

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN NIFAS POST SEKSIO
SESAREA ATAS INDIKASI PRESENTASI BOKONG
PADA Ny. S DI RUANG MELATI RSUD KAJEN
KABUPATEN PEKALOANGAN



**Karya Tulis Ilmiyah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh
gelar Ahli Madya Keperawatan**

Oleh

IMROATUL AZIZAH

NIM: 13.1667.P

PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Pekalongan, 28 Juni 2016

Yang Membuat Pernyataan

Imroatul Azizah

NIM : 13.1667.P

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN NIFAS POST SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI PRESENTASI BOKONG PADA Ny.S DI RUANG MELATI RSUD KAJEN KABUPATEN PEKALOANGAN

Disusun Oleh

Imroatul Azizah

NIM : 13.1667.P

Telah dipertahankan didepan Dewan penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah dan
dilakukan perbaikan naskah

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Emi Nurlaela M.Kep.,Sp.Mat
NIK. 90.001.008

Isyti'aroh M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Mat
NIK. 04.001.038

Karya Tulis Ilmiah ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Pekalongan, 27 Juli 2016

Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Pekajangan

Herni Rejeki M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIK: 96.001.016

PRAKATA

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Tuhan semesta alam yang telah melimpahkan rahmat, nikmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Nifas Post Seksio Sesarea Atas Indikasi Presentasi Bokong Pada Ny.S di Ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan”.

Terselesaikannya penulisan Karya Tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Mokhammad Arifin, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom, selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
3. Isyti'aroh, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Mat, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, kritik dan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Emi Nur Laela, M.Kep.,Sp.Mat, selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah.
5. Dwi Arif Gunawan Sp.B selaku Direktur RSUD Kajen Pekalongan.
6. Ny. S dan keluarga pasien yang telah membantu dan kerjasama dengan penulis dalam proses pembuatan Karya tulis ilmiah.
7. Kepada Ibu tercinta yang telah memberikan kasih sayang, nasihat, semangat dan do'a yang selalu menjadi inspirasi hidup penulis.
8. Kepada keluaraga terutama kepada kedua orang tua, kakak Uswatun Khasanah, Amd.Keb, Adek Sabiq Faza Mahsula tersayang, yang selalu memberikan doa dan support pada setiap kegiatan yang penulis kerjakan.
- 10 Teman teman seperjuangan Nurul fadilah, Fahma ilma putri, Siti Nurhalimah Candra yuliani, Linda Nikmtul Khasanah, Laely Lainatun Khasanah, Maymunah, Afif faturozi, David fani, Agung Setia Budi, dan kakak-kakak dari fakultas lain Andri Rukmana, M Satrio Adi yang senantiasa memberikan bantuan pada penulis.

11 Khoirul umam yang senangtiasa memberikan dukungan dan motivasi penulis dalam menyelesaikan studi.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis selalu bersedia dengan terbuka menerima berbagai saran dan kritik demi perbaikan di masa datang.

Pekalongan, 28 Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Manfaat	3
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. KONSEP DASAR PRESENTASI BOKONG	
1. Definisi.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Klasifikasi	5
4. Diagnosis.....	6
5. Penanganan	7
6. Komplikasi.....	10
B. KONSEP DASAR SEKSIO SESAREA	
1. Definisi.....	10
2. Indikasi	10
3. Bentuk-bentuk	11
4. komplikasi.....	11
5. Perawatan operasi	11
C. KONSEP DASAR NIFAS	
1. Definisi	13
2. Pereode.....	13
3. Perubahan fisiologis.....	13

4. Perubahan psikologis	16
5. Tanda-tanda normal lochia	17
6. Tanda bahaya post partum	18
7. Penatalaksanaan	18
8. Perubahan psikologis	10
BAB III TINJUAN KHASUS.....	22
A. Pengjian	22
B. Analisa data	23
C. Intervensi	24
D. Implementasi	25
E. Evaluasi.....	26
BAB IV PEMBAHASAN.....	27
A. Pengjian	27
B. Diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi	28
BAB V PENUTUP.....	34
A. Simpulan.....	34
B. Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	xi
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Letak presentasi bokong merupakan presentasi janin dengan daerah bokong atau kedua kaki menjadi bagian terendah janin Reeder et al (2011). Siswihanto (2009) memaparkan bahwa penyebab terjadinya letak presentasi bokong tidak diketahui namun, faktor resiko diantaranya adalah multiparitas, hamil kembar, hidramnion, hidrosefalus, plasenta previa, dan panggul sempit. Kejadian presentasi bokong ditemukan sekitar 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukupbulan (≥ 37 minggu). Presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu kejadian presentasi bokong berkisar 25-30% dan sebagian besar berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu.

Ibu hamil dengan masalah presentasi bokong dengan berbagai pertimbangan sering dilakukan persalinan seksio sesarea. Tujuan utama persalinan dengan cara bedah saesar adalah prosedur bedah untuk pelahiran janin dengan insisi melalui abdomen atau uterus. Resiko penyerta prosedur bedah harus dipertimbangkan (Liu, 2008, h.227)

Menurut World Health Organization (WHO) mendapatkan hasil jenis – jenis persalinan pada tahun 2012 seksio sesarea 46,7%, spontan sebanyak 43,4%, serta ekstraksivakum 10,0%, sedangkan pada tahun 2013 seksio sesaria sebanyak 65,1%, spontan (28,0%) dan dengan tindakan ekstraksivakum 6,97%. Angka persalinan dengan seksio sesarea diIndonesia cukup tinggi yaitu 30-80% dari seluruh total persalinan (Nursiana2013)

Berdasarkan hasil studi dokumen yang dilakukan penulis diperoleh data rekam medis di ruang melati sejumlah pasien bersalin di RSUD Kajen Januari 2015 hingga Desember 2016 yaitu 1998 pasien. Dari jumlah tersebut sebanyak 346 pasein dilakukan persalinan dengan seksio sesarea. Lima puluh enam diantaranya yang dilakukan seksio sesarea adalah indikasi bokong.

Seorang ibu setelah melahirkan akan memasuki masa nifas. Masa nifas merupakan sebuah fase setelah ibu melahirkan dengan rentang waktu kirakira selama 6 minggu. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah palsen takeluar setelah alat-alat kandungan kembali normal seperti sebelum hamil. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, secara fisik maupun psikologis. Perubahan tersebut sebenarnya sebagian besar bersifat fisiologis.

(Purwanti, 2012, h. 1).

Asuhan keperawatan pada masa nifas diperlukan dalam periode ini, bertujuan meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi. Sehingga dapat membentuk pola baru dalam keluarga dengan tujuan tercapainya peranan ibu dan bayi. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukana suhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea atas indikasi presentasi bokong di RSUD Kajen Pekalongan.

A. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini adalah agar mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong dengan benar.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan karya tulisi lmiah ini adalah;

- a. Melakukan pengkajian pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong
- c. Menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong
- d. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong
- e. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong

B. Manfaat Penulisan

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai masukan untuk menerapkan asuhan keperawatan yang benar pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong

2. Bagi Penulis

Penulis mendapatkan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *post* seksio sesarea dengan indikasi presentasi bokong

3. Bagi Perawat

Karya tulis ilmiyah ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada umumnya dan memberikan informasi kepada perawat tentang asuhan keperawatan seksio sesarea atas indikasi presentasi bokong sehingga dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan tentang hal terkait dengan optimal.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Presentasi Bokong

1. Definisi

Menurut Siswihanto (2009, h.581) menyatakan presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu kejadian presentasi bokong berkisar 25-30% dan sebagian besar berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu.

2. Etiologi

Liu (2008, h.269) menyatakan penyebab yang berkaitan dengan presentasi bokong seperti disproporsi, massa pelvis yang menghalangi (misalnya fibroid, kista ovarium), abnormalitas uterus (misalnya uterus berseptum), hidramnion, prematuritas dan abnormalitas janin. Serta gestasi multiple akan memenuhi penatalaksanaan persalinan. Presentasi bokong merupakan sebuah indikasi kemungkinan cacat janin karena lebih sering terjadi pada janin yang prematur dan abnormal secara struktural.

3. Klasifikasi

Klasifikasi presentasi bokong dibuat terutama untuk kepentingan seleksi pasien yang akan dicoba persalinan vaginal. Terdapat 3 macam presentasi bokong, yaitu bokong murni (60-70 % kasus), bokong komplit (10% kasus) dan kaki. Varian presentasi kaki adalah presentasi bokong inkomplit, kaki komplit, kaki inkomplit, dan lutut. Janin dengan presentasi kaki dan variannya direkomendasikan untuk tidak dilakukan percobaan persalinan vaginal (Siswihanto, 2009, h. 589)

Menurut Liu (2008, h. 270), presentasi ditentukan oleh posisi ekstremitas bawah.Terkadang letaknya lebih melintang bukan longitudinal.

a. Ekstensi (frank)

Posisi ini paling sering ditemukan yang terjadi pada 75% presentasi bokong primigravida dan 50% multigravida.Penempelan yang baik terhadap serviks mungkin dilakukan tetapi tungkai yang ekstensi dapat membebati janin yang menghambat fleksi lateral tubuh.

b. Fleksi (sempurna atau seluruhnya)

Terjadi terutama pada ibu multigravida dengan diameter pelvis baik atau pada gestasi multiple.Terdapat resiko prolaps tali pusat.Pelahiran spontan atau pelahiran ekstremitas bawah yang mudah mungkin dilakukan.

c. *Floatling* atau *knee*(tidak sempurna)

Presentasi ini jarang terjadi.Terdapat penempelan yang buruk pada serviks, sehingga memiliki resiko yang tinggi terjadinya prolaps tali pusat.Presentasi ini dapat mengindikasikan kesulitan dalam penurunan, sehingga direkomendasikan pelahiran dengan seksio sesaria.

4. Diagnosis

Liu (2008, h.269) memaparkan diagnosis presentasi bokong ditegakkan berdasarkan cirri-ciri sebagian berikut:

- a. Kepala janin terpalpasi di atas umbilicus.
- b. Bunyi jantung janin terdengar paling jelas di atas umbilicus atau terdengar di suprapubis, bunyi jantung bayi menjadi lebih keras ketika dilanjutkan ke arah fundus uterus.
- c. Pergerakan janin terasa kuat jauh dari fundus.
- d. Diagnosis diperkuat oleh pemeriksaan ultrasonografi atau pemeriksaan pervaginam (plasenta previa disingkirkan).

