

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A PASCA OPERASI SEKSIO
SESAREA ATAS INDIKASI SEROTINUS DI RUANG MELATI
RSUD KAJEN KABUPATEN PEKALONGAN



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

Oleh :

WAHYU DEWI PRATIWI

NIM : 13.1710.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2016**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Pasca Operasi Seksio Sesarea Atas Indikasi Serotinus Di Ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Wahyu Dewi Pratiwi telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 28 Juni 2016

Pembimbing KTI

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

NIK. 04.001.038

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Pasca Operasi Seksio Sesarea Atas Indikasi Serotinus Di R uang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Wahyu Dewi Pratiwi telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 27 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Ratnawati, S.Kep., Ns., M.Kep Isyti'aroh, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Mat

NIK. 12.001.115

NIK. 04.001.038

Mengetahui

Ka.Prodi DIII Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom

NIK. 96.001.016

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, 27 Juli 2016

Yang Membuat Pernyataan

Wahyu Dewi Pratiwi

NIM : 13.1710.P

PRAKATA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

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 pada Ny. A Pasca Operasi Seksio Sesarea Atas Indikasi Serotinus 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. 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. Ratnawati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah.
5. Atik Masruroh, A.Md.Keb, selaku kepala ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan
6. Kedua Orang tua tercinta yang telah memberikan kasih sayang, nasihat, semangat dan do'a yang selalu menjadi inspirasi hidup penulis.

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, 27 Juli 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar pengesahan.....	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi.....	vi
Bab I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	3
C. Manfaat.....	4
Bab II KONSEP DASAR	
A. Seksio Sesarea.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Klasifikasi.....	6
4. Komplikasi.....	6
B. Kehamilan Serotinus.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Etiologi.....	7
3. Manifestasi klinis.....	8
4. Pemeriksaan penunjang.....	8
5. Komplikasi.....	9
6. Penatalaksanaan.....	9
C. Nifas.....	10
1. Pengertian.....	10
2. Perubahan-perubahan pada masa nifas.....	10

Bab III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	17
B. Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, Evaluasi.....	18

Bab IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	25
B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, Evaluasi.....	26

Bab V PENUTUP

A. Simpulan.....	34
B. Saran.....	34

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

- Asuhan keperawatan pada Ny. A Pasca Operasi Seksio Sesarea atas Indikasi Serotinus di Ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan.
- Satuan alat pengajaran asi ekslusif, cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat, gizi ibu menyusui, vulva hygiene, dan cara memandikan bayi.
- Leaflet asi ekslusif, cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat, gizi ibu menyusui, vulva hygiene, dan cara memandikan bayi.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan data yang diperoleh oleh WHO. Di negara ASEAN yang mendapatkan angka kematian ibu tertinggi, pertama di peroleh Laos berjumlah 470 kematian ibu dari 100.000 kelahiran, sedangkan angka kematian ibupaling kecil ditempati oleh Singapura dari kematian per 100.000 kelahiran. Sementara untuk negara Indonesia memiliki angka kematian ibu tertinggi ke 3 mencapai 9.900 orang dari 4,5 juta kelahiran pada tahun 2012 (Sulaiman, 2014)

Angka kematian ibu di tahun 2015 masih jauh dari target. Di indonesia angka kematian ibu pada tahun 2012 mencapai 102 kematian dari 100.000 kelahiran hidup. Hasil dari Survei Demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012. Sedangkan angka kematian ibu (AKI) yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup (Pratiwi, 2015)

Masalah yang dialami di Profinsi Jawa Tengah pada tahun 2014 angka kematian ibu mengalami peningkatan. Pada kabupaten atau kota angka kematian ibu mencapai 126,55 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2013 angka kematian ibu sebesar 118,62 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan Provinsi JawaTengah, 2014)

Menurut Divon (2007) dalam Lowdermik et al (2013)memaparkan bahwa kehamilan lebih bulan (juga disebut kehamilan memanjang atau lewat bulan) merupakan kehamilan memanjang melebihi akhir minggu 42 gestasi, atau 294 hari periode mentruasi terakhir (HPHT). Insiden kehamilan lewat bulan di perkirakan sekitar 4% hingga 14%. Banyak kehamilan salah didiagnosa sebagai kehamilan memanjang penggunaan ultrasound pada trismeter pertama untuk menetukan usia kehamilan pada

tahun terakhir ini telah mengonfirmasi bahwa HPHT, yang dahulu di gunakan untuk menentukan usia kehamilan, kurang dapat di percaya sebagai prediktor usia kehamilan yang sebenarnya di bandingkan metode lainnya. Oleh karena itu, penggunaan HPHT sendiri untuk menentukan usia kehamilan cenderung memberikan estimasi yang sangat berlebihan pada sejumlah kehamilan lebih.

Menurut Bahiyatun (2009) masa nifas atau puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari setelah persalinan selesai, hingga alat-alat kandung kemih seperti prahamil. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, berlangsung kira-kira 6 minggu (Kemenkes RI,2013)

Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan dari bulan Januari sampai bulan Desember 2014 yang melakukan persalinan seksio sesarea dengan indikasi Serotinus berjumlah 75 kasus. Sedangkan pada tahun 2015 bulan Januari sampai bulan Desember, persalinan dengan seksio sesarea atas indikasi Serotinus sebanyak 179 kasus (Buku Laporan Rekam Medis Ruang Melati, 2015)

Alasan penulis menjadikan kehamilan serotinus dijadikan asuhan keperawatan karena kehamilan serotinus, bisa berdampak komplikasi seperti anak besar dapat menyebabkan disproporsi, kemudian oligohidramnion dapat menyebabkan kompresi tali pusat, gawat janin sampai bayi meninggal dan keluarnya mekoneum yang dapat menyebabkan aspirasi mekoneum pada janin. Jadi dari data diatas persalinan dengan seksio sesarea dengan indikasi Serotinus dari tahun 2014 sampai 2015 semakin bertambah dan berbahaya pada janin. Maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Pasca Operasi Seksio Sesarea Atas Indikasi Serotinus di Ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan”.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Tujuan umum penulis karya ilmiah ini agar mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus dengan benar.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus.
- b. Merumuskan diagnosa pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus.
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus.
- d. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus.
- e. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus.

C. Manfaat

1. Manfaat bagi perkembangan Ilmu Pengetahuan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukkan untuk menerapkan asuhan keperawatan yang benar pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus.

2. Manfaat bagi Penulis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, pemahaman, dan pengalaman bagi penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus.

3. Manfaat bagi Perawat

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada umumnya. Dan dapat memberikan informasi kepada perawat tentang asuhan keperawatan pada klien pasca operasi seksio sesarea atas indikasi serotinus, sehingga dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan tentang hal yang terkait dengan optimal.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Seksio Sesarea

1. Pengertian

Menurut Nugroho (2011) seksio sesarea yaitu tindakan untuk melahirkan bayi melalui pembedahan abdomen dan dinding uterus. Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan seksio sesarea dapat diartikan sebagai suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Sofian, 2012)

2. Etiologi

Nugroho(2011) menjelaskan seksio sesarea dibagi 2 indikasi :

a. Indikasi dari ibu

- 1) Disproporsi cepalopelvik
- 2) Plasenta previa
- 3) Letak lintang
- 4) Tumor jalan lahir
- 5) Solutio plasenta
- 6) Preeklamsi/eklamsi
- 7) Infeksi intrapartum

b. Indikasi dari anak

- 1) Gawat janin
- 2) Prolapsus funikuli
- 3) Primi gravida tua
- 4) Kehamilan dengan DM
- 5) Infeksi intrapartum

3. Klasifikasi

Menurut Sofian (2012) jenis operasi Sesarea yaitu :

- a. Abdomen (seksio ~~sesarea~~ abdominalis) atau seksio sesarea transperitonealis yaitu :
 - 1) Seksio sesarea klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.
 - 2) Seksio sesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim.
 - 3) Seksio sesarea ekstraperitonealis, yaitu seksio sesarea tanpa membuka peritoneum parietale, sehingga tidak membuka kavum abdominis.
- b. Vagina (seksio sesarea vaginalis) menurutarah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut :
 - 1) Sayatan memanjang (longitudinal)
 - 2) Sayatan melintang (transversal)
 - 3) Sayatan huruf T (*T-incision*)
- c. Seksio sesarea klasik (korporal) seksio sesarea yangdilakukan dengan membuat sayatan mamanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm. Tetapi operasi jenis ini sekarang sudah jarang dipergunakan karena banyak kekurangannya. Namun pada kasus tertentu, seperti pada kasus operasi berulang, yang memiliki banyak perlengkapan organ, seksio sesarea klasik ini dapat dipertimbangkan.
- d. Seksio sesarea ismika (profundu) dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

4. Komplikasi

Menurut Sofian (2012) komplikasi seksio sesarea dibagi menjadi 4 macam yaitu :

- a. Infeksi puerperal (nifas)

- 1) Ringan yaitu dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
 - 2) Sedang yaitu dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - 3) Berat yaitu dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.
- b. Perdarahan bisa terjadi karena banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka, atonia uteri dan perdarahan pada *placental bed*.
 - c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.
 - d. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

B. Kehamilan Serotinus

1. Pengertian

Menurut Cunningham et al (2013) kehamilan lewat bulan yaitu kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih sejak awalan periode menstruasi berasumsi bahwa ovulasi terjadi 2 minggu setelah menstruasi terakhir. Kehamilan lewat waktu atau serotinus adalah kehamilan yang telah berlangsung selama 42 minggu (294 hari) atau lebih pada siklus haid teratur rata-rata 28 hari dan hari pertama haid terakhir diketahui dengan pasti. Diagnosa usia kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan dari perhitungan rumus Neagle atau dengan tinggi fundus uteri serial (Nugroho, 2012)

2. Etiologi

Pudjastuti(2012) menyatakan faktor yang menyebabkan kehamilan serotinus atau kehamilan lewat waktu :

- a. Penurunan kadar estrogen pada kehamilan normal umumnya tinggi.

- b. Faktor hormonal yaitu kadar progesterone tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang.
- c. Factor hereditas karena post matur atau post date sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu.
- d. Pada kasus insufisensi plasenta atau adrenal janin, hormone prokursor yaitu isoandrosteron silfat dieksresikan dalam cukup tinggi konversi menjadi estradiol dan secara langsung estriol di dalam plasenta contoh klinik mengenai defisiensi uterus
- e. terhadap oksitosin berkurang.

3. Manifestasi klinik

Pudiastuti (2012) memaparkan tanda gejala kehamilan lewat waktu yaitu :

- a. Gerakan janin yang jarang yaitu secara subjektif kurang dari 7 kali/20 menit atau secara obyektif dengan KTG kurang dari 10 kali/20 menit.
- b. Pada bayi ditemukan tanda-tanda lewat bulan yang terbagi menjadi :
 - 1) Stadium 1 yaitu kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh dan mudah mengelupas.
 - 2) Stadium 2 yaitu seperti stadium 1 disertai pewarnaan mekonium di kulit.
 - 3) Stadium 3 yaitu seperti stadium 1 disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pudiastuti (2012) memaparkan pemeriksaan penunjang dibagi menjadi 4 bagian yaitu :

- c. penilaian warna air ketuban dengan amnioskopi atau amniotomi (tes tanpa tekanan dinilai apakah reaktif atau tidak ada tes takan oksitosin).
- d. USG untuk menilai usia kehamilan, oligohirammion, derajat maturitas plasenta.

