

## STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.D.  
DENGAN POST OP SECTIO CAESAREADI RUANG  
FLAMBOYANRSUD PROF. Dr. W.Z YOHANNES KUPANG**



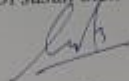
Musdalifah  
NIM: PO.530320116365

POLITEKKES KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM D-III KEPERAWATAN  
2019

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA  
PASIE NY. M.D DENGAN POST OP SECTIO  
DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF. Dr. W.Z YOHANNES KUPANG

Di susun oleh



Mudalifah

NIM : PO530320116365

Telah di uji dan di pertahankan di depan dewan penguji Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Kupang Prodi Keperawatan  
Program kelas karyawan jurusan Keperawatan Kupang  
pada tanggal 14 juni 2019.

Dewan penguji

Penguji I :



Yuliana Daffoyati, S.Kep.Ns., MSc.  
NIP. 197203181997032001

Penguji II



Natalia Debi Subani, S.Kep., M.Kes  
NIP. 19801225200212002

Mengesahkan  
Ketua jurusan keperawatan



Dr. Florentinus Tat., SKp., M.Kes  
NIP. 196511281993031005

Mengetahui  
Ketua program studi



Margaretha Teji, S.Kep.Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Musdalifah  
Tempat tanggal lahir : Waitame, 05 Maret 1989  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Naibonat, Kabupaten Kupang  
Riwayat pendidikan : 1. Tahun 2002 tamat SD Anashar Makassar  
2. Tahun 2005 tamat SMPN 14 Makassar  
3. Tahun 2008 tamat SMK Bina Profesi Makassar  
4. Sejak tahun 2016 melanjutkan kuliah di kampus  
Poltekkes Kemenkes Kupang, Prodi D3 keperawatan

## **MOTTO**

*“Tiadanya keyakinanlah yang membuat orang takut menghadapi tantangan dan saya percaya pada diri saya sendiri.”*

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunianya yang telah diberikan kepada saya sehingga laporan Studi Kasus dengan judul asuhan keperawatan pada pasien ny.m.d dengan post op *sectio caesareadi* ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z Yohannes Kupang ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Laporan ini di buat untuk menyelesaikan studi pada program studi D-III keperawatan dan mendapatkan gelar ahli madya keperawatan.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan studi kasus ini penulis banyak mendapat dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran dan dukungan moril. oleh karena itu penulis menyampaikan terimakasih yang tak terhingga kepada Ibu Natalia Debi Subani.,S.Kep.,M.Kes, selaku pembimbing, yang dengan penuh kesabaran dan totalitasnya dalam menyumbangkan pikiran dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi selama proses penyusunan studi kasus ini, dan Ibu Yuliana Dafroyati., S.kep,Ns.,Msc, selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi menyempurnakan studi kasus ini.Penulis juga menyampaikan terimakasih kepada:

1. Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang selaku pelindung dalam kegiatan ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi DIII Keperawatan
2. Bapak Florentianus Tat,SKp,M.Kes. selaku ketua jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang, yang telah bersedia menjadi penanggung jawab dari kegiatan ujian akhir program.
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah bersedia menjadi koordinator dari kegiatan ujian akhir program.
4. Ibu Debi Tunmuni selaku CI yang telah bersedia sebagai penguji di lahan praktek dalam kegiatan ujian akhir program.
5. Bapak dan ibu dosen Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III keperawatanyang telah memberikan materi dan praktik selama

dalam proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan studi kasus ini.

6. Bapak dan ibu pegawai dan staf kependidikan yang dengan caranya masing-masing telah membantu, dan mendukung penulis dalam proses penyusunan studi kasus ini.
7. Yang tercinta kakak, adik dan orang yang sangat kucintai dan ku sayangi yang telah memberikan dorongan moral dan materil serta selalu memberikan semangat dan do'a restu dalam penyusunan laporan studi kasus ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa/mahasiswi Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi DIII Keperawatan angkatan XXV dan sahabat-sahabat yang senasib seperjuangan yang telah banyak membantu dan memberikan masukan-masukan yang berharga dalam penyelesaian laporan studi kasus ini.
9. Semua pihak yang telah ikut serta membantu saya baik secara langsung maupun tidak langsung.

Saya menyadari bahwa laporan studi kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu kemampuan saya, sehingga saya sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk menyempurnakan studi kasus ini.

Akhir kata saya mengharapkan agar laporan studi kasus ini bermamfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayah kepada kita semua. Amiin, wassalamu alaikum warohmatullahi wabarokatuh.

Kupang, 14 juni 2019

Penulis

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M.D DENGAN POST OP SECTIO CAESAREADI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF. Dr. W.Z YOHANNES KUPANG. OLEH

#### MUSDALIFAH

Latar belakang: *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus dengan syarat lahir dalam keadaan utuh serta berat bayi diatas 500 gm.

Tujuan: Untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien *sectio sesarea* yang meliputi meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Metode: Penulis menggunakan metode studi kasus, adapun pasiennya adalah Ny. M.D, data ini diperoleh dengan cara wawancara, pemeriksaan fisik, observasi aktifitas, memperoleh catatan kesehatan dan laporan diagnostik.

Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil nyeri pasien teratasi dengan skala nyeri 3, tidak timbul tanda-tanda infeksi, pasien dapat beraktifitas secara mandiri.

Kesimpulan : Diagnosa yang muncul pada kasus Ny.M.D, pada pasien post op *sectio caesarea* adalah nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Semua masalah keperawatan teratasi sebagian.

Kata kunci: *Sectio caesarea*, asuhan keperawatan

## DAFTAR ISI

	Hal
Halaman	
judul.....	i
Lembar	
persetujuan.....	ii
Lembar	
pengesahan.....	iii
Biodata.....	iv
Kata pengantar .....	v
Abstrak.....	vi
Daftar isi.....	vii
Daftar	
lampiran.....	ix
Daftar singkatan.....	x
<b>BAB I Pendahuluan</b>	
1.1 Latar belakang masalah .....	1
1.2 Tujuan studi kasus .....	2
1.3 Manfaat studi kasus .....	2
<b>BAB II Tinjauan Pustaka</b>	
2.1 Konsep Teori.....	4
2.1.1 Pengertian <i>sectio caesarea</i> .....	4
2.1.2 Indikasi.....	4
2.1.3 Jenis-jenis <i>sectio caesarea</i> .....	6
2.1.4 Komplikasi.....	6
2.3 Konsep dasar asuhan keperawatan .....	8
2.3.1 Pengkajian <i>sectio caesarea</i> .....	5
2.3.3 Diagnosa keperawatan.....	15
2.3.4 Intervensi keperawatan.....	16
2.3.5 Implementasi keperawatan.....	18

2.3.6 Evaluasi.....	18
---------------------	----

### **BAB III Hasil Studi Kasus Dan Pembahasan**

3.1. Hasil studi kasus.....	20
3.1.1 Gambaran umum tempat penelitian studi kasus.....	20
3.1.2 Pengkajian .....	20
3.1.3 Diagnosa keperawatan.....	23
3.1.4 Intervensi keperawatan .....	23
3.1.5 Implementasi keperawatan .....	24
3.1.6 Evaluasi keperawatan.....	25
3.2 Pembahasan.....	25
3.2.1 Pengkajian.....	25
3.2.2 Pengkajian keperawatan .....	26
3.2.3 Diagnosa keperawatan.....	29
3.2.4 Intervensi keperawatan.....	30
3.2.5 Implementasi keperawatn.....	30
3.2.6 Evaluasi keperawatan.....	30

### **BAB 5 Penutup**

5.1 Kesimpulan.....	31
5.2 Saran.....	31
Daftar pustaka .....	33



## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Format pengkajian
2. Asuhan keperawatan analisa data sampai evaluasi
3. Lembar konsultasi

## DAFTAR SINGKATAN

1. WHO: (World Health Organization)
2. RSUD: Rumah sakit umum daerah
3. SC: Sectio caesarea
4. TTV: Tanda tanda vital
5. Ny: Nyonya
6. PQRST: *Palliative/provokatif, qualitative/kuantitas, region/radiasi, scale/serverity, dan timing.*
7. HPHT: Hari pertama haid terakhir
8. ASI: Air susu ibu
9. BAB: Buang air besar
10. BAK: Buang air kecil

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin di lahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding perut dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. *Sectio caesarea* merupakan tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu. Resiko atau efek samping pada ibu setelah dilakukan *sectio caesarea* yaitu peningkatan insiden infeksi dan kebutuhan akan antibiotik, perdarahan yang lebih berat, nyeri pasca operasi akibat insisi yang disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus ibu (Simkin,dkk,2008).

Menurut WHO (World Health Organization, 2015). Angka kejadian *sectio caesarea* berkembang WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap negara, jika tidak sesuai indikasi operasi Sc dapat meningkat resiko morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi.

Sedangkan menurut RISKESDA tahun 2015 tingkat persalinan *sectio caesarea* di Indonesia sudah melewati batas maksimal standar WHO dan peningkatan ini merupakan masalah kesehatan masyarakat (public health). Tingkat persalinan *sectio caesarea* di Indonesia 15,3% sampai dari 20.591 ibu yang melahirkan kurang waktu 5 tahun terakhir disurvei dari 33 provinsi.

