

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.V.R DENGAN
MASALAH UTAMA *POST SECTIO CAESAREA*
DI RUANGAN NIFAS III
PADA RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH:

NAMA: MARTA TIWE

NIM : PO. 5303202200502

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.V.R DENGAN
MASALAH UTAMA *POST SECTIO CAESAREA*
DI RUANGAN NIFAS III
PADA RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH :

NAMA: MARTA TIWE

NIM : PO. 5303202200502

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

2023

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Marta Tiwe

NIM : PO. 5303202200502

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.V.R
DENGAN MASALAH UTAMA POST *SECTIO*
CAESAREA DI RUANGAN NIFAS III PADA RSUD
ENDE.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 21 September 2023

Yang Membuat Pernyataan

MARTA TIWE
PO. 5303202200502

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.F.R.
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* DI RUANGAN NIFAS
III DI RSUD ENDE

PENYUSUN : MARTA TIWE

NIM : PO 53032022000502

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan
Ende, 12 Oktober 2023

Pembimbing



Martina Bedho, S.ST., M.KES
NIP.196006271985032001

Mengetahui

†Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,Kom
NIP.196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F.R DENGAN
POST SECTIO CAESAREA DI RUANGAN NIFAS III
DI RSUD ENDE**

PENYUSUN : MARTA TIWE

NIM : PO5303202200502

**Karya Tulis Ilmiah telah di ujikan dan Dipertanggung
jawabkan Pada Tanggal 12 Oktober 2023**

Penguji ketua



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc
NIP. 197401132002122001

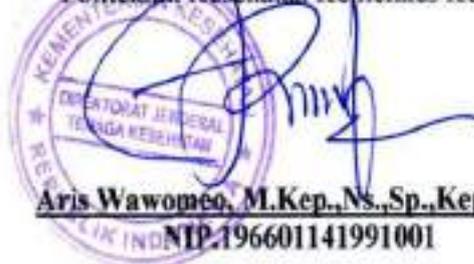
Penguji anggota



Martina Bedho, SST., M. Kes
NIP.196006271985032001

Mengetahui

† Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,Kom
NIP.196601141991001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul ”Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.V.R Dengan Masalah Utama *Post Sectio Caesarea* di Ruang NIFAS III Pada RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Karya tulis ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma D-III Keperawatan pada program Studi Keperawatan Ende. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kep, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi Diploma III Keperawatan Ende.
3. Dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktris Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberi ijin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Martina Bedho, S.ST., M.Kes, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns., M.Sc, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Kedua orang tua tercinta yang selalu mendukung dan memotivasi dalam perkuliahan.
7. Teman-teman yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dengan masukan yang sangat bermanfaat dan selalu memberikan motivasi.

Penulis menyadari bahwa penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan karya tulis ilmiah ini.

Ende, 21 September 2023

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.V.R Dengan Masalah Utama
Post Sectio Caesarea di Ruang Nifas III Pada RSUD Ende
Marta Tiwe ⁽¹⁾
Martina Bedho, S.ST., M.Kes⁽²⁾

Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur pembedahan yang memungkinkan kelahiran janin melalui sayatan di dinding perut dan rahim. Angka persalinan dengan metode caesarea telah meningkat di seluruh dunia dan melebihi batas kisaran 10%-15% yang direkomendasikan World Health Organization (WHO) dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayi.

Tujuan studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan Pada Pasien Ny.V.R dengan masalah utama *post sectio caesarea*.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan

Hasil studi kasus pada Ny.V.R: pada pengkajian ditemukan data pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, belum BAB 2 hari, lochea rubra, terpasang dower kateter, abdomen teraba lunak, peristaltik usus $\leq 5x/m$.

Masalah keperawatan yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)), Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)

Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi ditemukan masalah teratasi sebagian yaitu adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), masalah teratasi adalah konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)), masalah teratasi sebagian yaitu resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi).

Disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus Ny.V.R. Oleh karena itu diharapkan untuk tetap latihan mobilisasi serta mengkonsumsi obat yang diberikan secara teratur

Kepustakaan : 20 Buah (2021-2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Sectio Caesarea

1. Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Ny.V.R Patients with Main Problems Post Sectio Caesarea in Postpartum Room III at Ende Hospital

Marta Tiwe (1)

Martina Bedho, S.ST., M.Kes(2)

Sectio Caesarea (SC) is a surgical procedure that allows the birth of the fetus through an incision in the abdominal wall and uterus. The number of births using the cesarean method has increased throughout the world and exceeds the 10% - 15% range recommended by the World Health Organization (WHO) in an effort to save the lives of mothers and babies.

The aim of the case study is to be able to apply nursing care to Ny.V.R patients with the main problem post caesarean section.

The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation.

The results of the case study on Mrs. V. feels soft, intestinal peristalsis $\leq 5x/m$.

Nursing problems that arise are: Acute pain related to physical injurious agents (surgical procedures), Constipation related to decreased gastrointestinal motility (effect of pharmacological agents (anesthesia)), Risk of infection associated with physical injurious agents (incision wounds)

Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation found that the problem was partially resolved, namely acute pain related to physical injury agents (surgical procedures), the problem resolved was constipation related to decreased gastrointestinal motility (effect of pharmacological agents (anesthesia)), the problem was partially resolved, namely the risk of infection. associated with physical injurious agents (incision wounds).

It was concluded that there was a gap between the theory and the case of Mrs.V.R. Therefore, it is hoped that you will continue to carry out mobilization exercises and take the medication given regularly

Bibliography: 20 Pieces (2016-2021)

Keywords: Nursing Care, Sectio Caesarea

1. Ende DIII Nursing Study Program
2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	viii
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Teori Nifas	6
1) Defenisi	6
2) Tahapan Masa Nifas	6
3) Manifestasi Klinis	7
4) Perubahan Fisiologis Nifas	8
B. Konsep Teoritis <i>Sectio Caesarea</i>	11
1) Pengertian	11
2) Jenis –Jenis <i>Sectio Caesarea</i>	12
3) Indikasi dan Kontra indikasi <i>Sectio Caesarea</i>	13
4) Manifestasi Klinis.....	15
5) Patofisiologis	15
6) Pathway	17
7) Komplikasi	18
8) Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan	18
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ibu Nifas dengan <i>Sectio Caesarea</i>	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa Keperawatan	24
3. Rencana Keperawatan	25
4. Pelaksanaan	41
5. Evaluasi	41
D. Konsep Masalah Keperawatan	42
1. Nyeri	42
2. Kerusakan Integritas Jaringan	43
3. Perubahan Pola Eliminasi Urine	44
4. Perubahan Pola Eliminasi BAB	45

5. Ansietas	46
6. Resiko Menyusui Tidak Efektif	47
7. Resiko Syok	49
8. Resiko Infeksi	49
BAB III METODE STUDI KASUS	51
A. Desain Studi Kasus	51
B. Subyek Studi Kasus	51
C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)	51
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	52
E. Prosedur Studi Kasus	52
F. Teknik Pengumpulan Data	52
G. Instrumen Pengumpulan Data	52
H. Keabsahan Data	52
I. Analisis Data	53
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	54
A. Hasil Studi Kasus	54
B. Pembahasan.....	81
BAB V PENUTUP	85
A. Kesimpulan	85
B. Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menjadi ibu adalah kodrat yang diberikan kepada setiap wanita, namun sebagai ibu tidak berarti menjadi batasan untuk menentukan masa depan. Dewasa ini kesetaraan gender semakin banyak digaungkan di kalangan masyarakat luas sehingga wanita memiliki hak yang sama dengan laki-laki, hak untuk berpendapat, hak mengenyam pendidikan tinggi, hingga hak untuk berkarya dan berkarir. Ibu adalah jantung dalam setiap rumah tangga, ketika dia berhenti bekerja maka berhentilah seluruh kehidupan di dalamnya. Hamil, melahirkan, dan menyusui adalah *starter pack* tugas seorang wanita menjadi ibu. Ibu dalam keluarga memegang berbagai peranan penting. Seorang anak yang tumbuh dan berkembang dengan ibu yang bahagia, pada akhirnya akan menciptakan anak yang berperilaku baik, dapat mengontrol emosi dan tentu menjadi pribadi yang baik hingga dewasa kelak. Sehingga generasi-generasi anak yang seperti ini akan menjadikan aset bangsa yang berharga, menjadi generasi yang berkualitas baik, dapat membawa negeri ini menjadi lebih baik. (Fika , 2021)

Menurut Widatiningsih & Dewi yang disitasi oleh Mone (2019) kehamilan adalah suatu keadaan yang berlangsung sejak pembuahan sampai dengan lahirnya anak yang belum lahir. Terhitung masa kehamilan rata-rata adalah 40 pekan atau 280 hari, berdasarkan hari pertama siklus menstruasi

terakhir. Menstruasi, melahirkan, dan menopause adalah tiga tahap utama dalam siklus hidup wanita. Menopause adalah tahap akhir.

Masa nifas (Post Partum) adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat reproduksi kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020). Selama fase persalinan, ada dua pilihan: persalinan alami atau normal, dan operasi caesar. Sectio Caesarea (SC) adalah prosedur pembedahan yang memungkinkan kelahiran janin melalui sayatan di dinding perut dan rahim (Jitawiyono dalam Wacikadewi, 2021).

Angka persalinan dengan metode caesarea telah meningkat di seluruh dunia dan melebihi batas kisaran 10%-15% yang direkomendasikan World Health Organization (WHO) dalam upaya penyelamatan nyawa ibu dan bayi. Amerika Latin dan wilayah Karibia menjadi penyumbang angka metode caesar tertinggi yaitu 40,5 persen, diikuti oleh Eropa (25%), Asia (19,2%) dan Afrika (7,3%)². Di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi tindakan Caesarea pada persalinan adalah 17,6 persen, tertinggi di wilayah DKI Jakarta (31,3%) dan terendah di Papua (6,7%) (Sulistianingsih & Bantas, 2019).

Menurut data yang diambil diruang Flamboyan 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. (Rekam Medik RSUD Prof W.Z. Yohanes, 2019).

Kasus section caesarea dalam 2 tahun terakhir terjadi peningkatan yang signifikan dimana pada tahun 2021 sebanyak 339 orang dan di tahun 2022 sebanyak 380 orang.(RUANGAN NIFAS III, 2023)

Dampak yang ditimbulkan apabila pasien *sectio caesarea* adalah infeksi puerperal, perdarahan , atonia uteri, embolisme paru, dan deep vein thrombosis dan terjadi ruptur uteri pada pada kehamilan berikutnya.

