

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASCA OPERASISC (SEKSIO
SESAREA) DENGAN INDIKASI OLIGOHIDRAMNION
PADA Ny. D DI RUANG MELATI RSUD KAJEN
KABUPATEN PEKALONGAN



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
guna memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh :

YANUAR RIZAKI

NIM: 13.1713.P

PRODI DIII KEPERAWATAN
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
TAHUN 2016

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pasca Operasi SC dengan indikasi Oligohidramnion Pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD Kajeu Kabupaten Pekalongan Tahun 2016” yang disusun oleh Yanuar Rizaki telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII 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 Pasca Operasi SC dengan indikasi Oligohidramnion Pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD Kaje Kabupaten Pekalongan Tahun 2016” yang disusun oleh Yanuar Rizaki telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 27 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Ratnawati, S.Kep.,Ns,M.Kep

NIK: 04.001.038

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

NIK: 12. 001.115

KTI ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar Diploma Keperawatan

Pekajangan,

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Stikes Muhammadiyah Pekajangan

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

Yanuar Rizaki
NIM : 13.1713.P

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasca Operasi Seksio Sesarea Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan”.

Terselesainya penulisan Karya Tulis Ilmiah tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Direktur RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan
2. Kepala ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan.
3. Mokhammad Arifin, S.kp, Mkep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
4. Herni Rejeki, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom, selaku Kepala Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
5. Isyti'aroh, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Mat, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai.
6. Ratnawati, S.Kep.,Ns,M.Kep, selaku penguji 1.
7. Atik Masruroh, A.Md.Keb, selaku kepala ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan
8. Kedua orang tua yang telah memberikan do'a dukungan secara moril dan materil kepada 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

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II. TINJAUAN TEORI	
A. Seksio Sesarea	
1. Pengertian Seksio Sesarea.....	4
2. Jenis Seksio Sesarea	4
3. Indikasi Seksio Sesarea	5
4. Komplikasi	7
5. Prognosis	8
B. Oligohidramnion	
1. Pengertian Oligohidramnion	8
2. Etiologi	8
3. Gambaran Klinis	9
4. Diagnosis.....	9

5. Tindakan Konservatif.....	9
------------------------------	---

BAB III. RINGKASAN

A. Pengkajian.....	11
B. Diagnosa.....	12
C. Intervensi,Implementasi,Evaluasi	13

BAB IV. PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	17
B. Diagnosa.....	18
C. Intervensi.....	20
D. Implementasi	21
E. Evaluasi.....	23

BAB V. PENUTUP

A. Simpulan	25
B. Saran.....	26

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Lampiran 2 Leaflet dan SAP tentang Gizi ibu nifas dan cara menyusui

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Seksio Sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Wiknjosastro, 2010). Sedangkan menurut Nugroho (2011) mengatakan Seksio Sesarea adalah tindakan untuk melahirkan bayi melalui pembedahan abdomen dan dinding uterus. Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari $\frac{1}{2}$ liter (Marmi, dkk, 2014). Sedangkan menurut Rukiyah & Yulianti (2010) mengatakan air ketuban sangat sedikit yakni kurang dari normal, yaitu kurang dari 500cc. insidensi 5-8% dari seluruh kehamilan.

Data hasil Suvei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 32 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Data prevalensi persalinan post section cesarea dengan Oligohidramnion di RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan didapatkan data dari Januari sampai Desember pada tahun 2014 sebanyak 36 kasus. Sedangkan, tahun 2015 dari Januari sampai Desember sebanyak 94 kasus. Hal ini menunjukkan prevalensi mengalami peningkatan dalam dua tahun terakhir ini (RSUD KAJEN, 2016).

Penyebab Oligohidramnion belum diketahui dengan jelas. Namun, dapat disimpulkan penyebab oligohidramnion ada dua, diantaranya penyebab primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik dan sekunder ketuban pecah dini (Marmi, dkk, 2014). Gambaran klinis oligohidramnion diantaranya perut ibu kelihatan kurang membuncit, ibu merasa nyeri diperut pada tiap pergerakan anak, persalinan lebih lama dari biasanya, sewaktu his akan terasa sakit sekali, bila ketuban pecah air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar (Marmi, dkk, 2014).

Penulis mengangkat kasus persalinan post sc dengan oligohiramnion ini dikarenakan melihat dari prevalensi persalinan post sc dengan oligohiramnion yang cukup tinggi dan mengalami peningkatan. Hal ini di buktikan dari hasil data prevalensi persalinan post sc dengan oligohiramnion RSUD KAJEN pada tahun 2014 sebanyak 36 kasus dan tahun 2015 sebanyak 94 kasus. Hal ini menunjukkan prevalensi mengalami peningkatan dalam dua tahun terakhir ini (RSUD KAJEN, 2016). Selain karena prevalensi persalinan post sc dengan oligohiramnion yang cukup tinggi penulis juga tertarik untuk mengangkat kasus ini karena penulis ingin melakukan peran perawat dengan mendukung dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien post sc dengan indikasi oligohiramnion.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memahami dan menerapkan Asuhan Keperawatan pasca operasi SC (SeksioSesarea) Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan

2. Tujuan Khusus

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

- a. Melakukan pengkajian baik dengan anamnesa maupun melakukan pemeriksaan fisik pada klien pasca operasi SC (Seksio Sesarea) Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan
- b. Menganalisa data dan merumuskan diagnosa keperawatan pada klien pasca operasi SC (Seksio Sesarea) Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan
- c. Menyusun rencana keperawatan pada klien pasca operasi SC (Seksio Sesarea) Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD KAJEN Kabupaten Pekalongan

- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah yang muncul pada klien pasca operasi SC (Seksio Sesarea) Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD Kaje
n Kabupaten Pekalongan
- e. Melakukan evaluasi keperawatan yang telah dilaksanakan pada pada klien pasca operasi SC (Seksio Sesarea) Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD Kaje
n Kabupaten Pekalongan
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi SC (Seksio Sesarea) Dengan Indikasi Oligohidramnion pada Ny. D Di Ruang Melati RSUD Kaje
n Kabupaten Pekalongan

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam asuhan keperawatan pada kasus pasca operasi SC dengan Oligohidramnion bagi para mahasiswa khususnya mahasiswa keperawatan.

2. Manfaat Bagi Profesi Keperawatan

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada umumnya dan meningkatkan mutu pelayanan pada klien pasca operasi SC dengan Oligohidramnion sehingga dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian pada klien dengan pasca operasi SC dengan Oligohidramnion.

3. Manfaat Bagi Penulis

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, pemahaman, dan pengalaman bagi penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi SC dengan Oligohidramnion.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Seksio Sesarea

1. Pengertian

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

Sedangkan menurut Nugroho (2011) Seksio Saesarea adalah tindakan untuk melahirkan bayi melalui pembedahan abdomen dan dinding uterus.

2. Jenis - Jenis Sesarea

Berikut adalah jenis-jenis seksio sesarea menurut Wiknjosastro (2010):

- a. Seksio sesarea klasik.
- b. Seksio sesarea transperitoneal provunda
- c. Seksio sesarea diikuti dengan histerektomi
- d. Seksio sesarea ekstraperitoneal.
- e. Seksio sesarea vagina.

Adapun menurut Nugroho (2011) mengatakan jenis Sesarea ada 3 yaitu :

- a. Seksio sesarea transperitoneal profunda
- b. Seksio sesarea corporal (Klasik)
- c. Seksio sesarea extra peritoneal

Sofian (2012) juga mengatakan tentang jenis Seksio Sesarea, diantaranya:

- a. Abdomen (Seksio Sesarea Transperitonealis)
 - 1) Seksio Sesarea Transperitonealis
 - a) Seksio Sesarea Klasik

- b) Seksio Sesarea Ismika atau profunda
- c) Seksio Sesarea Ekstraperitonealis
- b. Vagina (Seksio Sesarea Vaginalis)

Menurut arah sayatan pada rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig
- 2) Sayatan melintang (transversal) menurut Ken
- 3) Sayatan huruf T (T-incision)
- c. Seksio Sesarea Klasik (korporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10cm. Adapun beberapa kelebihan dan kekurangan jika operasi seksio sesarea jenis ini dilakukan, diantaranya:

- 1) Kelebihan
 - a) Pengeluaran janin lebih cepat
 - b) Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih
 - c) Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal
- 2) Kekurangan
 - a) Infeksi mudah menyebar secara intraabdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
 - b) Pada persalinan berikutnya, lebih mudah terjadi ruptur uteri spontan
- d. Seksio Sesarea Ismika (Profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintangkonkaf pada segmen bawah rahim (low cervical transversal) kira-kira sepanjang 10 cm. beberapa kelebihan dan kekurangan jika operasi seksio sesarea jenis ini dilakukan, diantaranya:

- 1) Kelebihan
 - a) Penjahitan luka lebih mudah
 - b) Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik

- c) Tumpang tindih peritoneal flap sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga periotoneum

3. Indikasi

Berikut ini beberapa indikasi yang dikemukakan Wiknjosastro (2010) yaitu:

- a. Ibu
 - 1) Panggul sempit absolut.
 - 2) Tumor - tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.
 - 3) Stenosis serviks / vagina.
 - 4) Plasenta previa.
 - 5) Disproporsi sefalopelvik.
 - 6) Ruptura uteri membakat.