Profil kesehatan Indonesia di Nusa Tenggara Timur pada tahun 2016 jumlah ibu yang bersalin tercatat sebanyak 63.042 jiwa. Data yang diambil di ruang Flamoyan RSUD Prof. DR. W. Z. Yohanes Kupang, ibu dengan persalinan post *sectio caesarea* adalah 698 ibu ditahun 2018 dan ditahun 2019 dalam 4 bulan terakhir jumlah pasien dengan *sectio caesarea* adalah 213 ibu.

Dari data diatas terkait dengan ibu post *opsectio caesarea*, maka alasan penulis mengangkat kasus post *op sectio caesarea* Ny. M. D. adalah karena ada banyak komplikasi pada ibu nifas jika tidak dilakukan perawatan dengan baik. Komplikasinya bisa terjadi pendarahan, dan infeksi pada bekas luka Jahitan operasi.

## **1.2 Tujuan studi kasus**

### 1.2.1 Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan Pada Ny. M. D dengan post op *sectio caesarea*

### 1.2.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien Ny. M. D. dengan post op *sectio caesarea*
2. Mampu melakukan diagnosa pada pasien Ny. M. D. dengan post op *sectio caesarea*
3. Mampu melakukan intervensi pada pasien Ny. M. D. dengan post op *sectio caesarea*
4. Mampu melakukan implementasi pada Ny. M. D. dengan post op *sectio caesarea*
5. Mampu melakukan evaluasi pada Ny. M. D. dengan post op *sectio caesarea*

## **1.3 Manfaat studi kasus**

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Dapat digunakan sebagai bahan pustaka untuk bacaan, pelengkap dan penambahan pengetahuan bagi mahasiswa-mahasiswi jurusan Keperawatan Poltekkes Kupang, dalam melakukan asuhan keperawatan ibu dengan post op *sectio caesarea*.
- b. Dapat digunakan sebagai aplikasi dalam pembelajaran di kelas terkait dengan masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan post op *sectio caesarea*

### 2. Bagi rumah sakit

- a. Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan pemberian asuhan keperawatan terkait dengan post op *sectio caesarea*.
- b. Dapat digunakan sebagai standar operasional prosedur dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op *sectio caesarea*.

### 3. Bagi penulis

Dapat menambah wawasan, dan memperluas pengetahuan serta mengaplikasikan asuhan keperawatan tentang ibu dengan post op *sectio caesarea* di kalangan masyarakat dan di fasilitas kesehatan.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep teori

##### 2.1.1 Pengertian *sectio caesarea*

*Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin di lahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding perut dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500gram (Hanifa,2010).

*Sectio caesarea* merupakan tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan rahim ibu. Resiko atau efek samping pada ibu setelah dilakukan *sectio caesarea* yaitu peningkatan insiden infeksi dan kebutuhan akan antibiotik, perdarahan yang lebih berat, nyeri pasca operasi akibat insisi yang disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus ibu (Simkin,dkk,2008).

*Sectio caesarea* adalah cara melahirkan janin dengan menggunakan insisi pada perut dan uterus (Bobak,2004).

Dari beberapa pengertian di atas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat bayi diatas 500gram.

##### 2.1.2 Indikasi

*Sectio caesarea* dilakukan atas 3 indikasi yaitu:

1. Faktor janin,
  - a. Kondisi fetus atau janin dalam kandungan menunjukkan kondisi yang mengarah pada section, yaitu karena infusensi plasenta. Mekan keputusan persalinan dengan jalan *section* dapat diambil sebelum terjadinya persalinan. Berbeda ketika terjadi kelainan denyut jantung pada tes stress oksitosin dan pada perwaraan mekonium dalam cairan omnion keduanya adalah indikator yang sangat penting

- b. Janin sungsang. Janin sering berpindah-pindah posisi. Pada usia 34-36 minggu posisi janin cukup tepat karena rongga rahim sudah semakin sempit bagi dirinya yang membesar. Posisi terbaik saat akan lahir adalah kepala menghadap jalan lahir, sehingga saat akan lahir kepala akan terdorong keluar dan selanjutnya bidan atau dokter akan mudah untuk mengeluarkan seluruh anggota tubuh (Indriati, 2007).
- c. Distress janin. Perubahan tertentu pada kecepatan denyut jantung janin dapat menunjukkan adanya masalah pada bayi. Perubahan kecepatan jantung ini dapat terjadi jika tali pusat tertekan atau berkurangnya aliran darah teroksigenasi ke plasenta. Memantau respon kecepatan jantung janin terhadap rangsang kulit kepala atau menggunakan pemantauan kejenuhan oksigen janin dapat membantu memberi perawatan mengetahui apakah bayi mengkompensasi keadaan ini dengan baik atau mulai mengalami efek kekurangan oksigen (Simkin, 2008).

## 2. Faktor ibu

- a. Panggul sempit, bila sudah dipastikan berpanggul sempit tidak ada jalan lain kecuali operasi *sectio caesarea*, dengan catatan kehamilan sudah cukup bulan. Apabila prematur tetapi bobotnya 1.8 kg bisa saja lahir tanpa harus caesar.
- b. Plasenta menutupi jalan lahir. Pada kondisi normal plasenta atau ari-ari terletak dibagian atas rahim. Akan tetapi, ada kalanya plasenta berada di segmen bawah sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Kondisi ini dikenal dengan istilah *plasenta previa*.
- c. Persalinan macet (*distosia*). Penyebabnya pada 3 P yakni *power*, *passage*, *passenger*, kemacetan pada bagian bahu. Juga karena posisi hamil yang tidak normal, misalnya karena adanya lilitan tali pusat. Bila kemacetan terjadi saat janin sudah terlanjur keluar sebagian badannya, posisinya di ubah dari luar dengan bantuan

tangan. Pertolongan ini perlu segera dilakukan. Apabila tidak bisa mengakibatkan gawat janin(Indiarti,2007).

3. Faktor kontra, kematian janin didalam rahim. Kematian janin dalam rahim umumnya terjadi pada minggu ke 20 sampai menjelang kelahiran. Penyebabnya bisa dari kedua belah pihak, yaitu ibu maupun janin.

Adapun faktor kontra sebagai berikut:

- a. Shyok,
- b. Anemia berat yang belum diatasi.

Jadi bila terdapat salah satu ataupun kedua indikasi tersebut dokter akan memutuskan untuk dilakukan pembedahan.

### 2.1.3 Jenis-jenis *sectio caesarea*

1. *Sectio caesarea abdominalis* dibagi menjadi 3 cara yaitu:
  - a. *Sectio caesarea* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada *korpus uteri*,
  - b. *Sectio caesarea ismika* atau *profundu* atau *low cervikal* dengan insisi pada segmen bawah rahim.
  - c. *Sectio caesarea ekstraperitonealis*, yaitu tanpa membuka peritonium parietalis, dengan demikian tidak membukan cavum abdominal.
2. *Sectio caesarea vaginalis*, menurut sayatan pada rahim *sectio caesarea* dapat dilakuakn sebagai berikut:
  - a. Sayatan memanjang (*longitudinal*),
  - b. Sayatan melintang (*transversal*),
  - c. Menggunakan sayatan huruf T (*t-insicion*).
3. *Sectio caesarea* klasik  
Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm(Indiarti, 2007).



#### 2.1.4 Komplikasi

- a. Komplikasi pada ibu infeksi pada bekas jahitan. Infeksi luka akibat persalinan caesar beda dengan luka persalinan normal. Luka persalinan normal sedikit dan mudah terlihat sedangkan luka operasi caesar lebih besar dan berlapis-lapis. Bila penyembuhan tak sempurna, kuman lebih mudah menginfeksi sehingga luka akan menjadi parah.
- b. Infeksi rahim. Infeksi rahim akan terjadi jika ibu sudah mengalami infeksi sebelumnya misalnya mengalami pecah ketuban dini. Saat dilakukan operasi rahim pun akan terinfeksi.
- c. Perdarahan. Perdarahan tak bisa dihindari dalam proses persalinan. Namun, darah yang hilang lewat operasi caesar 2 kali lipat dibandingkan dengan persalinan normal.
- d. Komplikasi pada bayi tersayat. Ada 2 pendapat soal kemungkinan tersayatnya bayi saat operasi *caesar*.
  1. Pertama habisnya air ketuban yang membuat volume ruang didalam rahim menyusut.
  2. Akibatnya, ruang gerak bayipun berkurang dan lebih mudah terjangkau pisau bedah. Jika pembedahan dilakuakn tidak hati-hati bayi bisa tersayat di bagian kepala atau bokong. Terlebih, dinding rahim sangat tipis (Simkin Dkk. 2008).

Adaptasi Psikologis. Setelah persalinan yang merupakan pengalaman unik yang dialami oleh ibu, masa nifas juga merupakan salah satu fase yang memerlukan adaptasi psikologis. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Ini pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu nifas agar ibu dapat menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayi.