- e. KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.
- f. Pemeriksaan sitologi vagina dengan indeks kariopiknotik.

5. Komplikasi

Saifuddin (2009) menjelaskan komplikasi lewat bulan yaitu :

- a. Anak besar, dapat menyebabkan disproporsi sefalopelvik.
- b. Oligohidramnion, dapat menyebabkan kompresi tali pusat, gawat janin sampai bayi meninggal.
- c. Keluarnya mekoneum yang dapat menyebabkan aspirasi mekoneum.

6. Penatalaksanaan

Menurut Pudiastuti (2012) penatalaksanaan kehamilan serotinus dibagi menjadi :

- a. Setelah umur kehamilan lebih 40 minggu yang terpenting adalah monitoring janin sebaik – baiknya.
- b. Apabila tidak ada tanda – tanda insufisiensi plasenta persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat.
- c. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan cervik, apabila sudah matang, boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi.
- d. bila terdapat riwayat kehamilan yang lalu terdapat hipertensi, preeklamsi dan kehamilan ini adalah anak pertama karena infertilitas atau pada kehamilan lebih dari 40-42 minggu maka ibu dirawat dirumah sakit.
- e. Tindakan operasi section caesarea dapat dipertimbangkan pada keadaan insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang, pembukaan yang belum lengkap, partus lama dan terjadi tanda gawat janin, primigravida tua, kematian janin dalam kandungan, preeklamsi, hipertensi menahun, infertilitas dan kesalahan letak.

C. NIFAS

1. Pengertian

Pitriani & Andriyani (2014) menjelaskan masa nifas atau puerperium dimulai plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Masa nifas (puerperium) adalah masa 6 minggu setelah persalinan ketika saluran reproduksi kembali keadaan tidak hamil (Norwitz & Schorge, 2008)

2. Perubahan-perubahan pada masa nifas

Menurut Nugroho et al (2014) perubahan-perubahan fisiologis pada masa nifas dibagi menjadi 8 bagian adalah sebagai berikut :

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Involusi uterus atau pengerutan uterus

Adalah suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

2) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka plasenta khas sekali.

3) Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendor yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi,

ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendor.

4) Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendor, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.

5) Lokia

Adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

6) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor.

b. Perubahan sistem pencernaan

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca partum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid, ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

c. Perubahan sistem perkemihan

1) Hemostatis internal

Tubuh, terdiri dari air dan unsur-unsur yang larut di dalamnya, dan 70% dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang yang disebut dengan cairan intraseluler. Cairan ekstraseluler terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut interstisial.

2) Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $PH > 7,4$ disebut alkosis dan jika $PH < 7,35$ disebut asidosis.

3) Pengeluaran sisa metabolisme, racun dan zat toksin ginjal

Zat toksin ginjal mengekresi hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatin. Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak menganggu proses inovasiuteri dan ibu merasa nyaman.

d. Perubahan sistem muskuloskeletal /diastasis rectie abdominis

1) Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

2) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-otot dinding

abdomen dapat kembali normal dalam beberapa minggu pasca melahirkan dengan latihan.

3) Striae

Adalah suatu berubahan warna seperti jaringan parut dinding abdomen.

4) Perubahan ligamen

Setelah janin lahir, ligamen-ligamen diafragma pelvis dan fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala.

5) Simpisis pubis

a) Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi namundemikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal.

b) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung merupakan gejala pasca partum jangka panjang yang sering terjadi. Hal ini disebabkan adanya ketegangan postural pada sistem muskuloskeletal akibat posisi saat persalinan.

c) Sakit kepala dan nyeri leher

Pada minggu pertama dan tiga bulan setelah melahirkan, sakit kepala dan migrain bisa terjadi. Gejala ini dapat mempengaruhi aktifitas dan ketidaknyamanan pada ibu post partum. Sakit kepala dan nyeri leher yang jangka panjang dapat timbul akibat setelah pemberian anestesi umum.

d) Nyeri pelvis posterior ditunjukan untuk rasa nyeri dan disfungsi area sendi sakroiliaka. Gejala ini timbul sebelum nyeri punggung bawah dan disfungsi simfisis pubis yang ditandai nyeri di atas sendi sakroiliaka pada bagian otot penumpu berat badan serta timbul pada saat membalikan tubuh ditempat tidur.

e) Disfungsi simfisis pubis

Merupakan istilah yang menggambarkan gangguan fungsi sendi simfisis pubis dan nyeri yang dirasakan di sekitar area sendi.

f) Diastasis rekti

Adalah pemisahan otot rektus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus, sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat peregangan mekanis dinding abdomen.

g) Osteoporosis akibat kehamilan

Osteoporosis timbul pada trimester ketiga atau pasca natal.

e. Perubahan sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormonyang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunanhormon plasenta (human placental lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas.*Human Chionic Gonadotropin* (HCG)menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mamae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain : hormon prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu .hormon prolaktinberperan dalam pembesaran payudarah untuk merasang produksi susu. FSH dan LH meningkat pada fase onsentrasasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui mendapatkan

mentruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan mentruasi 6 minggu pasca melahirkan berkisar 16% dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui akan mendapatkan menstruasi berkisar 40% setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90% setelah 24 minggu.

4) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga produksi ASI dan sekresi oksitosin sehingga dapat membantu involusi uteri.

5) Hormon estrogen dan progesteron

Volume darah normal selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva serta vagina.

f. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu badan

Suhu tubuh wanita inapartu tidak lebih dari 37,2°C pasca melahirkan, suhu tubuh dapatnaik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum, suhu badan akan naik lagi.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih

cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh darah arteri ketika darah dipompa oleh jantung keseluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 Mmhg dan diastolik 60-80 Mmhg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan drah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan drah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan drah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsia post partum. Namun demikian, hal tersebut sangat jarang terjadi.

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 x/menit. Pada post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisiistirahat. Keadaan pernafasan selaluberhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu badi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Volume darah yang normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uretin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormon estrogen,yang cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi dari pada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat.

h. Perubahan sistem hematologi

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Ny. A berumur 29 tahun, agama islam, status menikah, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, tinggal di Kesesi. Klien dirawat di Ruang Melati D.2 RSUD Kajen, dengan diagnosa medis P3 A1 pasca operasi seksio sesarea indikasi serotinus. Penanggung jawab klien adalah Tn. T berumur 35 tahun, pekerjaan wiraswasta, status menikah, tinggal di Kesesi, Tn. T adalah suami dari klien.

Klien G3 P2 A1 mengatakan memeriksakan kandungan, pada tanggal 7 Januari 2016 ke Dokter SPOG karena kehamilannya lebih dari perkiraan persalinan yaitu 29 Desember 2015. Hasil pemeriksaan kondisi ibu dan bayi masih baik dan diberikan waktu menunggu 3 hari selama janin dalam kondisi baik. Pada tanggal 11 Januari 2016 jam 20.00 WIB klien merasakan mulas-mulas, kemudian dibawa ke Puskesmas 2 Kesesi. Klien dari Puskesmas sudah pembukaan 3 cm, karena klien mempunyai riwayat post seksio sesarea karena eklampsia 7 tahun yang lalu, klien dirujuk ke RSUD Kajen pada tanggal 11 Januari 2016, jam 21.00 WIB. Di RSUD Kajen klien setelah melakukan pemeriksaan, klien direncanakan tindakan operasi di ruang IBS RSUD Kajen pada jam 22.00 WIB dan selesai operasi jam 23.00 WIB, kemudian klien dipindah untuk dirawat keruangan Melati/ D2 kelas 3 pada jam 24.00 WIB.

Pada saat pengkajian tanggal 12 Januari 2016 jam 07.00 WIB. Penulis melakukan pengkajian lebih lanjut terkait keluhan yang dirasakan

klien, penulis mendapatkan data subjektif : klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi, P (provokatif) : luka diperut bekas operasi SC ,Q (qualitas) : seperti ditusuk-tusuk, R (regional) : bagian perut bekas operasi SC, S (skala) : 6, T (time) : nyeri menetap, nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakan. Klien mengatakan sulit beraktivitas, aktivitas dibantu keluarga, perawat karena masih nyeri, klien belum bisa melakukan mobilisasi menggerakan kaki dan tangan, miring kiri kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri. Dan klien mengatakan takut beraktivitas karena ada luka diperut bagian bawah. Klien mengatakan baru operasi terdapat luka jahit dibagian perut bagian bawah. Klien juga mengatakan tidak mengetahui pengetahuan tentang nifas, seperti cara memandikan bayi, asi ekslusif, vulva hygiene, cara perawatan tali pusar, gizi ibu menyusui dan cara menyusui dengan benar. Data objektif yang didapatkan yaitu klien terlihat lemas, kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area luka bekas operasi, aktifitas klien tampak dibantu keluarga dan pergerakan klien lambat, tampak bingung ketika ditanya pengetahuan tentang nifas. Tekanan darah : 120/80 Mmhg, nadi : 88x/menit, suhu : 36,5°C, respiratori rate: 20x/menit.

Data penunjang tanggal 12 januari 2016 yaitu Lekosit $14,9 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$ (n : 4,0/10,0), Eritrosit $3,42 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$ (n : 4,00/5,50), Hemoglobin 11,1 I g/dl (n : 12,0/16,5), Hematokrit 31,8 L % (n : 37,0/48,0), MCV93 h μm^3 (n : 82/92), MCH 32,5 h Pq (n : 27,0/31,0), MCHC 35,0 g/dl (n : 32,0/36,0), RDW 11,7 % (n : 11,0/16,0), PLT $187 \text{ } 10^3/\text{mm}^3$ (n : 150/450), Mean platet volume $9,4 \text{ } \mu\text{m}^3$ (n : 6,0/11,0), PCT 0,176 % (n : 0,150/0,500), Platet distributor width 15,8 % (n : 11,0/18,0). Hasil pemeriksaan USG 7 januari 2016 kondisi ibu dan bayi masih baik. Terapi yang diberikan tanggal 12 januari 2016 yaitu infus RL 20 tetes/menit , injeksi cefotaxim 2 x 1000mg melalui intravena, injeksi santagesik 3 x 500 mg melalui intravena dan obat neurosanbe 1 x 50mg di minum.

B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

Hasil pengkajian tanggal 12-14 Januari 2016 didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi, P (provokatif) : luka diperut bekas operasi SC, Q (qualitas) : seperti ditusuk-tusuk, R (regional) : bagian perut bekas operasi SC, S (skala) : 6, T (time) : nyeri menetap, nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakan. Data objektif : klien terlihat lemas, kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area luka bekas operasi.