Peran perawat dalam perawatan pasien *sectio caesarea* terutama sebagai motivator untuk memulai mobilisasi. Pada 6 jam pertama pasien harus bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur (seperti belajar untuk menggerakkan jari, tangan dan menekuk lutut). Kemudian setelah 6-10 jam, pasien diharuskan bisa miring ke kiri dan ke kanan. Jika sudah 24 jam, pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk. Setelah pasien dapat duduk, lalu dianjurkan untuk belajar berjalan. Mobilisasi merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan juga dapat mencegah komplikasi pasca bedah SC. Mobilisasi dini dilakukan untuk membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya hingga dapat melakukan aktivitas dan berjalan. Mobilisasi dini bertujuan agar ibu nifas dapat menjadi lebih sehat dan lebih kuat, selain itu juga dapat melancarkan pengeluaran lochea, dapat

membantu proses penyembuhan luka akibat tindakan persalinan, mempercepat involusi alat kandungan, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan serta meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga dapat mempercepat fungsi air susu ibu (ASI) dan pengeluaran sisa metabolisme (Mariati, 2018). Efek melakukan mobilisasi dini juga dapat mempercepat proses pemulihan masa nifas dan mempercepat proses penyembuhan luka, selain itu dapat menimbulkan kontraksi uterus yang baik sehingga mencegah terjadinya perdarahan yang abnormal (Ayuningtyas et al., 2018).

Oleh karena alasan diatas maka peneliti tertarik untuk “Melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Sectio Caesarea*”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *sectio caesarea*?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Agar dapat menerapkan asuhan keperawatan dengan masalah *sectio caesarea*.

2. Tujuan Khusus

Agar peneliti mampu:

- a. Mengetahui konsep nifas dan *sectio caesarea*.
- b. Melakukan pengkajian pada pasien *sectio caesarea*.
- c. Mengidentifikasi diagnosa pada pasien *sectio caesarea*.

- d. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien *sectio caesarea*.
- e. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien *sectio caesarea*.
- f. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien *sectio caesarea*.
- g. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada pasien *sectio caesarea*.
- h. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan dan pengetahuan dalam rangka penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien *sectio caesarea*.

2. Bagi Institusi

Dapat digunakan sebagai referensi atau informasi tambahan bagi institusi pendidikan dalam pengembangan ilmu keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien *sectio caesarea*.

3. Bagi Pasien

Menambah pengetahuan tentang masalah *sectio caesarea* terlebih selama masa perawatan dalam mempercepat proses penyembuhan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Nifas

1. Defenisi

Puerperium (masa nifas) adalah 1 jam setelah plasenta lahir hingga 6 minggu (42 hari) setelahnya. Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu dan bayi, yang merupakan masa transisi bagi ibu, bayi dan keluarga secara fisiologis, emosional, dan sosial. Masa ini dikenal juga sebagai masa involusi dimana sistem reproduksi perempuan setelah melahirkan akan kembali ke kondisi seperti sebelum hamil. (Wardhani, 2018)

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Rini & Kumala (2017). Tahapan pada masa nifas sebagai berikut:

a. Periode Immediate Postpartum (Periode Pasca Salin Segera)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

- b. Periode Early Postpartum (Periode pasca salin awal >24 jam-1 minggu).
Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.
- c. Periode Late Postpartum (Periode pasca salin lanjut >1 minggu - 6 minggu).
Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB (Rini & Kumala, 2017)

3. Manifestasi Klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan section caesaria yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Tanto (2019) mengemukakan, manifestasi klinis section caesarea pada masa nifas meliputi:

- a. Distensi kandung kemih
- b. Konstipasi
- c. Adanya Aliran lochia
- d. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- e. Pada anak yang baru dilahirkan akan dibonding dan attachmen

4. Perubahan Fisiologis Nifas

Menurut Wahyuningsih (2019) perubahan fisiologis pada masa nifas sebagai berikut:

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil.

Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uterus	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lunak
lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr	12,5 cm	Lunak
1 Minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gr	5 cm	I cm
6 minggu	Normal	60 gr	2.5 cm	Menyempit

Tabel 2.1 Proses Involusi Uteri, Wahyuningsih (2019)

b. Lochea

Lochea adalah cairan / secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Berikut beberapa jenis lochea :

- (1) Lokia rubra bewarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo, mekonium berlangsung 2 hari post partum.
- (2) Lokia Sanguilenta bewarna merah merah kuning berisi darah berlangsung 3-7 hari post partum.
- (3) Lokia serosa bewarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari.

(4) *Lokia alba* berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung hari-2 minggu berikutnya.

c. Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

d. Serviks

Setelah persalinan serviks terbuka, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

e. Vagina dan Perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nullipara, hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat laserasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. Oleh karena itu vulva hyginie perlu dilakukan.

f. Mamae/Payudara

Semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Ada 2 mekanisme: produksi susu, sekresi susu atau let down. Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang

menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang let down reflex (mengalirkan) sehingga menyebabkan pengeluaran ASI.

g. Sistem Pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian makan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum.

h. Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuri non patologis, kecuali pada kasus pre eklampsia

i. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan, berangsur-angsur mengecil seperti semula.

j. Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan :

1) Oksitoksin

Oksitoksin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.

2) Prolaktin

Prolaktin dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitari merangsang pengeluaran prolaktin untuk produksi ASI. Jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.

3) Estrogen dan progesterone

Setelah melahirkan esterogen menurun, progesterone meningkat.

k. Perubahan Tanda-Tanda Vital

- 1) Suhu tubuh saat post partum dapat naik kurang lebih 0.5°C , setelah 2 jam post partum normal.
- 2) Nadi dan pernapasan, nadi dapat bradikard jika takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernapasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- 3) Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyulit yang menyertai BB turun rata-rata 4,5 kg.

l. Perubahan Kulit.

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit sekitar payudara, hiperpigmentasi kulit dinding perut (striae gravidarum). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu "striae albikan".

B. Konsep Teoritis Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah upaya persalinan dengan melahirkan janin suatu cara melahirkan janin melalui insisi pada dinding perut dan rahim, dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram. (Tanto, 2014)

2. Jenis –Jenis Sectio Caesarea

Terdapat beberapa jenis tindakan *sectio caesarea* yaitu (Ramandanty, 2019):

a. Sectio Caesarea Klasik

Sectio Caesarea Klasik dibuat vertikal pada bagian atas rahim. Pembedahan dilakukan dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kirrakira sepanjang 10 cm. Tidak dianjurkan untuk kehamilan berikutnya melahirkan melalui vagina apabila sebelumnya telah dilakukan tindakan pembedahan ini.

b. Sectio Caesarea Transperitonel Profunda

Sectio Caesarea Transperitonel Profunda disebut juga low cervical yaitu sayatan vertikal pada segmenrahim bawah. Sayatan jenis inidilakukan jika bagian bawah rahim tidak berkembang atau tidak cukup tipis untuk memungkinkan dibuatnya sayatan transversal. Sebagian sayatan vertical dilakukan sampai ke otot-otot bawah rahim.

c. Sectio Caesarea Histerektomi

Sectio Caesarea Histerektomi adalah suatu pembedahan dimana setelah janin dilahirkan dengan Sectio Caesarea, dilanjutkan dengan pegangkatan rahim.

d. Sectio Caesarea Ekstraperitoneal

Sectio Caesarea Ekstraperitoneal, yaitu Sectio Caesarea berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan Sectio Caesarea. Biasanya dilakukan di atas bekas sayatan yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fasia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

3. Indikasi dan Kontra indikasi Sectio Caesarea

a. Indikasi

Terdapat beberapa indikasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea yaitu (Ainuhikma, 2018):

(1) Indikasi Mutlak

a) Indikasi Ibu

- 1) Panggul sempit absolut
- 2) Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi
- 3) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi.
- 4) Stenosis serviks/vagina.
- 5) Plasenta previa.

6) Disproporsi sefalopelvik

7) Ruptura uteri membakat.

b) Indikasi Janin

(1) Kelainan letak.

(2) Gawat janin

(3) Prolapsus plasenta

(4) Perkembangan bayi yang terlambat

(5) Mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia

(2) Indikasi Relatif

1) Riwayat seksio cesarea sebelumnya

2) Presentasi bokong

3) Distosia

4) Fetal distress

5) Preeklampsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes

6) Ibu dengan HIV positif sebelum inpartu

7) Gemeli, menurut Eastman, seksio cesarea dianjurkan: Bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu. Bila terjadi interlock, Distosia oleh karena tumor

8) IUFD (Intra Uterine Fetal Death)

b. Kontra Indikasi

Adapun kontraindikasi untuk dilakukan tindakan sectio caesarea seperti (Geraldly, 2020)

1) Janin mati

- 2) Shock
- 3) Anemia berat
- 4) Kelainan kongenital berat
- 5) Infeksi piogenik pada dinding abdomen
- 6) Fasilitas yang kurang memadai dalam operasi sectio caesarea

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Silaen, dkk, 2020), manifestasi klinis pada ibu post sectio caesarea yaitu:

- a. Luka insisi dibagian abdomen
- b. Nyeri pada luka insisi dibagian abdomen
- c. Distensi kandung kemih sehingga rata-rata terpasang kateter urinarius
- d. Abdomen lunak, tidak ada distensi
- e. Tidak terdengarnya auskultasi bising usus akibat efek anastesi
- f. Perdarahan kurang lebih 600-800 ml yang hilang selama proses pembedahan
- g. Konstipasi