5. Penanganan

Siswihanto (2009, h. 593) menyatakan terdapat beberapa teknik untuk membantu kelahiran presentasi bokong antara lain:

- a. Prosedur melahirkan bokong dan kaki dan kepala secara spontan
 - 1) Biarkan persalinan berlangsung dengan sendirinya (tanpa intervensi apapun) hingga bokong tampak di vulva.
 - 2) Pastikan bahwa pembukaan sudah benar-benar lengkap sebelum memperkenankan ibu mengejan.
 - 3) Pastikan hingga bokong membuka vulva.
 - 4) Lakukan heting bila perlu (pada perineum yang cukup elastic dengan introitus yang sudah lebar, heting mungkin tidak diperlukan). Gunakan anestesi local sebelumnya.
 - 5) Biarkan bokong lahir, bila tali pusat sudah tampak kendorkan. Pastikan hingga tampak tulang belikat (spapula) janin mulai nampak di vulva. Jangan melakukantarikan atau tindakan apapun pada tahap ini.
 - 6) Dengan lembut peganglah bokong dengan cara kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panggul, sedang jari-jari yang lain memegang belakang pinggul janin.
 - 7) Tanpa melakukan tarikan, angkatlah kaki, bokong, dan badan janin dengan kedua tangan penolong disesuaikan dengan sumbu panggul ibu (melengkung ventrokranial kearah perut ibu) sehingga berturut-turut lahir perut, dada, bahu, dan lengan, dagu, mulut, dan seluruh kepala.
 - 8) Bila pada langkah no 7 tidak ada kemajuandan/atau tungkai tidak lahir secara spontan, maka lahir kaki satu per satu dengan cara berikut: Dengan jari telunjuk dan jari tengah dibelakang paha sebagai bidai lakukan aksorotasi paha sampai tungkai lahir.

- 9) Tentukan posisi lengan janin dengan cara merabanya didepan dada, diatas kepada, atau di belakang leber.
 - 10) Selanjutnya lakukan langkah melahirkan lengan dan kepala spontan.
- b. Prosedur melahirkan lengan di depan dada
- 1) Biarkan bahu dan lengan anterior lahir sendirinya dengan cara bokong ditarik ke arah berlawanan (posterior). Bila tidak bisa lahir spontan, keluarkan lengan dengan cara mengusap lengan dengan cara mengusap lengan atas janin menggunakan 2 jari penolong berfungsi sebagai bidai. Awas : perhatikan cara melakukan yang benar untuk menghindari fraktur lengan atas.
 - 2) Angkatlah bokong janin kearah perut ibu untuk melahirkan bahu dan lengan posterior. Teknik yang serupa dengan melahirkan bahu dan lengan anterior dapat dipakai bila bahu dan lengan posterior tidak dapat lahir secara spontan. Apabila kesulitan dalam melahirkan bahu dan lengan anterior, maka dilahirkan dahulu bahu dan lengan posteriornya.
- c. Prosedur melahirkan lengan diatas kepala atau dibelakang leher (*Manuver louset*)
- 1) Pegang janin pada pinggulnya (perhatikan cara pegang yang benar)
 - 2) Putarlah badan bayi setengah lingkarandengan arah putaran mengupayakan punggung yang berada diatas (anterior)
 - 3) Sambil melakukan gerakan memutar, lakukan traksi ke bawah sehingga lengan posterior berubah menjadi anterior, dan melahirkanya dengan menggunakan dua jari penolong di lengan atas bayi.
 - 4) Putar kembali badan janin kearah berlawanan (punggung tetap berada diatas) sambil melakukan traksi kearah bawah. Dengan demikian, lengan yang awalnya adalah anterior kembali lagi ke posisi anterior untuk di lahirkan dengan cara yang sama.

- d. Prosedur melahirkan kepala (*maneuver mauriceau-smellie-veit*)
- 1) Pastikan tidak ada lilitan tali pusat dileher janin. Kalau ada, tali pusat dipotong dulu di dekat pusar janin.
 - 2) Janin dalam posisi telungkup menghadap kebawah, letakan tubuhnya di tangan dan lengan penolong sehingga kaki janin berada di kiri kanan tangan tersebut (atau bila janin dalam posisi telungkup, gunakan tangan yang menghadap wajah janin).
 - 3) Tempatkan jari telunjuk dan jari manis ditulang pipi janin.
 - 4) Gunakan tangan yang lain untuk memegang bahu dari arah punggung dan dipergunakan untuk melakukan traksi.
 - 5) Buatlah kepala janin fleksi dengan cara menekan tulang pipi janin ke arah dadanya.
 - 6) Bila belum terjadi putar faksi dalam, penolong melakukan gerakan putar paksi dengan tetap fleksi dan traksi pada bahu mengikuti arah sumbu panggul.
 - 7) Bila sudah terjadi putar paksi dalam, lakukan traksike bawah dengan mempertahankan fleksi kepala janin, dan mintalah asisten untuk menekan darah supra simfisis
 - 8) Setelah suboksiput lahir dibawah simfisis, badan bayi sedikit demi sedikit dielevasi keatas (kearah perut ibu) dengan suboksiput sebagai hipokmoklion. Berturut-turut akan lahir dagu, mulut, dan seluruh kepala.
- e. Persalinan perabdominam (Seksio Sesaria / SC).

Persalinan presentasi bokong dengan seksio sesarea merupakan cara yang terbaik ditinjau dari janin. Banyak ahli melaporkan bahwa persalinan presentasi bokong secara pervaginam, memberi trauma yang sangat berat bagi janin, yang gejala-gejalanya akan tampak pada waktu persalinan maupun dikemudian hari. Namun hal ini tidak berarti bahwa semua presentasi bokong harus dilahirkan secara perabdominam.

6. Komplikasi

Beberapa komplikasi dalam kelahiran presentasi bokong secara pervaginam.Trauma pada kepala merupakan suatu risiko yang signifikan untuk bayi baru lahir aterem dan preterem, tanpa memperhatikan rute pelahiran.Dengan prematuritas, tubuh janin dapat dilahirkan melalui pembukaan serviks yang belum lengkap, membuat kepala janin terperangkap. Factor lainya yang berhubungan dengan kematian atau kerusakan pada bayi baru lahir meliputi afiksia akibat prolaps tali pusat, aspirasi cairan amnion akibat pernafasan sebelum kepala janin dilahirkan, yang terjadi akibat menstimulasi dan kemungkinan penanganan yang kasar selama proses persalinan (Redeer et al, 2011, h.)

B. Sectio Seasarea

1. Pengertian

Persalinan bedah seksio sesarea adalah pelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus.Tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor.Sebelum ada prosedur pembedahan yang aman, pelahiran melalui abdomen ini dapat dilakukan pada keadaan ibu akan meninggal dan bayi baru lahir akan diselamatkan (Reeder et al, 2011, h.461)

2. Indikasi seksio sesarea

Menurut Rasjidi (2009, h.88)indikasi seksio sesarea dibagi menjadi 2 yaitu

- a. Indikasi ibu
 - 1) Panggul sempit absolute
 - 2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi
 - 3) Tumor-tumor jalan lahir yang menyebabkan obstruksi
 - 4) Stenosis serviks atau vagina
 - 5) Plasenta previa

- 6) Disproporsi sefalopelvik
- 7) Ruptur uteri membakat
- b. Indikasi Janin
 - 1) Kelainan letak
 - 2) Gawat janin
 - 3) Prolapsus Plasenta
 - 4) Perkembangan bayi yang terlambat
 - 5) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklamsia

3. Bentuk insisi operasi seksio sesarea

Beberapa insisi bentuk bentuk operasi seksio sesarea menurut Liu(2008, h. 230-232) adalah sebagai brikut:

1. Insisi abdominal

Pada dasarnya insisi garis tengah subumbilikal dan insisi abdominal bawah transversal.

2. Insisi uterus

Jalan masuk ke dalam uterus dapat melalui insisi garis tengah atau insisi segmen bawah transversa.

4. Komplikasi

Jenis jenis komplikasi menurut Rasjidi(2009)komolikasi utama persalinan seksio sesarea adalah kerusakan organ oragan seperti vesika. Urinaria adalah uterus saat dilangsungkanya operasi, kolikasi anestesi, perdarahan, infeksi tromboli.Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio sesarea dibandingkan persalinan pervaginam.

5. Perawatan setelah operasi

Reeder et al, (2011) menyaatakan ada perawatan setelah operasi di bagi beberapa macam diantaranya:

- a. Kesadaran penderita
- b. Mengukur dan memeriksa tanda-tanda vital(tensi, nadi, suhu, dan pernafasan
- c. Observasi cairan melalui urin

- d. Pemeriksaan paru (kebersihan jalan nafas, ronki basal untuk mengetahui oedem paru)
- e. Pemeriksaan bising usus, untuk mengetahui berfungsinya usus (dengan adanya flatus)
- f. Pemeriksaan local pada luka operasi
- g. Pemeriksaan tinggi fundus, adanya perdarahan luka, dan jumlah lokhia
- h. Profilaksis antibiotika

Infeksi selalu diperhitungkan dari adanya alat yang kurang steril, infeksi asendens karena manipulasi vagina, sehingga pemberian antibiotika sangat penting untuk menghindari terjadinya sepsis sampai kematian

- i. Mobilisasi
Anjurkan ambulasi dini secara bertahap jika tidak ada kontra indikasi seperti misalnya anemia, penyakit jantung,

C. Konsep Dasar Nifas

1. Definisi

Masa nifas (peurperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Kemudian Sukarni (2013) memaparkan bahwa Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Setelah kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta, ibu mengalami suatu periode pemulihan kembali kondisi fisik dan psikologisnya (Purwanti, 2012, h.1)

2. Periode Nifas

Menurut Anggraini (2009, h.5) dalam masa nifas terbagi menjadi 3 yaitu:

- a. Peurperium Dini (*immediate peurperium*): waktu 0-24 jam post partum. Yaitu kepulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam telah bersih dan boleh bekerja selama 40 hari.
- b. Peurperium intermedial (*early peurperium*): waktu 1-7 hari post partum kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu
- c. Remote peurperium menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 1-6 minggu post partum
- d. Waktu yang diperlukan

3. Perubahan Fisiologis

Purwanti (2012, h.45-50) memaparkan perubahan fisiologis pada masa nifas yaitu:

- a) Uterus

Pengerutan rahim (*involuti*) merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar

dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neurotic(layu/mati)

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakuka pemeriksaan palpasi untuk merabah dalam TFU-nya (tinggi fundus uteri).

1. Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
2. Pada kala III, TFU terabah 2 jari dibawah pusat.
3. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram.
4. Pada 2 minggu post partum, TFU teraba di atas simpisis dengan berat 350 gram.
5. Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tidak teraba dengan berat 50 gram).

b) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir.Bentuk disebabkan oleh *corpus* uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna merah kehitaman-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi keadaan seperti sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk kedalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat masuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali.

c) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

Pada masa nifas, biasanya terdapat luka-luka lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara *perpriman*(sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi. Infeksi mungkin menyebabkan sellulitis yang dapat menjalar sampai terjadi sepsis.

d) Perineum

Segara setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke 5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian *tonus-nya*, sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum hamil

e) Payudara/mamae

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Pada proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi sebagai berikut :

1. Produksi susu
2. Sekresi susu atau let down

Sampai hari ketika melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan sakit.Sel – sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi.

f) Sistem pencernaan

Biasanya, ibu akan mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini dapat disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh.

g) Sistem pencernaan

h) Sistem muskulosekeletal

4. Perubahan psikologis

Bayhatun(2007, h.3-4)menjelaskan bahwa perubahan psikologis pada masa post partum yaitu:

a. *Taking in*

- 1) Pereode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatianya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya
- 2) Ibu akan mengulang-ngulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- 3) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur
- 4) Peningkatkan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu nafsu makan yang kurang menandakan proses pengembalian kondisi ibu tidak berlangsung normal.

b. *Taking hold*

- 1) Berlangsung 2-4 hari postpartum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap janin.
- 2) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh.

- 3) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.

c. *Letting go*

- 1) Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- 2) Ibu mengambil penanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial.
- 3) Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.

5. Tanda-tanda pada Normal pada Lochea

Menurut Purwanti (2012, h.47) menyatakan ada 4 macam lochea antara lain:

a. Lochea rubra/merah

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b. Lochea sanguinolental

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *post partum*.

c. Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar apabila hari ke-7 sampai ke-14

d. Lochea alba

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

6. Tanda bahaya *post partum*

Bayihatun (2009, h.114) menyatakan tanda bahaya *post partum* antara lain:

- a. Perdarahan vagina yang hebat atau tiba-tiba bertambah banyak.
- b. Pengeluaran vagina yang baunya menusuk.
- c. Rasa sakit dibagian abdomen atau punggung.
- d. Sakit kepala terus-menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- e. Pembengkakan diwajah/tangan.
- f. Demam, muntah, rasa sakit waktu BAK, merasa tidak enak badan.
- g. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan atau terasa sakit.
- h. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- i. Rasa sakit, merah, lunak, dan pembengkakan di kak.
- j. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau diri sendiri.
- k. Merasa sangat letih atau naaps terengah-engah.

7. Penatalaksanaan

Purwanti (2012, h.61-66) meaparakan beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan diri ibu *post partum*, antara lain

a. Kebersihan Diri

1. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi pada kulit pada bayi. Kulit ibu yang kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dan bayi.
2. Memberishkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih

dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.

3. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal dua kali dalam sehari. Kadang hal ini terlewat untuk di sampaikan pada pasien. Masih adanya luka terbuka dalam rahim dan vagina sebagai satu-satunya *port de entre* kuman penyebab infeksi rahim maka ibu harus senantiasa menjaga suasana keasaman dan kebersihan vagina dengan baik.
4. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah kemaluannya.
5. Jika ibu mempunyai luka *episiotomy*, hindari untuk menyentuh daerah luka.

b. Istirahat

Ibu *post partum* sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energy menyusui bayinya nanti

Kurang istirahat pada ibu *post partum* akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi
- 2) Memperlambat involusif uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidak nyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

c. Latihan

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawall mungkin engan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit *post partum*

d. Gizi

Kualitas dan jumlah maknan yang dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui harus mendapatkan

tambahan zat makanan ebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan aktivitas ibu sendiri.

Pemberian ASI sangat penting karena ASI adalah makanan utama bayi. Dengan ASI, bayi akan tumbuh sempurna sebagai manusia yang sehat, bersifat melah-lembut, dan mempunyai IQ yang tinggi. Hal ini disebabkan karena ASI mengandung asam *dekosa heksanoid* (DHA). Bayi yang diberi ASI secara bermakna akan mempunyai IQ yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang hanya diberi susu bubuk

Selama manyusui, ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800 cc yang mengandung sekitar 600 kkal, sedangkan ibu yang status gizinya kurang biasanya memproduksi kurang dari itu. Walaupun demikian, status gizi ibu tidak berpengaruh besar terhadap mutu ASI, kecuali volumenya.

e. Perawatan payudara

Purwanti (2012, h.17) memaparkan perawatan payudara di bagi menjadi enam yaitu:

1. Menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama bagian putting susu.
2. Menggunakan BH yang menyongkol payudara
3. Apabila putting susu lecet, oleskan kolostum atau ASI yang keluar di sekitar putting setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari putting susu yang tidak lecet.
4. Apabila lecet sangat berat, dapat diistirahatkan selama 24jam. ASI dikeluarkan dan dimimumkan menggunakan sendok.
5. Untuk menhilangkan nyeri, ibu dapat minum parasetamol 1 tablet stiap 4-6 jam
6. Apabila Bengkak akibat pembendungan ASI maka dapat melakukan:

- Pengompresan payudara dengan menggunakan kain besar hangat selama 5 menit.
- Urut payudara dari arah pangkal ke putting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju putting.
- Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga putting susu menjadi lunak.
- Susukan bayi setiap 2-3 jam. Apabila bayi tidak dapat menghisap seluruh ASI, sisanya keluarkan dengan tangan
- Letakan kain dingin pada payudara setelah menyusui

f. Aktivitas seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vaginal tanpa rasa nyeri.Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Purwanti, 2012, h.66).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama Ny. S umur 25 tahun, hari agama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, dan tinggal di Madukaran Pekalongan. Ny. S melahirkan anak pertamanya secara *sectio caesarea* atas indikasi perentasi bokong pada tanggal 13 Januari 2016 pukul 10:20. WIB. Berat bayi 2450 gram, saat lahir bayi menangis spontan dan bergerak aktif. Ny. S merupakan pasien rujukan dari puskesmas Kedungwuni 1 dengan G1 P0 A0 hamil 40 minggu dengan presentasi bokong. Saat di RSUD Kajen disarankan untuk dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* (SC) atas indikasi perentasi bokong.

Pada saat pengkajian didapatkan data setelah operasi SC klien mengatakan merasa nyeri pada bekas luka operasi di perut, *provokator* (P) nyeri pada saat bergerak dan hilang saat beristirahat , *Quality* (Q) rasanya seperti di sayat, *Skala* (S) skala nyeri 4, *Timing* (T) nyeri dirasakan jika bergerak. Klien dalam kondisi istirahat tidur dan belum melakukan mobilisasi. Untuk pola eleminasi klien terpasang DC no 16, jumlah urine tertampung di urine bag 250cc warna urine kuning jernih dari jam 08:10 WIB sampai jam 11:00 WIB. Klien mengatakan sudah BAB pada jam 14 januari 2016 pukul 04:00 dengan konsistensi lunak. Klien merasa senang setelah melahirkan anak pertamanya, namun klien belum mengetahui cara perawatan payudara, gizi ibu nifas dan asi ekskusif.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan bahwa keadaan umum pasien komposmetis dengan nilai GCS 15, tekanan darah 110/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, suhu badan aksila 36,1 dan frekuensi pernafasan 18x/menit. Hasil pemeriksaan fisik abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri 2 jari jari dibawah pusat, konstraksi baik (keras), luka post SC bersih,

tertutup balutan, tidak ada tanda tanda infeksi. Kesan umum payudara baik, padat, bersih, hiperpigmentasi areola, puting susu menonjol, sudah ada pengeluaran ASI.

Pemeriksaan fisik genitalia, vagina terpasang DC ukuran 16, isi urin 250 cc, warna urine kuning dari jam 08:10 WIB sampai jam 11:00 WIB, ada pengeluaran vagina dengan jumlah 20 ml dengan warna merah kecoklatan, integritas kulit perineum utuh. Pemeriksaan laboratorium tanggal 14 Januari didapatkan data WBC $21,4 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ nilai normal 4,0/7,0, HB 9,7 g/dl nilai normal 12,0/16,5. Terapi medis yang diberikan pada tanggal 14 januari 2016 Injeksi Santagesik 3 x 500 mg.,

B. Analisa data

Setelah menentukan masalah keperawatan, maka intervensi yang akan dilakukan sesuai dengan diagnosa yang muncul, yaitu

1. Nyeri berhubungan dengan luka insisi post seksio sesarea

Pada saat pengkajian didapatkan data subjektif setelah operasi SC klien mengatakan merasa nyeri pada bekas luka operasi di perut, *provokator (P)* nyeri pada saat bergerak dan hilang saat beristirahat, *Quality (Q)* rasanya seperti di sayat, *Skala (S)* skala nyeri 4, *Timing (T)* nyeri dirasakan jika bergerak.

2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

Didapatkan data objektif HB 12,7 g/dl, leukosit $21,4 \cdot 10^3/\text{ul}$, keadaan luka basah.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Didapatkan data subjektif klien mengatakan pergerakan lambat. Data objektif klien post seksio sesarea masih dalam pengaruh anestesi spinal.

4. Kesiapan meningkatkan pengetahuan

Didapatkan data subjektif klien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara, klien mengatakan belum mengetahui cara menyusui dengan benar, klien mengatakan belum mengetahui Asi ekslusif, klien mengatakan belum mengetahui gizi ibu nifas. Data objektif saat klien ditanya klien tidak bisa menjawab klien tampak bingung.

C. Tujuan dan rencana keperawatan

Berdasarkan masalah yang ditemukan pada saat pengkajian tanggal 14 Januari 2016, penulis menyusun intervensi sebagai berikut nyeri berhubungan dengan luka insisi seksio sesarea data subjektif setelah operasi SC klien mengatakan merasa nyeri pada bekas luka operasi di perut, *provokator* (P) nyeri pada saat bergerak dan hilang saat beristirahat , *Quality* (Q) rasanya seperti di sayat, *Skala* (S) skala nyeri 4, *Timing* (T) nyeri dirasakan jika bergerak.