- b. Janin
 - 1) Kelainan letak.
 - 2) Gawat janin

Pada umumnya Seksio Sesarea tidak dilakukan pada :

- a. Janin mati.
- b. Syok, anemia, berat, sebelum diatasi.
- c. Kelainan kongenital berat (monster).

Namun Nugroho (2011) mengatakan indikasi seksio sesarea adalah:

- a. Ibu
 - 1) Disproporsi cepalopelvik
 - 2) Plasenta previa
 - 3) Letak lintang
 - 4) Tumor jalan lahir
 - 5) Solusio plasenta
 - 6) Preeklamsi / eklamsi
 - 7) Infeksi intrapartum
- b. Anak
 - 1) Gawat janin

- 2) Prolapsus funikuli
- 3) Primi graviddda tua
- 4) Kehamilan dengan DM
- 5) Infeksi intrapartum.

Selain pendapat yang dikemukakan diatas Sofian (2012) juga mengatakan indikasi seksio sesarea lainnya adalah

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- 2) Panggul sempit
- 3) Disproporsi sefalopelvik
- 4) Ruptura uteri mengancam
- 5) Partus lama
- 6) Partus takmaju (obstructed labor)
- 7) Distosia selviks
- 8) Pre-eklamsi dan hipertensi
- 9) Malpresentasi janin
 - a) Letak lintang
 - b) Letak bokong
 - c) Presentasi dahi dan muka
 - d) Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
 - e) Gemeli

4. Komplikasi

Sofian (2012) mengemukakan bahwa komplikasi dari seksio sesarea ada 4 yaitu :

- a. Infeksi puerperal (nifas)
 - 1) Ringan: dengan kenaikan suhu beberapa hari saja
 - 2) Sedang: dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - 3) Berat: dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi

nifas, telah terjadi infeksi intrapartum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotik yang adekuat dan tepat.

b. Perdarahan

- 1) Perdarahan karena banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
- 2) Anatomi uteri
- 3) Perdarahan pada *plasental bed*.

c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi.

d. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

5. Prognosis

Dulu angka morbiditas dan mortalitas untuk ibu dan janin tinggi. Pada masa sekarang, karena kemajuan yang pesat dalam teknik operasi, anestesi, penyediaan cairan dan darah, indikasi, dan antibiotik, angka ini sangat menurun. Angka kematian ibu pada rumah sakit yang memiliki fasilitas operasi yang baik dan tenaga-tenaga yang cekatan adalah kurang dari 2 per 1000. Nasib janin yang ditolong secara seksio sesarea sangat bergantung pada keadaan janin sebelum dilakukan operasi. Menurut data dari negara-negara dengan pengawasan antenatal yang baik dan fasilitas neonatal yang sempurna, angka kematian perinatal sekitar 4-7%.

B. Oligohidramnion

1. Pengertian

Oligohidramnion adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal yaitu kurang dari $\frac{1}{2}$ liter. Marmi, dkk (2014). Menurut Rukiyah & Yulianti (2010). Oligohidramnion adalah suatu keadaan

dimana air ketuban sangat sedikit yakni kurang dari normal, yaitu kurang dari 500cc. insidensi 5-8% dari seluruh kehamilan.

2. Etiologi

Marmi, dkk (2014) mengatakan penyebab pasti belum diketahui dengan jelas. Namun pada beberapa kasus bias diklasifikasikan penyebab Oligohidramnion ada 2 yaitu :

- a. Primer : karena pertumbuhan amnion yang kurang baik
- b. Sekunder: ketuban pecah dini.Selain itu Sofian (2010) mengatakan sebab yang pasti tidak begitu diketahui. Primer: mungkin oleh karena amnion kurang baik tumbuhnya, dan sekunder: misalnya pada ketuban pecah dini (premature rupture of the membrane=PROM).

3. Gambaran klinis

Menurut Marmi, dkk (2014) mengatakan gambaran klinis dari oligohidramnion diantaranya yaitu:

- a. Perut ibu kelihatan kurang membuncit
- b. Ibu merasa nyeri diperut pada tiap pergerakan anak
- c. Persalinan lebih lama dari biasanya
- d. Sewaktu his akan terasa sakit sekali
- e. Bila ketuban pecah air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

Namun menurut Rukiyah & yulianti (2010) mengatakan pada ibu yang mengalami oligohidramnion biasanya akan tampak uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri diperut pada setiap pergerakan anak. Sering berakhir dengan partus prematurus atau melahirkan janin yang belum saatnya dilahirkan, bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas, persalinan lebih lama dari biasanya, sewaktu his akan sakit sekali, bila ketuban pecah, air ketuban sedikit sekali bahkan tidak ada yang keluar.

4. Diagnosis

Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingkan yang diharapkan pada usia gestasi / kehamilan tersebut. Penyebab oligohidramnion adalah absorbs atau kehilangan cairan yang meningkat ketuban pecah dini menyebabkan 50% kasus oligohidramnion, penurunan produksi cairan amnion yakni kelainan ginjal akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara yang sama (Rukiyah & Yulianti. 2010).

5. Tindakan konservatif

Tindakan konservatif bagi klien Oligohidramnion menurut Rukiyah & Yulianti (2010) mengemukakan tindakannya adalah

- a. Tirah baring
- b. Hidrasi dengan kecukupan cairan
- c. Perbaikan nutrisi
- d. Pemantauan kesejahteraan janin
- e. Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion.
- f. Pemberian infuse amnion

BAB III

RINGKASAN

A. PENGKAJIAN

Klien bernama Ny. D, berjenis kelamin perempuan, berumur 29 tahun, beragama islam, menikah, pendidikan SMA, bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, bertempat tinggal di Silumbung Doro 3/1 Kabupaten Pekalongan. Tanggal masuk 10 Januari 2016 jam 11.00 WIB, dengan diagnosa medis post Seksio Sesarea dengan indikasi Oligohidramnion. Klien datang ke rumah sakit dengan keluhan utama, klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi Seksio Sesarea, skala 5, nyeri muncul sewaktu-waktu. klien mengatakan saat nyeri seperti ditusuk tusuk. Penanggung jawab klien adalah Tn. A umur 34 tahun bekerja sebagai PNS, pendidikan terakhir SMA, Tn. A adalah suami Ny. D.

Ny. D di bawa ke RSUD KAJEN pada tanggal 10 Januari 2016 pukul 11.00 WIB. sebelum dirawat di RSUD KAJEN klien hanya memeriksakan kandungannya ke poli kandungan pada pukul 09.00 WIB. Pada saat pemeriksaan kandungan dari hasil USG bahwa kandungan Ny. D mengalami kekurangan cairan ketuban (Oligohidramnion). Kemudian dokter menyarankan untuk rawat inap di RSUD KAJEN dan masuk ruangan pada pukul 10.50 WIB. Pada tanggal 11 Januari 2016 pukul 09.30 WIB klien dibawa ke ruang operasi guna menjalani operasi SC selesai pada pukul 11.00 WIB. Pada saat pengkajian tanggal 12 Januari 2016 pukul 13.00 WIB, dengan keluhan utama klien mengatakan mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC. Pada saat pengkajian didapatkan data : klien mengatakan nyeri perut, *Problem* : klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC, *Quality* : nyeri seperti ditusuk – tusuk, *Region* : sakit dibagian perut bekas luka operasi SC, *Skala* : skala 5, *Time* : nyeri muncul sewaktu – waktu klien tampak menahan nyeri, ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan, klien tampak melindungi area nyeri, TD : 110/80 mmHg, Suhu : 36,5°C, Nadi : 90 x/menit, RR : 22 x/menit.

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post SC) yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri diperut, *Problem*: klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC, *Quality*: nyeri seperti ditusuk – tusuk, *Region*: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC, *Skala*: skala 5, *Time*: nyeri muncul sewaktu – waktu klien tampak menahan nyeri, ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan, klien tampak melindungi area nyeri, TD : 110/80 mmHg, Suhu : 36,5°C, Nadi : 90 x/menit, RR : 22 x/menit.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang ditandai dengan Klien mengatakan selama beraktifitas dibantu oleh perawat dan keluarganya karena bila bergerak masih terasa sakit, Pergerakan klien lambat, Keterbatasan melakukan keterampilan motorik tingkat aktivitas klien 2 yaitu membutuhkan bantuan orang lain untuk membantu, mengawasi, atau mengajari
3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan epidermis yang ditandai dengan klien mengatakan baru operasi dan terdapat jahitan diperut, tampak luka bekas operasi dengan jahitan, ukuran balutan sekitar 15 cm, balutan bersih, tidak ada rembesan, tidak kemerahan, Leukosit (sel darah putih) : $10,810^3/\text{mm}^3$.
4. Defisiensi pengetahuan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas berhubungan dengan kurang informasi tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas yang ditandai dengan Klien mnegatakan belum mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang nifas, Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang cara menyusui, gizi ibu nifas dengan benar

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan : pasien mengungkapkan perasaan nyaman dan berkurangnya nyeri, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Dengan kriteria hasil: skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 0, klien tampak tenang, klien tampak rileks.