Menurut Hamilton 2012. Adaptasi psikologis ibu *post partum* dibagi menjadi 3 fase yaitu :

- a. *Fase taking in* / ketergantungan, fase ini dimulai hari pertama dan hari kedua setelah melahirkan dimana ibu membutuhkan perlindungan dan pelayanan.
- b. *Fase taking hold* / ketergantungan tidak ketergantungan, fase ini dimulai pada hari ketiga setelah melahirkan dan berakhir pada minggu keempat sampai kelima. Sampai hari ketiga ibu siap untuk menerima peran barunya dan belajar tentang semua hal-hal baru. Selama fase ini sistem pendukung menjadi sangat bernilai bagi ibu muda yang membutuhkan sumber informasi dan penyembuhan fisik sehingga ia dapat istirahat dengan baik.
- c. *Fase letting go* / saling ketergantungan, dimulai sekitar minggu kelima sampai keenam setelah kelahiran. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasaan rutusnya telah kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan kembali

#### **2.1.5. Penatalaksanaan**

##### **1. Penatalaksanaan medis**

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *sectio caesarea* (Prawirohardjo, 2010) yaitu:

- a. Perdarahan dari vagina harus dipantau dengan cermat.
- b. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.
- c. Pemberian analgetik dan antibiotik.
- d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- e. Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.
- f. Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.

- g. Perawatan luka: Insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.
  - h. Pemeriksaan laboratorium: Hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia.
2. Perawatan post operasi
- a. Perawatan awal
  - b. Letakan pasien dalam posisi pemulihan.
  - c. Periksa kondisi pasien, cek tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar.
  - d. Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi.
  - e. Transfusi jika diperlukan.
  - f. Jika tanda vital dan hematokrit turun walau diberikan transfusi, segera kembalikan ke kamar bedah kemungkinan terjadi perdarahan pasca bedah.

## **2.2 . Konsep dasar asuhan keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian *sectio caesarea***

Pengkajian yaitu tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

1. Identitas pasien
  - a. Nama
 

Ditanyakan nama dengan tujuan agar dapat mengenal atau memanggil penderita, dan menjaga kemungkinan bila ada klien yang namanya sama (Christine, 2006).
  - b. Usia pasien
 

Untuk mengetahui keadaan ibu, apakah termasuk resiko tinggi atau tidak, dan untuk menggolongkan klien termasuk golongan reproduksi sehat atau tidak.

c. Agama

Berhubungan dengan perawatan penderita, misalnya ada beberapa agama yang melarang untuk makan daging sapi. Dalam keadaan yang gawat ketika memberikan pertolongan dan memberikan perawatan dapat diketahui kepada siapa harus berhubungan misalnya: Kyai, Pendeta, dll (Cristine, 2006).

d. Kebangsaan

Ditanyakan untuk mengadakan statistik kelahiran mungkin juga untuk prognosis persalinan dengan melihat keadaan panggul (Christina, 2006).

e. Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien dan penangkapan terhadap informasi yang diberikan misalnya: Tenaga kesehatan memberikan konseling terhadap penderita dengan pendidikan rendah berarti tenaga kesehatan harus menggunakan bahasa yang sederhana sehingga pasien tersebut dapat mengerti apa yang dijelaskan oleh tenaga kesehatan tersebut (Cristine, 2006).

f. Pekerjaan

Untuk mengetahui apakah kiranya pekerjaan klien dan untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi agar nasehat kita sesuai. Kecuali itu, untuk mengetahui apakah pekerjaan itu akan mengganggu kelahiran atau tidak (Cristine, 2006).

g. Alamat untuk mengetahui ibu tinggal dimana serta mempermudah tenaga kesehatan untuk kunjungan rumah (Cristine, 2006).

2. Keluhan utama

Merupakan keluhan yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. Pada pasien post *section caesarea* keluhan utamanya berupa nyeri pada area abdomen yaitu luka operasi

3. Riwayat keluhan utama

Merupakan informasi mengenai hal-hal yang menyebabkan klien mengalami keluhan hal apa saja yang mendukung dan mengurangi,

kapan, dimana dan berapa jauh keluhan tersebut dirasakan klien. Hal tersebut dapat diuraikan dengan metode PQRST sebagai berikut:

- a. *Palliative/provokatif*: Apa yang menyebabkan terjadinya nyeri pada abdomen faktor pencetusnya adalah post op *section caesarea* a/i letak lintang.
- b. *Qualitative/quantitas*: Bagaimana gambaran keluhan yang dirasakan dan sejauh mana tingkat keluhannya seperti berdenyut, ketat, tumpul, atau tusukan.
- c. *Region/radiasi*: Lokasi keluhan yang dirasakan dan penyebarannya.
- d. *Scale/serverity*: Intensitas keluhan apakah sampai mengganggu atau tidak. Pada kasus *section caesarea* nyeri selalu mengganggu dengan skala 7-8 (0-10).
- e. *Timing*: Kapan waktu mulai terjadi keluhan dan berapa lama kejadian ini berlangsung biasanya pada luka *section caesarea* dirasakan secara terus menerus.

#### 4. Riwayat kesehatan yang lalu

Biasanya klien belum pernah menderita penyakit yang sama atau klien tidak pernah mengalami penyakit yang berat atau suatu penyakit tertentu yang mungkin akan berpengaruh pada kesehatan sekarang.

#### 5. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam pengkajian ini ditanyakan tentang hal keluarga yang dapat mempengaruhi kehamilan langsung ataupun tidak langsung seperti apakah dari keluarga klien yang sakit terutama penyakit yang menular yang kronis karena dalam kehamilan daya tahan ibu tidak menurun bila ada penyakit menular dapat lekas menular kepada ibu dan mempengaruhi janin dan *sectio caesareaini* biasanya tidak tergantung dari keturunan.

#### 6. Riwayat obstetri dan ginekologi

##### 1. Riwayat obstetri

- a. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu yang terdiri dari tahun persalinan, jenis kelamin bayi serta keadaan bayi.

- b. Riwayat kehamilan sekarang yang perlu dikaji seberapa seringnya memeriksa kandungan serta menjalani imunisasi.
  - c. Riwayat persalinan sekarang yang perlu dikaji adalah lamanya persalinan, BB bayi (Mansjoer,2000).
2. Riwayat ginekologi
- a. Menstruasi yang perlu dikaji adalah usia pertama kali haid, siklus dan lamanya haid, warna dan jumlah HPHT dan tafsiran kehamilan.
  - b. Riwayat perkawinan yang perlu dikaji adalah usia saat menikah dan usia pernikahan, pernikahan keberapa bagi klien dan suami.
  - c. Riwayat keluarga berencana yang perlu dikaji adalah jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, waktu dan lamanya serta masalah selama pemakaian alat kontrasepsi, jenis kontrasepsi yang digunakan setelah persalinan.
3. Pemeriksaan fisik
- a. Keadaan umum: Klien dengan *sectio caesarea* dan mengalami kelemahan.
  - b. Kesadaran: Pada umumnya composmentis
  - c. Tanda-tanda vital: Hal-hal yang dilakukan pada saat pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien post *sectio caesarea* biasanya tekanan darah menurun, suhu meningkat, nadi meningkat dan pernapasan meningkat
  - d. Sistem pernapasan: Kaji tentang bentuk hidung, ada tidaknya secret pada lubang hidung, ada tidaknya pernapasa cuping hidung, gerakan dada pada saat bernapas apakah simetris atau tidak, frekuensi napas.
  - e. Sistem indra: Yang perlu dikaji pada sistem ini adalah adanya ketajaman penglihatan, pergerakan mata, proses pendengaran dan kebersihan pada lubang telinga, ketajaman penciuman dan fungsi bicara serta fungsi pengecap.

- f. Kardiovaskular: Yang perlu dikaji adalah tentang keadaan konjungtiva, keadaan warna bibir, ada tidaknya peninggian vena jugularis, auskultasi bunyi jantung pada daerah dada dan pengukuran tekanan darah serta pengukuran nadi.
- g. Sistem pencernaan: Kaji tentang keadaan mulut, gigi, lida dan bibir, peristaltik usus, keadaan atau bentuk abdomen ada atau tidak adanya massa atau nyeri tekan pada daerah abdomen
- h. Sistem muskuloskeletal: Kaji tentang keadaan derajat *range of motion* pada tangkai bawah, ketidaknyamanan atau nyeri pada waktu bergerak, sertakeadaan tonus dan kekuatan otot pada ekstremitas bagian bawa dan atas.
- i. Sistem persyarafan: Kaji tentang adanya gangguan-gangguan yang terjadi pada ke12 sistem persyarafan.
- j. Sistem perkemihan: Kaji adanya yang terjadi pada kandung kemi, warna urin, bau urin, serta pengeluaran urin
- k. Sistem reproduksi: Yang perlu dikaji adalah tentang bentuk payudara, puting susu, ada tidaknya pengeluaran ASI serta kebersihan pada daerah payudara, kaji adanya pengeluaran darah pada vagina, warna darah, bau serataada tidaknya pemasangan kateter
- l. Sistem integumen: Kaji tentang keadaan kulit, rambut dan kuku, turgor kulit, pengukuran suhu serta warna kulit dan penyebaran rambut
- m. Sistem endokrin: Yang perlu dikaji adalah tentang ada tidaknya pembesaran kelenjar tyroid, bagaimana refleks menelan serta pengeluaran ASI dan kontraksi.
- n. Sistem imun: Yang peru dikaji pada sistem ini adalah tentang keadaan kelenjer limfe apakah, mengalami pembesan pada kelenjar limfa.