Tujuan dan kriteria hasil dari masalah tersebut yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x @ 60 menit klien akan mampu melakukan teknik manajemen nyeri non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan kriteria hasil : skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2, klien tampak tenang dan rileks, klien mampu mendemonstrasikan kembali cara mengurangi nyeri seperti : relaksasi nafas dalam. Intervensi yang telah direncanakan untuk menyelesaikan masalah nyeri adalah kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas skala (0-10), frekuensi dan waktu, ajarkan dan intrusikan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi.

Berdasarkan data diatas maka penulis melakukan implementasi pada tanggal 12-14 Januari 2016 yaitu : mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital klien, mengkaji tingkat nyeri klien, mengajarkan klien relaksasi nafas dalam, memberikan obat injeksi sesuai dengan advis dokter : injeksi santagesik 500 mg, memberikan lingkungan yang nyaman. Kemudian pada tanggal 13 Januari 2016 penulis melakukan : mengkaji ulang keadaan dan TTV klien, mengkaji tingkat nyeri, mengevaluasi dan memotivasi ulang cara relaksasi nafas dalam, memberikan lingkungan yang

nyaman. Pada tanggal 14 Januari 2016 yaitu mengkaji ulangkeadaan dan TTV klien, mengkaji tingkat nyeri, menganjurkan ulang nafas dalam, jika nyeri timbul. Pada tanggal 14 Januari masalah teratasi ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan lebih baik, nyeri berkurang. P (provokatif) : klien mengatakan nyeri saat beraktifitas, berkurang saat beristirahat, Q (qualiti) : nyeri seperti senut-senut, R (regional) : bagian perut bekas operasi SC, S (skala) : 2, T (time) : nyeri hilang timbul. Data objektif : klien tampak rileks, analisa : masalah nyeri akut teratasi, planing : pertahankan kondisi.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post seksio sesarea, yang ditandi dengan data subjektif : klien mengatakan sulit beraktifitas, aktivitas dibantu keluarga dan perawat karena masih nyeri. Dan klien mengatakan takut beraktivitas karena ada luka. Aktifitas klien tampak dibantu keluarga dan pergerakan klien lambat. Klien belum bisa melakukan mobilisasi menggerakan kaki dan tangan, miring kiri kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri.

Tujuan dan kriteria hasil dari masalah tersebut yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : klien dapat mandiri dalam melakukan aktifitas seperti : ganti pakaian, makan, toileting dan berpindah dari tempat tidur secara mandiri. Intervensi yang telah direncanakan untuk menyelesaikan masalah hambatan mobilitas fisik adalah observasi KU, mengkaji tingkat aktifitas, mengajarkan mobilisasi secara verbal seperti: menggerakan kaki dan tangan, miring kanan dan kiri, duduk, berjalan dan aktifitas seperti biasa secara mandiri, kolaborasi dengan obat pemulihan pasca operasi.

Berdasarkan data diatas maka penulis melakukan implementasi pada tanggal 12-14 Januari 2016 yaitu : mengkaji

tingkat aktivitas, mengajarkan dan memotivasi klien menggerakan tangan, kaki dan miring kanan, miring kiri, mengevaluasi ulang mobilitas menggerakan tangan, kaki dan miring kanan, miring kiri. Kemudian pada tanggal 13 Januari 2016 penulis melakukan : mengajarkan mobilitas duduk, Menanyakan aktivitas yang sudah dilakukan. Pada tanggal 14 Januari 2016 penulis melakukan: mengajarkan mobilitas jalan satu langkah dan beraktivitas secara mandiri, mengevaluasi aktivitas apa yang sudah dilakukan secara mandiri. Pada tanggal 14 Januari masalah teratasi ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan sudah bisa berjalan, toileting, makan secara mandiri. Data objektif : klien tampak melakukan kegiatan secara mandiri, analisa : masalah hambatan mobilitas teratasi, planing : pertahankan kondisi.

3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan. Yang ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan baru operasi terdapat luka jahit dibagian perut bagian bawah, Tampak luka bekas operasi dengan jahitan, ukur balutan sekitar 20 cm secara vertikal, balutan luka bersih, tidak ada rembesan, terlihat balutan luka post operasi SC, suhu : 36,5°C.

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa ini adalah klien tidak terjadi infeksi selama perawatan. Masalah resiko tinggi infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : luka bebas dari tanda- tanda infeksi, tidak demam, area sekitar luka tetap bersih, menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. Intervensi yang telah direncanakan untuk menyelesaikan masalah resiko tinggi infeksi adalah observasi TTV, pantau hasil laboratorium, mengajarkan cara pencegahan infeksi : cara mencuci tangan dengan benar, perawatan luka yang aspetik, obsevasi keadaan luka, berikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi, anjurkan makan-makan bergizi, kolaborasi dengan pemberian obat antibiotik sesuai indikasi.

Berdasarkan data diatas maka penulis melakukan implementasi pada tanggal 12-14 Januari 2016 yaitu : mengkaji keadaan luka, memberikan penjelasan tanda dan gejala luka terkena infeksi, memantau hasil laboratorium, mengajarkan klien dan keluarga cara cuci tangan yang benar, menganjurkan klien dan keluarga untuk memberikan makan-makanan yang bergizi. Kemudian pada tanggal 13 Januari 2016 penulis melakukan : mengkaji keadaan luka, mengevaluasi cara cuci tangan yang benar, memotivasi klien untuk menjaga kebersihan diarea luka, mengevaluasi klien dan keluarga tentang makan-makanan yang bergizi, memberikan obat injeksi cefotaxim 1000 mg. Pada tanggal 14 Janauari 2016 penulis melakukan : membersihakan luka dengan aspetik dan mengganti pembalut luka bekas operasi SC sesuai advis dokter, mengevaluasi klien tindakan yang sudah dilakukan untuk menjaga area luka. Pada tanggal 14 Januari masalah teratasi ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan luka bersih, tidak terjadi infeksi. Data objektif : luka tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, analisa : masalah resiko tinggi infeksi teratasi, planing : pertahankan kondisi.

4. Defisiensi pengetahuan tentang gizi pada ibu menyusui, cara menyusui dengan benar, asi eksklusif, vulva higiene, memandikan bayi yang benar, dan perawatan tali pusar berhubungan dengan kurang familier dengan sumber-sumber informasi. Yang ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan tidak mengetahui pengetahuan tentang nifas, seperti cara memandikan bayi, asi ekslusif, vulva hygiene, cara perawatan tali pusar, gizi ibu menyusui dan cara menyusui dengan benar. Tampak bingung ketika ditanya pengetahuan tentang nifas.

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa ini adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 75 menit pertemuan masalah pada defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui

dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar, dan vulva hygiene. Dapat teratasi dengan kriteria hasil klien mampu mendemonstrasikan cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar, dan vulva hygiene. Intervensi yang direncanakan dari diagnosa defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar, vulva hygiene. Kaji sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar, dan vulva hygiene. Beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene. Motivasi klien untuk melakukan hal-hal yang sudah diajarkan.

Berdasarkan data diatas maka penulis melakukan implementasi pada tanggal 12-14 Januari 2016 yaitu : mengakaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang nifas. Kemudian pada tanggal 13 Januari 2016 penulis melakukan : memberikan pendidikan kesehatan tentang nifas : cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar, dan vulva hygiene. Karena pasien lupa penulis melakukan kembali pendidikan kesehatan tentang pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene, mengevaluasi pengetahuan tentang nifas yang telah diberiakn, menjelaskan kembali dan memotivasi klien untuk melakukan tindakan pengetahuan tentang nifas. Pada tanggal 14 Januari 2016 penulis melakukan : mengevaluasi klien dan keluarga pendidikan kesehatan tentang nifas yang telah diberikan. Pada tanggal 14 Januari masalah teratasi ditandai dengan data subjektif :

klien mengatakan sudah mengetahui dan melakukan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene Data objektif : klien mampu melakukan yang diajarkan, analisa : masalah defisiensi pengetahuan teratasi , planing : pertahankan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan bab ini penulis membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Penulis mengklasifikasikan kedalam lima tahap proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Penulis akan mengemukakan antara kesenjangan teori dengan masalah-masalah yang ada didalam pelaksanaan asuhan keperawatan selama tiga hari dari tanggal 12-14 Januari 2016 dengan asuhan keperawatan pada Ny. A pasca operasi Seksio Sesarea atas indikasi Serotinus di ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan.

A. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian dengan asuhan keperawatan pada Ny. A pasca operasi Seksio Sesarea atas indikasi Serotinus di ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan, penulis menggunakan metode pendekatan pengkajian ibu pasca seksio sesarea, diperoleh data yang membantu munculnya data fokus guna menunjang asuhan keperawatan pada Ny. A pasca operasi Seksio Sesarea atas indikasi Serotinus di ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan.

Dari data tersebut didapatkan data subjektif yang ditemukan yaitu, mendapatkan data subjektif : klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi, P (provokatif) : luka diperut bekas operasi SC, Q (qualitas) : seperti ditusuk-tusuk, R (regional) : bagian perut bekas operasi SC, S (skala) : 6, T (time) : nyeri menetap, nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakan. Klien mengatakan sulit beraktifitas, aktivitas dibantu keluarga, perawat karena masih nyeri, klien juga belum bisa melakukan mobilisasi menggerakan kaki dan tangan, miring kiri kanan, duduk dan

berjalan atau aktivitas secara mandiri. Dan klien mengatakan takut beraktivitas karena ada luka diperut bagian bawah. Klien mengatakan baru operasi terdapat luka jahit dibagian perut bagian bawah. Klien juga mengatakan tidak mengetahui pengetahuan tentang nifas, seperti cara memandikan bayi, cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, vulva hygiene, cara perawatan tali pusar, gizi ibu menyusui. Data objektif yang didapatkan yaitu klien terlihat lemas, kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area luka bekas operasi, aktifitas klien tampak dibantu keluarga dan pergerakan klien lambat, tampak bingung ketika ditanya pengetahuan tentang nifas. Tekanan darah : 120/80 Mmhg, nadi : 88x/menit, suhu : 36,5°C, respiratori rate: 20x/menit. Dari data pengkajian tersebut diatas, antara diagnosa pada tinjauan pustaka belum pasti muncul pada diagnosa tinjauan kasus.

B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi.

1. Diagnosa yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (luka operasi SC).

Menurut Wilkinson & Nancy (2012) nyeri akut adalah Pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensi, atau digambarkan dengan istilah (International Association for the study of Pain) memaparkan awitan yang tiba-tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari enam bulan.

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data yang mendukung yaitu :data subjektif : klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi, P (provokatif) : luka diperut bekas operasi SC ,Q (qualitas) : seperti ditusuk-tusuk, R (regional) : bagian perut bekas operasi SC, S (skala) : 6, T (time) : nyeri menetap, nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakan. Data objektif : klien terlihat lemas, kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area

luka bekas operasi. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan mengatasi nyeri harus diutamakan.

Diagnosa ini menjadi prioritas utama karena pada saat pengkajian keluhan utama adalah nyeri. Apabila jika tidak diatasi maka akan mengakibatkan gangguan pada fungsi tubuh yang lain : seperti gangguan pola tidur, gangguan rasa nyaman, gangguan nutrisi, sehingga akan menurunkan daya tahan tubuh, dapat memperlambat proses penyembuhan dan akan semakin memperparah keadaan psikologis klien.