Tujuan intervensi nyeri berkurang dari 4 menjadi 2, klien tampak rileks, klien tampak tenang dan bisa tidur. Intervensi yang akan dilakukan pantau tanda-tanda vital, kaji skala nyeri menggunakan skor dari 1-10 dan menjelaskan nyerinya, ajarkan tindakan farmakologi teknik relaksasi, motivasi klien apabila nyeri klien diharapkan menggunakan tindakan teknik relaksasi, kolaborasi berikan obat analgesik.

Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yang ditandai dengan data objektif yang didapat HB 12,7 g/dl, leukosit $21,4 \times 10^3/\text{ul}$, keadaan luka basah, . Intervensi yang akan dilakukan pantau tanda-tanda vital, kaji tanda-tanda infeksi pada luka, ajarkan kepada ibu untuk tidak membatasi makanan, ajarkan kepada klien dan keluarga cara pencegahan infeksi, kolaborasi berikan obat antibiotik.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan data subjektif klien mengatakan pergerakan lambat dengan data objektif yang didapat klien post seksio sesarea masih dalam pengaruh anestesi spinal. Intervensi yang akan dilakukan observasi keadaan umum, kaji tingkat aktifitas yang sudah dilakuakan, bantu pasien latihan gerak miring kanan dan miring kiri, ajarkan kepada klien untuk selalu merubah posisi.

Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan ditandai dengan data subjektif klien mengatakan lien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara, klien mengatakan belum mengetahui cara menyusui dengan benar, klien mnegatakan belum mengetahui Asi ekslusif, klien

mengatakan belum mengetahui gizi ibu nifas. Data objektif saat klien ditanya klien tidak bisa menjawab klien tampak bingung. Intervensi identifikasi tingkat pengetahuan klien tentang nifas, beri pendidikan kesehatan tentang nifas.

D. Implementasi

1. Nyeri berhubungan dengan luka insisi seksio sesarea

Berdasarkan intervensi tersebut penulis melakukan tindakan yaitu mengkaji keluhan klien dan mengkaji skala nyeri, memberikan injeksi intravena santagesik 500 mg yang berguna untuk mengurangi nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Relaksasi dapat mengalihkan konsentrasi atau focus klien terhadap sakit dan menstimulus tubuh untuk mengeluarkan hormone endorphin.

2. Berdasarkan intervensi tersebut penulis melakukan tinadakan yaitu mengobservasi pengeluaran pervagina melakukan vulva heygin, mengobservasi penegeluaran pervagina dan melepas selang kateter, observasi tanda tanda infeksi, melakukan medikasi, motivasi klien untuk makan makanan tinggi protein seperti telor, susu, ikan dan sayuran.

3. Berdasarkan intervensi tersebut penulis melakukan tindakan berupa mengobservasi kemampuan klien untuk mobilisasi, membantu klien untuk miring kanan dan miring kiri, motivasi klien untuk duduk dan berdiri, menganjurkan klien untuk jalan.

4. Berdasarkan intervensi tersebut penulis melakukan tindakan mendemonstrasikan cara menyusui dengan benar, memberikan pendidikan kesehatan tentang breastcare, memberikan pendidikan kesehatan tentang asi eksklusif.

E. Evaluasi

1. Nyeri berhubungan dengan luka insisi post seksio sesarea

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi seksio sesarea teratasi yang ditandai data

subjektif : klien mengatakan masih sedikit nyeri., *provokator* (P) nyeri pada saat bergerak dan hilang saat beristirahat , *Quality* (Q) rasanya seperti di sayat, *Skala* (S) skala nyeri 4, *Timing* (T) nyeri dirasakan jika bergerak.

2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif teratasi sebagian yang ditandai dengan data objektif luka bersih Luka bersih, tidak ada push, luka kering, tidak ada kemerahan disekitar luka.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri teratasi yang ditandai data subjektif klien mengatakan sudah miring kanan miring kiri, duduk, berdiri dan berjalan sedangkan data objektifnya klien nampak bisa miring kanan kemudian miring kiri, duduk, berdiri dan berjalan.

4. Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua teratasi yang ditandai dengan data subjektif klien mengatakan klien akan mneyusui dengan cara yang benar , klien akan selalu merawat payudara, klien akan selalu makan makanan yang mngandeng gizi ibu nifas, kalien akan mengguankan teknik Asi ekslusif. objektif klien tampak senang setelah diberi pendidikan kesehatan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pengkajian Ny. S dengan seksio sesarea atas indikasi presentasi bokong, penulis meninjau beberapa teori dari ahli bahwa setelah post sectio sesarea ada beberapa pengkajian yang diperlukan untuk menemukan masalah pada Ny. S diantaranya adalah pemeriksaan fundus uteri, pemeriksaan lokal pada luka post operasi, pemeriksaan jumlah lokhia, adanya perdarahan luka, mengobservasi cairan urine, ambulasi setelah post operasi (Reeder et al, 2011). Adapun tindakan yang penulis lakukan pada saat melakukan asuhan keperawatan berupa, pengkajian dan analisa data dasar, merumuskan diagnosa/masalah aktual dan potensial, tindakan segera atau kolaborasi, perencanaan, pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan, serta mendokumentasikan hasil asuhan. Pada kasus Ny. S data yang dikumpulkan dari hasil pengkajian sebagai berikut : anamnese HPHT tanggal 05 April 2015, umur kehamilan 40 minggu. Ibu mengatakan kehamilan saat ini adalah kehamilan pertamanya, ibu mengatakan bahwa ia rutin memeriksakan kehamilannya di puskesmas dan pada kehamilan sekarang ibu merasa cemas akan persalinannya yang berumur 40 minggu.

Berikut diagnosa yang muncul menurut Afiyanti, *et all* (2011), diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien post section caesarea adalah :Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan pervaginaan, kehilangan darah yang berlebihan, Nyeri berhubungan dengan adanya kontraksi uterus pasca persalinan, adanya luka insisi post sectio caesarea, Perubahan pola eliminasi urine berhubungan dengan diuresis pascapartum, retensi urine, Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik, Resiko infeksi berhubungan dengan mastitis, kerusakan integritas kulit, dan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan insisi bedah atau laserasi.

Sedangkan masalah yang penulis dapatkan sesuai kondisi pasien pada penerapan asuhan keperawatan post section caesarea di ruang nifas RSUD Kajen Pekalongan adalah sebagai berikut :Nyeri berhubungan dengan adanya luka insisi post section caesarea, Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan menyusui dengan benar, mengenai perawatan payudara, gizi ibu nifas, ASI ekslusif.

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi post section saesarea

a. Pengertian

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa , awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. Nyeri kronis merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa , awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung > 6 bulan (Herdman, 2014). Masalah nyeri akut didukung juga dengan adanya batasan karakteristiknya yaitu adanya laporan verbal atau non verbal menunjukan keusakan, posisi untuk mengurangi nyeri, tingkah laku berhati-hati, gangguan tidur, muka topeng, focus pada diri sendiri, perubahan nafas, nadi perubahan nafsu makan, tingkah laku ekspresif (gelisah, meringis, dan lemah) (Herdman, 2014 h.604)

b. Alasan diagnose ditegakkan

Penulis menegakkan diagnosis nyeri akut karena pada saat pengkajian didapatkan data klien mengatakan merasa nyeri pada bekas luka operasi di perut, *provokator* (P) nyeri pada saat bergerak dan hilang saat beristirahat , *Quality* (Q) rasanya seperti di sayat, *Skala* (S)

skala nyeri 4, *Timing* (T) nyeri dirasakan jika bergerak, ekspresi wajah meringis kesakitan, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 90x/menit.

c. Tujuan dan rencana keperawatan

Dari masalah keperawatan nyeri akut, penulis telah membuat rencana keperawatantindakan sesuai untuk mengatasi keperawatan ini yaitu kaji tingkat nyeri dengan menggunakan skala nyeri 1-10, ajarkan teknik relaksasi, motivasi klien untuk selalu menggunakan teknik relaksasi, kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesik. Obat analgesik yang diberikan pada klien ialah santagesik. Santagesik merupakan obat Anti Inflamasi Non Steroid. Pemberian obat melalui intravena. Obat ini membantu mengurangi nyeri yang menganggu klien.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan adalah Mengkaji tingkat nyeri dengan menggunakan skala 1-10 dalam menjelaskan masalah nyeri yang dialami, Mengajarkan teknik relaksasi, observasi tanda –tanda vital. Penulis juga kolaborasi dengan tenaga medis lainnya yaitu dengan memberikan injeksi santagesik untuk mengurangi nyeri.

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Kasus yang dilakukan dari tanggal 14-16 Januari 2016 untuk mengetahui keberhasilan dalam menghadapi masalah pasien. Pada diagnosa pertama, masalah nyeri dianggap teratasi pada hari ke 3 dari proses keperawatan yang dilakukan. Hal ini nampak dari ekspresi wajah klien tidak tampak meringis lagi, serta pengakuan dari klien bahwa nyerinya sudah mulai hilang.

Penulis memprioritaskan diagnosa ini sebagai diagnosa pertama karena klien mengeluh nyeri pada bagian insisi yang dapat mengganggu aktivitas dan proses penyembuhan jika tidak segera di tangan.

2. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

a. Pengertian

Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dimana seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Herdman, 2014 h.531)

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini penulis angkat karena saat pengkajian didapatkan data HB 12,7g/dl, leukosit $21,410^3/\mu\text{l}$, keadaan luka basah.

c. Tujuan dan rencana keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama asuhan keperawatan adalah mengobservasi tanda vital, mengkaji tanda tanda infeksi pada luka, melakukan medikasi, motivasi klien untuk makan makanan tinggi protein seperti telor, ikan, susu, sayuran, dan mendemonstrasikan cara cuci tangan.

Dari masalah keperawatan nyeri akut, penulis telah membuat rencana keperawatantindakan sesuai untuk mengatasi keperawatan ini yaitu pantau tanda-tanda vital, kaji tanda-tanda infeksi, ajarkan kepada ibu untuk tidak membatasi makanan, ajarkan kepada keluarga dan klien cara pencegahan infeksi, kolaborasi dengan dokter pemberian obat cefotaxime. Obat cefotaxime merupakan golongan sefalosporin, Antibiotik. Indikasi cefotaxim ialah mengobati infeksi ginekologi, bakterimia, septikimia. Antibiotik ini bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri sehingga mengurangi masalah infeksi pada ibu(ISO vol.46, h. 146).

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Kasus yang dilakukan dari tanggal 14-16 Januari 2016 untuk mengetahui keberhasilan dalam menghadapi masalah pasien. Pada diagnosa kedua, masalah resiko tinggi infeksi dianggap teratasi pada hari ke 3 dari proses keperawatan yang dilakukan., hal ini nampak

dari kondisi luka yang bersih, tidak ada kemerahan disekitar luka, balutan bersih, tidak ada pus, tidak berbau.

Penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi menjadi prioritas ke dua karena apa karena pada saat pengkajian pada pemeriksaan laboratorium nilai Leokosit tinggi sehingga tidak menutup kemungkinan akan terjadinya infeksi. Ditempatkan pada urutan diagnosa kedua karena merupakan diagnosa resiko.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

a. Pengertian

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dimana kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi. Mobilisasi menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat napas dalam dan menstimulasi kembali fungsi gastrointestinal normal, dorong untuk menggerakkan kaki dan tungkai bawah sesegera mungkin, biasanya dalam waktu 12 jam (Mubarak, 2008).

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini penulis angkat karena Klien mengatakan Klien mengatakan pergerakan lambat.

c. Tujuan dan rencana keperawatan

Dari masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, penulis telah membuat rencana keperawatan tindakan sesuai untuk mengatasi keperawatan ini yaitu mengobservasi kemampuan klien untuk mobilisasi, memotivasi klien untuk miring kanan dan miring kiri, membantu klien untuk miring kanan, membantu klien untuk miring kiri, dan motivasi klien untuk duduk dan berdiri, membantu klien untuk duduk, membantu klien untuk berdiri

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Kasus yang dilakukan dari tanggal 14-16 Januari 2016

untuk mengetahui keberhasilan dalam menghadapi masalah pasien. Pada diagnosa ketiga, masalah hambatan mobilitas fisik dianggap teratasi pada hari ke 3 dari proses keperawatan yang dilakukan. Hal ini nampak dari kondisi pasien yang sudah mulai bisa menggerakkan badannya dengan belajar miring kanan, duduk dan mulai bisa untuk berjalan.

Penulis mengangkat diagnosa hambatan mobilitas fisik menjadi prioritas ketiga karena kesulitan menggerakan kaki, duduk serta dalam mobilisasi memerlukan bantuan orang lain untuk pertolongan, pengawasan, atau pembelajaran.

4. Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan

a. Pengertian

Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibu pola pertukaran informasi dan ide dengan orang lain yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan dan tujuan hidup seseorang serta dapat ditingkatkan (Willkinson, 2011 h.128)

b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini penulis angkat karena Klien menegatakan belum mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, brescare, gizi ibu nifas, asi ekskulif. Klien mengatakan siap diberikan pendidikan kesehatan, klien mengatakan ingin mengerti cara merawat anaknya ketidaktauhan ibu terhadap asupan makanan setelah melahirkan berdampak pada asupan ASI yang dikeluarkan untuk mencukupi nutrisi bayi sehingga bayi tidak dapat berkembang secara optimal sesuai umurnya. Hal tersebut perlu dihindari, oleh karena itu penulis menegakkan diagnosa kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibu.

Dari masalah keperawatan kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan, penulis telah membuat rencana keperawatan tindakan sesuai untuk mengatasi keperawatan ini yaitu Mengkaji kemampuan klien dalam menyusui dengan benar, Memberikan pendidikan kesehatan

dan melakukan *breast care*, Memotivasi klien agar selalu menyusui bayinya, Memberikan pendidikan kesehatan tentang ASI Ekslusif, Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi ibu nifas.

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Kasus yang dilakukan dari tanggal 14-16 Januari 2016 untuk mengetahui keberhasilan dalam menghadapi masalah pasien. Pada diagnosa keempat, masalah keisapan utnuk meningkatkan pengetahuan dianggap teratasi pada hari ke 3 dari proses keperawatan yang dilakukan. Hal ini nampak dari pasien yang aktif bertanya, dan pasien bisa menjelaskan tentang kesehatan gizi ibu nifas, asi ekslusif, menyusui dengfan benar.

Penulis mengangkat diagnosa kesiapa untuk meningkatkan pengetahuan bayi dan ibu menjadi prioritas keempat karena diagnose ini menjadi diagnosa kesejahteraanyang dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan mnegenai cara pewatan payudara, cara menyusui dengan benar, Asi ekslusif, gizi ibu nifas.

BAB V

PENUTUP

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan pada Ny. S dengan asuhan keperawatan dengan diagnose medis P1 A0 post seksio sesarea indikasi presentasi bokong hari pertama di Ruang MELATI RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan, maka penulis menarik simpulan dan memberikan saran sebagai berikut

A. Simpulan

1. Asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S post operasi seksio sesarea atas indikasi presentasi bokong Di Ruang Cempaka RSUD Kajen Pekaloongan, ditemukan empat diagnosa yaitu: nyeri berhubungan dengan luka insisi seksio sesarea, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, hambatan mobilitas fisik berhubungan nyeri, kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan. Penulis menggunakan tahap-tahap proses keperawatan anataralain: pengkajian menentukan diagnose keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi
2. Perencanaan dirumuskan bedasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan dan bersedianya keluarga bekerjasama dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan *post seksio sesarea* indikasi presentasi bokong
3. Evaluasi akhir pada diagnosa bedasarkan evaluasi kerja dan evaluasi hasil selama dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari pada Ny. S dari empat masalah diagnosa tersebut belum sepenuhnya teratasi. Diagnosa yang belum sepenuhnya teratasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka insisi seksio sesarea dalam hal ini penulis sudah mengajarkan manajemen nyeri nonfarmakologi yang harapanya teknik tersebut dapat dilakukan pada saat nyeri muncul letika dirumah. Sedangkan diagnosa utang sudah sepenuhnya teratasi yaitu: resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif, hambatan

mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibu.

B. Saran

1. Bagi lahanpraktik

Sebaiknya dalam memberikan asuhan keperawatan perawat hendaknya menggunakan pendekatan proses keperawatan secara kooperatif dengan melibatkan peran serta aktif keluarga sebagai asuhan keperawatan sehingga tercapai sesuai tujuan.

2. Bagi institusipendidikan

Institusi pendidikan, hendaknya menambah literature yang ada diperpustakaan dengan literature yang masih tergolong terbitan baru berkaitan dengan presentasi bokong, sehingga peserta tidak kesulitan saat mencari litelature.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan prosedur kerjaprofesi, dalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap pemenuhan kebutuhan pasien secara profesional sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan ketrampilan dalam menggunakan kemajuan tehnologi yang sesuai dengan standar yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Y 2010, *Asuhan Kebidanan Masa Nifas*, Yogyakarta, Pustaka Rihama
- Bahiyatun, 2009, *Asuhan Kebidanan Nifas Normal*, EGC, Jakarta
- Herdman, T 2012, *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*, alih bahasa Sumarwati&Subekti, N (eds) Barlid, Ester, Praptiani, EGC, Jakarta
- Kasim, F (ed) 2011, *Informasi Spesialite Obat Vol46*, PT. ISFI, Jakarta
- Liu, D 2008, *Manual Persalinan Edisi 3*, alihbahasaMiliya, (ed, EGC, Jakarta
- Mubarak W,& Cahyatin, N 2008 , *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori & Apkilasi dalam praktik*,(ed) Mardella, EGC, Jakarta
- Nursiana, 2013,*Angka Kejadian Seksio Sesarea* tahun 2013, dilihat 20 mei 2016
dari <http://www.sexsiosaesarea-2013-nursiana.pdf>
- Purwanti, E 2012, *AsuhanKebidananuntukIbuNifas*,CakrawalaIlmu,Yogyakarta
- Rasjidi, I 2009, *Manual SeksioSesareadanLaparatomikelainanAdneksa*, CV SagungSeto, Jakarta
- Reeder, J, Martin, L, & Griffin, D 2011, *KeperawatanMaternitas : Kesehatan Wanita Bayi, & Keluarga 18ed Vol2*, alihbahasaAfiyanti, Racmawati, Lusyana, Kurnianingsih, Subekti, Yulianti (ed).EGC, Jakarta
- Siswishanto, R 2009, *Malpresentasi Dan Malposisi*, dalamilmukebidanan. (eds). Rachimhadhi&Wiknjosastro, EGC, JakartaSukarni K & Margareth, ZH 2013, *Kehamilan, Persalinan, dan Nifas*, Yogyakarta, Nuha Medika
- Wilkinson, JM 2012, *Bukusaku diagnosis keperawatan dan diagnosa NANDA intervensi NIC kriteria hasil NOC*, Edisi 9 EGC, Jakarta

Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Post SC indikasi Presentasi Bokong di Ruang
Nifas Rumah Sakit Kajen Pekalongan

I. PENGKAJIAN

Tanggal Pasien Masuk : 12/01/2016

Jam Pasien Masuk : 23:45 WIB

Tanggal Pengkajian : 14/01/2016

Jam Pasien Dikaji : 08:10 WIB

Tempat : Ruang Melati/ E3

Diagnosa Medis : P1 A0 post seksio sesarea indikasi presentasi bokong
hari pertama

A. Biodata

1. Biodata Klien

Nama : Ny.S

Umur : 25 tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Madukaran 2/2, Kedungwuni

2. Biodata penanggung jawab

Nama : Tn.T

Umur : 30 tahun

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Madukaran 2/2, Kedungwuni

Hubungan : Suami

B. Riwayat kesehatan umum**1. Riwayat kesehatan dahulu**

DS: klien mengatakan pernah menderita penyakit demam, pada waktu anak-anak dan klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit kronik seperti : hipertensi, diabetes miltitus, asma, jantung dan TBC.

2. Riwayat kesehatan sekarang

DS: klien mengatakan saat memeriksakan kandungan ke Puskesmas Kedungwuni I pada tanggal 27 November 2015, bidan mengatakan bahwa kehamilan mengalami kelainan letak sungsang atau posisi terbawah bayi adalah bokong bukan kepala. Klien disarankan oleh bidan untuk melakukan pemeriksaan USG di rumah sakit atau dokter spesialis kandungan. Setelah melakukan pemeriksaan USG di rumah sakit pada tanggal 28 November 2015 didapatkan hasil bahwa kehamilannya memiliki kelainan letak sungsang. Klien Pada tanggal 11 Januari 2016 klien memeriksakan kandungan di Puskesmas Kedungwuni I. Hasil pemeriksaan mengatakan bahwa kondisi bayi masih tetap dalam posisi kelainan letak sungsang, kemudian klien dirujuk ke RSUD Kajen pada jam 20:40 WIB. Pada tanggal 12 Januari 2016 jam 23:25 WIB klien di pindahkan ke ruang melati untuk menunggu persalinan. Pada tanggal 13 Januari 2016 jam 08:45 WIB klien dilakukan tindakan operasi, setelah operasi selesai jam 09:00 WIB klien dibawa ke ruang melati pada tanggal 14 Januari 2016 jam 08:10 WIB langsung melakukan pengkajian dan di dapatkan data

DS: klien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas operasi SC, nyeri seperti ditusuk-tusuk, sakit dibagian perut bekas operasi SC, skala nyeri 4, nyeri muncul ketika bergerak.