#### 4. Pola aktivitas sehari-hari

Perlu dikaji pada aktivitas klien selama dirumah sakit dan pola aktivitas klien selama dirumah.

- a. Nutrisi: Kaji adanya perubahan dan masalah dalam memenuhi kebutuhan nutrisi karena kurangnya nafsu makan, kehilangan sensasi pengecap, menelan, mual dan muntah.
- b. Eliminasi (BAB dan BAK): Bagaimana pola eliminasi BAB dan BAK apakah ada perubahan selama sakit atau tidak.
- c. 2Istirahat/tidur: Kesulitan tidur dan istirahat karena adanya nyeri dan kejang otot
- d. Personal hygiene: Klien biasanya melakukan bantuan orang lain untuk memenuhi Kebutuhan perawatan dirinya.
- e. Aktivitas gerak: Kaji adanya kehilangan sensasi atau paralise dan kerusakan dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya karena adanya kelemahan.

#### 5. Data psikologis

- a. Status emosi: Klien menjadi iritable atau emosi yang labil terjadi secara tiba-tiba klien menjadi mudah tersinggung.
- b. Konsep diri:
  - 1) *Body image*: Klien memiliki persepsi dan merasa bahwa bentuk tubuh dan penampilan sekarang mengalami penurunan berbeda dengan keadaan sebelumnya
  - 2) Idel diri: Klien merasa tidak dapat mewujudkan cita-cita yang diinginkan
  - 3) Harga diri: Klien merasa tidak berharga lagi dengan kondisinya yang sekarang, klien merasa tidak mampu dan tidak berguna serta cemas dirinya akan selalu memerlukan bantuan orang lain
  - 4) Peran: Klien merasa dengan kondisinya yang sekarang dia tidak dapat meleakukan peran yang dimilikinya baik sebagai orang tua, istri atupun seorang pekerja.



- 5) Identitas diri: Klien memandang dirinya berbeda dengan orang lain karena kondisi badannya yang disebabkan oleh penyakitnya.
    - c. Pola koping: Klien biasanya tampak menjadi pendiam atau menjadi tertutup.
  6. Data sosial: Klien dengan *sectio caesarea* cenderung tidak mau bersosialisasi dengan orang lain yang disebabkan oleh rasa malu terhadap keadaannya.
  7. Data spiritual: Perlu dikaji keyakinan klien tentang kesembuhannya yang dihubungkan dengan agama yang dianut klien dan bagaimana persepsi klien tentang penyakitnya. bagaimana aktivitas spiritual klien selama menjalin perawatan dirumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong dan memotivasi bagi kesembuhan klien.
  8. Data penunjang: Kaji pemeriksaan darah Hb, Hematokrit, leukosit dan USG.
  9. Perawatan dan pengobatan
    - a. Terapi: Pada pasien yang post *sectio caesarea* biasanya diberikan obat analgetik serta antiuretik serta pemberian cairan perinfus dan elektrolit harus cukup.
    - b. Diet: Pemberian sedikit minuman sudah boleh diberikan 6-10 jam post operasi berupa air putih atau teh manis setelah cairan infus dihentikan diberikan makan bubur sering selanjutnya secara bertahap boleh makan biasa.
    - c. Kateterisasi: Biasanya dilepas 12 jam post operasi atau keesokan harinya, kemampuan selanjutnya untuk mengosongkan vesika urinaria sebelum terjadi distensi yang berlebihan harus dipantau.
- Pengelompokan data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu

## 7. Klasifikasi data

Pengelompokan data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Setelah dapat dikelompokkan maka perawat dapat mengidentifikasi masalah keperawatan klien dengan merumuskannya. Adapun data-data yang muncul diklasifikasikan dalam data subyektif dan obyektif. Data subyektif adalah data yang diperoleh langsung melalui ungkapan atau keluhan dari klien sedangkan data obyektif adalah data yang diperoleh dari hasil observasi (Nursalam,2001).

## 8. Analisa Data

Analisa data adalah proses intelektual yaitu kegiatan mentabulasi, menyelidiki, mengklasifikasi dan mengelompokan data serta mengaitkannya untuk menentukan kesimpulan dalam bentuk diagnosa keperawatan yang biasanya ditemukan data subyektif dan obyektif(Carpenito,2002). Dalam analisa data mengandung tiga komponen utama yaitu:

- a. Problem atau (masalah), merupakan gambaran keadaan dimana tindakan keperawatan dapat diberikan.
- b. Etiologi (penyebab), keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah kesehatan yang memberikan arah terhadap terapi keperawatan.
- c. Sigen dan symptom (tanda dan gejala), adalah ciri, tanda atau gejala yang merupakan suatu informasi yang diperlukan untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkopeten dan mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkannya dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan catatan medis klien masalah dan konsultasi

dengan profesional lain yang kesemuanya dikumpul selama pengkajian (Potter,2005).

Menurut Bobak (2004). Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada kasus section caesarea a/i letak lintang antara lain:

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik
3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi yang masih basa

### **2.2.3 Intervensi keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan untuk menanggulangi masalah dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien (Nursalam,2001).

Perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan klien post *opsection caesarea* yang ditegakkan antara lain:

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya komunitas jaringan.

Tujuan: Nyeri yang dirasakan klien dapat berkurang / teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Ekspresi wajah klien tidak meringgis.
- 2) Klien tidak mengeluh nyeri

Intervensi:

- a. Pantau tingkat atau lokasi nyeri yang dirasakan klien  
R/ Membantu menentukan tingkat dan lokasi nyeri yang dirasakan klien sehingga memudahkan intervensi selanjutnya
- b. Observasi tanda-tanda vital  
R/ Tanda-tanda vital bisa berubah akibat rasa nyeri dan merupakan indikator untuk menilai perkembangan penyakit.
- c. Anjurakan klien untuk napas dalam secara teratur dan perlahan-lahan bila nyeri muncul

R/ Penarikan napas dalam secara perlahan-lahan dapat terjadi suatu relaksasi dan melancarkan aktivitas suplai O<sub>2</sub> dan nutrisi ke jantung sehingga nyeri berkurang.

d. Anjurkan klien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap

R/ Motivasi untuk mobilisasi bertahap akan meningkatkan vaskularisasi sehingga suplai O<sub>2</sub> dan nutrisi ke jaringan meningkat.

e. Kolaborasi pemberian analgetik

R/ Analgetik dapat menghambat pengiriman impuls nyeri ke korteks serebri sehingga dapat mengurangi rasa nyeri.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan: Mobilitas klien dapat teratasi dengan baik

Kriteria hasil:

1. Keadaan umum baik
2. Klien dapat beraktivitas seperti semula
3. Dapat bergerak secara mandiri

Intervensi:

a. Kaji tingkat kelemahan fisik klien

R/ Mengidentifikasi kemampuan intervensi yang dibutuhkan

b. Bantu klien dalam latihan gerak

R/ Melakukan latihan gerak dapat menghindari kekakuan pada otot

c. Anjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan latihan gerak

R/ Bantuan dari keluarga dapat memotivasi klien untuk melakukan gerak

d. Anjurkan klien untuk menghindari aktivitas fisik yang berlebihan

R/ Aktivitas yang berlebihan dapat menyebabkan kelemahan fisik serta membantu mencegah terjadinya resiko injuri

e. Berikan penyuluhan kesehatan pada klien dan keluarga tentang pentingnya melakukan latihan gerak

R/ Penyuluhan kesehatan dapat memberikan pemahaman kepada klien dan keluarga

3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan perawatan luka tidak efektif  
Tujuan: Tanda-tanda infeksi tidak terjadi  
Kriteria hasil: Tidak terjadi tanda radang, kemerahan, bengkak dan panas  
Intervensi:
- a. Observasi keadaan luka  
R/ Untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi dini
  - b. Gunakan tehnik anti septik dan anti septik dalam setiap tindakan  
R/ Menurunkan resiko penyebarab infeksi
  - c. Lakukan perawatan luka dengan memperhatikan kesterilan  
R/ Melakukan perawatan luka untuk menjaga agar luka tetap bersih yang mencegah terjadinya kontaminasi dengan mikro organisme.
  - d. Observasi tanda-tanda vital terutama suhu  
R/ Adanya peningkatan tanda-tanda vital terutama suhu merupakan salah satu tanda adanya infeksi
  - e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi antibiotik  
R/ Antibiotik dapat mencegah infeksi dengan cara membunuh kuman yang masuk.

#### **2.2.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada perawat untuk membuat klien dalam mencapai tujuan yang diharapkan oleh karena itu rencan tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari pelaksaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan ( Nursalam,2001).

### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil di capai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan. Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Nursalam,2001).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir yaitu sebagai berikut:

S: Respon subyektif klien terhadap intervensi yang dilaksanakan.