Berdasarkan masalah tersebut penulis melakukan intervensi sebagai berikut : Intervensi keperawatan kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas skala (0-10), frekuensi dan waktu, dorong pengungkapan perasaan klien, ajarkan dan intrusikan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan lingkungan yang nyaman, kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi. Rasional : mengidentifikasi kebutuhan untuk intervensi dan tanda-tanda perkembangan, klien mengetahui tindakan farmakologi untuk mengurangi nyeri, untuk merileksasikan klien, untuk mengurangi nyeri. Berdasarkan intervensi diatas penulis melakukan implementasi sebagai berikut : mengkaji keadaan umum dan TTV, mengkaji tingkat nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, mengevaluasi teknik nafas dalam, menyarankan klien untuk melakukan teknik nafas dalam jika nyeri timbul, memberikan obat sntagesik 3 x 500 mg sesuai indikasi dokter, memberikan lingkungan yang nyaman.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016, Jam 15.00 WIB dari diagnosa ini adalah masalah teratas ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan lebih baik, nyeri berkurang. P (provokatif) : klien mengatakan nyeri saat beraktifitas, berkurang saat beristirahat, Q (qualiti) : nyeri seperti senut-senut, R (regional) : bagian perut bekas operasi SC, S (skala) : 2, T (time) : nyeri hilang timbul. Data objektif :

klien tampak rileks, analisa : masalah nyeri akut teratasi, planing : pertahankan kondisi.

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif dan mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam, serta mau disuntik obat santagesik 3 x 500 mg. Kelemahannya adalah klien merasa kesulitan untuk menunjukkan skala intensitas nyeri yang dirasakan, sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengajarkan cara menunjukkan skala intensitas nyeri dengan angka 0-10.

2. Diagnosa yang kedua adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post seksio sesarea.

Menurut Wilkinson & Nancy (2012) hambatas mobilitas fisik adalah keterbatasan kebebasan bergerak diatas tempat tidur dari satu posisi ke posisi yang lain seperti makan, ganti pakaian, toileting dll.

Diagnosa ini ditegakan berdasarkan data yang mendukung yaitu: data subjektif : klien mengatakan sulit beraktifitas, aktivitas dibantu keluarga dan perawat karena masih nyeri. Dan klien mengatakan takut beraktivitas karena ada luka diperut bagian bawah. Aktifitas klien tampak dibantu keluarga dan pergerakan klien lambat dan klien belum bisa melakukan mobilisasi menggerakan kaki dan tangan, miring kiri kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri. Diagnosa ini menjadi prioritas kedua karena pada saat pengkajian terlihat pergerakan klien lambat, aktifitas dibantu keluarga karena masih terasa nyeri setelah operasi SC. Apabila hambatan mobilitas fisik ini tidak di latih dengan baik, akan terjadi ketegangan otot, sehingga tubuh klien akan mengalami ketegangan.

Berdasarkan masalah tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan sebagai berikut : observasi keadaan umum klien, mengkaji tingkat aktifitas, mengajarkan mobilitas secara verbal seperti menggerakan tangan,kaki, miring kanan dan miring kiri, duduk,

berjalan dan melakukan aktifitas secara mandiri, kolaborasi dengan pemberian obat memulihkan pasca operasi. Rasional : mengetahui KU klien, mengetahui seberapa aktifitas yang telah klien lakukan, untuk memulihkan otot-otot, mempercepat proses penyembuhan.

Berdasarkan intervensi diatas penulis melakukan implementasi sebagai berikut : mengkaji aktifitas klien, mengajarkan teknik menggerakan tangan, kaki dan miring kanan dan miring kiri, mengevaluasi teknik menggerakan tangan, kaki dan miring kanan dan kiri, mengajarkan klien duduk, menanyakan aktivitas apa saja yang sudah dilakukan, mengajarkan klien untuk berjalan dan beraktivitas secara mandiri, menanyakan aktivitas apa saja yang sudah klien lakukan. Memberikan obat neurosanbe 1 x 50 gram untuk memulihkan pasca operasi, dengan cara diminum.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016, Jam 15.00 WIB, masalah teratasi ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan sudah bisa berjalan, toileting, makan secara mandiri. Data objektif : klien tampak melakukan kegiatan secara mandiri, analisa : masalah hambatan mobilitas teratasi, planing : pertahankan kondisi.

Kekuatan : klien kooperatif selama dilakukan tindakan keperawatan kelemahan : klien takut untuk beraktifitas, karena ada luka jahitan operasi. Solusi : motivasi klien untuk selalu mencoba menggerakan anggota tubuh atau beraktivitas, agar tidak terjadi ketegangan otot.

3. Diagnosa ketiga adalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Menurut Wilkinson & Nancy (2012) resiko tinggi infeksi adalah mengalami resiko terhadap invasi organisme patogen.

Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan data yang mendukung yaitu : yang ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan baru operasi terdapat luka jahit dibagian perut bagian bawah, Tampak luka bekas operasi dengan jahitan, ukur balutan sekitar 20 cm secara vertikal,

balutan bersih, tidak ada rembesan, terlihat balutan luka post operasi SC, suhu : 36,5°C. Diagnosa ini sebagai prioritas ketiga karena pada saat pengkajian terdapat luka bekas jahitan diperut. Apabila jahitan pada bekas operasi SC tersebut tidak dijaga kebersihannya dengan baik, maka dapat memperburuk keadaan klien dan menghambat proses penyembuhan luka karena terjadi infeksi.

Berdasarkan masalah tersebut penulis melakukan intervensi keperawatan sebagai berikut : observasi tanda-tanda vital, pantau hasil laboratorium, mengajarkan cara pencegahan infeksi cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan makan-makanan bergizi, perawatan luka yang aspetik, observasi keadaan luka, berikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi, kolaborasi dengan pemberian obat antibiotik. Rasional : mengetahui dugaan adanya infeksi, untuk mengetahui perkembangan hemoglobin, hematokrit dan leukosit, klien mengetahui tindakan sehat untuk menjaga kebersihan, untuk menurunkan penularan bakteri, memberikan tanda tidak terjadi proses infeksi, agar klien dan keluarga mampu mengetahui tanda dan gejala infeksi, untuk mempercepat proses penyembuhan luka, untuk mempercepat proses penyembuhan.

Berdasarkan intervensi diatas penulis melakukan implementasi sebagai berikut : mengkaji luka, memberikan penjelasan tentang tanda dan gejala luka, mengkaji pengetahuan klien cara pencegahan infeksi, menganjurkan makan-makanan yang bergizi guna mempercepat proses penyembuhan luka, mengajarkan teknik cuci tangan yang benar, menanyakan tindakan apa saja untuk mencegah terjadinya luka infeksi, mengevaluasi kepada klien makan-makanan yang bergizi apa saja yang sudah dimakan, menganjurkan klien untuk selalu menggunakan cara cuci tangan dengan benar guna mencegah terjadinya infeksi, melakukan perawatan luka post operasi dengan memperhatikan prinsip steril alat maupun, tindakan agat tidak terjadi

infeksi. Memberikan obat oral sesuai dengan advis dokter yaitu cefotaxim 2 x 1000 mg guna mempercepat penyembuhan luka.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016, Jam 15.00 WIB, masalah teratasi ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan luka bersih, tidak terjadi infeksi. Data objektif : luka tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, analisa : masalah resiko tinggi infeksi teratasi, planing : pertahankan kondisi.

Kekuatan : klien dan keluarga kooperatif selama dilakukan tindakan perawatan. Kelemahan : klien dan keluarga sering lupa menggunakan teknik cuci tangan dengan benar. Solusi : motivasi klien dan keluarga untuk menggunakan teknik cuci tangan dengan benar.

4. Diagnosa keempat adalah defisiensi pengetahuan tentang cara ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, vulva hygiene, perawatan tali pusar, dan gizi ibu menyusui berhubungan dengan kurang familier dengan sumber-sumber informasi.

Menurut Wilkinson & Nancy (2012) defisiensi pengetahuan adalah tidak ada atau kurang informasi kognitif tentang topik tertentu.

Diagnosa ini ditegakkan sebagai prioritas keempat, karena dari hasil pengkajian Yang ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan tidak mengetahui pengetahuan tentang nifas, seperti cara memandikan bayi, asi ekslusif, vulva hygiene, cara perawatan tali pusar, gizi ibu menyusui. Tampak bingung ketika ditanya pengetahuan tentang nifas.

Berdasarkan masalah tersebut penulis melakukan intervensi sebagai berikut : kaji sejauh mana tingkat pengetahuan klien, mengajarkan klien tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar, beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar, motivasi klien untuk

melakukan hal-hal yang sudah diajarkan. Rasional : untuk mengetahui apakah klien sudah mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene, untuk bisa mengetahui tentang pengertian dan manfaat cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene, agar bisa melakukan hal-hal yang benar yang sudah diajarkan

Berdasarkan intervensi diatas penulis melakukan implementasi keperawatan sebagai berikut : mengkaji tingkat pengetahuan klien, memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar, beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar, mengevaluasi kembali tentang pendidikan kesehatan yang penulis lakukan. Memotivasi kepada klien untuk melakukan tindakan kesehatan yang penulis berikan.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016, Jam 15.00 WIB, masalah teratasi ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan sudah mengetahui dan melakukan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene Data objektif : klien mampu melakukan yang diajarkan, analisa : masalah defisiensi pengetahuan teratasi , planing : pertahankan intervensi.

Kekuatan : klien kooperatif dan keluarga membantu untuk memahami tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar, beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar. Kelemahan : klien dan

keluarga kadang lupa tentang tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar, beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi ekslusif, cara memandikan bayi, perawatan alat kelamin, perawatan tali pusar. Solusi : motivasi klien untuk melakukan hal-hal yang sudah diajarkan, agar bermanfaat.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. A Pasca Operasi Seksio Sesarea Atas Indikasi Serotinus Di Ruang Melati RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan selama tiga hari, maka dapat penulis simpulkan sebagai berikut :

A. Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang diutarakan pada bab-bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada Ny. A ditemukan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (luka post operasi), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post seksio operasi, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (luka post operasi), difisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang familier dengan sumber-sumber informasi.
2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. A selama tiga hari evaluasi yang diperoleh hasil akhir nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (luka post operasi) masalah teratasi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post seksio operasi masalah teratasi, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan (luka post operasi) masalah teratasi, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang familier dengan sumber-sumber informasi masalah teratasi.

B. Saran

Setelah terselesainya karya tulis ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada Ny. A Pasca Seksio Sesarea Atas Indikasi Serotinus ini : maka saran penulis kepada pembaca :

1. Bagi Mahasiswa

Kehamilan Serotinus memerlukan tindakan yang tepat dan akurat karena dapat mengancam keselamatan ibu dan janin, untuk itu kita sebagai mahasiswa hendaknya mempelajari teori-teori yang ada sebagai dasar ilmu dalam melakukannya keperawatan.