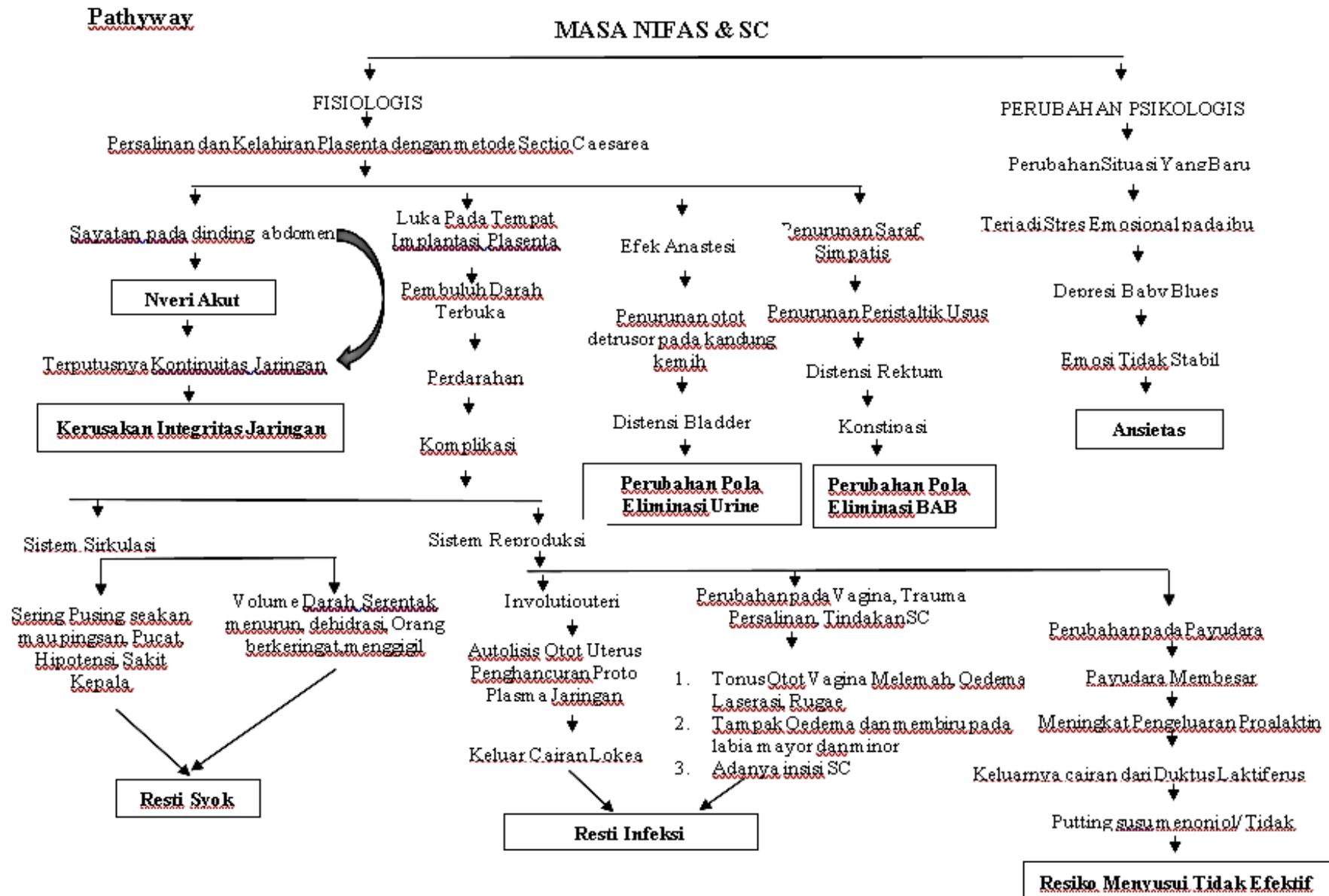
5. Patofisiologi

SC merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, placenta previa dll, untuk ibu. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif

berupa kurang pengetahuan akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produk oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post de entris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril (Chania, 2018).

Nyeri adalah gejala utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu. Pengaruh anestesi ke janin yaitu bayi lahir dalam keadaan apnea Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap napas yaitu jalan napas yang tidak efektif akibat sekret yang berlebihan karena kerja otot napas dan silia yang menutup (Chania, 2018).

Anestesi juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan motilitas usus. Dimana makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari motilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena reflek untuk batuk juga menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Chania, 2018).



Gambar: 2.1 Pathway Huda, 2020

6. Komplikasi

Komplikasi utama persalinan seksio cesarea adalah kerusakan organ-organ seperti vesika urinaria dan uterus saat dilangsungkannya operasi, komplikasi anestesi, perdarahan, infeksi dan tromboemboli. Kematian ibu lebih besar pada persalinan seksio cesarea dibandingkan persalinan pervagina (Ainuhikma, 2018). Takipneu dapat terjadi sesaat pada bayi baru lahir lebih sering terjadi pada persalinan seksio cesarea, dan kejadian trauma persalinan pun tidak dapat disingkirkan. Risiko jangka panjang yang dapat terjadi adalah terjadinya plasenta previa, solusio plasenta, plasenta akreta dan ruptur uteri (Ainuhikma, 2018). Komplikasi pascaoperasi seksio sesaria meningkatkan morbiditas ibu secara drastis dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Penyebab utamanya adalah endometriitis, perdarahan, infeksi saluran kemih, dan tromboembolisme. Infeksi panggul dan infeksi luka operasi meningkat dan, meskipun jarang, dapat menyebabkan fasiitis nekrotikans (Ainuhikma, 2018).

7. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan

Penatalaksanaan Medis

- Cairan IV sesuai indikasi.
- Anestesia; regional atau general
- Perjanjian dari orang terdekat untuk tujuan sectio caesaria.
- Tes laboratorium/diagnostik sesuai indikasi.
- Pemberian oksitosin sesuai indikasi.
- Tanda vital per protokol ruangan pemulihan

- Persiapan kulit pembedahan abdomen
- Persetujuan ditandatangani.
- Pemasangan kateter foley

Perawatan Pasca Operasi

Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan

1. Mobilisasi dan Istirahat

Ibu harus tidur terlentang selama 8 jam post partum untuk mencegah perdarahan, boleh miring kiri dan kanan, hari ke 2 ibu boleh duduk, selanjutnya hari ke empat boleh pulang.

2. Diet/Makanan

Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, tinggi protein, mencukupi buah dan sayur.

3. Eliminasi

Buang air kecil harus secepatnya dilakukan normalnya 1500 cc per 24 jam atau 5-6 kali buang air kecil dengan produksi 200cc. bila kandung kemih penuh dan ibu sulit buang air kecil sebaiknya dipasang selang kateter. BAB sebaiknya sudah dilakukan 2-3 hari setelah melahirkan.

4. Personal Hygiene

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan memberi rasa nyaman pada alat kelamin

5. Laktasi

Menyarankan pada ibu untuk menyusui bayinya agar merangsang produksi ASI, serta melakukan perawatan payudara.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ibu Nifas dengan Sectio Caesarea

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data Perpol

- 1) Pola kenyamanan : nyeri dirasakan setelah pembedahan.
- 2) Pola eliminasi: sulit BAK/BAB, distensi bladder.
- 3) Pola sirkulasi : pusing ,pucat,hipotensi, perdarahan kurang lebih 600-800 ml yang hilang selama proses pembedahan,
- 4) Pola Reproduksi : keluar darah berwarna kehitaman (Lochea Rubra), puting masuk ke dalam.
- 5) Pola koping dan stress: emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional,

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum Ibu

Suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit (sianosis), raba akral.

2) Pemeriksaan Kepala

Bentuk kepala, kebersihan, ada tidak nyeri tekan

3) Pemeriksaan Muka

Bentuk muka, ada tidaknya edema, ada tidaknya kloasma gravidarum, ada tidaknya nyeri tekan.

4) Pemeriksaan Mata

Bentuk mata, konjungvita pucat atau tidak, sklera, lapang pandang, pergerakan mata, ada tidak nyeri tekan.

5) Pemeriksaan Hidung

Bentuk hidung, ada tidaknya secret, lesi, mukosa hidung, kebersihan, penciuman, pernafasan cuping hidung, dan nyeri tekan.

6) Pemeriksaan Telinga

Bentuk telinga, kebersihan, kemampuan pendengaran, ada tidaknya nyeri tekan.

7) Pemeriksaan Mulut

Bentuk mulut, mukosa bibir, ada tidak stomatitis, kebersihan, ada tidaknya nyeri tekan.

8) Pemeriksaan Leher

Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, ada tidak bendungan vena jugularis, pergerakan leher, ada tidaknya hiperpigmentasi.

9) Pemeriksaan Thorax

Bentuk thorax, ada tidaknya ronchi atau wheezing gerakan dada, bunyi jantung.

10) Pemeriksaan Payudara

Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, keadaan puting susu menonjol atau masuk kedalam, hiperpigmentasi areola mammae, lecet/luka, pembengkakan buah dada, pengeluaran (colostrums ASI atau nanah), ada tidaknya nyeri tekan.

11) Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, keadaan luka post operasi, distensi kandung kemih, bising usus, terdapat luka, striae gravidarum dan linea nigra.

12) Pemeriksaan Ekstremitas

Kemampuan pergerakan, ada tidaknya sianosis dan edema.

13) Genetalia dan Anus

Kebersihan pengeluaran lochea (jumlah, warna, bau, konsistensi), haemorroid.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan (Hb), hematokrit (Ht) dan sel darah putih (WBC)

d. Tabulasi Data

Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah, luka insisi dibagian abdomen, adanya aliran lokea, perdarahan kurang lebih 600-800 ml yang hilang selama proses pembedahan, emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional, distensi kandung kemih sehingga rata-rata terpasang kateter urinarius, tidak terdengarnya auskultasi bising usus akibat efek anestesi, pucat, hipotensi

e. Klasifikasi Data

Data subjektif : Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah, emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional,

Data objektif : luka insisi dibagian abdomen, adanya aliran lokea, perdarahan kurang lebih 600-800 ml yang hilang selama proses pembedahan, distensi kandung kemih sehingga rata-rata terpasang kateter urinarius, bising usus menurun akibat efek anestesi, pucat, hipotensi.

f. Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS:Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah DO:Luka insisi dibagian abdomen	Agen pencedera fisik (insisi <i>sectio caesarea</i>)	Nyeri akut
2.	DS:Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah DO:Luka insisi dibagian abdomen	Agen pencedera fisik (insisi <i>sectio caesarea</i>)	Kerusakan integritas kulit
3.	DS:sulit buang air kecil DO:distensi bladder, rata-rata terpasang kateter urinarius	penurunan kontraksi otot detrusor akibat efek anestesi	Perubahan pola eliminasi urine
4.	DS: sulit buang air besar DO:distensi abdomen, peristaltik usus menurun	penurunan peristaltik usus akibat efek anestesi	Perubahan Pola eliminasi BAB
5.	DS:ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional DO: emosi yang labil	krisis situasi, ancaman pada konsep diri, kebutuhan tidak terpenuhi.	Ansietas
6.	DS: bayi rewel DO: puting susu masuk ke dalam	Anomali puting susu	Resiko Menyusui tidak efektif
7.	DS: pusing dan seperti mau pingsan DO:Perdarahan \pm 600-800 ml , pucat, hipotensi.	Kehilangan cairan akibat perdarahan	Resti syok
8.	DS:- DO:terdapat luka insisi	Agen pencedera fisik (luka insisi)	Resti infeksi

Tabel 2.2. Analisa Data

g. Prioritas Masalah

Dari hasil analisa data diatas dapat diperoleh 7 prioritas masalah/diagnosa utama yaitu :

- 1) Nyeri akut
- 2) Kerusakan integritas jaringan
- 3) Perubahan pola eliminasi urine
- 4) Perubahan pola eliminasi BAB
- 5) Ansietas
- 6) Menyusui tidak efektif
- 7) Resti syok
- 8) Resiko infeksi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018).