Do: Klien tampak menahan nyeri, ekspresi wajah klien tampak meringiskesakitan, klien tampak melindungi area nyeri.

3. Keluhan utama

DS: klien mengatakan nyeri

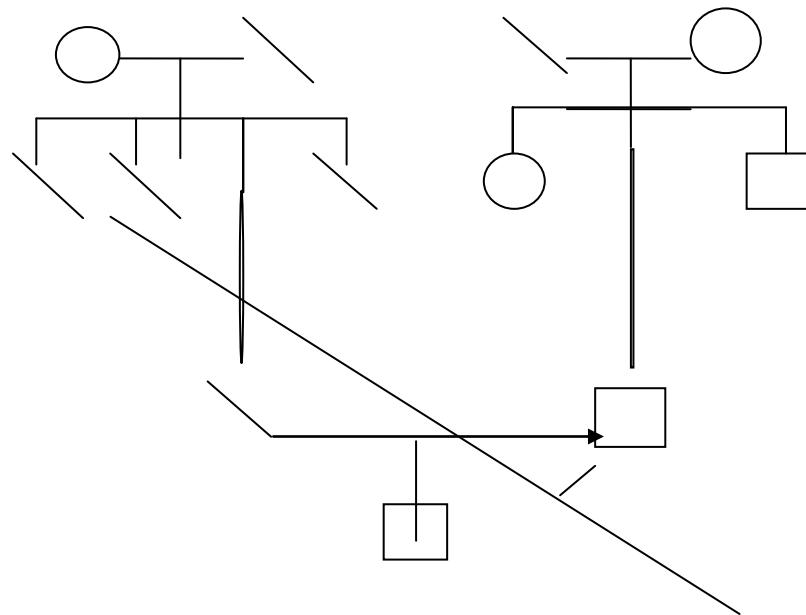
- 1) P: klien mengatakan nyeri pada saat bergerak hilang pada saat beristirahat
- 2) Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk
- 3) R: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC
- 4) S: skala 4
- 5) T: nyeri muncul ketika bergerak

DO:

- 1) Klien tampak menahan nyeri
- 2) Ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan
- 3) Klien tampak melindungi area nyeri

4. Riwayat kesehatan keluarga

Genogram



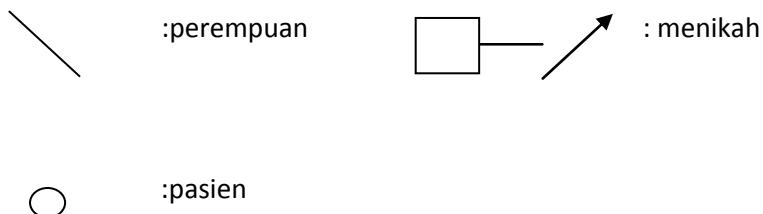
Keterangan:



:laki laki

.....

: tinggal serumah



DS:

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit penyakit menurun/keturunan seperti hipertensi, DM, asma, jantung. Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, Hepatitis dan HIV/AIDS

5. Alergi

DS:Klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan, cuaca,obat

6. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

DS:Klien mengatakan tidak mempunyai kebiasaan yang mengganggu kesehatan seperti merokok, minum munuman keras dan kebiasaan mengonsumsi obat-obatan

7. Riwayat sosial

DS:Klien mengatakan tinggal di pedesaan, hubungan baik tetangga-tetangganya dan klien juga aktif dalam hubungan sosial di tempat tinggalnya

8. Personal hygiene

Selama hamil

Sesudah melahirkan

Mandi : 2x/ hari : Klien mandi dengan dielap
 Gosok gigi : 2x/ hari : Klien gosok gigi dengan di bantu
 Cuci rambut : 1x/ hari : Klien belum cuci rambut
 Potong kuku : jika panjang : Kuku pendek
 Ganti pakaian: 2x/ hari : Klien ganti baju 2x/ hari dengan di bantu
 Masalah/keluhan : Tidak ada

9. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi Metabolik

Selama hamil:		sesudah melahirkan
Makan pagi	: habis 1 porsi	: habis 1 porsi dengan dibantu
Makan siang	: habis 1 porsi	: habis 1 porsi dengan dibantu
Makan malam	: habis 1 porsi	: habis 1 porsi dengan dibantu
Kudapan	: Susu dan buah : diberi buah dengan dibantu	
Minum	: 8 gelas/ hari	: 5 gelas/hari dengan dibantu

10. Riwayat keperawatan untuk pola eleminasi

Selama hamil:		setelah melahirkan:
BAK		
Frekuensi	: 7x/ hari	: menggunakan selang kateter
Jumlah	: Tidak terkaji	: 250 ml pada jam 08:10-11:00
Warna	: khas urin	: khas urin
Bau	: khas urin	: khas urin
Selama Hamil		setelah melahirkan:
BAB		
Frekuensi	: 1x/hari	: 1x/hari dengan dibantu
Jumlah	: tidak terkaji	: tidak terkaji
Warna	: khas	: khas
Kosistensi	: lunak	: lunak

11. Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas latihan

DS: Klien mengatakan pergerakan lambat

DO: klien tampak belum bisa menggerakkan kaki klien post seksio sesarea masih dalam pengaruh anestesi spinal

12. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat tidur

selama hamil	setelah melahirkan
Tidur siang : 1 jam	:1 jam
Tidur malam :8 jam	:5 jam

13. Kebutuhan peningkatan pengertian masa *post partum*

DS:

- Klien mengatakan belum megetahui cara menyusui dengan benar, perawatan payudara, gizi ibu nifas, asi eksklusif. Namun, klien bersedia untuk belajar.

14. Adaptasi psikologi terhadap post partum

a. Kesiapan menjadi ibu

DS: Klien mengatakan siap menjadi seorang ibu dengan anak pertamanya. Klien mengatakan kehamilan pada anak pertamanya ini direncanakan. Klien merasa senang dengan kelahiran anak pertamanya.

b. Penerimaan terhadap bayi

DS: Klien masih dalam tahap Latting In Klien masih mengeluh sakit dengan terfokus dengan apa yang dirasakannya. Klien mengatakan keluarga dan suaminya menerima dengan senang hati atas kelahiran anak pertamanya

c. Dukungan suami

DS: klien mengatakan suami dan keluarga selalu memberikan dukungan selama hamil dan saat melahirkan

15. Riwayat keperawatan untuk nilai/kepercayaan

Agama : Islam

DS : klien mengatakan belum menjalankan ibadah karena masih kotor, klien selalu berdoa.

C. Riwayat kebidanan/obsterik

Status Obsterik: P1 A0

1. Riwayat menstruasi

- a. Menarche : 13 tahun
- b. Lama haid : ± 6 hari
- c. Siklus Haid : 28 hari
- d. Jumlah : 2-3x/hari ganti pembalut, pembalut basah, dengan volume ½ pembalut
- e. Keluhan : tidak ada

2. Riwayat pernikahan

- a. Status : Menikah
- b. Umur waktu menikah yang pertama kali : 23 tahun
- c. Berapa kali menikah : 1x
- d. Lama menikah dengan suami : 2 tahun

3. Riwayat persalinan dan nifas yang lalu

DS:klien mengatakan baru melahirkan pada tanggal 13 Januari 2016 dengan seksio sesaria indikasi presentasi bokong

4. Riwayat KB

- a. Metode Kb yang pernah di gunakan : belum pernah
- b. Lama penggunaan : belum pernah
- c. Alasan dilerpas : belum pernah
- d. Keluhan : belum pernah
- e. Rencana Kb akan datang : Suntik KB yang diberikan selama 3 bulan skali

5. Riwayat kehamilan sekarang

- a. HPHT : 05/04/2015
- b. TP : 12/01/2016
- c. Umur kehamilan : 40 minggu
- d. BB sebelum hamil : 43kg
- e. BB selama hamil : 52 kg
- f. Riwayat ANC (antelatal care) pada kehamilan ini

NO	ANC	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Frekuensi	3x	3x	3x

2	Tempat	Puskesmas	Puskesmas	Puskesmas
3	Keluhan	Mual,muntah	-	Bernafas sedikit sesak
4	Hasil	Balotemen (+)	konvergen	konvergen
5	Pesan	Makan sedikit tapi sering, Anc teratur, makan bergizi	Makan sedikit tapi sering, Anc teratur, makan bergizi	Makanan bergizi, istirahat cukup, latihan nungging buah dada nempel di lantai seperti sujud, persiapan persalinan.
6	Imunisasi TT	TT1	TT2	-
7	Tabletn Fe	30 tablet	30 tablet	30 tablet

6. Riwayat persalinan sekarang

- 1) Jenis persalinan : Seksio sesaria
- 2) Penolong : Dokter
- 3) Tempat : Rumah Sakit
- 4) Proses dan lama persalinan : 1 jam 30 menit
- 5) Masalah persalinan : Presentasi bokong
- 6) Kondisi bayi : Bayi lahir jenis kelamin perempuan, BB: 2450 gram, TB: 46 cm, apgar score: 8.9.10, cacat (-), anus (+)

D. Pemeriksaan fisik

- a) Parameter umum
 1. Keadaan umum : Lemah
 2. Kesadaran : Compos mentis

- | | |
|------------------|---------------|
| 3. TD | : 110/80 mmHg |
| 4. Suhu | : 37,1 C° |
| 5. Nadi | : 90x/menit |
| 6. RR | : 22x/menit |
| 7. BB saat hamil | : 52kg |
| 8. TB | : 151,5cm |

E. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

1. Kepala&Leher

Kepala :

Inspeksi : Rambut hitam, bersih.

Papasi : Tidak rontok, tidak ada ketombe, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan

Keluhan : Tidak ada keluhan

Muka :

Inspeksi : Simetris, tidak oedem, ekspresi wajah klien terdapat meringis dengan skala nyeri 4, wajah tidak pucat, wajah tidak ikterik.