Intervensi untuk mengatasi nyeri akut antara lain kaji skala nyeri (P,Q,R,S,T), ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, motivasi klien untuk melakukan apa yang telah diajarkan, kolaborasi dengan dokter pemberian anti nyeri.

Implementasi yang diberikan selama 3 hari yaitu mengkaji ku, mengkaji skala nyeri menggunakan sebuah skala 1-10 dalam menjelaskan nyerinya, mengajarkan teknik relaksasi, mengkaji tanda-tanda vital, memberikan ruangan yang nyaman, memberikan obat injeksi sesuai program advis dokter yaitu injeksi Injeksi Cefotaxim 1 gr / 12 jam. Ketorolac 30 mg / 8 jam.

Evaluasi pada tanggal 12 Januari 2016 pukul 13.45 WIB adalah masalah nyeri akut belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengeluh nyeri diperut, *Problem*: klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC, *Quality*: nyeri seperti ditusuk – tusuk, *Region*: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC, *Skala*: skala 5, *Time*: nyeri muncul sewaktu – waktu klien tampak menahan nyeri, ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan, klien tampak melindungi area nyeri. Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2016 pada pukul 13.40 WIB adalah masalah nyeri akut belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan masih nyeri seperti senut - senut pada luka bekas operasi, skala nyeri 3, klien tampak meringis menahan sakit. Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 pukul 13.50 WIB adalah Masalah nyeri akut teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 0, klien tampak rileks.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Tujuan : klien dapat mandiri dalam melakukan aktifitas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: klien dapat mandiri dalam melakukan aktifitas. Intervensi untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik antara lain: kaji tingkat aktifitas klien, ajarkan pasien untuk menggerakkan kaki H-0, miring kanan kiri H1, duduk H2, berjalan H3, kolaborasi dengan terapis untuk program latihan. Implementasi yang diberikan selama 3 hari yaitu mengajarkan teknik mobilitas fisik miring kanan-kiri, mengajarkan mobilisasi (duduk), berjalan, memberikan ruangan yang nyaman, memberikan obat injeksi sesuai program advis dokter yaitu Injeksi Cefotaxim 1 gr / 12 jam, Ketorolac 30 mg / 8 jam.

Evaluasi pada tanggal 12 Januari 2016 pukul 13.45 WIB adalah Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian ditunjukkan dengan klien mengatakan bila untuk bergerak nyeri muncul klien sudah mampu duduk, pergerakan klien lambat, klien tampak duduk dan menahan nyeri. Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2016 pukul 13.40 WIB adalah masalah mobilisasi fisik teratasi sebagian ditunjukkan dengan klien mengatakan jika untuk bergerak nyeri muncul tapi sedikit klien sudah belajar untuk berjalan 2 langkah, klien tampak latihan berjalan 2 langkah. Evaluasi Pada tanggal 14 Januari 2016 pukul 13.50 WIB adalah masalah hambatan mobilitas fisik teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri, klien tampak mandiri melakukan aktivitas.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan epidermis

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria : luka bebas dari tanda tanda infeksi, tidak demam area sekitar luka, luka tetap bersih. Intervensi untuk mengatasi Resiko infeksi antara lain Observasi luka, Kaji tanda tanda infeksi pada luka, ajarkan teknik aseptik mencuci tangan 6 langkah, Ajarkan dan informasikan kepada klien dan keluarga

klien untuk selalu menjaga lingkungan sekitar pasien agar terhindar dari kuman, Motivasi klien untuk selalu melakukan apa yang telah diajarkan Lakukan perawatan luka post operasi h+ 3, Kolaborasi pemberian antibiotik.

Implementasi yang diberikan selama 3 hari yaitu mengkaji KU, mengkaji tanda- tanda vital, memberikan obat injeksi sesuai program advis dokter yaitu Injeksi Cefotaxim 1 gr / 12 jam, memberikan ruangan yang nyaman, mengganti pembalut, melakukan medikasi / perawatan luka

Evaluasi pada tanggal 12 Januari 2016 pukul 13.45 WIB adalah masalah resiko infeksi belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan akan tetap menjaga kebersihan di area balutan bekas operasi, balutan luka operasi tampak bersih, area sekitar balutan tampak bersih, kulit disekitar balutan tampak hangat, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, tidak terdapat tanda tanda infeksi. Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2016 pukul 13. 40 WIB adalah masalah resiko infeksi teratasi sebagian ditunjukkan dengan Klien mengatakan luka tidak terdapat rembesan, Luka tampak bersih, Tidak terdapat nanah/ Pus, Tampak keluar cairan putih bening. Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 pukul 13.50 WIB adalah masalah resiko infeksi teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan tidak ada rembesan di luka, luka tampak sudah kering, disekitar luka tidak terdapat ruam kemerahan.

4. Defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas.

Tujuan : Defisiensi Pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x15 menit dengan kriteria hasil klien mengetahui pengertian, cara, manfaat. cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. Intervensi untuk mengatasi defisit pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. kaji sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas,

beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, beri kesempatan klien dan keluarga klien untuk menjawab pertanyaan bila ada yang belum mengerti. Implementasi yang diberikan selama 3 hari yaitu Penkes nutrisi, Penkes, Penkes teknik menyusui dengan benar, Penkes gizi ibu nifas.

Evaluasi pada tanggal 12 Januari 2016 pukul 13.45 WIB adalah masalah defisiensi pengetahuan teratasi sebagian ditunjukkan dengan klien mengatakan sudah mengerti tentang cara menyusui dengan benar, cara mencuci tangan 6 langkah, klien mengerti pengertian, cara menyusui dengan benar, klien mampu mengerti pengertian cara mencuci tangan. Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2016 Pukul 13.40 WIB adalah masalah defisiensi pengetahuan teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan sudah mengetahui dan paham tentang gizi ibu nifas, klien mampu mengerti tentang pengertian gizi ibu nifas, manfaat gizi ibu nifas, jenis bahan yang di perlukan ibu nifas, akibat kurang gizi ibu nifas, cara mengelola makanan agar gizinya tidak hilang, anjurkan gizi untuk ibu nifas. Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 pukul 13.50 WIB adalah masalah defisiensi pengetahuan teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan memahami materi yang disampaikan, klien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan dengan benar, klien tampak rileks.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang “ Asuhan keperawatan pasca operasi Sectio Cesarea dengan indikasi Oligohidramnion pada Ny. D di ruang Melati RSUD Kajej Kabupaten Pekalongan” berdasarkan pengkajian dari tanggal 12-14 Januari 2016. Penulis menemukan 4 diagnosa berdasarkan data pendukung yang ditemukan pada pasien, diagnosa yang muncul yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post SC), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan epidermis, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan Kurang informasi tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas Penulis membagi dalam 5 (lima) proses keperawatan yaitu meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian menggunakan format yang telah ada pada format pengkajian asuhan keperawatan Maternitas. Selama proses pengkajian penulis tidak menemukan hambatan, klien dan keluarga kooperatif sehingga mempermudah penulis untuk mengumpulkan data. Penulis mengkaji dari semua aspek meliputi: aspek bio-psiko-sosial-kultural-spiritual. Dari pengkajian yang penulis lakukan pada Ny. D, pada tanggal 12 Januari 2016 mengkaji semua aspek dan sistem dalam asuhan keperawatan pasca operasi Sectio Cesarea dengan indikasi Oligohidramnion di ruang Melati RSUD Kajej Kabupaten Pekalongan didapatkan data dari aspek bio: data subjektif: data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri dibagian perut yang dioperasi, *Problem* : klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC, *Quality* : nyeri seperti ditusuk – tusuk, *Region* : sakit dibagian perut bekas luka operasi SC, *Skala* : skala 5, *Time* : nyeri muncul sewaktu – waktu, yaitu klien tampak menahan nyeri, ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan, klien tampak

melindungi area nyeri, TD: 110/80 mmHg, suhu: 36,5⁰ C, nadi: 90x/menit, RR: 22x/menit.

B. Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian didapat prioritas masalah keperawatan yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post SC)

Nyeri akut yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*international association for the study of pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan (Nanda. 2012). Penulis menegakan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri bekas operasi SC, *Problem* : klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC, *Quality* : nyeri seperti ditusuk – tusuk, *Region* : sakit dibagian perut bekas luka operasi SC, *Skala* : skala 5, *Time* : nyeri muncul sewaktu – waktu. Data objektif yaitu Klien tampak menahan nyeri, Ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan, Klien tampak melindungi area nyeri.