2. Bagi pelayanan Kesehatan

Kehamilan Serotinus jika salah penanganan dapat beresiko terjadi pendarahan pada ibu, serta dapat mengakibatkan kematian bagi ibu dan janin untuk itu bagi pelayanan kesehatan hendaknya lebih mengoptimalkan lagi dalam melaksanakan pelayanan dan tindakan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan hendaknya menambah koleksi buku terbaru mengenai keperawatan yang berhubungan dengan kehamilan serotinus. Sehingga mudah untuk pembuatan karya tulis ilmiah dan penulis tidak kesulitan saat mencari literatur buku.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahiyatun, 2009, *Buku Ajar Asuhan Kebidann Nifas Normal*, EGC, Jakarta
- Buku Laporan Rekam Medis Ruang Melati, 2015, RSUD Kajen, tidak dipublikasikan
- Cunningham, FG, Leveno, KJ, Bloom, SL, Hauth, JC, Rause, DJ, Spong, CY 2013, *Obstetri Williams*, trans. U Brahm, vol. 2, edisi 23, EGC, Jakarta
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah 2014, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014*, dilihat 5 Mei 2016, dari <http://www.dinkesjatengprov.go.id>
- Kemenkes RI, 2013, *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitasi Kesehatan Dasar dan Rujukan*, UNICEF
- Lowdermik, DL, Perry, SE,&Cashion, E 2013, *Keperawatan Maternitas*, trans. Felicia Sidartha dan Anesia Tania, edisi 8, buku 2, Salemba Medika, Jakarta
- Norwikz, ER& Schorge, JO2008, *At aObstetri& ginekologi*, trans. Artsiyanti D, Erlangga, Jakarta
- Nugroho, T 2011, *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Nugroho, T 2012, *Patologi Kebidanan*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Nugroho, T, Nurrezki, Warnaliza, D & Wilis 2014, *Buku Ajar Asuhan Kebidanaan 3 Nifas*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Pitriani, R & Andriyani, R 2014, *Panduan lengkap Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal (Askeb III)*, Deepublish, Yogyakarta
- Pratiwi, DA 2015, *Angka Kematian Ibu Di Indonesia Masih Jauh dari Target MGDS 2015*, Kompasiana, dilihat 5 Mei 2016, dari <http://www.kompasiana.com>
- Pudiastuti, RD 2012, *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Normal dan Patologi*, Nuha Medika, Yogjakarta

Saifuddin, AB (eds) 2009, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal*, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta
Sofian, A 2012, *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri*, Edisi 3, Jilid 2, EGC, Jakarta

Sulaiman, MR 2014, *Angka Kematian Ibu Tinggi, BKKBN Serukan '4 Jangan dan 3 Terlambat*, detikhealth, dilihat 29 Juni 2015, dari <http://m.detik.com>

Wilkinson, JM & Nancy RA 2012, *Buku Saku Diagnosa Keperawatan, Diagnosa : NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil : NOC*, trans Esty Wahyuningsih, Edisi 9, EGC, Jakarta

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A PASCA
OPERASI SEKSIO SESAREA ATAS INDIKASI SEROTINUS
DI RUANG MELATI RSUD KAJEN KABUPATEN PEKALONGAN**

I. PENGKAJIAN

Riwayat Keperawatan

Tanggal Masuk : 11 Januari 2016
Jam Masuk : 21.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 12 Januari 2016
Jam Pasien Dikaji : 07.00 WIB
Tempat : Ruang melati/D.2 Kajen
Diagnosa Medis : P3 A1 pasca operasi seksio sesarea indikasi serotinus

A. Biodata

1. Biodata klien

Nama : Ny. A
Umur : 29 tahun
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan : SMP
Agama : Islam
Alamat : Kesesi

2. Biodata penanggung jawab

Nama : Tn. T
Usia : 35 tahun
Pekerjaan : Wiraswasta
Pendidikan : SD
Agama : Islam
Alamat : Kesesi
Hubungan dengan klien : Suami

B. Riwayat Kesehatan Umum

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ds : Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Dan klien mempunyai riwayat persalinan dengan seksio sesarea 7 tahun yang lalu persalinan anak kedua karena eklampsia. Klien juga mengatakan 2 tahun yang lalu pernah mengalami keguguran pada umur kehamilan 2 bulan.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ds : Klien G3 P2 A1 mengatakan memeriksakan kandungan, pada tanggal 7 Januari 2016 ke Dokter SPOG karena kehamilanya lebih dari perkiraan persalinan yaitu 29 Desember 2015. Hasil pemeriksaan kondisi ibu dan bayi masih baik dan diberikan waktu menunggu 3 hari selama janin dalam kondisi baik. Pada tanggal 11 Januari 2016 jam 20.00 WIB klien merasakan mulas-mulas, kemudian dibawa ke Puskesmas 2 Kesesi. Klien dari Puskesmas sudah pembukaan 3 cm, karena klien mempunyai riwayat post seksio sesarea karena eklampsia 7 tahun yang lalu, klien dirujuk ke RSUD Kajen pada tanggal 11 Januari 2016, jam 21.00 WIB. Di RSUD Kajen klien setelah melakukan pemeriksaan, klien direncanakan tindakan operasi di ruang IBS RSUD Kajen pada jam 22.00 WIB dan selesai operasi jam 23.00 WIB, kemudian klien dipindah untuk dirawat keruangan Melati/ D2 kelas 3 pada jam 24.00 WIB. Pada saat pengkajian tanggal 12 Januari 2016 jam 07.00 WIB ditemukan data :

Ds : Klien mengatakan nyeri pada bekas operasi. Klien mengatakan lemas, klien mengatakan baru operasi terdapat luka jahitan dibagian perut, klien mengatakan sulit untuk beraktifitas, aktifitas dibantu keluarga dan perawat, klien belum bisa melakukan mobilisasi menggerakan kaki dan tangan, miring kiri miring kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri, klien takut beraktifitas karena adanya luka. klien mengatakan tidak tahu tentang pengetahuan tentang nifas.

P : klien mengatakan nyeri di perut bekas operasi SC.

Q : klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : klien mengatakan bagian perut bekas luka operasi SC

S : klien mengatakan skala 6 (nyeri sedang)

T : klien mengatakan nyeri menetap, nyeri saat tidur dan bertambah saat mencoba menggerakan.

Do : Klien terlihat lemas, kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area luka bekas operasi, aktifitas klien tampak dibantu keluarga dan pergerakan klien lambat seperti menggerakan kaki dan tangan, miring kiri miring kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri. Tampak bingung ketika ditanya pengetahuan tentang nifas.

TD : 120/80 Mmhg

Nadi : 88x/menit

S : 36,5°C

RR : 20x/menit

3. Keluhan Utama

Ds: Klien mengatakan nyeri pada luka operasi SC

P : klien mengatakan nyeri di perut bekas operasi SC.

Q : klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk.

R : klien mengatakan bagian perut bekas luka operasi SC.

S : klien mengatakan skala 6 (nyeri sedang).

T : klien mengatakan nyeri menetap, nyeri saat tidur dan bertambah saat mencoba menggerakan.

Do : Klien terlihat lemas, kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area luka bekas operasi.

TD : 120/80 Mmhg

Nadi : 88x/menit

S : 36,5°C

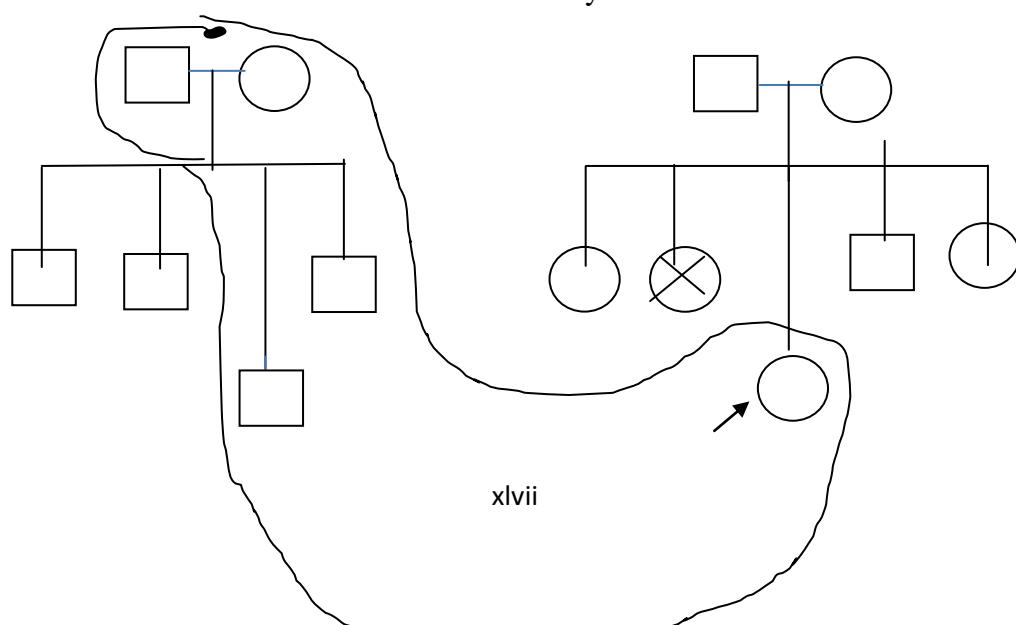
RR : 20x/menit

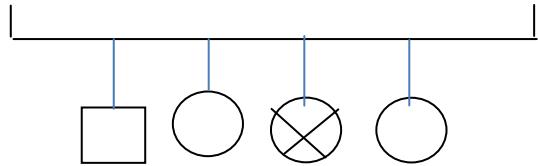
4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram

Tn. T

Ny. A





Keterangan:

: laki-laki

: perempuan

: pasien

: tinggal ~~se~~ mah

: meninggal

: kah

DS: Klien mengatakan dikeluarga klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dari ibu kandung Ny. A

5. Alergi

Ds : Klien mengatakan kadang mengalami gatal-gatal karena alergi cuaca dingin. Cara mengatasi alergi, klien menggunakan bedak atau minyak kayu putih.

6. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

Ds: Klien mengatakan tidak ada kebiasaan yang menganggu kesehatan.

7. Riwayat sosial

Ds: Klien mengatakan tinggal di pedesaan, klien berhubungan baik dengan tetangganya dan klien juga aktif dalam hubungan sosial seperti mengikuti pengajian di tempat tinggalnya.

8. Personal hygiene

Ds : Klien mengatakan sebelum sakit klien mandi 3x/hari, gosok gigi 2x/hari, mencuci rambut bila sudah kotor dan menggunting kuku bila sudah panjang, saat pengkajian klien belum melakukan kegiatan personal hygiene. Dan selama klien dirawat di rumah sakit klien hanya dilap.

9. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi-Metabolik (porsi dan jenis)

Ds : Klien mengatakan tidak ada diet khusus. Klien sehari makan 3x/ hari (nasi dan lauk) habis 1 porsi, dan tidak ada pantangan apapun, makanan yang disukai klien adalah sayur sop, tempe goreng, dan telor. Dan selama dirawat dirumah sakit klien dalam 1 hari hanya makan (nasi, lauk) habis $\frac{1}{2}$ porsi dan buah.