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yang ditandai dengan:

DS:Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah

DO:Luka insisi dibagian abdomen

b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agen pencedera fisik, yang ditandai dengan:

DS:Nyeri yang disebabkan luka hasil bedah

DO:Luka insisi dibagian abdomen

c. Perubahan pola eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kontraksi otot detrusor akibat efek anastesi, yang ditandai dengan:

DS:sulit buang air kecil

DO:distensi bladder, rata-rata terpasang kateter urinarius

d. Perubahan pola eliminasi BAB berhubungan dengan penurunan peristaltik usus akibat efek anestesi, yang ditandai dengan:

DS: sulit buang air besar

DO:distensi abdomen, peristaltik usus menurun

e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, kebutuhan tidak terpenuhi, yang ditandai dengan:

DS: ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional

DO: emosi yang labil

f. Menyusui tidak efektif berhubungan anomali puting susu, yang ditandai dengan:

DS: bayi rewel

DO: putting susu masuk ke dalam

g. Resti syok berhubungan dengan kehilangan cairan akibat perdarahan, yang ditandai dengan:

DS: pusing dan seperti mau pingsan

DO:perdarahan \pm 600-800 ml , pucat, hipotensi.

h. Resiko infeksi berhubungan agen pencedera fisik (luka insisi persalinan, yang ditandai dengan:

DS:-

DO: luka insisi dibagian abdomen

3. Rencana Keperawatan

Berdasarkan uraian diagnosis keperawatan diatas berikut luaran keperawatan dan perencanaan keperawatan sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang ditandai dengan:

DS:nyeri yang disebabkan luka hasil bedah

DO:luka insisi dibagian abdomen

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Intervensi :

Manajemen nyeri

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri

Rasional: Untuk menentukan durasi, frekuensi, dan karakteristik nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Mengidentifikasi untuk menentukan dosis analgesic yang tepat

- 3) Identifikasi nyeri non verbal

Rasional: menentukan skala nyeri dilihat dari ekspresi wajah

- 4) Monitor efek samping penggunaan analgesic

Rasional: Guna melihat adanya reaksi alergi karena pemberian analgesic atau tidak.

Terapeutik

- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Mengurangi pergerakan agar nyeri tidak sering timbul

- 6) Berikan teknik non farmakologi

Rasional: mengurangi nyeri tanpa menggunakan obat-obatan

Edukasi

- 7) Ajarkan teknik pereda nyeri seperti distraksi, relaksasi dan

Rasional: mengurangi nyeri

Kolaborasi

- 8) Kolaborasi pemberian analgesic

Rasional: Untuk meredakan rasa nyeri

- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik, yang ditandai dengan:

DS:nyeri yang disebabkan luka hasil bedah

DO:luka insisi dibagian abdomen

Ekspektasi : Meningkatkan

Kriteria Hasil :

- 1) Penyatuan kulit meningkat
- 2) Penyatuan tepi luka meningkat
- 3) Jaringan granulasi meningkat
- 4) Pembentukan jaringan parut menurun
- 5) Edema pada sisi luka menurun
- 6) Peradangan luka menurun
- 7) Nyeri menurun
- 8) Drainase purulen menurun
- 9) Drainase serosa menurun
- 10) Drainase sanguinis menurun
- 11) Eritema pada kulit sekitar

Perawatan Luka

Tindakan :

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)

Rasional : Untuk mengetahui kondisi luka

- 2) Monitor tanda-tanda infeksi

Rasional : Untuk mengetahui luka terinfeksi atau tidak

Terapeutik

- 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

Rasional : Agar pasien merasa nyaman

4) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan

Rasional : Merangsang penyembuhan luka lebih cepat

5) Bersihkan jaringan nekrotik

Rasional : Mempercepat kesembuhan luka

6) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu

Rasional : Mempercepat kesembuhan luka

7) Pasang balutan sesuai jenis luka

Rasional : Mencegah infeksi

8) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Rasional : Untuk mencegah kontaminasi mikroorganisme

9) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C)

Edukasi

10) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Menambah informasi terkait penyakit yang diderita

11) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

Rasional : Untuk mempercepat kesembuhan luka dimana protein berfungsi untuk memperbaiki sel-sel yang sudah rusak.

12) Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Rasional: Agar keluarga dan pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan luka

Kolaborasi

13) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Rasional: Mencegah infeksi

- c. Perubahan pola eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kontraksi otot detrusor akibat efek anastesi, yang ditandai dengan:

DS:sulit buang air kecil

DO:distensi bladder, rata-rata terpasang kateter urinarius

Ekspektasi: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 kemampuan berkemih membaik

Kriteria Hasil:

- 1) Sensasi berkemih meningkat
- 2) Desakan kandung kemih menurun
- 3) Distensi kandung kemih menurun
- 4) Berkemih tidak tuntas menurun
- 5) Nocturia menurun
- 6) Dysuria menurun
- 7) Frekuensi BAK meningkat

Intervensi:

Manajemen eliminasi urine

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab retensi urine (mis. Peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus refleksi, disfungsi neurologis, efek agen farmakologis)

Rasional: menentukan tindakan pengobatan selanjutnya

- 2) Monitor intake dan output cairan

Rasional: mengetahui keseimbangan cairan

3. Monitor distensi kandung kemih dengan palpasi/perkusi Pasang kateter urine, jika perlu

rasional: untuk mencegah terjadinya retensi urien

Terapeutik

4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih

Rasional: deteksi awal dalam mencegah terjadinya retensi urine

5. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur

Rasional: mencegah terjadinya retensi urine yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme

Edukasi

6. Jelaskan penyebab retensi urine

Rasional: memahami penyebab terjadinya retensi urine

7. Anjurkan pasien atau keluarga mencatat output urine

Rasional: agar keluarga mengetahui banyaknya produksi urine yang keluar

8. Ajarkan cara melakukan rangsangan berkemih

Rasional: membantu pasien dalam menuntaskan keinginan berkemih

9. Anjurkan pasien BAK agar tidak mengejan

Rasional: mengejan saat BAK akan meningkatkan rasa nyeri

Kolaborasi

10. Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu

Rasional: merangsang keinginan berkemih

11. Lakukan bladder training

Rasional: untuk meningkatkan kemandirian dalam eliminasi urin

- d. Perubahan pola eliminasi BAB berhubungan dengan penurunan peristaltik usus akibat efek anestesi, yang ditandai dengan:

DS: sulit buang air besar

DO: distensi abdomen, peristaltik usus menurun.

Ekspetasi : Membaik

Kriteria Hasil :

- 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- 3) Mengejan saat defekasi menurun
- 4) Distensi abdomen menurun
- 5) Teraba massa pada rektal menurun
- 6) Nyeri abdomen menurun
- 7) Kram abdomen menurun
- 8) Konsistensi feses membaik
- 9) Frekuensi BAB membaik
- 10) Peristaltik usus membaik

Intervensi:

Manajemen Konstipasi

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala konstipasi

Rasional: Untuk mengetahui kondisi umum pasien

- 2) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna)

Rasional: Untuk mengetahui adanya konstipasi

- 3) Identifikasi faktor resiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)

Rasional: Untuk mengetahui hal-hal yang dapat memperberat resiko konstipasi

Terapeutik

- 4) Anjurkan diet tinggi serat

Rasional: serat mengandung zat selulosa yang berfungsi untuk menyerap air yang dapat melunakan feses sehingga memudahkan pengeluaran feses.

- 5) Lakukan masase abdomen, jika perlu

Rasional: Untuk merangsang otot abdomen sehingga feses bisa dikeluarkan

- 6) Berikan enema atau irigasi, jika perlu

Rasional: . Untuk merangsang pengeluaran feses

Edukasi

- 7) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan

Rasional: Untuk memberikan informasi terkait masalah yang dihadapi pasien

- 8) Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Rasional: Untuk memudahkan pengeluaran feses

9) Latih buang air besar secara teratur

Rasional: Untuk merangsang pengeluaran feses

10) Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi

Rasional: Agar pasien dan keluarga mampu secara mandiri mengatasi konstipasi

Kolaborasi

11) Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus

Rasional: Untuk memberikan makanan yang sesuai yang bisa membantu pengeluaran feses

12) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

Rasional: Untuk merangsang pengeluaran feses

e. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, kebutuhan tidak terpenuhi, yang ditandai dengan:

DS: ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional

DO: emosi yang labil.

Ekspektasi : Menurun

Kriteria Hasil :

- 1) Verbalisasi kebingungan menurun
- 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- 3) Perilaku gelisah menurun
- 4) Perilaku tegang menurun

- 5) Konsentrasi membaik
- 6) Pola tidur membaik
- 7) Frekuensi pernapasan membaik
- 8) Frekuensi nadi membaik
- 9) Tekanan darah membaik

Intervensi:

Reduksi Ansietas

Tindakan:

Observasi

- 2) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)

Rasional : Untuk mengetahui kondisi yang memperberat kecemasan

- 3) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

Rasional : Untuk mengetahui kecemasan

- 4) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kecemasan

Terapeutik

- 5) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional : Agar pasien nyaman

- 6) Temani pasien yang mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

Rasional : Untuk membuat pasien nyaman

- 7) Pahami situasi yang membuat ansietas

Rasional : Untuk mengurangi faktor kecemasan

- 8) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional : Agar pasien kecemasannya berkurang

- 9) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Rasional : Agar pasien nyaman

- 10) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

Rasional : Untuk mengetahui faktor yang bisa membuat cemasnya meningkat

- 11) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Rasional : Memberikan rasa aman dan nyaman

Edukasi

- 12) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

Rasional : Memberikan informasi terkait masalah yang dialami

- 13) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis bersama pasien, jika perlu

Rasional : Agar pasien dan keluarga mengerti tentang penyakitnya

- 14) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Rasional : Mengurangi kecemasan

- 15) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

Rasional : Mengurangi ketegangan

- 16) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat

Rasional : Mengurangi kecemasan

17) Latih teknik relaksasi

Rasional : Mengurangi kecemasan

Kolaborasi

18) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Rasional : Mengurangi kecemasan

f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan anomali putting susu, yang ditandai dengan:

DS: bayi rewel

DO: putting susu masuk ke dalam

Ekspetasi : meningkat

Kriteria Hasil:

1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat

2) Tetesan/pancaran ASI meningkat

3) Suplai ASI adekuat

4) Kelelahan maternal menurun

5) Kecemasan maternal menurun

6) Bayi tidak rewel

Intervensi:

Edukasi Menyusui

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Rasional : mengetahui kesiapan dalam menerima informasi

2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui.

Rasional : mengetahui seberapa keinginan ibu dalam menyusui

3) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.

4) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

Rasional: keterlibatan keluarga mampu memberikan motivasi serta rasa nyaman pada ibu sehingga terhindar dari stres yang dapat menimbulkan penurunan pengeluaran asi

5) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu.

Rasional: mengetahui manfaat menyusui bagi ibu

6) Ajarkan posisi menyusui dan perlekatan dengan benar.

Rasional: posisi menyusui dengan perlekatan bibir yang tepat pada puting susu memberikan efek menyusui yang efektif

Konseling Nutrisi

7) Identifikasi kebiasaan makanan dan perilaku makan yang akan diubah.

Rasional: kebiasaan makan berdampak pada peningkatan produksi ASI

8) Gunakan standar nutrisi sesuai program diet dalam mengevaluasi kecukupan asupan makanan.

Rasional : nutrisi yang baik akan berdampak pada peningkatan produksi ASI

9) Kolaborasi pada ahli gizi, jika perlu

Rasional: menentukan nutrisi yang tepat ada ibu menyusui

g. Resti syok kehilangan cairan akibat perdarahan , yang ditandai dengan:

DS: pusing dan seperti mau pingsan

DO:perdarahan \pm 600-800 ml , pucat, hipotensi.

Tujuan: volume cairan pasien kembali normal.

Kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan berat jenis urine output sesuai usia dan berat badan.
- 2) Tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi seperti turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

Intervensi:

- 1) Jelaskan dampak yang timbul apabila kekurangan cairan
Rasional : memahami dampak yang timbul apabila kekurangan cairan
- 2) Anjurkan memberikan minum sesuai toleransi
Rasional : agar tidak terjadi dehidrasi
- 3) Observasi tanda-tanda vital (TD, nadi, suhu)
Rasional : hipotensi (termasuk postural), takikardi, demam dapat menunjukkan respon terhadap efek kehilangan cairan
- 4) Observasi kulit kering berlebihan dan membran mukosa, penurunan turgor kulit, pengisian kapiler terlambat
Rasional : menunjukkan kehilangan cairan berlebihan atau dehidrasi
- 5) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
Rasional : memberikan informasi tentang keseimbangan cairan

h. Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)

yang ditandai dengan:

DS:-

DO: luka insisi dibagian abdomen

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan risiko infeksi dapat teratasi

Kriteria hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Demam menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Pengeluaran lochea bagus
- 5) Kontraksi uterus baik
- 6) Drainase purulen menurun
- 7) Periode menggigil menurun
- 8) Kadar sel darah putih membaik
- 9) Kultur area luka membaik

Intervensi:

Pencegahan Infeksi

Tindakan : Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : Untuk mengetahui adanya infeksi

Terapeutik

- 2) Batasi jumlah pengunjung

Rasional : . Mencegah kontaminasi

- 3) Berikan perawatan kulit pada area oedema

Rasional : Mengurangi infeksi

- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional : Mencegah terjadinya perpindahan kuman/mikroorganisme.

- 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional : Mencegah kontaminasi mikroorganisme

Edukasi

- 6). Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Menambah informasi terkait penyakit yang diderita

- 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional : Menjaga diri dan orang lain dari paparan kuman

- 8) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional : Agar pasien dan keluarga mengerti tentang keadaan luka

- 9) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional : Untuk mengurangi risiko infeksi

Kolaborasi

- 10) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Rasional: Mencegah infeksi

4. Pelaksanaan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana implementasi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana

intervensi di susun dan di tunjukan nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Nursalam, 2019)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan, evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses, dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif menghasilkan umpan balik selama program berlangsung, sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk Subjektif, Objektif, Assessment, Planning (SOAP)

9) Konsep Masalah Keperawatan

1. Nyeri

a. Defenisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

b. Etiologi

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

d. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

e. Kondisi Klinis Terkait

Kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi sindrom koroner akut, glaukoma

2. Kerusakan Integritas Jaringan

a. Defenisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligament

b. Etiologi

Perubahan sirkulasi, Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), Kelebihan/kekurangan volume cairan, Penurunan mobilitas, Bahan kimia iritatif, Suhu lingkungan yang ekstrem, Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan), Efek samping

terapi radiasi, Kelembaban, Proses penuaan, neuropati perifer, Perubahan pigmentasi, Perubahan hormonal, Kurang terpapar informasi tentang upaya memertahankan/ melindungi integritas jaringan.

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: tidak tersedia

Objektif: kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

d. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif: nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

e. Kondisi Klinis Terkait

Imobilisasi, Gagal jantung kongestif, Gagal ginjal, Diabetes melitus

Imunodefisiensi (mis.AIDS)

3. Perubahan Pola Eliminasi Urine

a. Defenisi

Disfungsi eliminasi urine

b. Etiologi

Penurunan kapasitas kandung kemih, Iritasi kandung kemih, Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal , operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan), Kelemahan otot pelvis, Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilitas), Hambatan lingkungan, Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan

eliminasi, Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital), Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun)

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Desakan berkemih (Urgensi), Urin menetas (dribbling),
Sering buang air kecil, Nokturia, Mengompol, Enuresis

Objektif: Distensi kandung kemih, Berkemih tidak tuntas (Hesitancy)
Volume residu urin meingkat

d. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: tidak tersedia

Objektif: tidak tersedia

e. Kondisi Klinis Terkait

Infeksi ginjal dan saluran kemih, Hiperglikemi, Trauma, Kanker, Cedera/tumor/infeksi medula spinalis, Neuropati diabetiku, Neuropati alkoholik, Stroke, Parkinson, Skeloris multipel, Obat alpha adrenergik

4. Perubahan Pola Eliminasi BAB

a. Defenisi

Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

b. Etiologi

➤ Fisiologis

Penurunan motilitas gastrointestinal, Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi, Ketidacukupan diet, Ketidacukupan asupan

serat, Ketidakcukupan asupan cairan, Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung), Kelemahan otot abdomen

➤ Psikologis

Konfusi, Depresi, Gangguan emosional

➤ Situasional

Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan), Ketidakadekuatan toileting, Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, Penyalahgunaan laksatif, Efek agen farmakologi, Ketidakteraturan kebiasaan defekasi, Kebiasaan menahan dorongan defekasi, Perubahan lingkungan

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Defekasi kurang dari 2 kali seminggu, Pengeluaran feses lama dan sulit

Objektif: Feses keras, Peristaltik usus menurun

d. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Mengejan saat defekasi

Objektif: Distensi abdomen, Kelemahan umum, Teraba massa pada rektal

e. Kondisi Klinis Terkait

Lesi/cedera pada medula spinalis, Spina bifida, Stroke, Sklerosis multipel, Penyakit parkinson Demensia, Hiperparatiroidisme, Hipoparatiroidisme, Ketidakseimbangan elektrolit.

5. Ansietas

a. Defenisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

b. Etiologi

Krisis situasional, Kebutuhan tidak terpenuhi., Krisis maturasional., Ancaman terhadap konsep diri, Ancaman terhadap kematian, Kekhawatiran mengalami kegagalan, Disfungsi sistem keluarga., Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), Penyalahgunaan zat, Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain), Kurang terpapar informasi.

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif: Merasa bingung, Merasa khawatir dengan akibat., Sulit berkonsentrasi.

Objektif: Tampak gelisah, Tampak tegang, Sulit tidur

d. Gejala dan Tanda Minor

Subyektif: Mengeluh pusing, Anoreksia, Palpitasi, Merasa tidak berdaya.

Objektif: Frekuensi napas meningkat, Frekuensi nadi meningkat, Tekanan darah meningkat, Diaforesis, Tremor, Muka

tampak pucat, Suara bergetar, Kontak mata buruk, Sering berkemih, Berorientasi pada masa lalu.

e. Kondisi Klinis Terkait

Penyakit Kronis, Penyakit akut, Hospitalisasi, Rencana operasi, Kondisi diagnosis penyakit belum jelas, Penyakit neurologis, Tahap tumbuh kembang

6. Resiko Menyusui Tidak Efektif

a. Defenisi

Kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran dalam proses menyusui.

b. Etiologi

➤ Fisiologis

Ketidakadekuatan suplai ASI, hambatan pada neonatus (mis. prematuritas, sumbing), anomali payudara ibu (mis. puting yang masuk ke dalam), ketidakadekuatan refleks oksitosin, ketidakadekuatan refleks mengisap bayi, payudara bengkak, riwayat operasi payudara, kelahiran kembar

➤ Situasional

Tidak rawat gabung, Kurang terpapar informasi tentang pentingnya menyusui dan/atau metode menyusui, Kurangnya dukungan keluarga, Faktor budaya.

c. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Kelelahan maternal, Kecemasan maternal

Objektif: Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu, ASI tidak menetas/memancar, BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam, Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua

d. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: tidak tersedia

Objektif: Intake bayi tidak adekuat, Bayi menghisap tidak terus menerus, Bayi menangis saat disusui, Bayi rewel dan menangis terus dalam jam-jam pertama setelah menyusui, Menolak untuk mengisap

e. Kondisi Klinis Terkait

Abses payudara, Mastitis, Carpal tunnel syndrom

7. Resiko Syok

a. Defenisi

Beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa.

b. Faktor Risiko

Hipoksemia, Hipoksia, Hipotensi, Kekurangan volume cairan, Sepsis
Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome [SIRS])

c. Kondisi Klinis Terkait

Perdarahan, Trauma multipel, Pneumothoraks, Infark miokard
Kardiomiopati, Cedera medula spinalis, Anafilaksis, Sepsis, Koagulasi

intravaskuler diseminata, Sindrom respons inflamasi sistemik (systemic inflammatory response syndrome [SIRS])

8. Resiko Infeksi

a. Defenisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b. Etiologi

Penyakit kronis (mis. diabetes melitus), Efek prosedur invasi, Malnutrisi, Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (Gangguan peristaltik, Kerusakan integritas kulit, Perubahan sekresi pH, Penurunan kerja siliaris, Ketuban pecah lama, Ketuban pecah sebelum waktunya, Merokok, statis cairan tubuh), Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder (Penurunan hemoglobin, Imunosupresi, Leukopenia, Supresi respon inflamasi, Vaksinasi tidak adekuat.

c. Kondisi Klinis Terkait

AIDS, luka bakar, penyakit paru obstruktif, diabetes mellitus, tindakan invasi, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, kanker, gagal ginjal, imunosupresi, *lymphedema*, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

BAB III

METODE STUDI KASUS

J. Desain Studi Kasus

Jenis studi kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien diagnosa medis *sectio caesarea* dengan pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

K. Subyek Studi Kasus

Menurut Sekaran dan Bougie (2017) subjek penelitian merupakan satu dari bagian atau anggota dalam sampel. Subjek penelitian adalah pihak yang dijadikan sebagai sumber informasi atau sumber data sebuah penelitian. Subyek penelitian pada studi kasus ini adalah individu yang dilakukan secara rinci dan mendalam. Adapun studi kasus yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic, dengan dengan diagnosa medis *sectio caesarea* di ruangan NIFAS III.

L. Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah suatu defenisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberi arti, menginterpretasikan kegiatan atau memberi suatu operasional yang diperoleh untuk mengukur variabel (Notoadmojo, 2018). Dalam penelitian ini standar operasional yang

digunakan adalah sectio caesarea yang merupakan proses persalinan dengan tindakan pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding perut .

M. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Lokasi dan waktu studi kasus dilaksanakan pada tanggal 10 Juni – 13 Juni 2023 di Ruangan NIFAS III pada Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

N. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan judul studi kasus setelah disetujui oleh pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan studi kasus. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek kasus.

O. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang diambil dalam penelitian ini adalah dengan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan analisis/studi dokumentasi.

P. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data dengan menggunakan format asuhan keperawatan bedah dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

Q. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data/informasi yang diperoleh dalam studi kasus sehingga menghasilkan data dengan validitas/kredibilitas yang tinggi. Pengujian keabsahan data dapat dilakukan dengan cara melakukan pengecekan dengan wawancara,

observasi atau teknik lain dalam waktu / situasi yang berbeda. Bila hasil uji menghasilkan data yang berbeda, maka dilakukan secara berulang-ulang sehingga sampai ditemukan kapasitas datanya (Sugiyono, 2018: 127).

Pada saat pengkajian data diperoleh dari studi dokumentasi (status pasien), wawancara pasien dan keluarga serta melakukan observasi. Untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber diatas. sumber akan semakin terjalin, semakin akrab, semakin terbuka, saling timbul kepercayaan, sehingga informasi yang diperoleh semakin banyak dan lengkap.data-data tersebut kemudian

Untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan penulis harus membaca berbagai referensi, buku, hasil penelitian terdahulu, dan dokumen-dokumen terkait dengan membandingkan hasil penelitian yang telah diperoleh. Dengan cara demikian, maka penulis akan semakin cermat dalam membuat laporan yang pada akhirnya laporan yang dibuat akan semakin berkualitas.

R. Analisis Data

Teknik analisa data dilakukan sejak memulai studi kasus, dengan pengumpulan data sampai semua data terkumpul kemudian data di analisa dengan cara mengemukakan fakta selanjutnya dengan membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruangan NIFAS III. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi dan Poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang paviliun dan Ruang perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 8 September 2023, jam 08.00 di Ruang NIFAS III RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

Studi kasus dilakukan pada Ny.V.R yang berumur 41 tahun di RSUD Ende Ruang NIFAS III Ruangan B, pasien berjenis kelamin perempuan, beragama Katolik, beralamat di Jalan Gatot Subroto, status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SMA pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga. Penanggung jawab pasien yaitu Tn. S.H.M yang berumur 44 tahun, tinggal di Jalan Gatot Subroto, pekerjaan wiraswasta. Pengkajian tanggal 08.09.2023 pasien sudah post sc hari pertama dengan keluhan nyeri pada tempat operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, skala nyeri sedang (4-6) dan belum BAB (Buang Air Besar) 2 hari setelah dilakukan sc.

1) Riwayat Keluhan Utama

Pasien post op sc hari pertama mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, setelah dilakukan sc dan didiagnosa *plasenta previa totalis*.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit masa lalu hanya batuk pilek biasa.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita plasenta previa seperti yang dialaminya.

4) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien dan pasien mengatakan apabila sakit selalu berobat ke Puskesmas. Dan selama masa kehamilan pasien rutin memeriksa kehamilan di Puskesmas Kota. Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama di rumah sakit selalu mengikuti apa yang dianjurkan oleh petugas.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari mengkonsumsi makanan seperti nasi, ikan, tahu, tempe dan sayuran.

Keadaan saat ini: pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan. Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), tonus otot baik, berat badan 50 Kg, TB 145cm.

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan BAB sebelumnya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien belum BAB sudah 2 hari, untuk BAK pasien masih terpasang dower kateter (DC)

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini: pasien masih mengeluh nyeri saat beraktivitas seperti berjalan.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00-05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien bisa tidur cukup setelah dioperasi. Pasien tidur pukul 20.00, dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensoris

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik serta tidak ada keluhan nyeri apapun.

Keadaan saat ini: Pasien mengeluh nyeri pada tempat operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit.

h) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya, pasien adalah ibu rumah tangga yang bertanggung jawab mengurus rumah tangga dan mengasuh anak.

Keadaan saat ini pasien mengatakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di ruangan NIFAS III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

i) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini : Relasi dengan petugas rumah sakit dan keluarga baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

i) Pola Sirkulasi :Perdarahan saat bedah \pm 300 cc.

j) Pola Reproduksi: terdapat lochea rubra dan dari mammae terdapat pengeluaran air susu (ASI).

k) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada suami dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini : pasien berharap cepat sembuh dari sakitnya.

1) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

3) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan *respon eye* 4 (membuka spontan), *respon verbal* 5 (Spontan bicara) dan *respon motorik* 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 120/80mmHg, Nadi : 80x/m, suhu : 36,5 °C, RR : 18 x/m, SpO2 : 99%, skala nyeri sedang (4-6). BB : 50 TB : 145 cm. Pada kepala:rambut tampak bersih dan beruban. Wajah:inspeksi:simetris kiri dan kanan, ekspresi menyeringai. Mata: bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, Telinga: tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar dari telinga. Hidung simetris. Mukosa bibir tampak lembab, bicara jelas. Pemeriksaan leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada simetris tidak ada retraksi dinding dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi:tidak ada suara napas tambahan. Pada pemeriksaan jantung normal, pemeriksaan abdomen : inspeksi tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, palpasi : terdapat nyeri tekan, darah (+), pus (-), distensi abdomen (-), Tinggi fundus uteri: teraba lunak, 2 jari dibawah pusat, auskultasi : peristaltik usus $\leq 5x/m$, pemeriksaan

genitalia terdapat lochea rubra dan dari mammae terdapat pengeluaran air susu. Pemeriksaan integumen: kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas/bawah : tidak ada oedema, CRT kurang dari 3 detik. Terpasang infus RL drip *oxytocin* 20 iu 28 tpm pada tangan kanan.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pada tanggal 7 September 2023 Pukul 21:45:49 dilakukan pemeriksaan darah sebagai berikut:

1) Darah Lengkap.

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	18,41	[10 ³ /UI]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.09	[10 ³ /UI]	(1.00-3.70)
MONO#	0.71	[10 ³ /UI]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 ³ /UI]	(0.00-0.40)
BASO#	0.02	[10 ³ /UI]	(0.00-0.10)
NEUT#	16,59	[10 ³ /UI]	(1.50-7.00)
LYMPH%	5,9	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	3,9	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0,0	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	90,1	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.06	[10 ³ /UI]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.29	[10 ⁶ /UI]	(4.40-5.90)
HGB	12.2	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	34.9	[%]	(40.0-52.0)
MCH	28,4	[fL]	(80.0-100.0)
MCHC	35.0	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	38,0	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- CV	12.7	[%]	(11.5-14.5)
PLT	145	[10 ³ /UI]	(150-450)
MPV	10,9	(fL)	(90- 13.0)
PCT	0,16	[%]	(0,1-0,35)
PDW	12,3	[fL]	(9,0-17,0)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

5) Terapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 7 September 2023 adalah ketorolac 3x30 mg/iv, Paracetamol 3x1g/iv, cefotaxime 2x1g/iv, asam tranexamat 3x500 mg/iv, inbion 1x1 tablet/oral(p.c),
 Terpasang infus RL drip *oxytocin* 20 iu 28 tpm

b. Tabulasi Data

Pasien mengeluh nyeri pada tempat operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, belum BAB 2 hari. WBC $18,41 \times 10^3$,tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, peristaltik usus $\leq 5x/m$, lochea rubra, terpasang dower kateter, perdarahan saat bedah ± 300 cc,
 Terpasang infus RL drip *oxytocin* 20 iu 28 tpm

c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, belum BAB 2 hari.

Data objektif: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen

teraba lunak , WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra,
 terpasang dower kateter, Terpasang infus RL drip
 oxytocin 20 iu 28 tpm

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

1) Data subjektif: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri

dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit

Data objektif: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

2) Data subjektif : pasien mengatakan belum BAB 2 hari.

Data objektif : peristaltik usus ≤ 5 x/m, abdomen teraba lunak.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologis (anastesi).

3) Data subjektif: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri

dirasakan saat bergerak

Data objektif: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, pasien, tampak tirah baring

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring.

4) Data subjektif : -

Data objektif : tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, darah (+) pus (-), WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra, terpasang dower kateter.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi).

3. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data –data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.V.R adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(prosedur operasi).

yang ditandai dengan :

DS: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat

bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit.

DO: skala nyeri sedang(4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa.

- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)).

DS: pasien mengatakan belum BAB 2 hari.

DO: peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak.

- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring

DS: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat

Bergerak

DO: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, pasien tampak tirah baring

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi).

DS : -

DO : tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, darah (+) pus (-), WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra, terpasang dower kateter.

4. Rencana Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan priorotas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas Masalah:

- a. Nyeri Akut
- b. Konstipasi
- c. Intoleransi aktifitas
- d. Resiko infeksi

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), yang ditandai dengan:

DS: pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit.

DO: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka

operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa.

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun.

Intervensi : Manajemen nyeri

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri

Rasional: Untuk menentukan durasi, frekuensi, dan karakteristik nyeri

- b) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Mengidentifikasi untuk menentukan dosis analgesic yang tepat

- c) Identifikasi nyeri non verbal

Rasional: menentukan skala nyeri dilihat dari ekspresi wajah

- d) Monitor efek samping penggunaan analgesic

Rasional: Guna melihat adanya reaksi alergi karena pemberian analgesic atau tidak.

Terapeutik

- e) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Mengurangi pergerakan agar nyeri tidak sering timbul

- f) Berikan teknik non farmakologi

Rasional: mengurangi nyeri tanpa menggunakan obat-obatan

Edukasi

- g) Ajarkan teknik pereda nyeri seperti relaksasi napas dalam.

Rasional: mengurangi nyeri dengan pelepasan hormon endorfin yang berfungsi sebagai analgesik (penghilang rasa sakit)

Kolaborasi

- h) Kolaborasi pemberian analgesic

Rasional: Untuk meredakan rasa nyeri dengan memblok transmisi/perpindahan nyeri dari reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dipersepsikan.

- 2) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)).

DS: pasien mengatakan belum BAB 2 hari.

DO: peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak..