Diagnosa ini menjadi prioritas utama karena saat pengkajian keluhan utama adalah nyeri, klien yang mengalami nyeri akan menyebabkan gangguan rasa nyaman dan gangguan pola tidur. Hal ini dapat mengganggu proses penyembuhan pada klien. Sehingga penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sebagai prioritas utama.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nanda. 2012). Penulis menegakan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif yaitu Klien mengatakan selama dirawat di RS klien dalam beraktivitas seperti BAB, berpakaian, berpindah tempat, dibantu oleh perawat dan

keluarganya karena bila untuk bergerak sakit Data objektif yaitu Pergerakan klien lambat, Keterbatasan melakukan keterampilan motorik

Penulis menjadikan diagnosa ini sebagai prioritas yang kedua karena diagnosa ini bukan masalah utama. Namun apabila keterbatasan mobilisasi tidak segera ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan otot-otot tubuh klien menjadi kaku. Oleh karena itu klien harus dilatih aktivitas secara mandiri seperti ke kamar mandi untuk BAK dan BAB dan aktivitas lainnya.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan epidermis

Resiko infeksi adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik (Nanda. 2012). Penulis menegakan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif yaitu Klien mengatakan baru operasi dan terdapat jahitan diperut. Data objektif yaitu Tampak luka bekas operasi dengan jahitan, ukur balutan sekitar 15 cm, balutan bersih, tidak ada rembesan, tidak kemerahan, Leukosit (sel darah putih) : 10,8. nilai normal : $10^3/\text{mm}^3$

Diagnosa ini menjadi prioritas yang ketiga karena pada saat pengkajian terdapat luka post operasi yang dibalut kassa, apabila luka tidak segera ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan menghambat proses penyembuhan pada klien karena terjadi infeksi.

4. Defisiensi pengetahuan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas berhubungan dengan Kurang informasi tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas.

Defisiensi pengetahuan adalah ketidakadekuatan pemahaman Informasi atau ketidakmampuan melakukan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan perilaku berkaitan dengan kesehatan. Penulis menegakan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif yaitu klien mengatakan belum paham tentang pengertian, cara menyusui, gizi ibu nifas. Data objektif yaitu klien tampak bingung, klien dan keluarga tampak belum memahami

dan belum dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan dengan benar.

C. Intervensi

Intervensi yang penulis lakukan untuk diagnosa nyeri akut yang bertujuan pasien mengungkapkan perasaan nyaman dan berkurangnya nyeri, dan kriteria hasilnya masalah dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan kriteria hasil : skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 0, klien tampak tenang, klien tampak rileks dan mampu tidur. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah kaji skala nyeri (P,Q,R,S,T). Rasional: untuk mengetahui tingkat nyeri, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. Rasional: Klien mengetahui tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri, motivasi klien untuk melakukan apa yang telah diajarkan. Rasional: untuk memandirikan klien dan meningkatkan rasa percaya diri klien, kolaborasi dengan dokter pemberian anti nyeri. Rasional: Untuk mengurangi nyeri.

Intervensi yang penulis lakukan untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik yang bertujuan masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dan kriteria hasilnya masalah dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil : klien dapat mandiri dalam melakukan aktifitas. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah observasi KU. Rasional : mengetahui KU klien, Kaji tingkat aktifitas. Rasional : mengetahui aktifitas yang dapat dan tidak dapat dilakukan, ajarkan pasien untuk menggerakkan kaki H-0, miring kanan kiri H1, duduk H2, berjalan H3. Rasional : untuk memulihkan otot-otot, dan meminimalkan terjadinya kekakuan sendi. Intervensi yang penulis lakukan untuk diagnosa resiko infeksi yang bertujuan masalah pada resiko tinggi infeksi dapat teratasi dengan hasilnya masalah dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan kriteria hasil : luka bebas dari tanda tanda infeksi, tidak demam area sekitar luka tetap bersih. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah observasi

luka. Rasionalnya : Mengetahui keadaan luka klien, informasikan kepada klien dan keluarga klien untuk selalu menjaga lingkungan sekitar pasien agar terhindar dari kuman. Rasional: agar klien terhindar dari infeksi dan untuk menjaga kebersihan, motivasi klien untuk selalu melakukan apa yang telah diajarkan. Rasional: Agar klien dapat mempercepat proses penyembuhan, lakukan perawatan luka post operasi h+ 3, kolaborasi pemberian antibiotik. Rasionalnya : Mengurangi rasa nyeri.

Intervensi yang penulis lakukan untuk diagnosa defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas yang bertujuan masalah pada kebutuhan belajar tentang, cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, dapat teratasi dan kriteria hasilnya masalah dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 15 menit dengan kriteria hasil : klien mengetahui pengertian, cara, manfaat. Cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah kaji sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. Rasionalnya : untuk mengetahui apakah klien sudah mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. Rasionalnya : untuk bisa mengetahui tentang pengertian dan manfaat cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, beri kesempatan klien dan keluarga klien untuk menjawab pertanyaan bila ada yang belum mengerti. Rasionalnya : mengetahui tingkat pemahaman klien.

D. Implementasi

Implementasi yang telah penulis lakukan untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post SC) adalah memonitor tanda-tanda vital karena untuk mengetahui apakah ada perdarahan pada jaringan, mengkaji ulang nyeri catat lokasi, karakteristik, intensitas (nyeri 1-10) karena memantau derajat ketidaknyamanan dan keefektifan analgetik atau dapat menyatakan terjadinya komplikasi, memberikan posisi nyaman mungkin sesuai kebutuhan karena posisi yang nyaman membantu pasien menurunkan spasme otot sehingga mengurangi rasa

nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan berimajinasi karena untuk menurunkan ketegangan otot mengfokuskan kembali perhatian agar tidak tertuju pada nyeri, kolaborasi dengan dokter pemberian obat ketorolac 3x30 mg sesuai indikasi karena mengurangi rasa nyeri. Kekuatan dari implementasi ini adalah mengetahui skala nyeri secara komprehensif dan klien merasa nyaman serta klien kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga tindakan dapat dilakukan secara lancar. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien tidak menjalankan tindakan yang sudah diajarkan jika tidak dianjurkan oleh perawat sehingga klien mengeluh nyeri. Solusi yang dilakukan yaitu motivasi dan jelaskan pada klien pentingnya melakukan tindakan yang sudah dianjurkan oleh perawat diantaranya teknik relaksasi nafas dalam dan posisi semi fowler.

Implementasi untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri adalah membantu klien dalam melakukan aktivitas progresif karena keterbatasan aktivitas tergantung pada kondisi yang khusus tetapi biasanya berkembang dengan lambat sesuai toleransi, menganjurkan klien untuk banyak istirahat karena mengurangi aktivitas yang tidak diperlukan dan energi terkumpul dapat digunakan untuk aktivitas seperlunya, mengawasi tekanan darah dalam melakukan aktivitas karena memantau kondisi klien setelah beraktivitas, mengubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam karena mencegah dan menurunkan insiden komplikasi dan mengurangi rasa nyeri, mengkolaborasi pemberian ketorolac 3x30 mg sebelum aktivitas karena mengurangi rasa nyeri pada klien. Kekuatan dari implementasi ini adalah melatih klien dalam beraktivitas secara mandiri dan mengurangi kekakuan pada otot-otot tubuh klien. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien terlihat kesakitan saat dilatih mobilitas secara bertahap, sehingga klien tidak mau latihan lagi. Solusi yang dilakukan yaitu motivasi dan jelaskan pada klien tentang pentingnya latihan mobilisasi bertahap secara mandiri yang berguna untuk mengurangi kekakuan otot.

Implementasi untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan Kerusakan jaringan epidermis. Monitor tanda-tanda vital karena untuk mengetahui perubahan kondisi klien dan suhu malam hari menjadi tinggi yang kembali normal pada pagi hari adalah karakteristik infeksi, mempertahankan aseptik saat ganti balut hari ketiga karena untuk melindungi dari kontaminasi selama pergantian, mengobservasi luka insisi dan adanya tanda-tanda infeksi karena jika diketahui adanya tanda-tanda infeksi dapat dilakukan pengobatan lebih dini sehingga dapat mencegah infeksi lebih lanjut, memperertahankan balutan kering karena jika balutan basah bisa menjadi sumbu penyerapan kontaminasi, mengkolaborasi dengan tim medis pemberian antibiotik sesuai terapi karena mengurangi terjadinya resiko infeksi. Kekuatan dari implementasi ini yaitu dapat memberi rasa nyaman pada klien dan dapat mengurangi terjadinya infeksi pada luka post operasi. Kelemahan dari implementasi ini adalah nampak merasa nyeri saat diganti balut dan klien tidak tau cara perawatan secara aseptik. Solusi yang dapat dilakukan adalah jelaskan pada klien tentang bahaya terjadi infeksi pada luka post operasi.