O: Respon obyektif klie terhadap intervensi yang dilaksanakan

A: Analisa ulang atas data subyektif dan data obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau ada masalah baru atau mungkin terhadap data yang dikontradiksi dengan masalah yang ada.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa data pada respon.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil studi kasus**

##### **3.1.1. Gambaran umum tempat penelitian studi kasus**

Hasil studi kasus ini dilakukan di RSUDDr. W.Z. Yohanes Kupang pada tanggal 27 Mei 2019. RSUDDr. W.Z. Yohanes Kupang adalah rumah sakit umum tipe B yang sudah menjadi rumah sakit rujukan untuk di Kota Kupang. Studi kasus ini dilakukan di ruangan Flamboyan dari tanggal 27-30 Mei 2019. Ruangan Flamboyan terdiri dari 17 bed. Dan pada saat dilakukan pengkajian terdapat 12 pasien yang ada di ruangan Flamboyan tersebut. Pada studi kasus ini saya mengangkat tentang pasien dengan post op *sectio caesarea* hari pertama. Pasien ini berada di bed 10.

##### **3.1.2. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada hari Minggu tanggal 27 Mei 2019 di RSUDW.Z Yohannes Kupang. Saat diwawancara pasien mengatakan nama Ny. M.D. Umur 31 tahun. suku/bangsa Bali. Pendidikan Sarjana. Alamat Rote. Status perkawinan: Sudah menikah. Penanggung jawab dari pasien adalah suaminya yang bernama Tn. R. T. Umur 38 tahun. Suku/bangsa Timor. Pekerjaan: Wiraswasta dan alamat Rote.

Pengkajian riwayat obstetri : G 3 P: 3 A: 0 AH: 3. Untuk riwayat kesehatan kehamilan saat dilakukan wawancara pasien mengatakan tempat pemeriksaan kehamilan adalah di RS. Wirasakti Kupang, frekuensi 1kali dalam sebulan, dan saat kehamilan pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dia rasakan. Pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu melahirkan, nutrisi bayi sudah di dapatkan oleh pasien, dan keluarga berencana ( KB) pada saat pemeriksaan kehamilannya.

Riwayat persalinan, pasien melahirkan dengan *sectio caesarea* di rumah sakit yang di bantu oleh dokter. Pemeriksaan fisik pada ibu post *sectio caesarea* adalah untuk TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36,8°C, RR: 18

kali permenit, N: 98 kali permenit. Pemeriksaan umum untuk keadaan pasien tampak baik, pasien sadar penuh kesadaran composmentis dan tidak ada kelainan bentuk tubuh.

Pemeriksaan fisik untuk kepala/muka, pada saat diperiksa bagian kepala kulit kepala tampak bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi dan nodul dikepala pasien.

Pemeriksaan fisik pada mata, pada saat diperiksa konjungtiva pasien konjungtivanya tampak merah muda, saat dilihat mata kiri dan mata kanan simetris, tidak ada edema pada mata. Untuk pemeriksaan pada hidung saat inspeksi tidak ada kelainan pada bentuk hidung, tidak ada polip, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan. Pemeriksaan fisik pada mukosa mulut/gigi saat di inspeksi mulut tampak bersih, tidak ada karies gigi.

Pemeriksaan fisik pada leher, saat di inspeksi tidak ada kelainan bentuk pada leher, saat palpasi tidak ada nyeri tekan pada kelenjar tyroid, dan tidak ada pembengkakan pada kelenjar tyroid.

Pemeriksaan fisik pada dada, saat diinspeksi bentuk payudara simetris antara dada kiri dan dada kanan, tidak ada edema, puting susu menonjol, warna areola kehitaman, saat di tanya apakah pada saat memberi ASI kolostrum sudah keluar, dan saat inspeksi kebersihan payudara tampak bersih.

Pemeriksaan fisik pada perut, tampak ada striae, linea alba, ada sayatan di bawah umbilicus. Untuk pemeriksaan tinggi fundus hasilnya adalah 2 jari di atas umbilikus, saat palpasi kontraksi uterus keras yang artinya normal. Untuk pemeriksaan lochea jenisnya adalah lochea rubra, bau amis dan jumlahnya adalah 80 cc. Pada saat di lakukan pemeriksaan perineum tidak ada ruptur yang ditemukan. Tidak terdapat luka episiotomi, tidak terdapat haemoroid dan saat dilakukan pemeriksaan ekstremitas terdapat edema pada kaki pasien.

Pada pemeriksaan vulva yaitu terdapat lochea dengan jumlah sedikit, Jenis Rubra, bau tidak sedap/ amis dan daerah vulva tampak



bersih. Perineum tampak normal dan tidak terdapat luka episiotomi. Hemoroid tidak ada. Ekstremitas tidak ada flebitis, varises, dan edema

Kebutuhan dasar nutrisi: Klien mengatakan pola makannya Baik, Frekuensi 3x sehari, Jenis makanan lembek dan lauk. Intake cairan terpasang infus RL 20 tpm. Pengetahuan Ibu tentang nutrisi : ibu mengetahui tentang nutrisi yang baik pada saat ini. Makanan pantangan: Tidak ada makanan pantangan pasien

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pola BABnya baik dengan frekuensi 1kali/hari, tetapi setelah selesai operasi klien mengatakan belum BAB. Pada saat dikaji BAK pasien mengatakan sebelum operasi biasa BAK 4-6 kali sehari tetapi pada saat sesudah operasi pasien tidak tau karena masih terpasang kateter ukuran 16.

Pada saat ditanya tentang aktivitas yang dilakukan pasien mengatakan belum dapat beraktivitas sendiri karena bila beraktivitas terasa nyeri pada luka operasi.

Personal hygiene pasien mengatakan mendi, gosok gigi, dan ganti pakaian itu 2x dalam sehari.

Istirahat dan tidur: Pada siang hari biasanya pasien tidur dari jam 14.00 dan bangun pada jam 15.15, sedangkan saat tidur malam pasien terkadang tidur jam 22.00 dan bangun jam 05.25, dan tidak ada gangguan selama tidur yang dirasakan pasien.

Kenyamanan nyeri pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, dan lama nyeri yang dirasakan pasien 3 menit, saat dikaji skala nyeri dengan menggunakan skala 0-10, skala yang dirasakan pasien terdapat pada skala 4 (nyeri ringan).

Psikososial. Respon ibu terhadap kelahiran bayi ibu senang dengan kelahiran bayinya, respon keluarga terhadap kelahiran bayi: Keluarga sangat senang dengan kelahiran cucunya, *fase taking in* ibu tidak fokus pada dirinya sendiri, *fase taking hold*, tidak ada rasa khawatir tentang tanggungjawabnya, *fase letting go* ibu sudah siap menerima tanggungjawabnya.

Saat dilakukan pengkajian pengetahuan ibu tentang perawatan payudara, cara menyusui, cara perawatan tali pusat, cara memandikan bayi, nutrisi bayi, dan nutrisi ibu menyusui, pasien sudah mengetahui cara nutrisi bayi dan Nutrisi ibu menyusui. Dan saat dilakukan pengkajian tentang KB pasien sudah melakukan pemasangan KB IUD pada saat selesai *operasisection cesarea*.

### **3.1.3. Diagnosa keperawatan**

Masalah keperawatan menurut NANDA 2015-2017

1. Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik.

Dengan data pendukung nyeri pasien mengeluh nyeri lokasinya adalah di abdomen, durasi 3 menit dan skala nyeri adalah 4 nyeri sedang dan pasien tampak meringis kesakitan. TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36,8°C, RR: 18 kali permenit, N: 98 kali permenit.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri

Dengan data pendukung pasien mengatakan belum dapat membolak-balikan badan karena nyeri di bagian operasi dan belum dapat beraktivitas sendiri, tampak di bantu keluarga saat beraktivitas.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infantif

Dengan data pendukung ada luka post operasi diabdomen yang masih ditutup perban.

### **3.1.4. Intervensi keperawatan**

1. Intervensi keperawatan yang akan di lakukan untuk diagnosa nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik menurut NOC: Pain Control. Dengan kriteria hasil mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri),mampumenggunakan tekniknonfarmakologiuntuk menguranginyeri,melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemennyeri, mampu mengenali nyeri(skala intesitas, frekuensi, dan tanda nyeri), TTV dalam rentang normal. Aktivitas menurut NIC: Pain manajemen. Lakukan pengkajian nyeri secara komperenshif termasuk lokasi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi

reaksinonverbal dan ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, ajarkan teknik nonfarmakologi, tingkat istirahat, kontrol lingkungan yang menyebabkan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Data pendukung pasien mengeluh nyeri lokasinya adalah di abdomen, durasi 3 menit dan skala nyeri adalah 4 nyeri sedang dan pasien tampak meringis kesakitan. TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36,8°C, RR: 18 kali permenit, N: 98 kali permenit.

Dari teori dan kasus diatas penulis mengatasi nyeri dengan caratekhnik relaksasi. Dari hasil terapy tersebut mengatakan merasa nyaman.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. NOC: pergerakan dengan kriteria hasil: Mampu berpindah posis, berjalan, dan bergerak dengan mudah. NIC: Pantau kemampuan pasien dalam beraktivitas, bantu klien dalam memenuhi kebutuhannya, bantu pasien untuk mobilisasi secara bertahap, berikan pendidikan kesehatan perihial tentang pentingnya mobilisasi post SC.