Ekspetasi : Membaik

Kriteria Hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, Keluhan defekasi lama dan sulit menurun, Mengejan saat defekasi menurun, Distensi abdomen menurun, Teraba massa pada rektal menurun , Nyeri abdomen menurun, Kram abdomen menurun, Konsistensi feses membaik, Frekuensi BAB membaik, Peristaltik usus membaik.

Intervensi: Manajemen Konstipasi

Observasi

a) Kaji tanda dan gejala konstipasi

Rasional: Untuk menentukan tindakan serta terapi yang tepat untuk dilakukan.

b) Kaji pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna)

Rasional: untuk mengetahui efektifitas kerja dari usus sehingga bisa menentukan tindakan yang akan dilakukan.

c) Identifikasi faktor resiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)

Rasional: Untuk mengetahui hal-hal yang dapat memperberat resiko konstipasi

Terapeutik

d) Anjurkan diet tinggi serat, tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional: serat mengandung zat selulosa yang berfungsi untuk menyerap air yang dapat melunakan feses sehingga memudahkan pengeluaran feses serta dapat memperbaiki sel dan jaringan yang rusak.

e) Berikan enema atau irigasi

Rasional: . Untuk merangsang pengeluaran feses

Edukasi

f) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan

Rasional: Untuk memberikan informasi terkait masalah yang dihadapi pasien

g) Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Rasional: Untuk memudahkan pengeluaran feses

h) Latih buang air besar secara teratur

Rasional: Untuk merangsang pengeluaran feses

i) Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi

Rasional: Agar pasien dan keluarga mampu secara mandiri mengatasi konstipasi

Kolaborasi

j) Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus

Rasional: Untuk memberikan makanan yang sesuai yang bisa membantu pengeluaran feses

k) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

Rasional: Untuk merangsang pengeluaran feses

3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring

DS: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat

Bergerak

DO: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka

operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, pasien tampak tirah baring

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

masalah toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil: frekuensi nadi menurun, keluhan nyeri berkurang

Intervensi: Manajemen Energi

a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri

Rasional: mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan.

b) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: untuk mengetahui koping pasien

c) Anjurkan mobilisasi dini

Rasional:mobilisasi yang cepat mampu meningkatkan rentang gerak pasien sehingga dapat melatih kekuatan otot serta mencegah terjadinya kekakuan pada sendi.

d) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

Rasional: membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas

e) Anjurkan mobilisasi secara bertahap

Rasional: melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

4) Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi) yang ditandai dengan:

DS:-

DO: tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, darah (+) pus (-), WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra, terpasang dower kateter

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan risiko infeksi dapat teratasi

Kriteria hasil : Kebersihan tangan meningkat, Demam menurun , Nyeri menurun, Pengeluaran lochea bagus, Kontraksi uterus baik, Drainase purulen menurun, Periode menggigil menurun, Kadar sel darah putih membaik, Kultur area luka membaik

Intervensi: Pencegahan Infeksi

Observasi

a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : Untuk mengetahui adanya infeksi

Terapeutik

b) Batasi jumlah pengunjung

Rasional : . Mencegah kontaminasi

c) Berikan perawatan kulit pada area oedema

Rasional : Mengurangi infeksi

d) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional : Mencegah terjadinya perpindahan kuman/mikroorganisme.

e) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional : Mencegah kontaminasi mikroorganisme

Edukasi

f) . Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Menambah informasi terkait penyakit yang diderita

g) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional : Menjaga diri dan orang lain dari paparan kuman

h) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional : Agar pasien dan keluarga mengerti tentang keadaan luka

i) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional : Untuk mengurangi risiko infeksi

Kolaborasi

j) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Rasional: Mencegah infeksi

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Jumad , 08 September 2023

Diagnosa Keperawatan I

07.00 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas nyeri serta skala nyeri: tampak luka operasi pada daerah abdomen, sepanjang 30 cm,

terasa nyeri pada saat berjalan, seperti ditusuk-tusuk.hilang timbul dan durasi 5-10 menit., skala nyeri sedang 4-6,ekspresi menyeringai. 07.15 Mengobservasi vital sign: TD : 120/80mmHg, Nadi : 80x/m, suhu : 36,5 °C, RR : 18 x/m, SpO2 : 99% 07.25. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam: pasien mengikuti cara teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut. 07.45 Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur yang cukup:pasien mengikuti anjuran perawat. 08.00.Melayani injeksi ketorolac 3x30 mg/iv 08.05 Memonitor efek samping penggunaan analgesic: tidak terdapat tanda-tanda reaksi alergi seperti,gatal-gatal,ruam kulit,sesak napas,bengkak.

Diagnosa Keperawatan II

07.30Mengkaji tanda dan gejala konstipasi: pasien belum BAB 2 hari,tampak distensi abdomen 07.50 Mengidentifikasi faktor resiko konstipasi: pasien beresiko konstipasi akibat dari penggunaan anastesi saat operasi 07.55 Mengauskultasi bising usus: peristaltik usus ≤ 5 x/m. 08.20.Memberikan edukasi ke pasien tentang efek anastesi terhadap frekuensi buang air besar: pasien mengerti bahwa belum BAB karena efek dari obat anastesi (obat bius)

Diagnosa Keperawatan III

08.30 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri H: Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak 08.40 Memonitor kelelahan fisik dan emosional 09.20 Menganjurkan mobilisasi dini 09.35

Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 10.00 Menganjurkan mobilisasi secara bertahap.

Diagnosa Keperawatan IV

08.35 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : luka tampak masih basah,ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak.

08.36 Merawat luka dengan teknik steril: mencuci tangan dengan hand wash, menggunakan sarung tangan steril kemudian melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan, kemudian menekan secara lembut bagian tepi luka, jika sudah bersih tutup kembali luka dengan kasa steril. 09.00 Menganjurkan keluarga untuk membatasi pengunjung agar mencegah terjadinya kontaminasi/perpindahan kuman penyebab infeksi. 09.10 Mengajarkan cara cuci tangan yang tepat yaitu: cuci tangan dengan menggunakan hand wash/hand rub dimulai dari telapak tangan ,punggung tangan, celah-celah jari, buku-buku jari dan kedua jempol dan ujung-ujung kuku. 09.25 Menganjurkan pasien dan keluarga untuk selalu mencuci tangan ketika kontak dengan lingkungan pasien 09.30 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi ada pasien: pasien mengerti tentang tanda dan gejala infeksi yaitu ada keluhan demam, pada luka operasi terdapat pus,bengkak,kemerahan dan luka berbau. 09.45 Mengobservasi lochea serta menganjurkan pasien untuk mengganti pembalut minimal 2 kali sehari : *lochea rubra* (warna merah terang) dan pasien mengikuti apa yang dianjurkan.

08.37 Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan serta diet tinggi protein. 10.00 Melayani injeksi cefotaxime 1 gr/iv 12.00 Melayani makan 1 porsi diet tinggi kalori dan tinggi protein

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Sabtu, 09 September 2023

Diagnosa Keperawatan I

07.00 Mengidentifikasi nyeri: nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang, skala nyeri ringan(1-3), ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 3-5 menit. 07.10 Mengobservasi vital sign: TD : 110/80 mmHg, Nadi : 84x/m, suhu : 36,8⁰C, RR : 18 x/m, SpO2 : 99% 07.20. Mengajarkan teknik distraksi dengan membaca buku/majalah parenting. 08.00.Melayani injeksi ketorolac 3x30 mg/iv 08.05 Memonitor efek samping penggunaan analgesic: tidak terdapat tanda-tanda reaksi alergi seperti,gatal-gatal,ruam kulit,sesak napas,bengkak.

Diagnosa Keperawatan II

07.30 Mengkaji tanda dan gejala konstipasi: pasien sudah BAB, perut tampak mengecil 07.55 Mengauskultasi bising usus: peristaltik usus ≥ 8 x/m. 08.20.Menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan. 08.30 Menganjurkan pasien untuk melatih pola BAB seperti pada pagi hari setelah mengkonsumsi air putih 500 ml.

Diagnosa Keperawatan III

08.30 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri
 H: Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak 08.40 Memonitor
 kelelahan fisik dan emosional 09.20 Mengajukan mobilisasi dini 09.35
 Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 10.00 Mengajukan
 mobilisasi secara bertahap.

Diagnosa Keperawatan IV

08.38 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : luka tampak
 kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak. 08.40
 Merawat luka dengan teknik steril: mencuci tangan dengan hand wash,
 menggunakan sarung tangan steril kemudian melepaskan balutan dan plester
 secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan,
 kemudian menekan secara lembut bagian tepi luka, jika sudah bersih tutup
 kembali luka dengan kasa steril. 09.05 Mengingatkan kembali keluarga
 untuk cara cuci tangan yang tepat yaitu: cuci tangan dengan menggunakan
 hand wash/hand rub dimulai dari telapak tangan, punggung tangan, celah-
 celah jari, buku-buku jari dan kedua jempol dan ujung-ujung kuku. 09.25
 Mengingatkan kembali pasien dan keluarga untuk selalu mencuci tangan
 ketika kontak dengan lingkungan pasien 09.30 Mengobservasi jenis *lochea*:
lochea rubra 09.45 Mengajukan pasien untuk meningkatkan asupan
 cairan serta diet tinggi protein. 10.00 Melayani injeksi cefotaxime 1 gr/iv
 12.00 Melayani makan 1 porsi diet tinggi kalori dan tinggi protein .

6. Evaluasi Keperawatan

Hari Jumad, Tanggal 8 September 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 3-5 menit.

A: nyeri akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1-7

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien belum BAB 2 hari,

DO: peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak.

A: Masalah konstipasi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1-4.

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, pasien tamak melakukan mobilisasi sederhana (berjalan)

A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1-4

Diagnosa Keperawatan IV

DS: pasien mengatakan ada luka operasi dan masih nyeri

DO: luka tampak masih basah, ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak

A: Masalah resiko infeksi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-9.

Hari Sabtu, Tanggal 9 September 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien mengatakan nyeri pada saat berjalan sudah berkurang, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 3-5 menit.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, ekspresi menyeringai, skala nyeri ringan (1-3).

A: nyeri akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1-7

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengatakan sudah BAB, warna kuning, konsistensi lembek.

DO: abdomen tampak mengecil dan teraba lunak, peristaltik usus $\geq 8x/m$

A: Masalah konstipasi teratasi

P : pertahankan intervensi 1-4.

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, pasien tampak masih tirah baring

A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1-4

Diagnosa Keperawatan IV

DS: pasien mengatakan ada luka operasi

DO: luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus, bengkak dan tidak berbau.

A: Masalah resiko infeksi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-9.