Implementasi untuk diagnosa Defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. Penkes nutrisi Karena untuk meningkatkan pengetahuan atau ilmu kepada klien dan keluarga perlu dilakukan penkes agar klien dan keluarga dapat mengerti dan memahami apa saja yang perlu dan yang tidak perlu diwaspadai, penkes teknik menyusui dengan benar, pada kasus ini klien dan keluarga masih belum benar dalam teknik menyusui balitanya karena klien dan keluarga hanya menyusui dengan posisi tidur, penkes gizi ibu nifas sangat penting bagi ibu paska melahirkan makan makanan yang bergizi namun pada klien dan keluarga masih percaya tentang makanan-makanan tertentu yang tidak boleh dimakan menurut keluarga klien,

E. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan untuk menyelesaikan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post SC) pada tanggal 14 Januari 2016 adalah evaluasi yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu nyeri berkurang atau hilang, klien tampak rileks, skala nyeri 0-1 dan tujuannya Nyeri post operasi akan berkurang atau hilang, klien tampak rileks, skala nyeri 0-1 dan tujuannya Nyeri post operasi akan berkurang atau hilang. Evaluasi yang telah dilakukan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik masalah teratasi sesuai dengan harapan penulis dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri setelah operasi berkurang, *Problem* : nyeri luka post operasi SC berkurang, *Quality* : nyeri hanya cekit-cekit, *Region*: dibagian perut bekas luka operasi SC, *Skala* : skala nyeri 0 *Time* : kadang – kadang, klien nampak rileks, tampak tenang serta pertahankan kondisi klien.

Evaluasi yang dilakukan untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada tanggal 14 Januari 2016 adalah evaluasi yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas, klien tidak nyeri pada saat aktivitas dan tujuannya klien akan menunjukkan tindakan aktivitas secara mandiri. Evaluasi yang telah dilakukan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri masalah teratasi sesuai dengan harapan, dengan kriteria hasil klien mengatakan lemas berkurang, sudah bisa ke toilet dan merubah posisi secara mandiri, klien terlihat rileks, tidak pucat, aktivitas dilakukan secara mandiri, TD 110/80 mmHg, suhu 36,5⁰C , N 90x/menit, RR 22x/menit.

Evaluasi yang dilakukan untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan epidermis pada tanggal 14 Januari 2016 adalah evaluasi yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu terjadi peningkatan penyembuhan luka yang baik dan tujuannya Infeksi tidak

terjadi. Evaluasi yang telah dilakukan resiko infeksi berhubungan dengan kadar leukosit lebih dari normal masalah teratasi sesuai dengan harapan, dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri luka post operasi sudah berkurang, keadaan luka baik, tidak edema, tidak ada nanah, tidak kemerahan TD : 110/80 mmHg, suhu 36,5⁰C, Nadi 90x/menit, RR : 22x/menit.

Evaluasi yang dilakukan untuk diagnosa Defisiensi pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas pada tanggal 14 Januari 2016 adalah evaluasi yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu terjadi peningkatan pengetahuan kepada klien dan keluarga klien tentang pengertian, cara menyusui, tujuannya klien dan keluarga mampu dan dapat memahami materi pendidikan kesehatan yang disampaikan evaluasi yang telah dilakukan kebutuhan belajar tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas masalah teratasi sesuai dengan kriteria klien mengatakan sudah mengerti dan memahami tentang pengertian, cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas, klien dapat mempraktikkan dengan baik dan benar, klien dan keluarga tampak memahami dan memperhatikan saat pendidikan kesehatan berlangsung, klien dan keluarga tampak tenang, klien dan keluarga mampu menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan

BAB V

PENUTUP

A. SIMPULAN

Berdasarkan Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Januari 2016 pada pukul 13.00 WIB, dengan keluhan utama klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC. Pada saat pengkajian didapatkan data: klien mengatakan nyeri perut, *Problem* : klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC, *Quality* : nyeri seperti ditusuk–tusuk, *Region* : sakit dibagian perut bekas luka operasi SC, *Skala* : skala 5, *Time* : nyeri muncul sewaktu-waktu klien tampak menahan nyeri, ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan, klien tampak melindungi area nyeri, TD : 110/80 mmHg, Suhu : 36,5°C, Nadi : 90 x/menit, RR : 22 x/menit.

Pada saat pengkajian penulis menemukan 4 (empat) diagnosa yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post SC), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan epidermis, defisit Pengetahuan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas berhubungan dengan kurang informasi tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama. Dalam melakukan perawatan pada pasien SC dengan indikasi Oligohidramnion, penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun untuk memecahkan masalah yang dialami klien.

Evaluasi dan implementasi yang telah dilakukan hari selasa tanggal 12 Januari 2016 sampai hari kamis tanggal 14 Januari 2016 diagnosa yang teratasi meliputi, nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (luka post SC), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko infeksi beerhubungan dengan kerusakan jaringan epidermis, defisiensi

pengetahuan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas berhubungan dengan kurang informasi tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas. Kekuatan pada kasus ini adalah pasien kooperatif, mau mengikuti apa yang dikatakan perawat sehingga tidak ada hambatan apapun dalam melakukan tindakan keperawatan. Kelemahan pada kasus ini adalah pasien kurang memahami tentang proses keperawatan sehingga perlu kontak yang terus menerus untuk menjelaskan tindakan tersebut. Kelemahan pada proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis kekurangan buku untuk menemukan teori yang terbaru.

B. SARAN

1. Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dalam hal penanganan dan pelayanan pada pasien SC dengan indikasi Oligohidramnion guna memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif bagi pasien, perbanyak dan permudah mengenai referensi tentang kesehatan baik secara online melalui jurnal ataupun sumber buku.

2. Bagi Lahan Praktek

Meningkatkan kedisiplinan dalam hal jam besuk pasien yang di rawat di ruang Melati RSUD Kkajen Kabupaten Pekalongan, dan batasi jumlah pengunjung dalam sekali kunjungan sehingga dapat terciptanya kenyamanan dan keamanan pada pasien guna mempermudah pemberian asuhan keperawatan pada pasien dari tenaga medis.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hendaknya mempermudah kebutuhan mahasiswa dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah sehingga dapat mempercepat penyelesaian karya tulis ilmiah, serta memperbanyak koleksi referensi-referensi tentang kesehatan yang ter update.

DAFTAR PUSTAKA

- BkkbN, dkk. 2012. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012. Diambil dari http://chnrl.org/pelatihan_demografi/SDKI-2012.pdf. Diakses pada tanggal 15 juni 2016 jam 17.00WIB.
- Marmi, A. Retno Murti Suryaningsih dan Ery Fatmawati. 2015. *Asuhan Kebidanan Patologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nugroho, Taufan. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- RSUD Kajen, 2014-2015, *Angka Prevalensi Oligohidramnion*.
- Rukiyah, Ai Yeyeh & Lia Yulianti. 2010. *Asuhan Kebidanan 4 (Patologi)*. Jakarta: Trans Info Media
- Sofian, Amru. 2010. *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri, Jilid 1. Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Sofian, Amru. 2012. *Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri, Jilid 2. Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, J, M. 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC, edisi 9*. Jakarta: EGC
- Wiknjosastro, Hanifa, Saifudin, Bari, Abdul, Rachimhadhi, Trijatmo. 2010. *Ilmu Bedah Kebidanan, Edisi 1, Cetakan 8*. Jakarta: PT Bina Pustaka

Lampiran 1

ASUHAN KEPERAWATAN Pada Ny. D G5P2A3 PASCA OPERASI
SEKSIO SESAREA DENGAN INDIKASI OLIGOHIDRAMNION
DI RUANG MELATI RSUD KAJEN KAB. PEKALONGAN

Tanggal Pasien Masuk : 10/01/2016
Jam Pasien Masuk : 11.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 12/01/2016
Jam Pasien Dikaji : 13.00 WIB
Tempat : Ruang Melati/ A1
Diagnosa Medis : Post Seksio Caesarea dengan indikasi
Oligohidramnion hari pertama

A. Pengkajian

1. Biodata klien

Nama : Ny. D
Umur : 29 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Silumbung Doro 3/1

2. Biodata penanggung jawab

Nama : Tn. A
Umur : 34 tahun
Pekerjaan : PNS
Alamat : Silumbung 3/1 Doro

Hubungan dengan klien : Suami

3. Riwayat kesehatan umum

a. Riwayat kesehatan dahulu

DS:

Klien mengatakan pernah menderita penyakit demam, pilek pada waktu anak - anak dan klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit kronik seperti Hipertensi, DM, Asma, Jantung dan TBC, klien mengatakan pernah SC ± 7 tahun yang lalu saat melahirkan putra pertama karena CPD (panggul sempit).

