analisa data dan diagnosa.	
2.	16 April 2018	BAB III Konsul perbaikan pengkajian, analisa data dan diagnosa.	
3.	07 Mei 2018	Konsul perbaikan pengkajian, analisa data, diagnosa, rencana keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.	
4.	Mei 2018	Konsul perbaikan pengkajian dan,pelaksanaan	
5.	22 Mei 2018	Konsul perbaikan analisa data, diagnosa, implementasi	
6.	23 Mei 2018	Konsul perbaikan analisa data, diagnosa, implementasi dan evaluasi	
7.	24 Mei 2018	Konsul perbaikan implementasi dan evaluasi	

8.	28 Mei 2018	Konsul perbaikan evaluasi	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Peronika

Nim : E1514401038

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. “Y” Dengan Sectio Caesarea Di Ruang St. Yoseph Rumah Sakit Stella Maris Makassar

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

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	14 Mei 2018	BAB I	- Keterikatan setiap paragraf		
2.	17 Mei 2018	BAB I BAB II	Keterikatan paragraf Numbering		
3.	19 Mei 2018	BAB II - Numbering - Awal kalimat huruf kapital BAB I	Tidak usah terlalu panjang		
4.	21 Mei 2018	BAB IV	Pembahasan dipertajam, harus sesuai hasil pengkajian		
5.	23 Mei 2018	BAB IV - Diagnosa teori - Diagnosa kasus - Alasan tidak mengangkat diagnosa yang lain			

6.	25 Mei 2018	Memberi alasan tidak mengangkat 2 diagnosa lain			
7.	30 Mei 2018	Periksa secara keseluruhan kalimat dan tanda baca			
8.	31 Mei 2018	Perhatikan cara penulisan yang benar			