Mata :

Inspeksi : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak oedem, fungsi pengelihan pada batas normal pada kedua mata

Telinga

Inspeksi : Simetris, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, pendengaran dalam batas normal

Hidung

Inspeksi : Simetris, lubang sama besar, bersih, tidak ada polip, penciuman dalam batas normal

Mulut&Tenggorokan

Inspeksi : Mukosa lembab, sumbing tidak ada, bibir pucat, lesi tidak ada, masalah gigi tidak ada, tekstur lidah lembut

Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfe

Masalah :Tidak ada masalah

2. Dada

Inspeksi : Bentuk normal,simetris, gerakan inspirasi & ekspirasi simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Payudara

Inspeksi :Letak simetris, hiperpigmentasi areola mamae, putting susu menonjol, ada pengeluaran berupa kolostum

Paru-paru

Respiratory Rate :22x/menit

Inspeksi : Pola pernafasan teratur, kedalaman pernafasan normal

Palpasi : Taktil fremitus kanan kiri sama, nyeri tekan tidak ada

3. Abdomen

Inspeksi : Terdapat luka *post operasi SC* vertical diperut bagian bawah, striae gravidarum dan linea nigra tampak jelas, balutan luar ukuran 26cm, sklitar balutan tidak terdapat bau, kemerahan, gatal, rembesan dan cairan.

Palpasi : Uterus TFU 2 jari dibawah pusat, uterus konsistensi keras, uterus posisi tengah, kandung kemih kosong

4. Genitalia

Inspeksi :Tidak ada varises, lockhea rubra jumlah seperempat pembalut , perenium utuh, bau khas amis, tidak ada hemoroid, dan terpasang kateter .

Masalah : Tidak ada masalah

Perenium : Normal

Anus : Utuh

5. Punggung

Inspeksi : Tulang belakang simetris, tidak ada lordosis, tidak ada kifosis, tidak ada skoliosis.

Masalah lain : Tidak ada masalah

6. Ekstremitas

Inspeksi : Ektremitas sebelah kanan dan kiri simetris(tangan kanan dan kiri) , tidak ada fraktur, terpasang infus RL 20 tetes/menit,diekstremitas atas sebelah kiri

Palpasi : Tidak ada oedem, tidak adabenjolan, kapirary reflek patella positif, akral hangat.

2. Laboratorium

Nama :Ny. S

ID : 14 januari 2016

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan		Nilai Rujukan
WBC	21,4	$10^3/\mu\text{l}$	H	(4,80/10,80)
RBC	3,54	$10^3/\text{mm}^3$	I	(4,00/5,50)
HGB	12,7	g/dl	L	(12,0/16,5)
HCT	26,8	%	L	(37,0/48,0)
MCV	76	μm^3		(82/92)
MCH	26,1	Pg	I	(27,0/31,0)

MCHC	34,5	g/dl		(32,0/36,0)
RDW	13,6	%		(11,0/16,0)
PLT	278	$10^3/\text{mm}^3$		(150/450)
MPV	7,7	μm^3		(6,0/11,0)
PCT	0,214	%		(0,150/0,500)
PDW	12,3	%		(11,0-18,0)

Gol Darah : O

CT :8'15"

BT : 3'30'

HbSAg : negative (-)

3. Pemeriksaan USG

Tanggal : 7 November 2015

Hasil :

- Posisi bayi presentasi bokong

4. Terapi

Tanggal	Medical	Penjelasan	Indikasi	Respon
14-01-2016	Terapi parenteral infus Ringer laktat 20 tetes/menit makrodrip 1cc equivalen 20tetes	Memenuhi asupan cairan	Memenuhi kebutuhan cairan elektrolit	Baik

Nama obat	Cara, dosis, frekuensi	Fungsi obat
Cefotaxime	Per IV 2x1g	Antibiotik
Santagesik	Per IV 3x500mg	Analgetik

II. PENGELOMPOKAN DATA

Data Subjektif:

1. DS: klien mengatakan nyeri
P :klien mengeluh sakit di perut bekas operasi SC
Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk
R: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC
S: skala 4
T: nyeri muncul ketika bergerak
2. DS: Klien mengatakan pergerakan lambat
3. DS:Klien mnegatakan belum mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, perawatan payudara, gizi ibu nifas, asi ekskulif. Klien mengatakan siap diberikan pendidikan kesehatan, klien mengatakan ingin mengerti cara merawat anaknya

Data objektif

1. DO: Klien tampak menahan nyeri, ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan, klien tampak melindungi area nyeri.
2. DO: HB 12,7 g/dl, leukosit $21,4 \times 10^3/\mu\text{l}$,
3. DO: klien tampak belum bisa menggerakkan kaki klien post seksio sesarea masih dalam pengaruh anestesi spinal
4. Do:Klien saat ditanya bingungan

III. ANALISA DATA

N O	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS: klien mengatakan nyeri</p> <p>P :klien mengeluh sakit di perut bekas operasi SC</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: nyeri muncul ketika bergerak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak menahan nyeri, ekpresi wajah klien tampak meringis kesakitan, klien 	Nyeri akut	Luka insisi seksio sesarea

	tampak melindungi area nyeri		
2	DS: - DO: HB 12,7g/dl, leukosit $21,410^3/\text{ul}$, keadaan luka basah.	Resiko infeksi	Prosedur invasif
3	DS:Klien mengatakan pergerakan lambat DO: Klien post seksio sesarea masih dalam pengaruh anestesi spinal	Hambata n mobilitas fisik	Nyeri
4	DS: Klien		Kesiapan untuk

	<p>mnegatakan belum mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, perawatan payudara, gizi ibu nifas, asi ekskulif.</p> <p>Klien mengatakan siap diberikan pendidikan kesehatan, klien mengatakan ingin mengerti cara merawat anaknya</p> <p>Do: -</p> <p>Klien saat ditanya</p>		<p>meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibu</p>
--	---	--	--

	bingung		
--	---------	--	--

IV. PRIORITY MASALAH

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi seksio seksio .
2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
4. Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibu

VI. CATATAN KEPERAWATAN

Nama :Ny.S

Umur :25 tahun

Diagnosa.:Nyeri berhubungan dengan agen cidera fisik

TGL/JAM	No Dx	IMPLEMENTASI	RESPON KLIEN	PAR AF

14/01/2016 07:00	1	Mengkaji keluhan	S: klien mengatakan nyeri dan lemas O: klien tampak lemas, ekpesi wajah klien tampak meringis kesakitan.	
07:20	1	Mengkaji skala nyeri menggunakan sebuah skala 1-10 dalam menjelaskan nyeri	S: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk O: skala nyeri 4, klien tampak meringis kesakitan	
11:30	1	Memberikan injeksi per intavena santagesik 500mg	S: klien mnegatakan mau diberikan obat melalui selang infuse O: obat masuk melalui sintravena dengan lancar, tidak ada reaksi alergi.	
15/01/2016 07:00	1	Memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien dengan merapihkan tempat tidurnya	S: klien bersedia dirapihkan tempat tidurnya. O: -	

07:10	1	Menanyakan keluhan klien	<p>S: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>O: P: klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi seksio sesarea</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R:sakit dibagian perut bekas luka operasi seksio sesarea</p> <p>S: skala 3</p> <p>T:nyeri muncul ketika bergerak.</p>	
10:00	1	Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi ketika nyeri	<p>S:klien mengatakan akan melakukan nafas dalam selama nyeri.</p> <p>O: klien tampak sedang mempraktekkan nafas dalam.</p>	
10:30	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	<p>S: klien bersedia diukur ttv</p> <p>O: TD: 110/90mmhg, suhu</p>	

			37,1°C, nadi: 86x/menit, RR: 20x/menit	
16/01/2016 07:10	1	Merapihkan tempat tidur	S:- O: klien tampak istirahat	
15/01/2016 07:05	1	Menanyakan keluhan pasien	S: kan nyeri seperti ditusuk-tusuk O: P: klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi seksio sesarea Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R:sakit dibagian perut bekas luka operasi seksio sesarea S: skala 2 T:nyeri muncul ketika bergerak	
11:00	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S: klien bersedia diukur ttv O: TD: 120/90mmhg, suhu 37,00°C, nadi 100x/menit, RR 20x/menit	
11:00	1	Memberikan injeksi per iv santagesik 500mg	S: klien mnngatakan mau diberikan obat melalui selang infus	

			O: obat masuk intravena	
--	--	--	-------------------------	--

Nama :Ny.S

Umur : 25 tahun

Diagnosa: Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Tgl/jam	No diagnosa	Implementasi	Respon pasien
14/01/2016 08:00	2	Mengobservasi pengeluaran pervagina	S:klien mengatakan mengeluarkan pergavina darah O:pengeluaran pervagina: lokhea ruba, jumlah satu pembalut penuh,
08:10	2	Melalukan vulva heygin	S: klien bersedia di bersihkan O: Area kemaluan tampak kotor

15/01/2016 08:20	2	Mengobservasi pengeluaran pervagina	S:klien mnegatakan mengeluarkan darah O: jumlah seperempat pembalut
08:25	2	Melepas selang kateter	S:klien mnegatakan mau dilepas selang air seninya O:melepas selang kateter Dengan urin 100 ml
09:00	2	Mendemonstrasikan cara mencuci tangan dengan benar	S:- O:klien tampak bisa mengulang kembali cara cuci tangan benar
12:00	2	Memberikan injeksi santagesik per intravena 500mg	S: klien mengatakan mau diberikan obat melalui selang infuse O: obat masuk intravena, tidak ada reaksi alergi
16/01/2016 09:10	2	Melakukan medikasi	S: - O: luka bersih tidak ada push, luka

			kering tidak ada kemerahan disekitar luka, panjang luka sekitar 14cm	
10:10	2	Motivasi klien untuk makan-makanan tinggi protein seperti telor, ikan, susu, dan sayur-sayuran	S: klien mengatakan mau makan makanan tinggi protein seperti telor, ikan, susu, dan sayur-sayuran. O: klien tampak yakin akan memakan makanan yang tinggi protein	
13:30	2	Memberikan informasi untuk perawatan dirumah kepada klien tentang obat-obat yang diminum dirumah, tentang perawatan luka dirumah, jadwal control.	S: klien mengatakan akan minum obat sesuai aturan, menjaga luka post operasi agar tetap bersih, dan control sesuai jadwal O:-	

Nama : Ny. S

Umur : 25 tahun

Diagnose: Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tgl/jam	No diagnosa	implementasi	Respon	para
14/01/2016 10:10	3	Mengobservasi kemampuan klien untuk menggerakan kaki	S: klien mengatakan masih lemas dan nyeri jika bergerak O: klien terlihat bedrest	
09:30	3	Memotivasi klien untuk miring kanan dan miring kiri	S: klien mengatakan akan akan miring kanan dan miring kiri sedikit demi sedikit	
11:10	3	Membantu klien untuk miring kanan	S: klien bersedia untuk dibantu miring kanan O: klien tampak kesakitan menahan area perut	
11:30	3	Membantu klien untuk	S: klien bersedia	

		miring kiri	untuk di bantu miring kiri O: klien tampak kesakitan menahan area perut	
15/01/2016 09:45	3	Motivasi klien untuk duduk	S: klien mnegatakan akan mencoba untuk duduk dan berdiri O: -	
13:10	3	Membantu klien untuk duduk	S: klien bersedia dibantu untuk duduk O: klien tampak berusaha untuk duduk dan berpegangan tempat tidur	
13:45	3	Membantu klien untuk	S: klien bersedia	

		berdiri	dibantu untuk berdiri O: klien tampak berusaha untuk berdiri dan dibantu oleh suaminya.	
16/01/2016 11:00	3	Menganjurkan klien untuk jalan	S: klien mnegatakan akan mencoba untuk berjalan O:-	
12:20	3	Membantu klien untuk berjalan	S: klien bersedia dibantu untuk berjalan O: klien tampak berusaha untuk berjalan dan dibantu oleh suaminya.	