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

DS:

Klien mengatakan pada tanggal 10 Januari memeriksakan kandungannya di RSUD Kajen, datang ke poli kandungan jam 09.00 WIB, saat diperiksa USG kandungan klien mengalami kekurangan air ketuban dan mengalami kekeruhan pada cairan ketuban. Dokter menganjurkan klien untuk rawat inap di RSUD Kajen. Selanjutnya klien langsung dibawa ke ruang Melati RSUD Kajen, dan dilakukan tindakan operasi pada tanggal 11 Januari 2016 pada jam 09.30 WIB dan selesai jam 11.00 WIB Klien dibawa ke ruang Melati dan pada tanggal 12 Januari 2016 jam 13.00 WIB, dilakukan pengkajian ditemukan data klien mengatakan nyeri dibagian perut yang dioperasi, sakit saat digerakan.

c. Keluhan utama

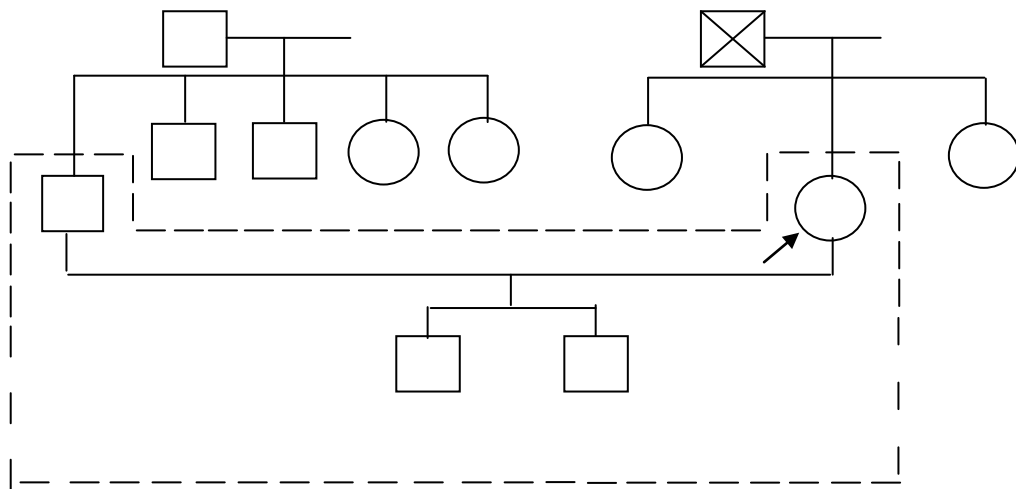
DS:

- 1) P: klien mengeluh nyeri diperut bekas operasi SC
- 2) Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk
- 3) R: sakit dibagian perut bekas luka operasi SC
- 4) S: skala 5
- 5) T: nyeri muncul sewaktu – waktu

d. Riwayat kesehatan keluarga

Genogram

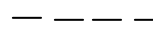




Keterangan:



: laki laki



: tinggal serumah



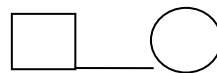
: perempuan



: meninggal



: pasien



: menikah

DS:

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan seperti Hipertensi, DM, Asma, Jantung dan klien juga mengatakan tidak mempunyai penyakit menular seperti TBC, Hepatitis dan AIDS

e. Riwayat Alergi.

DS:

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan, obat, maupun cuaca

f. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

DS:

Klien mengatakan tidak ada kebiasaan yang dapat mengganggu kesehatan seperti merokok, minum minuman keras dan kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan

g. Riwayat sosial

DS:

Klien mengatakan tinggal di Desa, berhubungan baik dengan tetangga-tetangganya dan klien juga aktif dalam kegiatan sosial di tempat tinggalnya yaitu seperti arisan dan pengajian.

h. Personal hygiene

Selama hamil		Sesudah Bersalin
Mandi	: 2x / hari	2x / hari
Gosok gigi	: 2x / hari	1x / hari
Cuci rambut	: 1x / hari	1x / hari
Potong kuku	: jika panjang	Belum Potong kuku
Ganti pakaian	: 2x / hari	2x / hari
Masalah/keluhan	: Tidak ada	klien merasakan sakit di luka bekas oprasinya

i. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi Metabolik

Selama hamil		Sesudah Bersalin
Makan pagi	: habis 1 porsi	habis 1 porsi
Makan siang	: habis 1 porsi	habis ½ porsi
Makan malam	: habis 1 porsi	habis ½ porsi
Kudapan	: Susu dan buah	roti dan buah
Minum	: 8 gelas/ hari	6 gelas

j. Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi

Selama hamil:

BAK

Frekuensi : 7x/ hari

Jumlah : Tidak terkaji

Warna : khas urin

Bau : khas urin

DO:

BAB

Selama Hamil

Frekuensi : 1x/hari

Jumlah : tidak terkaji

Warna : khas

Kosistensi : lunak

Setelah Bersalin

BAK

Klien belum BAK

500cc

khas urin

khas urin

BAB

Setelah Hamil

Klien belum BAB,
trakhir BAB sebelum
operasi

k. Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas latihan

DS:

Klien mengatakan selama beraktifitas dibantu oleh perawat dan keluarganya karena bila bergerak masih terasa sakit, tingkat aktivitas klien 2 yaitu membutuhkan bantuan orang lain untuk membantu, mengawasi, atau mengajari

l. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat tidur

selama hamil

Tidur siang : 1 jam

Tidur malam : 8 jam

setelah melahirkan

1 jam

6 jam

m. Pengetahuan tentang nifas

DS:

- 1) Klien mengatakan belum mengetahui tentang manajemen laktasi dengan benar
 - 2) Klien mengatakan belum mnegetahui cara menyusui dengan benar
 - 3) Klien mengtakan belum mengetahui gizi ibu menyusui
- n. Riwayat keperawatan untuk nilai/kepercayaan
agama : Islam
kegiatan ibadah
DS:
Klien mengatakan ketika di RS kegiatan ibadahnya hanya dengan berdoa kepada Allah untuk kesembuhan bagi dirinya dan bayinya.
- o. Riwayat kebidanan/ obsterik
Status Obsterik: G5 P1 A3

4. Riwayat menstruasi

Menarche	: 15 tahun
Lama haid	: 7 hari
Siklus Haid	: 28 hari
Jumlah	: 3x ganti pembalut/hari
Keluhan	: tidak ada

5. Riwayat pernikahan

Status	:menikah
Umur waktu menikah yang pertama kali	:21 tahun

Berapa kali menikah : 1x
 Lama menikah dengan suami : 8 Tahun

6. Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

Ds:

N O	UMU R	JENIS KELAMI N	KONDIS I SAAT INI	KEHAMILA N	PERSALINA N	NIFA S
1	1,5 Bulan Meninggal Hamil anggur					
2	3,5 Bulan Meninggal keguguran					
3	6 Tahun	Laki - Laki	Hidup	CPD(panggul Sempit)	Sectio Cesarea	Bayi Disusu i
4	2,5 Bulan Meninggal Keguguran					
5	26 Jam	Laki – Laki	Hidup	Oligohidramn ion	Sectio Cesarea	Bayi disusui

7. Riwayat KB

1. Metode KB yang pernah di gunakan : Menggunakan KB suntik
2. Lama penggunaan : ± 3 Tahun
3. Alasan dilerpas : Karena ingin menambah momongan
4. Keluhan : -
5. Rencana KB akan datang : Suntik

8. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 10/04/2015
 TP : 17/01/2016

Umur kehamilan : 38 minggu

BB sebelum hamil :48kg

BB saat hamil :55kg

NO	ANC	Trimester I	Trimester II	Trimester III
1	Frekuensi	3x	3x	3x
2	Tempat	Bidan	Bidan	bidan
3	Keluhan	Mual,muntah	-	Pusing
4	Pesan	Istirahat, makan- mkanan yang bergizi	Istirahat yang cukup	Kurangi aktifitas,istirahat yang cukup
5	Hasil	Gerakan janin belum terasa	Gerakan janin sudah terasa	Hasil USG Oligohidramnion AFI 3cm
6	Imunisasi TT	TT1	TT2	TT3
7	Tabletn Fe	30 tablet	30 tablet	-

9. Riwayat persalinan sekarang

- 1) Jenis persalinan : SC
- 2) Penolong : Dokter, Bidan,Perawat
- 3) Tempat : Rumah Sakit
- 4) Proses dan lama persalinan : 1 jam 30 menit
- 5) Masalah persalinan : Oligohidramnion
- 6) Kondisi bayi : Bayi sehat, hidup, BB 2900 Gram
Apgar Skor 8 menit pertama

10. Pemeriksaan Fisik

- 1) Prameter umum

- a) Keadaan umum : Lemas
- b) Kesadaran : Compos mentis
- c) TD : 110/80 mmHg
- d) Suhu : 36,5⁰C
- e) Nadi : 90x/menit
- f) RR : 22x/menit
- g) BB saat hamil : 55kg
- h) TB : 154 cm

1. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

a. Kepala & Leher

Kepala :

Inspeksi : Rambut hitam, bersih.