Data pendukung pasien hambatan mobilitas fisik adalah pasien mengatakan belum dapat membolak balikan badan karena nyeri dibagian operasi dan belum dapat beraktivitas sendiri, tampak di bantu keluarga saat beraktivitas.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif NOC: Dengan Kriteria Hasil: Perbaikan luka tepat waktu, tidak ada tanda-tanda infeksi (REEDA). NIC: Monitor tanda-tanda vital serta tanda-tanda infeksi (jumlah, warna, dan bau dari luka operasi), rawat luka dengan teknik septik dan antiseptik, anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein dan intake cairan yang adekuat, anjurkan klien untuk menjaga kebersihan vulva / tubuh / area operasi menimalkan infeksi nasokomial dengan menjaga kebersihan lingkungan dan batasi pengunjung, kolaborasi dalam pemberian obat.

Data pendukung pasien resiko infeksi adalah terdapat luka operasi di abdomen yang masih tertutup perban.

### **3.1.5. Implementasi keperawatan**

1. Implementasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang pertama yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik adalah: Pada jam 12.20 dilakukan teknik relaksasi untuk menghilangkan nyeri dengan cara teknik relaksasi karena pasien mengeluh nyeri di abdomen di bekas luka sayatan operasi. Untuk hari selasa pada pukul 07.30, dilakuakn pengkajian nyeri secara komprehensif menggunakanPQRST dan asam mefenamat..

Tindakan yang dilakukan penulis yaitu mengajarkan teknik relaksasi.

2. Diagnosa keperawatan yangkedua yaitu: Hambatan mibilitas fisik berhubungan dengan nyeri adalah: Pada hari selasa tanggal 28 Mei 2019 jam 09.05 dilakukan dengan membantu pasien membolak balikan badan pasin dan pada jam 13.00 membantu pasien mobilisasi secara perlahan lahan.

Penulis melakukan penyuluhan kesehatan pada pasien Ny. M. D tentang pentingnya mobilisasi post *sectioncesarea*.

3. Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu: Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif adalah pada hari selasa tanggal 28 mei 2019 jam 12.15 dilakukan memberikan anjuran kepada pasien untuk menjaga kebersihan vulva / tubuh / area operasi, membantu memberikan obat antibiotik cefadroxile.

### **3.1.6. Evaluasi keperawatan**

1. Diagnosa keperawatan yang pertama. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, pasien mengatakan sesudah melakukan terapi relaksasi nyeri pasien sedikit berkurang, saat diobservasi pasien tidak tampak meringis kesakitan, nyeri berkurang sedikit dari skala 4 menurun sampai skala 3, analisa masalah nyeri akut teratasi sebagian intervensi dilanjutkan
2. Diagnosa keperawatan yang kedua. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, pasien mengatakan sudah dapat membolak balikan badanya sendiri, dan sudah dapat duduk. Saat di observasi

pasien bisa menjawab pengertian mobilisasi dini, tujuan mobilisasi , Manfaat mobilisasi, faktor yang perlu diperhatikan,tahap-tahap mobilisasi, hal penting tentang mobilisasi.

Analisa masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian intervensi dilanjutkan.

3. Diagnosa keperawatan yang ketiga. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif,balutan masih tampak rapat,luka masih basah, tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu 36,4°c, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1. Pengkajian**

Pada pembahasan ini saya akan mengutarakan tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyatanya, khususnya berkaitan dengan penerapan asuhan keperawatan pada klien Ny. M.D dengan asuhan keperawatan post *sectio caesarea* di ruangan Flamboyan RSUDProf. Dr. W. Z Yohanes Kupang. Pembahasan ini meliputi unsur-unsur proses keperawatan yaitu:Pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

### **3.2.2. Pengkajian keperawatan**

Menurut teori lakukan pemeriksaan fisik dari kepala meliputi: apakah adanya edema pada wajah, konjungtiva pucat dan lain-lain. Pada leher, kaji adanya hiperpigmentasi perlahan berkurang, kaji pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe dan pembesaran vena jugularis.

Pengkajian yang ditemukan dilahan praktek adalah pada hari Minggu tanggal 27 mei 2019 di RSUD W.Z.Yohanes Kupang. Saat diwawancara pasien mengatakan nama Ny. M.D. umur 31 tahun, suku/bangsa Bali.pendidikansarjana.Alat Rote. Status perkawinan: Sudah menikah. Penanggung jawab dari pasien adalah suaminya yang bernama Tn. R. T. Umur 38 tahun. Suku/bangsa Timor. pekerjaan: Wiraswasta dan alamat Rote.

Pasien melahirkan dengan *sectio caesarea* di rumah sakit yang di bantu oleh dokter. Pemeriksaan fisik pada ibu post *sectio caesarea* adalah untuk TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36,8°C, RR: 18 kali permenit, N: 98 kali permenit.

Pemeriksaan fisik pada mata, pada saat diperiksa konjungtiva pasien konjungtivanya tampak merah muda.

Pemeriksaan fisik pada dada, saat diinspeksi bentuk payudara simetris antara dada kiri dan dada kanan, puting susu menonjol, warna areola kehitaman, kolostrum sudah keluar dan saat inspeksi kebersihan payudara tampak bersih.

Pemeriksaan fisik pada perut, tampak ada striae, linea alba, ada sayatan di bawah umbilicus. Untuk pemeriksaan Tinggi fundus hasilnya adalah 2 jari di atas umbilikus, saat palpasi kontraksi uterus keras yang artinya normal. Untuk pemeriksaan lochea jenisnya adalah lochea Rubra, bau amis dan jumlahnya adalah 80 cc. Pemeriksaan ekstremitas terdapat edema pada kaki pasien.

Pada pemeriksaan vulva yaitu terdapat lochea dengan Jumlah sedikit, Jenis rubra, Bau tidak sedap/ amis dan daerah vulva tampak bersih.

Pada saat dikaji BAK pasien mengatakan sebelum operasi biasa BAK 4-6 kali sehari tetapi pada saat sesudah operasi pasien tidak tau karena masih terpasang kateter ukuran 16.

Pada saat ditanya tentang aktivitas yang dilakukan pasien mengatakan belum dapat beraktivitas sendiri karena bila beraktivitas terasa nyeri pada luka operasi.

Kenyamanan nyeri pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, dan lama nyeri yang dirasakan pasien 3 menit, saat dikaji skala nyeri dengan menggunakan skala 0-10, skala yang dirasakan pasien terdapat pada skala 4 (nyeri ringan).

### **3.2.3. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan menurut teori pada ibu dengan post *sectio caesarea* yang ditemukan dari data-data hasil pengkajian adalah: pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkopeten dan mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkannya dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan catatan medis klien masalah dan konsultasi dengan profesional lain yang kesemuanya dikumpul selama pengkajian, diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada kasus *section caesarea* a/i letak lintang antara lain: Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik, resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi yang masih basa. Diagnosa keperawatan yang di temukan di lahan praktek adalah

1. Nyeri berhubungan dengan agens cedera fisik karena pasien adalah pasien dengan *sectio caesarea* dengan data pasien mengatakan merasa nyeri di bagian abdomen, skala nyeri 4 nyeri sedang, pasien tampak meringis kesakitan.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri karena pasien dengan *section caesarea* mengatakan belum dapat beraktivitas sendiri karena bila beraktivitas terasa nyeri diluka.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif karena pasien dengan *section caesarea* dengan data terdapat luka operasi di abdomen yang masih tertutup perban.

Jadi untuk diagnosa menurut teori dan kasus nyata yang di temukan di lahan praktek tidak ada kesenjangan antara keduanya.

#### **3.2.4. Intervensi keperawatan**

Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisisk dan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Dalam membuat rencana keperawatan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien serta kondisi lingkungan.

#### **3.2.5. Implementasi**

Tindakan keperawatan pada klien Ny. M. D. disesuaikan dengan rencana keperawatan yang sebelumnya tersusun dan disesuaikan dengan kondisi klien pada pelaksanaan, tidak semua tindakan dapat tercapai karena keterbatasan waktu.

### **3.2.6. Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses yang berfungsi untuk menilai hasil tindakan keperawatan dan rencana keperawatan sebagai tolak ukur dan evaluasi dilaksanakan merupakan evaluasi diri jangka pendek, sedangkan tujuan jangka panjang belum dapat teratasi karena membutuhkan waktu yang cukup lama.

## **BAB 4**



## KESIMPULAN DAN SARAN

### 4.1 Kesimpulan

Kesimpulan umum dari hasil studi kasus ini yaitu:Asuhan keperawatan pada pasien post op *sectio caesarea* diagnosa keperawatan nyeri akut dalam terapi relaksasi mampu mengurangi skala nyeri pada pasien. Kesimpulan secara khusus dari hasil studi kasus ini yaitu Pengkajian dilakukan dengan menggunakan format nyeri akut, sehingga ditemukan data tentang keluhan nyeri pada klien sesuai dengan pengkajian PQRST.

1. Diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik,hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, diagnosa ini didukung oleh data yang ditemukan dari hasil pengkajian.
2. Intervensi dalam membuat rencana keperawatan disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien serta kondisi lingkungan.
3. Implementasi tindakan keperawatan pada klien Ny. M. D. disesuaikan dengan rencana keperawatan yang sebelumnya tersusun dan disesuaikan dengan kondisi klien pada pelaksanaan, tidak semua tindakan dapat tercapai karena keterbatasan waktu.
4. Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses yang berfungsi untuk menilai hasil tindakan keperawatan dan rencana keperawatan sebagai tolak ukur dan evaluasi dilaksanakan merupakan evaluasi diri jangka pendek, sedangkan tujuan jangka panjang belum dapat teratasi karena membutuhkan waktu yang cukup lama. Evaluasi yang didapatkan pada Ny. M. D. Ada dua masalah yang belum teratasi dan satu masalah sudah teratasi sebagai berikut :
  - 1) Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik belum dapat teratasi
  - 2) Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri sudah dapat teratasi
  - 3) Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif belum dapat teratasi.

## **4.2. Saran**

### 4.2.1. Bagi rumah sakit

Dapat menambah dan mengembangkan ilmu yang sudah ada serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien post op *sectio caesarea* dalam pemenuhan kebutuhan rasa nyaman.

### 4.2.2. Bagi klien

Agar selalu memperhatikan serta tidak melakukan hal-hal yang menyimpang dari petunjuk dokter/perawat. Bila dirumah harus dapat melakukan perawatan diri dan bertambah pengetahuan tentang post SC

### 4.2.3. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Menambah ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam

### 4.2.4. Bagi penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pada pasien pasca persalinan *sectio caesarea*

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Bobak, (2004). Perawatan Maternitas Edisi 4, Jakarta: EGC
- Carpenito, (2002). Bukusaku diagnosa keperawatan. Jakarta: EGC
- Christine Handerson, (2006). buku ajar konsep kebidanan.Penerbit buku kedokteran EGC: Jakarta
- Hamilton PM, (2012). Dasar-dasar keperawatan maternitas.Ed. Keenam. Jakarta: EGC
- Hanifa, Abdul, Trijatmo, (2010). Ilmu bedah kebidanan. Ed.1, Jakarta: Pt Bina Pustaka.
- Mansjoer,(2000). Kapita selekta kedokteran, Ed.3, medica aesculpalus. FKUI. Jakarta
- M. T Indiarti, (2008).Pandua lengkap kehamilan persalina dan perawatan bayi. Jakarta: EGC
- Nursalam, (2001). Pendekatan praktis langkah-langkah proses keperawatan. Jakarta: Salemba medika
- Penny Simkin, (2008).Panduan lengkap kehamilan melahirkan dan bayi.Edisi revisi. Jakarta
- Potter, Parry, (2005). Buku Ajaran fundamental keperawatan, konsep,proses, dan praktik. Ed. 4. Jakarta: EGC
- Sarwono Prawirohardjo,(2010). ilmu kebidanan. Penerbit PT Bina pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- T. Heather H. (2015). Nanda international inc. Diagnosa keperawatan. Ed. 10. Jakarta: EGC
- Sue M. Dkk, (2016). Nursing outcomes classification (NOC). Ed. Kelima. Singapore: Elsevier.
- Gloria M. Dkk, (2016). Nursing interventions classification (NIC). Ed. Keenam. Singapore: Elsevier



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: [politekkerskupang@yahoo.com](mailto:politekkerskupang@yahoo.com)

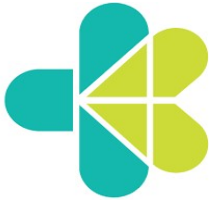


LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : MUSDALIFAH  
NIM : PO 530320116365  
DOSEN PEMBIMBING : NATALIA DEBI SUBANI S.Kep. M.Kes  
NIP : 198012252002122002

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat, 30 Mei 2019	Perbaiki Pendahuluan, Tinjauan Teori dan Pembahasan	<i>Pdk.</i>
2.	Sabtu, 1 Juni 2019	Perbaiki Pendahuluan dan Tinjauan Teori	<i>Pdk.</i>
3.	Senin, 10 Juni 2019	Perbaiki Latar Belakang dan Tinjauan Teori	<i>Pdk.</i>
4.	Selasa, 11 Juni 2019	Perbaiki Latar Belakang dan pembahasan	<i>Pdk.</i>
5.	Jumat, 14 Juni 2019	Ujian sidang Perbaiki pembahasan	<i>Pdk.</i>
6.	Jumat, 21 Juni 2019	perbaiki latar belakang, konsep teori dan pembahasan	<i>Pdk.</i>
7.	Selasa, 26 Juni 2019	perbaiki latar belakang, konsep teori dan pembahasan	<i>Pdk.</i>
8.	Jumat, 28 Juni '19	ACC	

## Lampiran 1



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG  
KEPERAWATAN MATERNITAS



Nama mahasiswa : Musdalifah Nim : Po.530320116365  
Tanggal masuk : 27 mei 2019 Jam masuk : 07.00 wita  
Ruang/kelas : Flamboyan/3 Kamar no : C10  
Pengkajian tanggal : 27 mei 2019 Jam : 13.15 wita

### I. Identitas umum

Nama pasien : Ny. M.D Nama suami : Tn. R.T  
Umur : 31 tahun Umur : 38 tahun  
Suku/bangsa : Bali/Indonesia Suku/bangsa : Rote/Indonesia  
Agama : Kristen protestan Agama : Kristen protestan  
Pendidikan : Sarjana Pendidikan : Sarjana  
Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Rote Alamat : Rote  
Status : Kawin  
perkawinan : G3 P3 A0 AH3  
Riwayat obstetri : Pertama

Post Sc hari ke

### II. Riwayat kesehatan

- a. Tempat pemeriksaan kehamilan: Rs. Wirasakti Kupang
- b. Frekuensi : Sembilan kali
- c. Imunisasi : T3
- d. Keluhan selama kehamilan : Mual, pinggang sakit
- e. Pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh:
  1. Nutrisi ibu menyusui
  2. Nutrisi bayi
  3. Keluarga berencana (KB)

I. Riwayat Persalinan

- a. Tempat persalinan : RSUD W. Z. Yohannes Kupang
- b. Penolong : Dokter

II. Pemeriksaan fisik

a. TTV : 120/80 Nadi : 98x/mnt Suhu : 36,8°C RR : 18x/mnt

b. Pemeriksaan umum

- 1. Keadaan umum : Baik
- 2. Kesadaran : Composmentis
- 3. Kelainan bentuk dada : tidak ada

c. Kepala/muka

- 1. Kulit kepala: Kepala kulit kepala tampak bersih, tidak ada ketombe, tidak ada lesi dan nodul dikepala pasien.
- 2. Mata: Konjuktiva tampak merah muda, mata kiri dan mata kanan simetris, tidak ada edema pada mata.
- 3. Telinga: telinga kiri dan telinga kanan simetris
- 4. Hidung: Tidak ada kelainan pada bentuk hidung, tidak ada polip, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan.
- 5. Mukosa mulut/gigi: Mulut tampak bersih, tidak ada karies gigi.

d. Leher

- 1. JVP: Normal, tidak ada keleinan
- 2. Kelenjar tyroid: Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembengkakan

e. Dada

- 1. Bentuk payudara:simetris antara dada kiri dan dada kanan, tidak ada edema,
- 2. Puting susu: Puting susu menonjol, warna areola kehitaman, saat di tanya apakah pada saat memberi ASI
- 3. Kolostrum: sudah keluar.
- 4. kebersihan payudara: tampak bersih.

f. Perut

- 1. Tinggi fundus uteri: 2 jari di atas umbilikus
- 2. Kekenyalan: Kontraksi uterus keras

g. Vulva

1. Lochea: Rubra, bau amis dan jumlahnya 80 cc
  2. Kebersihan: Bersih
  - h. Perineum tampak normal dan tidak terdapat luka episiotomi
  - i. Haemoroid: Tidak ada
  - j. Ekstremitas: Tidak ada flebitis, varises, dan edema
- III. Kebutuhan Dasar
- a. Nutrisi
    1. Pola makan: Baik
    2. Frekuensi: 3x sehari
    3. Jenis makanan: Lembek dan lauk
    4. Intake cairan/ 24 jam: Terpasang infus RL 20 tpm
    5. Pengetahuan ibu tentang nutrisi: ibu mengetahui tentang nutrisi yang baik
    6. Makanan pantangan: tidak ada
  - b. Eliminasi
    1. BAB
 

Frekuensi: 1x sehari

Nyeri saat BAB: Tidak ada
    2. BAK
 

Frekuensi: 4-6 x sehari

Nyeri saat BAK: Tidak ada
  - c. Aktivitas: Pasien belum dapat beraktivitas
  - d. Personal hygiene
 