10. Riwayat keperawatan untuk pola eleminasi

Pola defekasi

Ds : Klien mengatakan selama dirawat di RSUD Kajen ruang melati, klien belum BAB.

Pola berkemih

Ds : Klien mengatakan terpasang selang BAK/kateter, jadi tidak terasa sudah kencing apa belum.

Do : Klien terpasang selang kateter pada tanggal 11 Januari 2016, urin bag terdapat 350 cc. Berdasarkan data rekam medis , urin tersebut di tampung dari jam 24.00 WIB, ketika di kaji pada jam 07.00 WIB. Urine berwarna kuning dan tidak kemerahan/pendarahan.

11. Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas latihan

Ds: Klien mengatakan selama dirawat di RS klien dalam beraktivitas seperti berpakaian, berpindah tempat, dibantu oleh perawat dan keluarganya dikarenakan bila untuk bergerak nyeri.

12. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat tidur

Selama hamil Setelah melahirkan

Tidur siang : 1 jam : belum tidur

Tidur malam : 7 jam : 5 jam

Keluhan :

Ds : Klien mengatakan selama dirawat, klien tidur malam sekitar 5 jam dan sering bangun. Karena merasakan nyeri setelah dilakukan tindakan operasi sesarea.

13. Pengetahuan tentang nifas

Ds : Klien mengatakan belum mengetahui cara menyusui dengan benar, belum mengetahui asi eksklusif, belum mengetahui gizi ibu menyusui, belum

mengetahui vulva hygiene, belum mengetahui cara memandikan bayi, dan belum mengetahui cara perawatan tali pusar.

14. Riwayat keperawatan untuk nilai/kepercayaan

Agama : islam

Kegiatan ibadah

Ds: Klien mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhan luka dan bayinya agar tetap sehat.

15. Riwayat kebidanan/ obsterik

Status Obsterik : P3 A1 pasca operasi seksio sesarea indikasi serotinus.

a. Riwayat menstruasi:

Menarche : Pada umur 13 tahun

Lama haid : 3- 4 hari

Siklus Haid : Tiap 1 bulan 1x

Jumlah: 3x /hari ganti pembalut

Keluhan : Tidak ada keluhan

b. Riwayat pernikahan:

Status : Menikah

Umur waktu menikah yang pertama kali : 18 tahun

Berapa kali menikah : 1x menikah

Lama menikah dengan suami : 11 tahun

c. Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

No	Umur	Jenis kelamin	Kondidi saat ini	Kehamilan	Persalinan	Nifas
1.	10 tahun	Laki-laki	Hidup	-	Vakum	Bayi disusui
2.	7 tahun	perempuan	Hidup	Eklamsi	Seksio sesarea	Bayi disusui
3.	Abortus umur kehamilan 2 bulan					
4.	8 jam	perempuan	Hidup	Serotinus	Seksio	Bayi

					sesarea	disusui
--	--	--	--	--	---------	---------

d. Riwayat KB

1. Metode KB yang pernah digunakan :

Dari anak pertama menggunakan KB suntik. Dan anak kedua menggunakan KB pil.

2. Lama penggunaan :

Penggunaan KB anak pertama 3 tahun dan penggunaan anak kedua 1 tahun.

3. Alasan dilepas :

Ingin mempunyai anak

4. Keluhan :

Tidak ada

5. Rencana KB akan datang :

Tidak ada, karena sudah disterilkan (MOW)

e. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 22 Maret 2015

TP : 29 Desember 2015

Umur kehamilan : 42 minggu 1 hari

BB sebelum hamil : 47 kg

BB setelah hamil : 57 kg

DO : Klien mengatakan peningkatan BB selama hamil 10 kg.

NO	ANC	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Frekuensi	3x	3x	3x
2	Tempat	Bidan	Bidan	Bidan
3	Keluhan	Mual, muntah	Pusing	Pusing
4	Pesan	Istirahat, makan-makanan yang bergizi	Istirahat yang cukup	Kurangi aktifitas, istirahat yang

				cukup
5	Hasil	Gerakan janin belum terasa	Gerakan janin sudah terasa	Gerakan janin aktif
6	Imunisasi TT	TT1	TT2	-
7	Tabletn Fe	30 tablet	30 tablet	-

f. Riwayat persalinan sekarang

- 1) Jenis persalinan : Seksio sesarea
- 2) Penolong : Dokter
- 3) Tempat : Rumah sakit
- 4) Proses dan lama persalinan : 1 jam
- 5) Masalah persalinan : Serotinus
- 6) Kondisi bayi : Hidup, jenis kelamin perempuan, BB: 3150 kg, PB : 49 cm.

Pemeriksaan fisik

1. Parameter umum

- Keadaan umum : Lemas
- Kesadaran : Compos mentis
- TD : 120/80 mmhg
- Suhu : 36,5°C
- Nadi : 88 x/menit
- RR : 20x/menit
- BB setelah hamil : 57 kg
- BB sebelum hamil : 47 kg
- TB : 144 cm

2. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Kepala & Leher

Kepala :

Inspeksi : Bentuk rambut lurus, warna rambut hitam, panjang, rambut 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 terlihat menahan nyeri, tampak pucat dan tidak ada cloasma gravidarum.

Mata :

Inspeksi : Mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak pucat, fungsi pengelihatan menggunakan kacamata (kiri -1/ kanan -1½).

Telinga

Inspeksi : Letak simetris, pina sejajar, lubang telinga bersih, tidak ada serumen dan tidak ada benjolan abnormal.

Hidung

Inspeksi : Simetris, lubang sama besar, bersih, tidak ada polip, tidak ada sekret.

Mulut & Tenggorokan

Inspeksi : Gigi masih utuh, mukosa bibir lembab, tidak ada lesi, tekstur lidah kasar, tidak sumbing.

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.

Dada

Inspeksi : Bentuk dada normal, dada simetris, gerakan dada normal.

Payudara

Inspeksi : Letak simetris, hiperpigmentasi tidak ada, puting susu menonjol.

Palpasi : Kolostrum sudah keluar.

Paru-paru

RR : 20 x/menit

Inspeksi : Pola pernafasan teratur, kedalaman pernafasan normal.

Abdomen

Linea nigra : Ada

Strie gravidarum : Ada

Luka operasi SC : Ada, terdapat balutan luka 20 cm secara vertikal

Keadaan luka : Tertutup kasa dan bersih, diperut bagian bawah

Uterus

TFU : dua jari diatas pusar

Konsistensi : Keras

Posisi : Ditengah

Kandung kemih : Kosong

Genitalia

varises vagina : Tidak ada

lokhea : Rubra ½ pembalut

Perineum : Utuh dan tidak ada jahitan

Anus : normal, tidak ada hemoroid

Punggung

Inspeksi : Tulang belakang simestris

Masalah lain : Tidak ada masalah lain

Kulit

Palpasi : Tugor kulit elastis

Ekstremitas

Ekstermitas atas : Bentuk normal, capillary refill 2 detik, terpasang selang infus RL.

Ekstermitas bawah : Bentuk normal, edema ada pada punggung kaki, varises tidak ada.

3. Laboratorium

Date : 12 Januari 2016

Jenis	Hasil	Ukuran	Skala normal
WBC	14,9 H	$10^3/\text{mm}^3$	4,0/10,0
RBC	3,42 L	$10^3/\text{mm}^3$	4,00/5,50
HGB	11,1 I	g/dl	12,0/16,5
HCT	31,8 L	%	37,0/48,0
MCV	93 h	μm^3	82/92
MCH	32,5 h	Pq	27,0/31,0
MCHC	35,0	g/dl	32,0/36,0
RDW	11,7	%	11,0/16,0
PLT	187	$10^3/\text{mm}^3$	150/450
MPV	9,4	μm^3	6,0/11,0

PCT	0,176	%	0,150/0,500
PDW	15,8	%	11,0/18,0

Gol Darah : B

HbsAG : Negatif

4. Medical management

a. Terapy

Medical Management	Tanggal terapi	Penjelasan Secara umum	Cara pemberian
Infus RL	12 Januari 2016	Untuk memenuhi kebutuhan cairan Ny. A	Cairan diberikan melalui vena

b. Obat-obatan

Nama obat	Tanggal terapi dan jam	Frekuensi	Cara kerja obat, fungsi dan klasifikasi	Respon klien
Injeksi Cefotaxim	12 Januari 2016	2x1000 mg	Obat antibiotik	Ds : Klien mengatakan bersedia diinjeksi.
Injeksi Santagesik	12 Januari 2016	3x500mg	Obat analgesik	Ds : Klien mengatakan bersedia diinjeksi.
Oral Neurosanbe	12 Januari 2016	1x50 gram	Untuk memulihkan	Ds : Klien mengatakan

			pasca operasi	n mau meminum nya
--	--	--	---------------	-------------------------

c. Hasil USG

Date : 7 Januari 2016

Hasil pemeriksaan : Kondisi ibu dan bayi masih baik

II. PENGELOMPOKAN DATA

Ds :

- 1) Klien mengatakan nyeri pada bekas operasi SC

P : Klien mengatakan nyeri di perut bekas operasi SC.

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Sakit dibagian perut bekas luka operasi SC

S : Skala 6 (nyeri sedang)

T : Nyeri menetap, nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakkan.

- 2) Klien mengatakan baru operasi dan terdapat luka jahit dibagian perut.

- 3) Klien mengatakan sulit untuk beraktifitas, aktifitas dibantu perawat dan keluarga, klien takut beraktifitas karena adanya luka dan klien belum bisa melakukan mobilisasi menggerakan kaki dan tangan, miring kiri miring kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri.

- 4) Klien mengatakan lemas.

- 5) Klien mengatakan belum mengetahui cara menyusui dengan benar, belum mengetahui asi ekslusif, belum mengetahui gizi ibu menyusui, vulva hygiene, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar.

Do :

- 1) Klien terlihat kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area luka bekas operasi, klien terlihat lemas.
 - 2) Tampak ada balutan luka, tertutup kasa, luka bersih dan panjang luka 20 cm secara vertikal.
 - 3) Klien tampak bingung ketika ditanya tentang pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, belum mengetahui asi ekslusif, belum mengetahui gizi ibu menyusui, vulva hygiene, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar.
 - 4) Aktivitas tampak dibantu perawat dan keluarga pasien, pergerakan klien lambat

TD : 120/80Mmhg Suhu : 36,5°C

Suhu : 36,5°C

Nadi : 88x/menit

RR : 20x/menit

Jenis	Hasil	Ukuran	Skala normal
WBC	14,9 H	$10^3/\text{mm}^3$	4,0/10,0
RBC	3,42 L	$10^3/\text{mm}^3$	4,00/5,50
HGB	11,1 I	g/dl	12,0/16,5
HCT	31,8 L	%	37,0/48,0
MCV	93 h	μm^3	82/92
MCH	32,5 h	Pq	27,0/31,0
MCHC	35,0	g/dl	32,0/36,0
RDW	11,7	%	11,0/16,0

PLT	187	$10^3/\text{mm}^3$	150/450
MPV	9,4	μm^3	6,0/11,0
PCT	0,176	%	0,150/0,500
PDW	15,8	%	11,0/18,0

III. ANALISA DATA

1. DS : Klien mengatakan nyeri dibekas operasi SC

P : Klien mengatakan nyeri di perut bekas operasi SC.