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

Keluhan : Tidak ada keluhan

Muka :

Inspeksi : Simetris, tidak oedem, ekspresi wajah klien terlihat meringis menahan sakit

Mata :

Inspeksi : Simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva merah muda, fungsi pengelihatannya pada batas normal pada kedua mata

Telinga

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

Hidung

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

Mulut & Tenggorokan

Inspeksi : Mukosa lembab, warna bibir merah merata, tidak pucat dan tidak kering, respon menelan baik

Leher

inspeksi :Pembesaran kelenjar limfe tidak ada, pembesaran vena jugularis tidak ada, pembesaran kelenjar tyroid tidak ada

Masalah : Tidak ada masalah

Dada

Inspeksi : Bentuk normal, simetris, gerakan dadanormal sama rata

Payudara

Inspeksi : Letak simetris, puting susu menonjol

Palpasi : kolostrum sudah keluar.

Paru-paru

Respiratory Rate : 22 x / menit

Inspeksi : Pola pernafasan teratur, kedalaman pernafasan normal

Masalah : Tidak ada masalah

Jantung

Inspeksi : tidak ada pembesaran ictus cordis, dada simetris

Palpasi : Iktus kordis teraba pada ICS 5 midklavikula

Perkusi : batas jantung atas : redup, batas jantung bawah : redup, batas jantung kiri redup, batas jantung kanan pekak.

auskultasi : Suara jantung 1 dan 2 kuat, tidak ada suara tambahan

b. Abdomen

Inspeksi : Dinding abdomen simetris, lineanigra ada, striegravidarum ada, luka Post SC ada pada perut bagian bawah, keadaan luka tertutup kasa dan bersih

TFU : 2 jari dibawah pusat

Konsistensi Uterus : keras

Posisi : Tengah

Kandung kemih : Kosong

c. Genitalia

Inspeksi : lochea rubra ½ pembalut, varises vagina tidak ada, perineum normal tidak ada jahitan, anus tidak ada hemoroid

d. Punggung

Inspeksi : punggung simetris, tidak terdapat luka, tidak ada benjolan
Masalah lain : tidak ada masalah

e. Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Inspeksi: Bentuk normal, capillary refill <2 detik, terpasang infuse pada tangan sebelah kiri, tidak oedem

2) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : Bentuk normal, varises tidak ada, capillary refill <2 detik, tidak Oedem

2. Laboratorium

Date : 11/01/2016

I.D : 526359

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	10,8	$10^3/\text{mm}^3$	(4,0-10,0)
RBC	3,60	$10^6/\text{mm}^3$	(4,00-5,50)
HGB	11,4	g/dl	(12,0-16,5)
HCT	31,6	%	(37,0-48,0)
MCV	88	μm^3	(11,0-16,0)
MCH	31,7	Pg	(0,150-0,500)
MCHC	36,1	g/dl	(82-92)
RDW	12,6	%	(11,0-16,0)
PLT	21,7	$10^6/\text{mm}^3$	(32,0-36,0)
MPV	7,1	μm^3	(11,0-16,0)
PCT	0,153	%	(6,0-11,0)
PDW	10,5	%	(11,0-18,0)

Gol Darah	: O		
GDS	: 81	mg/dl	
SGOT	: 16,2	u/I	0-31
SGPT	: 6	u/I	0-32
Hbsag	: Negarif	mg/dl	-
Creatinin	: 10,74	mg/dl	0,5-0,9

3. Pemeriksaan USG

Tanggal : 11 januari 2016

Menurut data dari RM, hasil USG : Kondisi Janin normal tidak ada kelainan pada anggota tubuh, presentasi kepala, djj positif dan baik, AFI 3 cm Oligohidramnion, umur kehamilan 38 minggu.

Terapi

Tanggal	Jenis terapi	Dosis	Cara pengobatan
12-01-2016	Ringer laktat	500 cc / 8 jam	Intravena
	Cefotaxime	1 gram / 12 jam	Intravena
	Ketorolac	30 mg / 8 jam	Intravena

II. ANALISA DATA

1. DS :

- 1) P: Klien mengeluh sakit di perut bekas operasi SC
- 2) Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk
- 3) R: Sakit dibagian perut bekas luka operasi SC
- 4) S: Skala 5
- 5) T: nyeri muncul sewaktu – waktu

DO :

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

Masalah : Nyeri Akut

Etiologi : Agen Cidera Fisik (luka post SC)

2. DS :

- 1) Klien mengatakan selama beraktifitas dibantu oleh perawat dan keluarganya karena bila bergerak masih terasa sakit.

DO :

- 1) Pergerakan klien lambat
- 2) Keterbatasan melakukan keterampilan motorik
- 3) tingkat aktivitas klien 2 yaitu membutuhkan bantuan orang lain untuk membantu, mengawasi, atau mengajari

Masalah : Hambatan Mobilitas Fisik

Etiologi : Nyeri

3. DS :

- 1) Klien mengatakan baru operasi dan terdapat jahitan diperut

DO :

- 1) Tampak luka bekas operasi dengan jahitan, ukur balutan sekitar 15 cm, balutan bersih, tidak ada rembesan, tidak kemerahan
- 2) Leukosit (sel darah putih) : $10,8 \times 10^3/\text{mm}^3$

Masalah : Resiko infeksi

Etiologi : Kerusakan jaringan epidermis

4. DS :

- 1) Klien mengatakan belum mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas

DO :

- 1) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang nifas
- 2) Klien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan tentang cara menyusui, gizi ibu nifas dengan benar

Masalah : Defisiensi Pengetahuan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas

Etiologi : Kurang informasi tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas

III. PRIORITAS MASALAH

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera fisik (luka post SC).
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri
3. Resiko infeksi berhubungan dengan Kerusakan jaringan epidermis

4. Defisiensi Pengetahuan tentang menyusui dengan benar, gizi ibu nifas
berhubungan dengan Kurang informasi tentang menyusui dengan benar, gizi
ibu nifas

VI.Rencana keperawatan

Nama : Ny. D

Diagnosa:Oligohidramnion

Umur : 29 tahun

No	Tanggal	Dagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	
1	12/01/2016	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka Post SC)	Pasien mengungkapkan perasaan nyaman dan berkurangnya nyeri, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam. Dengan kriteria hasil:	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji skala nyeri (P,Q,R,S, T) - Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam - Motivasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar tingkat nyeri dapat dipantau tanpa khawatir - Klien mengetahui tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri - Agar bisa 	

			<ul style="list-style-type: none"> -Skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 0 -Klien tampak rileks 	<p>klien untuk melakukan apa yang telah diajarkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan dokter pemberian anti nyeri 	<p>mandiri untuk mengatasi nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengurangi nyeri 	
2	12/01/2016	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil klien dapat mandiri dalam melakukan aktifitas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi - Kaji tingkat aktifitas klien - Ajarkan pasien untuk menggerakan kaki, miring 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui KU klien - Mengetahui tingkat aktifitas yang dapat klien lakukan - Untuk memulihkan otot-otot, kekakuan sendi 	

				kanan kiri, duduk , berjalan - Kolabora si dengan terapis untuk program latihan	- Untuk meningkatka n aktifitas latihan	
3	12/012016	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah pada resiko tinggi infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil: - luka bebas dari tanda tanda infeksi - tidak demam area sekitar luka, luka tetap	- Observasi luka - Kaji tanda tanda infeksi pada luka - ajarkan teknik aseptik mencuci tangan 6 langkah	- Untuk mengetahui keadaan luka - Klien Mengetahui tindakan sehat untuk menjaga kebersihan - Agar terhindar dari bakteri / kuman yang dapat membahaya kan luka klien	

			bersih			
				<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan dan informasikan kepada klien dan keluarga klien untuk selalu menjaga lingkungan sekitar pasien agar terhindar dari kuman - Motivasi klien untuk selalu melakukan apa yang telah diajarkan - Lakukan perawatan luka post 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk terhindar dari infeksi - Untuk mempraktikkan dengan baik dan benar - Untuk luka tetap terjaga kebersihan 	

				operasi h+ 3	nya	
				- Kolaborasi pemberian antibiotik	- Untuk mempercepat proses penyembuhan pada luka	
4	12/01/2016	Defisiensi Pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, manajemen laktasi, gizi ibu nifas, berhubungan dengan kurangnya sumber informasi tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x15 menit masalah pada Defisit Pengetahuan tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas dapat teratasi dengan kriteria hasil: - Klien mengetahui pengertian, cara, manfaat.	- Kaji sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas - Beri pendidikan kesehatan tentang cara menyusui	- Untuk mengetahui apakah klien sudah mengetahui tentang cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas - Untuk bisa mengetahui tentang pengertian dan manfaat cara menyusui	