Frekuensi mandi: 2x sehari

Frekuensi sikat gigi: 2x sehari

Frekuensi ganti pakaian: 2x sehari
  - e. Istirahat dan tidur
 

Tidur siang: 14.00-15.15

Tidur malam: 22.00-15.25

Gangguan tidur: Tidak ada
  - f. Kenyamanan
 

Nyeri: iya

Lokasi: Perut bagian bawa

Durasi: 3 menit

Skala: 4

g. Psikologis

1. Respon ibu terhadap kelahiran bayi: Ibu senang dengan kelahiran bayinya,
2. Respon keluarga terhadap kelahiran bayi: Keluarga sangat senang dengan kelahiran cucunya
3. *fase taking in*, ibu tidak fokus pada dirinya sendiri
4. *fase taking hold*, tidak ada rasa khawatir tentang tanggung jawabnya
5. *fase letting go*, ibu sudah siap menerima tanggung jawabnya.

h. Komplikasi Pos Sc

Infeksi: Iya

Pendarahan post SC: Tidak

i. Bagaimana pengetahuan ibu tentang

1. perawatan payudara: Pasien mengatakan sudah mengetahui
2. cara menyusui: Pasien mengatakan sudah mengetahui
3. cara perawatan tali pusat: Pasien mengatakan sudah mengetahui
4. cara memandikan bayi: Pasien mengatakan sudah mengetahui
5. nutrisi bayi: Pasien mengatakan sudah mengetahui
6. nutrisi ibu menyusui: Pasien mengatakan sudah mengetahui
7. Keluarga berencana: Pasien mengatakan mengetahui dan sudah melakukan pemasangan KB IUD pada saat selesai operasi *sectio caesarea*
8. Imunisasi: Pasien mengatakan sudah mengetahui

j. Data spiritual

Agama: Kristen protestan

Kegiatan keagamaan: Menyanyi digereja

Apakah pasien yakin terhadap agama yang dianut: Iya sangat yakin

k. Data penunjang

Laboratorium: Hb. 11,6 g/dl                      Hematokrit: 34,6%

l. Terapi: Asam mefenamat 500 mg 3x1, Vit B.compleks 2x1, cefadroxile 2x1



## A. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN NANDA (2015-2017)

### 1. ANALISA DATA

DATA-DATA	Etiologi	MASALAH
DS: Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian lokasinya di abdomen, durasi 3 menit bawa skala nyeri 4 DO: Pasien tampak meringis kesakitan. TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36,8°C, RR: 18 kali permenit, N: 98 kali permenit.	Agens cedera fisik	NyeriAkut
DS: Dengan data pendukung pasien mengatakan belum dapat membolak balikan badan karena nyeri di bagian operasi dan belum dapat beraktivitas sendiri. DO: Tampak di bantu keluarga saat beraktivitas.	Nyeri	Hambatan mobilitas fisik
DS: - DO: Ada luka post operasi di abdomen yang masih ditutup perban. TTV: TD: 120/80 mmHg, S: 36,8°C, RR: 18 kali permenit, N: 98 kali permenit.	Prosedur invasif	Resiko infeksi

### 2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

**B. INTERVENSI NOC EDISI (5) NIC EDISI (6), IMPLEMENTASI, EVALUASI  
KEPERAWATAN**

**Hari pertama**

<b>DIAGNOS AKEPERA WATAN</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>IMPLEMENTASI</b>
Nyeri akut berhubung an dengan agens cidera fisik	Pain Control. Dengan kriteria hasil: 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri), 2. Mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, 4. Mampu mengenali nyeri (skala intesitas, frekuensi, dan tanda nyeri), 5. TTV dalam rentang normal.	ManajemenNyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi non verbal dari ketidak nyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Ajarkan tentang teknik non farmakologi 5. Tingkatkan istirahat 6. Kontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri 7. Berikan analgetik untuk Mengurangi nyeri	senin 27 mei 2019 13.45 wita 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik frekuensi, kualitas dan faktor presipitas. 2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. 3. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (teknik relaksasi) 5. Menganjurka untuk meningkatkan istirahat 6. Mengontrol lingkungan yang dapat menyebabkan nyeri 7. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri

<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>Pergerakan Dengan kriteria hasil: 1. Mampu berpindah posisi 2. Berjalan 3. bergerak dengan mudah.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau kemampuan pasien dalam beraktivitas,</li> <li>2. Bantu klien dalam memenuhi kebutuhannya,</li> <li>3. Bantu pasien untuk mobilisasi secara bertahap,</li> <li>4. Berikan pendidikan kesehatan perihal tentang pentingnya mobilisasi post SC</li> </ol>	<p>Selasa 28 mei 2019 08.15</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau kemampuan pasien dalam beraktivitas,</li> <li>2. Membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya,</li> <li>3. Membantu pasien untuk mobilisasi secara bertahap, Memberikan pendidikan kesehatan perihal tentang pentingnya mobilisasi post SC.</li> </ol>
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.</p>	<p>Dengan Kriteria Hasil: 1. Perbaikan luka tepat waktu, 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi (REEDA).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital serta tanda-tanda infeksi (jumlah,warna, dan bau dari luka operasi),</li> <li>2. Rawat luka dengan teknik septic dan antiseptik,</li> <li>3. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein dan intake cairan yang adekuat,</li> <li>4. Anjurkan klien untuk menjaga</li> </ol>	<p>Senin 27 mei 2019 12.30 wita</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital serta tanda-tanda infeksi (jumlah,warna, dan bau dari luka operasi),</li> <li>2. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein dan intake cairan yang adekuat,</li> <li>3. Menganjurkan klien untuk menjaga kebersihan vulva / tubuh / area operasi minimalkan infeksi nasokomial dengan menjaga lingkungan batasi pengunjung Memberikan pemberian obat Antibiotik.</li> </ol>

		kebersihan vulva / tubuh / area operasi menimalkan infeksi nasokomial dengan menjaga kebersihan lingkungan batasi pengunjung, 5. Kolaborasi dalam pemberian obat.	
--	--	---	--

### C. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari kedua

DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TANGGAL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	Rabu, 29 mei 2019 08.17 wita	S:Pasien mengatakan nyerinya mulai berkurang, tapi nyeri yang di rasakan hilang timbul O:Pasien masih tampak meringis TTV: TD : 120/70 mmHg, RR : 20 x /menit, N: 86 x /menit, S:36,5 °C Asam mefenamat 500 mg 3x1 B. Com 2x1 A:Masalah belum teratasi Klien masih merasakan ny P: lanjutkan intervensi I : Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (teknik relaksasi) E : pasien tidak tampak meringis lagi
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Rabu, 29 mei 2019 11.00 wita	S: Pasien mengatakan sudah mulai dapat membolak balikkan badannya sendiri tapi belum dapat beraktivitas seperti biasanya .

		<p>O: Pasien masih tampak di bantu keluarga saat beraktivitas.</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>I : Membantu pasien untuk mobilisasi secara bertahap, memberikan pendidikan kesehatan perihal tentang pentingnya mobilisasi post SC.</p> <p>E : pasien berespon dengan antusias saat diberikan penyuluhan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi post SC.</p>
<p>Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif</p>	<p>Rabu, 29 mei 2019 11.45 wita</p>	<p>S: Pasien mengatakan luka belum dibersihkan</p> <p>O: Masih ada luka post operasi di abdomen yang masih ditutup perban.</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/70 mmHg,</p> <p>S: 36,5°C,</p> <p>RR: 20 kali permenit,</p> <p>N: 86 kali permenit.</p> <p>Cefadroxile 2x1</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I : memberikan terapi farmakologi (pemberian obat antibiotik).</p> <p>E : pasien dapat minum obat dengan baik</p>

#### D. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari ketiga

<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>HARI/TANGGAL JAM</b>	<b>CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)</b>
Nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik	Kamis, 30 mei 2019 08.00 wita	S: pasien mengatakan nyeri nya masih terasa dengan skala nyeri 2 O: Pasien tampak sudah tidak meringis kesakitan A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I : Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri (Asam mefenamat, dan B.Compleks) E : pasien minum obat dengan baik.
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Kamis, 30 mei 2019 09.15	S: Pasien mengatakan sudah dapat turun dari tempat tidur sendiri O: Pasien tampak sudah bisa berjalan ke kamar mandi sendiri A: Masalah teratasi P: intervensi di hentikan I : Memantau kemampuan pasien dalam beraktivitas E : pasien sudah mampu beraktivitas secara mandiri
Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	Kamis, 30 mei 2019 11.55 wita	S: Pasien mengatakan perban belum dibuka dan dibersihkan. O: luka tampak masih tertutup dengan perban A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi I : memberikan terapi farmakologi

		(pemberian obat antibiotk). E : pasien dapat minum obat dengan baik.
--	--	---

Lampiran

### RENCANA WAKTU UJIAN AKHIR PROGRAM

#### JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

BULAN	MEI											JUNI				
	24	27	28	29	30	26	27	28	29	30	31	1-9	10	11	12-13	14
Tanggal																
Pembekalan	√															
Lapor diri di rumah sakit	√	√														
Konsul judul kasus	√	√														
Perawatan kasus dan susun proposal		√	√	√	√											
Penyusunan laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√					
Ujian Sidang													√	√		
Revisi															√	
Kumpul laporan																√