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Sakit dibagian perut bekas luka operasi SC

S : Skala 6 (nyeri sedang)

T : Nyeri menetap, nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakkan.

DO :

1. Klien tampak menahan nyeri

2. Ekpesi wajah klien tampak meringis kesakitan

3. Klien tampak melindungi area bekas luka operasi

Masalah : Nyeri Akut

Etiologi : Agen Cidera Fisik (luka operasi SC)

2. DS : Klien mengatakan selama dirawat di RS klien dalam beraktifitas seperti berpakaian, berpindah tempat, dibantu oleh perawat dan keluarganya, klien belum bisa melakukan mobilisasi menggerakan kaki dan tangan, miring kiri miring kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri. Karena bila untuk bergerak sakit. klien takut beraktifitas karena adanya luka.

DO: - Pergerakan klien lambat, belum mampu menggerakan kaki dan tangan, miring kiri miring kanan, duduk dan berjalan atau aktivitas secara mandiri.

- aktifitas tampak dibantu keluarga dan perawat.

Masalah : Hambatan mobilitas fisik

Etiologi : Nyeri post seksio sesarea

3. DS : Klien mengatakan baru operasi dan terdapat jahitan diperut.

DO: Tampak luka bekas operasi dengan jahitan, ukur balutan sekitar 20 cm, balutan bersih, tidak ada rembesan, terlihat balutan luka post operasi SC.

Suhu : 36,5°C

Masalah : Resiko tinggi infeksi

Etiologi : Trauma jaringan

4. DS : Klien mengatakan belum mengetahui cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, gizi ibu menyusui, vulva hygiene, cara memandikan bayi yang benar, dan cara perawatan tali pusar.

DO :

- a) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang cara menyusui dengan benar.
- b) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang asi eksklusif.
- c) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang gizi ibu menyusui.
- d) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang vulva hygiene
- e) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang cara memandikan bayi dengan benar.
- f) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang cara perawatan tali pusar.

Masalah : Defisiensi pengetahuan tentang gizi pada ibu menyusui, cara menyusui dengan benar, vulva higiene, asi eksklusif, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar.

Etiologi: Kurang familier dengan sumber-sumber informasi tentang gizi ibu menyusui, cara menyusui dengan benar, vulva higiene, asi eksklusif, cara memandikan dan cara perawatan tali pusar.

IV. PRIORITAS MASALAH

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (luka operasi SC)
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post seksio sesarea.
3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan
4. Defisiensi pengetahuan tentang gizi pada ibu menyusui, cara menyusui dengan benar, asi eksklusif, vulva higiene, memandikan bayi yang benar, dan perawatan tali pusar berhubungan dengan kurang familier dengan sumber-sumber informasi tentang gizi ibu menyusui, cara menyusui dengan benar, asi eksklusif, cara vulva higiene cara memandikan bayi , cara perawatan tali pusar.

V. RENCANA KEPERAWATAN

Nama : Ny. A

Diagnosa Medis : Serotinus

Umur : 29 tahun

No register : 143664

N o	Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	12/0 1/20 16	Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (luka operasi SC.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x @ 60 menit klien akan mampu melakukan teknik manajemen nyeri non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan kriteria hasil : a) Skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2 b) Klien tampak tenang dan rileks c) Klien mampu mendemonstrasikan kembali cara	1) Kaji keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas skala (0-10), frekuensi dan waktu 2) Ajarkan dan intrusikan teknik relaksasi nafas dalam 3) Memberikan lingkungan yang	a) Mengidentifikasi kebutuhan untuk intervensi dan tanda perkembangannya. b) Klien mengetahui tindakan farmakologi untuk mengurangi nyeri. c) Untuk merileksasikan an klien

			mengurangi nyeri seperti : relaksasi nafas dalam.	nyaman. 4) Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai indikasi.	d) Untuk mengurangi nyeri.
2.	12/0 1/20 16	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri post seksio sesarea.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil a) Klien dapat mandiri dalam melakukan aktifitas seperti ganti : pakaian, makan, toileting dan berpindah dari tempat tidur	1) Observasi KU 2) Mengkaji tingkat aktifitas. 3) Mengajarkan mobilisasi secara verbal seperti: menggerakan kaki dan tangan, miring kanan dan kiri, duduk, berjalan dan aktifitas seperti biasa secara mandiri. 4) Kolaborasi dengan obat pemulihan pasca operasi.	a) Mengetahui KU klien b) Mengetahui seberapa aktifitas yang telah klien lakukan. c) Untuk memulihkan otot-otot. d) Mempercepat proses penyembuhan .

3.	12/0 1/20 16	Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan	Klien tidak terjadi infeksi selama perawatan. Masalah resiko tinggi infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: a) luka bebas dari tanda- tanda infeksi b) tidak demam c) area sekitar luka tetap bersih d) menunjukan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.	1) Observasi TTV. 2) pantau hasil laboratorium. 3) Mengajarkan cara pencegahan infeksi : - cara mencuci tangan dengan benar. 4) perawatan luka yang aspetik. 5) Obsevasi keadaan luka. 6) Berikan penjelasan kepada klien	a) Menegetahui dugaan adanya infeksi. b) Untuk mengetehui perkembangan hemoglobin, hematokrit dan leukosit. c) Klien mengetahui tindakan sehat untuk menjaga kebersihan. d) Untuk menurunkan penularan bakteri. e) Memberikan tanda tidak terjadi proses infeksi.

				<p>dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi.</p> <p>7) Anjurkan makan-makan bergizi</p> <p>8) Kolaborasi dengan pemberian obat</p>	<p>f) Agar klien dan keluarga mampu mengetahui tanda dan gejala infeksi.</p> <p>7) Anjurkan makan-makan bergizi</p> <p>8) Kolaborasi dengan pemberian obat</p> <p>g) Untuk mempercepat proses penyembuhan luka.</p> <p>h) Untuk mempercepat proses penyembuhan</p>
4.	12/0 1/20 16	Defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, , gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan, cara perawatan tali pusar, dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 75 menit pertemuan masalah pada defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi,	<p>1) Kaji sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi,</p>	<p>a) Untuk mengetahui apakah klien sudah mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara</p>

	vulva hygiene berhubungan dengan kurang familier dengan sumber-sumber informasi.	cara perawatan tali pusar, vulva hygiene. Dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Klien mampu mendemonstrasikan cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar, dan vulva hygiene.	eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar, dan vulva hygiene. 2) Beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene. 3) Motivasi klien untuk melakukan hal-hal	perawatan tali pusar dan vulva hygiene. b) Untuk bisa mengetahui tentang pengertian dan manfaat cara menyusui dengan benar, gizi ibu menyusui, asi eksklusif, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar dan vulva hygiene. c) Agar bisa melakukan hal-hal yang benar yang sudah
--	--	---	--	---

				yang sudah diajarkan.	diajarkan.
--	--	--	--	-----------------------	------------

VI. CATATAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. A Diagnosa Medis : Serotinus
 Umur : 29 tahun No register : 143664

TGL/J AM	No Dx	IMPLEMENTAS	RESPON KLIEN	PAR AF
12/01/2 016 07.00	I, III	1. Mengkaji keadaan umum dan tanda-tanda vital klien.	S : Klien mengatakan nyeri dan lemas O : Klien terlihat meringis kesakitan dan lemas. TD : 120/80Mmhg, Suhu: 36,5°C, Nadi : 88x/menit, RR: 20x/menit.	
	I	2. Mengkaji tingkat nyeri klien, perhatikan lokasi, intensitas skala, frekuensi dan waktu.	S : Klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas luka operasi. P : Klien mengatakan nyeri diperut bekas operasi SC. Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk. R : Bagian perut bekas operasi SC. S : Skala 6 nyeri sedang.	

			<p>T : Nyeri menetap , nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakan.</p> <p>O : Klien terlihat kesakitan menahan nyeri, ekspresi wajah tampak meringis dan melindungi area bekas luka operasi.</p>	
	I	3. Mengajarkan klien relaksasi nafas dalam	<p>S: Klien mengatakan bersedia melakukan relaksasi nafas dalam.</p> <p>O: klien tampak relaksasi nafas dalam.</p>	
		4. Membantu klien tindakan vulva hygiene	<p>S : klien mengatakan bersedia dilakukan perawatan vulva hygiene.</p> <p>O : klien tampak nyaman, tampak lokhea : rubra ½ pembalut</p>	
	II	5. Mengkaji tingkat aktifitas	<p>S : Klien mengatakan belum bisa menggerakan tangan , kaki dan miring kanan dan miring kiri.</p> <p>O : Klien tampak kesakitan, takut beraktifitas karena ada luka.</p>	

	II	6. Mengajarkan dan memotivasi klien menggerakan tangan, kaki dan miring kiri, miring kanan	S : Klien mengatakan akan mencoba menggerakan tangan, kaki dan miring kanan, miring kiri. O : klien tampak menggerakan tangan, kaki dan miring kanan, miring kiri	
	III	7. Mengkaji keadaan luka	S : Klien mengatakan tidak ada rembesan disekitar balutan luka, disekitar balutan luka bersih. O: Tampak tidak adanya rembesan disekitar balutan luka, disekitar balutan luka bersih.	
	III	8. Memberi penjelasan tanda & gejala luka terkena infeksi	S : klien dan keluarga mengatakan mau memperhatikan O : klien dan keluarga tampak memperhatikan.	
	III	9. Memantau hasil laboratorium	S : - O : hemoglobin : 11,1 g/dl Hematokrit : 31,8 % Leukosit : $14,9 \times 10^3/\text{mm}^3$	

	III	10. Mengajarkan klien dan keluarga cara cuci tangan yang benar.	S : klien dan keluarga mengatakan mau mengikuti langkah cuci tangan yang benar. O : klien dan keluarga tampak melakukan cara cuci tangan dengan benar.	
	III	11. Menganjurkan klien dan keluarga untuk memberikan makanan yang bergizi	S : klien mengatakan akan makan-makanan yang bergizi sehari 3x dan buah-buahan O : klien tampak makan-makan yang bergizi (nasi,daging dan buah-buahan)	
	IV	12. Mengkaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga tentang nifas .	S : Klien tidak mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, vulva higiene , cara memandikan bayi, cara gizi ibu menyusui, cara perawatan ali pusar. O : Klien dan keluarga tampak bingung	
	II	13. Mengevaluasi ulang mobilitas menggerakan tangan, kaki dan miring	S : klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilitas menggerakan	

		kanan, miring kiri	tangan, kaki dan miring kanan, miring kiri O : klien tampak menggerakan tangan, kaki dan miring kanan, miring kiri.	
13.00	I	14. Memberikan obat injeksi sesuai dengan advis dokter yaitu : 1. Injeksi santagesik 500mg	S : Klien mengatakan bersedia diinjeksi O : Santagesik masuk intravena, tidak ada tanda-tanda alergi.	
	I	15. Memberikan lingkungan yang nyaman untuk mengurangi nyeri	S: Klien mengatakan nyaman ketika tidak banyak orang. O: Klien tampak istirahat dan rileks	
13/01/2 016 14.00	I, III	1. Mengkaji ulang keadaan dan TTV klien	S : Klien mengatakan nyeri dan lemas berkurang. O : Klien tampak sedikit rileks. TD : 120/70 mmHg, suhu 36, 2°C nadi 85x/menit, RR 22x/menit	
	I	2. Mengkaji tingkat nyeri	S : Klien mengatakan nyeri	