			<p>- cara menyusui dengan benar, gizi ibu nifas</p>	<p>dengan benar, gizi ibu nifas</p> <p>- Beri kesempatan klien dan keluarga klien untuk menjawab pertanyaan bila ada yang belum mengerti</p>	<p>dengan benar, gizi ibu nifas</p> <p>- Untuk mengetahui apakah klien telah memahami materi yang telah disampaikan</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

V. CATATAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. D

Diagnosa Medis : G5P1A3 post Sectio Cesarea indikasi Oligohidramnion

Umur : 29 tahun

Diagnosa Keperawatan

TGL/JAM	No Dx	IMPLEMENTASI	RESPON KLIEN	PARA F
12/01/2016 13.10	I,III	1. Mengkaji KU	S: klien mengatakan nyeri dan lemas O: klien tampak pucat, ekpresi klien tampak menahan sakit	
13.30	I	2. Mengkaji skala nyeri menggunakan sebuah skala 1-10 dalam menjelaskan nyerinya	S: klien mengatakan nyeri di bagian perut seperti di tusuk-tusuk O: nyeri skala 5 klien tampak kesakitan	
13.50	II	3. Mengajarkan teknik mobilitas fisik miring kanan kiri	S: klien mau melakukan O: klien melakukan miring kanan kiri	

14.00	I	4. Mengajarkan teknik relaksasi	<p>S: klien mau menirukan</p> <p>O: klien menirukan apa yang telah di ajarkan</p>	
14.00	I,II,I II	5. Mengganti infuse RL	<p>S: -</p> <p>O: infus masuk lewat IV 20 tpm,tetesan infus menetes</p>	
17.00	I,III	6. Mengkaji tanda-tad a tival	<p>S: -</p> <p>O: TD: 110/80 mmhg, suhu 36,5, nadi 80x/menit, RR 22x/menit</p>	
17.20	I	Penkes nutrisi	<p>S: Klien mengatakan belum mengerti tentang makanan-makanan yang harus diukonsumsi dan yang tidak pasca melahirkan</p> <p>O: Klien terlihat belum paham dan tampak bingung untuk bertanya</p>	

19.00	II	7. Mengajarkan mobilisasi (duduk)	S: klien mau berlatih duduk O: klien tampak menahan sakit	
19:15	IV	8. Penkes teknik menyusui dengan benar	S:klien belum mengetahui tentang teknik cara menyusui dengan benar O:penkes teknik menyusui dengan benar	
19.30	III	9. Penkes cuci tangan 6 langkah dengan benar	S:klien mengatakan belum tahu urutan mencuci tangan dengan benar O:penkes cuci tangan 6 langkah dengan benar	
19.45	I,II,I II	10. Memberikan obat injeksi sesuai program advis dokter yaitu - Injeksi Cefotaxim 1 gram/12 jam - Ketorolac 30 mg/8 jam	S: klien mengatakan panas saat obat masuk O:obat masuk selang IV	

19.50	I,II,I II	11. Memberikan ruangan yang nyaman	S:- O:klien tampak istirahat	
13/01/2016 07:20	I,III	1. Observasi KU	S: baik O:Ekspresi muka tampak tenang	
08.00	I	2. Mengkaji skala nyeri	S: klien mengatakan nyeri senut-senut O:nyeri skala 3klien tampak kesakitan	
08:49	III	3. Mengganti pembalut	S: - O:pembalut tampak darahsedikit merah kecoklatan	
08:50	I,II,I II	4. Mengganti infus RL	S: - O:infus masuk selang IV 20 tpm, tetesan infus menetes	
09:30	II	5. Mengajarkan mobilisasi jalan 2 langkah	S:klien mau berlatih berjalan 2 langkah O:klien tampak jalan 2 langkah	

10:30	I	6. Penkes gizi ibu nifas	S:klien belum mengetahui tentang gizi ibu nifas O:penkes ibu nifas	
11:00	I,II,I II	7. Mengkaji tanda-tadativ	S: - O:TD: 110/90 mmhg, suhu 36,5 nadi 86x/menit, RR 20x/menit	
13:00	I,II,I II	9. Berikan obat injeksi sesuai program advis dokter yaitu - Injeksi Cefotaxim 1gram/12 jam - Ketorolac 30mg/8 jam	S:Klien mengatakan panas saatobat masuk O:Obat masuk selang IV,klien tampak menahan sakit	
14/01/2016 07.00	I,III	1. Observasi KU	S:Klien mengatakan sudah mendingan O:Ekpesi muka fres	
07:30	I	2. Mengkaji ulang skala nyeri	S:klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 0 O:klien tampak tenang dan mulai	

			relaks	
08.00	II	3. Menanyakan mobilisasi apa yang sudah dilakukan	<p>S:klien mengatakan sudah bisa beraktivitas dengan mandiri</p> <p>O:klien tampak mandiri melakukan aktivitas</p>	
09:00	III	4. Melakukan medikasi / perawatan luka	<p>S:-</p> <p>O:luka kering dan balutan bersih</p>	

Evaluasi keperawatan

Hari/tgl jam	No Dx	Catatan perkembangan klien	Paraf
12/01/2016 13:45	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri dengan skala 5 seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan sakit bila di gerakan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah klien tampak meringis kesakitan - Klien tampak menahan nyeri <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji skala nyeri - Ajarkan teknik relaksasi - Motivasi klien untuk melakukan apa yang telah tadi diajarkan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti nyeri 	
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bila untuk bergerak nyeri muncul klien sudah 	

		<p>mampu duduk</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan klien lambat - Klien tampak duduk dan menahan nyeri <p>A: Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi KU - Kaji tingkat aktifitas - Ajarkan teknikmiring kanan, kiri dan berjalan dari satu langkah sampai bisa mandiri lagi 	
	III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan akan tetap menjaga kebersihan di area balutan bekas operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balutan luka operasi tampak bersih - Area sekitar balutan tampak bersih - Kulit disekitar balutan tampak hangat - Suhu 36,5⁰C - Tidak terdapat tanda tanda infeksi <p>A: Masalah resiko</p>	

		<p>infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi luka - Kaji tanda tanda infeksi pada luka - Ajarkan teknik mencuci tangan 6 langkah agar terhindar dari bakteri - Motivasi klien untuk selalu melakukan apa yang telah td diajarkan 	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mengerti tentang cara menyusui dengan benar, manajemen laktasi, cara mencuci tangan 6 langkah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengerti pengertian cara menyusui dengan benar - Klien mampu mengerti pengertian cara mencuci tangan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Defisit Pengetahuan teratasi sebagian <p>P</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan kondisi 	

		yang ada	
13/01/2015 13:40	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri seperti senut-senut pada luka bekas operasi, skala nyeri 3 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan sakit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi KU - Mengkaji skala nyeri - Mengajarkan teknik relaksasi - Motivasi klien untuk melakukan apa yang telah tadi diajarkan - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti nyeri 	
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jika untuk bergerak nyeri muncul tapi sedikit klien sudah belajar untuk berjalan 2 langkah 	

		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak latihan berjalan 2 langkah <p>A: Masalah mobilisasi fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi KU - Mengkaji tingkat aktifitas - Mengajarkan teknik miring kanan, kiri dan berjalan dari satu langkah sampai bisa mandiri lagi 	
	III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka tidak terdapat rembesan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak bersih - Tidak terdapat nanah/ Pus - Tampak keluar cairan putih bening <p>A: Masalah resiko teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi luka - Mengkaji tanda tanda infeksi pada luka - Mengajarkan teknik mencuci tangan 6 langkah agar terhindar dari bakteri - Motivasi klien untuk selalu melakukan apa yang telah td 	

		diajarkan	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mengetahui dan paham tentang gizi ibu nifas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengerti tentang pengertian gizi ibu nifas, manfaat gizi ibu nifas, jenis bahan yang diperlukan ibu nifas, akibat kurang gizi ibu nifas, cara mengelola makanan agar gizinya tidak hilang, anjurkan gizi untuk ibu nifas <p>A: Masalah Defisit Pengetahuan teratasi</p> <p>P: Pertahankan kondisi yang ada</p>	
14/01/2016 13:50	I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 0 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak rileks, tenang <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p>	

		P: Pertahankan kondisi yang ada	
	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas memakai baju ke toilet dan makan sendiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mandiri melakukan aktivitas <p>A: Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Pertahankan kondisi yang ada</p>	
	III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada rembesan di luka <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak sudah kering - Disekitar luka tidak terdapat ruam kemerahan <p>A: Masalah resiko tinggi infeksi teratasi</p> <p>P: Pertahankan kondisi yang ada</p>	
	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan paham terhadap materi yang 	

		<p>disampaikan.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan - Klien tampak rileks. <p>A: Masalah Defisit Pengetahuan teratasi</p> <p>P: Pertahankan kondisi yang ada</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--