Nama : Ny. S

Umur : 25 tahun

Diagnose : kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibu

Tgl/ jam	No Diagnose	Implementasi	Respon	paraf
14/01/2016 12:00	4	Memberikan pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar	S: klien mengatakan belum bisa menyusui dengan benar O: memberikan pendidikan kesehatan tentang menyusui dengan benar	
13:20	4	Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara	S: klien bersedia diberikan pendidikan kesehatan O: klien tampak memperhatikan saat diberikan pendidikan	

			kesehatan ,serta mampu menjawaab car perawatan payudara	
13:45	4	Memotivasi klien agar selalu menyusui bayinya	S: klien mengatakan akan selalu mencoba menyusui anaknya O: -	
15/01/2016 09:10	4	Memberikan pendidikan kesehatan tentang asi eklusif	S: klien bersedia diberikan pendidikan kesehatan tentang asi ekskulif O: klien tampak sedang memperhatik an dan mengikuti	

			pendidikan kesehatan yang diberikan serta mampu menyebutkan cara pemberian asi ekslusif dengan benar	
16/01/2016 13:10	4	Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi ibu nifas	S: klien bersedia diberikan pendidikan kesehatan tentang gizi ibu nifas O: klien tampak sedang memperhatikan dan mengikuti pendidikan kesehatan yang diberikan serta mampu menyebutkan gizi ibu nifas dengan benar.	

VII. Evaluasi keperwatan

Nama : Ny. S
 Umur : 25 tahun

Diagnose : Nyeri berhubungan dengan agen cidera fisik

Hari/tgl jam	No Dx	Catatan perkembangan klien	Paraf
14/01/2016 13:45	I	<p>S: klien mengatakan nyeri</p> <p>P :klien mengeluh sakit di perut bekas operasi SC</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: nyeri muncul ketika bergerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan - Klien tampak menahan nyeri <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>	

15/01/2016 13:00	I	<p>S: klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>P :klien mengeluh sakit di perut bekas operasi SC</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: nyeri muncul ketika bergerak</p> <p>O: -Ekspresi wajah klien tampak tenang</p> <p>A: Masalah nyeri belum teratas</p> <p>P: Observasi skala nyeri, anjurkan teknik nafas dala, kolaborasi pemberian obat untuk pereda nyeri</p>	
16/01/2016 13:35	I	<p>S: klien mengatakan nyeri sudah mulai hilang</p> <p>P :klien mengeluh sakit di perut bekas operasi SC</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC</p> <p>S: skala 3</p>	

		<p>T: nyeri muncul ketika bergerak</p> <p>O: -Ekspresi wajah klien tampak tenang, rileks</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratas</p> <p>P: Menyarankan kepada klien apabila nyeri datang</p>	
--	--	---	--

Nama : Ny. S
 Umur : 25 tahun
 Diagnose : Resiko tinggi infeksi

Tgl/jam	No DX	Catatan perkembangan	Paraf
14/01/2016 13:45	2	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - luka masih tertutup balutan, tidak ada rembesan tidak ada push <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: pertahankan kebersihan luka, pantau tanda-tanda vital</p>	
15/01/2016 13:00	2	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - luka masih tertutup balutan, tidak ada rembesan tidak ada push/darah <p>A: Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: motivasi klien untuk makanan yang tinggi protein</p>	

16/01/2016 13:35	2	S: - O: <ul style="list-style-type: none">- Luka bersih, tidak ada push, luka kering, tidak ada kemerahan disekitar luka. A: Resiko infeksi tidak terjadi P: Pertahankan kebersihan luka, ajarkan klien cara merawat luka dirumah	
---------------------	---	---	--

Nama : Ny. S
 Umur : 25 tahun
 Diagnose : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tgl/jam	No DX	Catatan perkembangan	paraf
14/01/2016 13:35	3	<p>S: klien mengatakan akan miring kanan dan kiri sedikit demi sedikit</p> <p>O:klien tampak berusaha miring kanan selama berapa menit berikutnya miring kiri</p> <p>A: masalah pada hambatan mobilitas fisik teratas sebagian</p> <p>P: melanjutkan latihan mobilisasi dari belajar duduk dan berdiri secara bertahap</p>	
15/01/2016 13:00	3	<p>S: klien mengatakan akan miring kanan dan kiri, duduk dan berdiri</p> <p>O:klien tampak bisa miring kanan dan miring kiri, duduk dan berdiri</p> <p>A: masalah pada hambatan mobilitas fisik teratas sebagian</p> <p>P: melanjutkan latihan mobilisasi berjalan</p>	

16/01/2016 13:35	3	S: klien mengatakan sudah bisa duduk, berdiri dan jalan O:klien tampak bisa berjalan ketoileting A: masalah pada hambatan mobilitas fisik teratasi P: pertahankan kondisi	
---------------------	---	--	--

Nama : Ny. Sk
 Umur : 25 tahun
 Diagnose : kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan

Tgl/jam	No DX	Catatan perkembangan	paraf
14/01/2016	4	<p>S: klien mengatakan belum mengetahui tentang cara menyusui dengan benar dan perawatan payudara</p> <p>O: klien bisa menjawab pertanyaan yang diajukan</p> <p>A: masalah pada kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar dan perawatan payudara</p> <p>P: melanjutkan intervensi dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang asi ekslusif dan gizi ibu nifas</p>	
15/01/2016	4	<p>S: klien mengatakan belum mengetahui tentang asi ekslusif</p> <p>O: klien bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang asi ekslusif</p> <p>A: masalah pada kesiapan</p>	

			<p>untuk meningkatkan pengetahuan tentang asi ekslusif teratasi</p> <p>P: melanjutkan intervensi dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi ibu nifas</p>	
15/01/2016	4		<p>S: klien mengatakan belum mengetahui tentang gizi ibu nifas</p> <p>O: klien bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang gizi ibu nifas</p> <p>A: masalah pada kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan tentang gizi ibu nifas teratasi</p> <p>P: pertahankan kondisi yang ada</p>	

V. Rencana keperawatan

Nama : Ny.S

Umur : 25 tahun

Diagnose : post seksio sesaria indikasi perentasi bokong

tanggal	Diagnose	Tujuan dan criteria hasil	Intervensi	Rasional	Para f
14 januari 2016	Nyeri berhubungan dengan agen cidera fisik	Klien mengungkapkan perasaan nyaman dan berkurangnya nyeri, setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam dengan criteria hasil: - Skala nyeri berkurang dari 4 menjadi 2 - Klien tampak tenang - Klien tampak rileks dan bisa tidur	1. Kaji keluhan pasien 2. Kaji skala nyeri 3. Ajarkan teknik relaksasi 4. Motivasi klien untuk selalu melakukan teknik	1. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan klien 2. Mengetahui tingkat nyeri 3. Relaksasi dapat mengalihkan konsentrasi atau focus klien terhadap sakit dan menstimulus tubuh untuk mengeluarkan hormon endorphin. 4. Memotivasi klien diharapkan	

			<p>relaksasi nafas dalam</p> <p>5. Kolaborasi pemberian obat analgesik</p>	<p>dapat mengetahui tindakan untuk mengurangi nyeri.</p> <p>5. Pemberian obat untuk mengurangi rasa nyeri</p>	
	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien tidak akan terjadi infeksi selama dalam perawatan sampai luka sembuh dengan keriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka bebas dari tanda-tanda inveksi - Area skitar balutan tetap bersih 	<p>1. Pantau TTV</p> <p>2. Kaji tanda-tanda infeksi pada luka</p> <p>3. Ajarkan kepada ibu untuk tidak membatasi makanan</p> <p>4. Ajarkan kepada keluarga dan klien cara</p>	<p>1. Infeksi dapat ditandai dengan peningkatan suhu.</p> <p>2. Mengkaji luka dapat mengetahui tanda-tanda infeksi</p> <p>3. Membatasi makanan dapat memperlambat proses penyembuhan luka post op.</p> <p>4. Memberikan</p>	

			pencegahan infeksi 5. Kolaborasi dengan dokter, berikan obat anti biotik.	pengetahuan kepada keluarga cara pencegahan infeksi. 5. Obat antibiotik dapat mencegah terjadinya infeksi	
	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan criteria hasil: - Klien dapat mandiri dalam miring kanan, miring kiri , ganti apakaian, toileting, makan,	1. Observasi KU 2. Kaji tingkat aktivitas 3. Bantu klien latihan gerak. 4. Ajarkan klien untuk selalu mengubah posisi.	1. Mengetahui KU klien 2. Mengetahui seberapa aktifitas yang telah klien lakukan. 3. Mempertahankan kekuatan otot dan mobilisasi 4. Mengubah posisi diharapkan dapat mempercepat proses penyembuhan klien	

		pindah tempat			
	Kesiapan n untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan kesiapan akan kebutuhan pengetahuan tentang perawatan bayi dan ibudg kriteria hasil: - Klien dapat menunjukkan	1. Identifikasi sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang nifas 2. Beri pendidikan kesehatan tentang nifas.	1. Dapat mengetahui tingkat sejauh mana pasien mengetahui tentang nifas 2. Dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang nifas.	

		n kesiapan sikap dalam mengasuh bayi nya			
--	--	---	--	--	--