		<p>dibagian perut bekas operasi berkurang.</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri diperut bekas operasi SC.</p> <p>Q : Nyeri masih seperti ditusuk-tusuk.</p> <p>R : Bagian perut bekas operasi SC.</p> <p>S : Skala 4 nyeri sedang.</p> <p>T : Nyeri menetap , bertambah saat mencoba digerakan.</p> <p>O : Klien terlihat kesakitan menahan nyeri, sedikit rileks.</p>	
	II	<p>3. Mengajarkan klien mobilitas duduk</p>	<p>S : klien mengatakan mau melakukan mobilitas duduk</p> <p>O : klien tampak kooperatif</p>
		<p>4. Melepas selang kateter , sesuai advis dokter</p>	<p>S : Klien mengatakan selang kateter dilepas.</p> <p>O : klien tampak nyaman.</p>
	I	<p>5. Mengevaluasi dan memotivasi ulang cara relaksasi nafas dalam</p>	<p>S : Klien mengatakan masih ingat cara relaksasi nafas dalam, jika nyeri timbul klien melakukannya.</p>

			O : klien tampak melakukan relaksasi nafas dalam jika timbul nyeri.	
	IV	6. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nifas	S : Klien dan keluarga mengatakan mau memperhatikan tentang cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, vulva higiene, cara memandikan bayi, cara gizi ibu menyusui, cara perawatan tali pusar. O : Klien dan keluarga tampak memperhatikan	
	III	7. Mengkaji keadaan luka	S : Klien mengatakan tidak ada rembesan disekitar balutan luka O: Tampak tidak adanya rembesan disekitar balutan luka.	
	III	8. Mengevaluasi cara 6 langkah mencuci tangan yang benar .	S: Klien mengatakan lupa cara cuci tangan dengan benar. O: Klien tampak bingung ketika ditanya.	
	III	9. Memotivasi klien untuk menjaga kebersihan diarea luka	S : klien mengatakan akan menjaga kebersihan diarea sekitar	

			<p>luka.</p> <p>O : Klien tampak menjaga kebersihan luka diarea sekitar luka.</p>	
	III	10. Mengevaluasi kepada klien dan keluarga tentang makan-makanan yang bergizi.	<p>S : Klien mengatakan sudah makanan secara teratur, sehari 3X, bergizi dan buah-buahan.</p> <p>O : Klien tampak makan-makanan yang bergizi (nasi, sayur dan buah-buahan)</p>	
	IV	11. Mengevaluasi pengetahuan tentang nifas yang telah diberikan.	<p>S : Klien mengatakan lupa tentang pengetahuan tentang nifas yang diberikan.</p> <p>O : klien tampak bingung</p>	
	IV	12. Menjelaskan kembali dan memotivasi klien untuk melakukan tindakan pengetahuan tentang nifas.	<p>S : Klien mengatakan mau memperhatikan</p> <p>O : klien tampak kooperatif</p>	
	II	13. Menanyakan aktifitas mobilitas apa saja yang sudah dilakukan	<p>S : klien mengatakan sudah bisa duduk</p> <p>O : klien tampak duduk</p>	
21.00	III	14. Memberikan obat injeksi sesuai program advis dokter yaitu - Injeksi cefotaxim 1000mg.	<p>S: Klien mengatakan bersedia diinjeksi.</p> <p>O: Obat masuk intravena, tidak ada tanda-tanda alergi.</p>	

	I	15. memberikan lingkungan yang nyaman	S : klien mengatakan nyaman ketika tidak banyak orang O : Klien tampak istirahat, rileks	
14/01/2016 07.00	I,III	1. Mengkaji ulang keadaan dan TTV klien	S : Klien mengatakan lebih baik O : Klien tampak rileks TD : 110/70Mmhg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, RR: 22x/menit.	
	I	2. Mengkaji tingkat nyeri	S : Klien mengatakan nyeri berkurang. P : Klien mengatakan nyeri beraktifitas, berkurang saat beristirahat Q : Nyeri seperti berdenyut-denyut. R : Bagian perut bekas operasi SC. S : Skala 2 T : Nyeri hilang timbul. O : Klien tampak rileks	

	I	3. Mengajurkan ulang nafas dalam, jika timbul nyeri	S : klien mengatakan akan melakukan relaksasi nafas dalam jika terjadi nyeri O : Klien tampak kooperatif.	
	II	4. Mengajarkan klien untuk berjalan satu langkah dan beraktivitas secara mandiri	S : klien mengatakan akan melakukan jalan satu langkah O : klien tampak kooperatif	
	III	5. Membersihkan luka dengan aspetik dan mengganti pembalut luka bekas operasi sesarea sesuai advis dokter	S : Klien mengatakan bersedia balutan luka dibersihkan dan diganti O : Tampak luka tidak kotor, tidak ada nanah, tidak ada tanda-tanda infeksi	
	III	6. Mengevaluasi klien tindakan apa yang sudah dilakukan untuk menjaga area luka.	S : klien mengatakan sudah menjaga kebersihan luka dengan cara cuci tangan yang benar dan makan-makan yang bergizi. O : klien kooperatif	

	II	7. Mengevaluasi mobilitas apa yang sudah dilakukan	S : klien mengatakan sudah bisa toileting, makan, ganti pakaian dengan mandiri. O : klien tampak melakukan aktivitas secara mandiri.	
	IV	8. Mengevaluasi klien pendidikan kesehatan tentang nifas yang telah diberikan	S : klien mengatakan masih ingat dan melakukan pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, gizi ibu menyusui, vulva higiene, cara memandikan bayi, cara perawatan tali pusar. O : klien tampak kooperatif	
		9. Melepas selang infus sesuai advis dokter	S : Klien mengatakan bersedia selang infus dilepas O : infus dilepas, klien terlibat nyaman	

VII. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny.A Diagnosa : Serotinus
Umur : 29 Tahun No register : 143664

Hari/tgl jam	No Dx	Catatan perkembangan klien	Paraf
12/01/2016 15.00	I	<p>S : Klien mengatakan masih nyeri dibagian perut bekas luka operasi.</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri diperut bekas operasi SC.</p> <p>Q : Nyeri masih seperti ditusuk-tusuk.</p> <p>R : Bagian perut bekas operasi SC.</p> <p>S : Skala 6 nyeri sedang.</p> <p>T : Nyeri menetap , nyeri saat tidur, bertambah saat mencoba digerakan.</p> <p>O : Klien terlihat kesakitan menahan nyeri, eksperesi wajah tampak meringis dan melindungi area bekas luka operasi.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kaji tingkat nyeri- Evaluasi ulang cara relaksasi nafas dalam.- Memberikan lingkungan yang nyaman- Kolaborasi dengan pemberian obat analgetik sesuai indikasi.	

	II	<p>S : Klien mengatakan sudah bisa menggerakan kaki, kanan kiri dan miring kanan dan miring kiri secara mandiri</p> <p>O : Klien tampak menggerakan tangan, kaki dan miring kanan dan kiri secara mandiri.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi KU klien - Ajarkan teknik mobilitas duduk. 	
	III	<p>S : Klien mengatakan lukannya baik-baik saja.</p> <p>O: - Tidak nampak adanya tanda-tanda infeksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balutan luka operasi tampak bersih - Suhu : 36,5°C <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji TTV dan KU klien - Pantau tanda gejala infeksi - Jaga balutan luka operasi tetap bersih - Ajurkan makanan bergizi - Kolaborasi dengan pemberian obat antibiotik sesusi indikasi. 	
	IV	<p>S : Klien mengatakan belum mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, gizi ibu menyusui, vulva higiene, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar.</p> <p>O : Klien tampak bingung</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, asi eksklusif, gizi ibu menyusui, vulva hygiene, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar. 	
13/01/2016 22.00	I	<p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri diperut bekas operasi SC.</p> <p>Q : Nyeri masih seperti tertusuk-tusuk.</p> <p>R : Bagian perut bekas operasi SC.</p> <p>S : Skala 4</p> <p>T : Nyeri menetap bertambah saat mencoba digerakan.</p> <p>O : Klien terlihat kesakitan menahan nyeri, sedikit rileks</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tingkat nyeri - Evaluasi ulang cara relaksasi nafas dalam. - Memberikan lingkungan yang nyaman - Kolaborasi dengan pemberian obat analgetik. 	
	II	<p>S: Klien mengatakan sudah bisa duduk</p> <p>O: Klien tampak duduk</p> <p>A: masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan mobilitas berjalan dan beraktivitas secara mandiri. 	

	III	<p>S : Klien mengatakan lukannya baik-baik saja, tidak ada rembesan diarea sekitar balutan luka.</p> <p>O: Tampak tidak ada rembesan diarea sekitar luka.</p> <p>Suhu : 36,2°C</p> <p>A: Masalah teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji TTV dan KU klien - Pantau tanda gejala infeksi - Jaga balutan luka operasi tetap bersih - Ajurkan makanan bergizi - Kolaborasi dengan pemberian obat antibiotik sesuai indikasi 	
	IV	<p>S : Klien mengatakan lupa tentang cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, gizi ibu menyusui, vulva higiene, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar.</p> <p>O : Klien tampak bingung</p> <p>A : Masalah belum teratas</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan pendidikan kesehatan kembali tentang cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, gizi ibu menyusui, vulva higiene, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar dilakukan. 	

14/01/2016 15.00	I	<p>S : Klien mengatakan lebih baik, nyeri berkurang</p> <p>P : Klien mengatakan nyeri saat beraktifitas , berkurang saat beristirahat.</p> <p>Q : Nyeri seperti senut-senut</p> <p>R : Bagian perut bekas operasi SC.</p> <p>S : Skala 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>O : Klien tampak rileks</p> <p>A : Masalah teratas</p> <p>P : pertahankan kondisi</p>	
	II	<p>S: Klien mengatakan sudah bisa berjalan toileting, makan secara mandiri.</p> <p>O: Klien tampak melakukan kegiatan secara mandiri</p> <p>A: masalah teratas</p> <p>P : pertahankan kondisi</p>	
	III	<p>S : Klien mengatakan luka bersih , tidak terjadi infeksi</p> <p>O : luka tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>Suhu : 36°C</p> <p>A : masalah teratas</p> <p>P : pertahankan kondisi</p>	
	VI	<p>S : Klien mengatakan sudah mengetahui dan melakukan tentang cara menyusui dengan benar, asi ekslusif, gizi ibu menyusui, vulva higiene, cara memandikan bayi dan cara perawatan tali pusar.</p>	

		O : Klien mampu melakukan yang diajarkan. A : Masalah teratas P : pertahankan intervensi.	
--	--	---	--