Catatan Perkembangan Hari Minggu, 10 September 2023 sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

S: pasien mengatakan nyeri pada saat berjalan sudah berkurang , nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 1-3 menit.

O: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, ekspresi rileks, skala nyeri ringan (1-3).

A: nyeri akut teratasi sebagian

P : pertahankan intervensi 1-7

I: 07.00 Mengidentifikasi nyeri: nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang, skala nyeri ringan(1-3), ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 1-3 menit. 07.10 Mengobservasi vital sign: TD : 110/70 mmHg, Nadi :78x/m, suhu : 36,5⁰C, RR : 18 x/m, SpO2 : 98%

08.00.Melayani injeksi ketorolac 3x30 mg/iv 08.05 Memonitor efek samping penggunaan analgesic: tidak terdapat tanda-tanda reaksi alergi seperti,gatal-gatal,ruam kulit,sesak napas,bengkak.

E: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang, skala nyeri ringan(1-3), ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 1-3 menit.

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengatakan sudah BAB, warna kuning, konsistensi lembek.

DO:perut tampak mengecil, peristaltik usus $\geq 8x/m$

A: Masalah konstipasi teratasi

P : pertahankan intervensi 1-4.

I: 07.40 Mengkaji tanda dan gejala konstipasi: pasien sudah BAB, perut tampak mengecil 07.55 Mengauskultasi bising usus: peristaltik usus $\geq 8x/m$.

08.20.Menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan. 08.35 Menganjurkan pasien untuk melatih pola BAB seperti pada pagi hari setelah mengkonsumsi air putih 500 ml

E: pasien mengatakan sudah BAB, perut tampak mengecil, peristaltik usus $\geq 8x/m$.

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, pasien tamak melakukan

mobilisasi sederhana(berjalan)

A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1-4

I: 10.30 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri

H: Pasien mengatakan nyeri saat berjalan sudah berkurang 10.35

Melakukan latihan rentang gerak aktif H/ Pasien sudah mulai latihan

berjalan 10.00 Menganjurkan mobilisasi secara bertahap.

E: Pasien mengatakan nyeri saat berjalan sudah berkurang dan sudah melakukan aktifitas seperti berjalan.

Diagnosa Keperawatan IV

DS: pasien mengatakan ada luka operasi

DO: luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus, bengkak dan tidak berbau.

A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian

P: pertahankan intervensi 1-9.

I: Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak kemerahan, pus dan bengkak,tidak berbau 08.40 Mengajarkan cara merawat luka dengan teknik steril kepada pasien dan keluarga : mencuci tangan dengan hand wash, menggunakan sarung tangan steril kemudian melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan, kemudian menekan secara lembut bagian tepi luka, jika sudah bersih tutup kembali luka dengan kasa steril. 09.05 Mengingatkan kembali keluarga untuk

cara cuci tangan yang tepat yaitu: cuci tangan dengan menggunakan hand wash/hand rub dimulai dari telapak tangan, punggung tangan, celah-celah jari, buku-buku jari dan kedua jempol dan ujung-ujung kuku. 09.25 Mengingatkan kembali pasien dan keluarga untuk selalu mencuci tangan ketika kontak dengan lingkungan pasien 09.30 Mengobservasi jenis *lochea: lochea rubra* 09.45 Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan serta diet tinggi protein. 10.00 Melayani injeksi cefotaxime 1 gr/iv 12.00 Melayani makan 1 porsi diet tinggi kalori dan tinggi protein 13.00 Aff infus dan aff kateter dengan dibantu perawat.

E: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, keadaan luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak, tidak berbau.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *sectio caesarea* menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny.V.R di Ruang NIFAS III.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny.V.R ditemukan pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, belum BAB 2 hari, lochea rubra, terpasang dower kateter, abdomen teraba lunak, peristaltik

usus $\leq 5x/m$, perdarahan saat pembedahan ± 300 ml, terpasang infus RL drip *oxytocin* 20 iu 28 tpm, sedangkan manifestasi klinis menurut Silaen, dkk, 2020, pada ibu post sectio caesarea yaitu: luka insisi dibagian abdomen, nyeri pada luka insisi dibagian abdomen, distensi kandung kemih sehingga rata-rata terpasang kateter urinarius, abdomen lunak, tidak ada distensi, tidak terdengarnya auskultasi bising usus akibat efek anastesi, perdarahan kurang lebih 600-800 ml yang hilang selama proses pembedahan, konstipasi.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Ny.V.R dimana keluhan yang ada pada teori tapi tidak ada dikasus adalah distensi kandung kemih. Hal ini terjadi karena pasien sebelum dilakukan tindakan *sectio caesarea* sudah dilakukan pemasangan dower kateter sehingga tidak terjadi distensi kandung kemih. Sedangkan keluhan yang ada di kasus dan tidak ada pada teori adalah perdarahan saat pembedahan ± 300 ml. Perdarahan pada kasus Ny.V.R lebih sedikit dibandingkan pada teori. Hal ini terjadi karena pada Ny.V.R sebelum dilakukan tindakan *sectio caesarea* sudah dilakukan pemberian terapi *oxytocin* di drip dalam 500 cc infus RL dimana fungsi *oxytocin* untuk membantu memperkuat kontraksi rahim selama persalinan juga untuk mengurangi perdarahan .

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.V.R adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek

agen farmakologi (anestesi)), intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi) sedangkan diagnosa menurut Nurarif & Kusuma, 2015 (NANDA NIC-NOC) yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan agen pencedera fisik, Perubahan pola eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kontraksi otot detrusor akibat efek anestesi, Perubahan pola eliminasi BAB berhubungan dengan penurunan peristaltik usus akibat efek anestesi, ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, kebutuhan tidak terpenuhi, menyusui tidak efektif berhubungan anomali puting susu, resti syok berhubungan dengan kehilangan cairan akibat perdarahan, Resiko infeksi berhubungan agen pencedera fisik (luka insisi persalinan. Diagnosa keperawatan yang ada di teori tetapi tidak ada dikasus Ny.V.R adalah Perubahan pola eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kontraksi otot detrusor akibat efek anestesi, ansietas berhubungan dengan krisis situasi, ancaman pada konsep diri, kebutuhan tidak terpenuhi, menyusui tidak efektif berhubungan anomali puting susu, resti syok berhubungan dengan kehilangan cairan akibat perdarahan. Diagnos ini tidak ditegakan karena tidak cukup data yang mendukung untuk bisa ditegakan suatu diagnosa seperti distensi kandung kemih, depresi, bayi rewel, perdarahan \pm 600 ml.

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mengatasi masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)), intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi). Maka tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah ditentukan. Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan perencanaan pada diagnosa keperawatan I Mengidentifikasi nyeri, mengobservasi vital sign: TD : 110/80 mmHg, Nadi : 84x/m, suhu : 36,8⁰C, RR : 18 x/m, SpO₂ : 99% 07.20. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. diagnosa keperawatan II Mengkaji tanda dan gejala konstipasi, mengauskultasi bising usus, menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan, Menganjurkan pasien untuk melatih pola BAB . Diagnosa keperawatan III: Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri , Melakukan latihan rentang gerak aktif, Menganjurkan mobilisasi secara bertahap. Diagnosa keperawatan IV

Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, merawat luka dengan teknik steril, mengajarkan cara cuci tangan yang tepat, menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan serta diet tinggi protein, menganjurkan diet tinggi kalori dan tinggi protein.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapam terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah nyeri berkurang dengan hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang, ekspresi rileks, skala nyeri ringan (1-3), masalah konstipasi teratasi dengan hasil pasien sudah BAB, peristaltik usus $\geq x$, masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian dengan pasien tampak melakukan aktifitas seperti berjalan resiko infeksi teratasi sebagian dengan hasil: luka tampak kering, bengkak (-), pus (-), kemerahan (-).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Ny.V.R maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada pengkajian ditemukan mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, belum BAB 2 hari, lochea rubra, terpasang dower kateter, abdomen teraba lunak, peristaltik usus $\leq 5x/m$, perdarahan saat pembedahan ± 300 ml, terpasang infus RL drip *oxytocin* 20 iu 28 tpm
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.V.R adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)), intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mengatasi masalah. Maka tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

4. Pelaksanaan keperawatan dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018)
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian.
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata.

B. Saran

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada pasien dengan *sectio caesarea*

2. Bagi Institusi Pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dengan buku referensi minimal 5 tahun terakhir dan praktek laboratorium yang efektif untuk menambah skill mahasiswa.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan kepada keluarga khususnya ibu hamil untuk rutin pemeriksaan antenatal/ kunjungan kehamilan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat dan untuk ibu post *sectio caesarea* untuk tetap latihan mobilisasi serta mengkonsumsi obat yang diberikan secara teratur.

DAFTAR PUSTAKA

- (Fatimah & Nuryaningsih, 2017). <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7605/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>
- Agus S, 2020 Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas Ny.E Dengan P3013 Post Sectio Caesarea (Sc) O/K Lmr Di Ruang Kemuning Brsu Tabanan dalam <http://repository.itekes-bali.ac.id/medias/journal/KTI.pdf> Diakses pada tanggal 4 Juni 2023 PUKUL 20.00 wita
- Ainuhikma, L. (2018). Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Dengan Fokus Studi Pengelolaan Nyeri Akut Di Rsud Djojonegoro Kabupaten Temanggung[Politeknik Kesehatan Semarang
- Ayuningtyas et al, (2018). Analisa Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya.
- Chania, H., Andhini, D., & Jaji, J. (2020, August). Pengaruh Teknik Perkusi Dan Vibrasi Terhadap Pengeluaran Sputum Pada Balita Dengan Ispa Di Puskesmas Indralaya. In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan (Vol. 6, No. 1, pp. 2530). <http://www.conference.unsri.ac.id/index.php/SNK/article/view/1727>.
- Fia Malika Sabrina 2021. <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknl-jakarta1/baca-artikel/14554/Ibu-Bahagia-Menghasilkan-Generasi-Aset-Bangsa-yang-Berharga.html>
- Gerald, Y. (2020). Profil Persalinan Seksio Sesarea Pada Hipertensi Dalam Kehamilan Berdasarkan Hasil Luaran Ibu Di Rsia Sitti Khadijah 1 Muhammadiyah Makassar Periode Desember 2018 – November 2019 [Universitas Hassanudin
- Jitowiyono, S., & Kristiyanasari, W. (2021). Asuhan keperawatan post operasi pendekatan nanda, nic, noc. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Mone, M. I. (2019). Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. M.M Di Puskesmas Radamata Kecamatan Laura Periode 01 April Sampai Dengan 19 Juni 2019. Politeknik Kesehatan
- Monika, F. . 2016. Buku Pintar ASI dan Menyusui (1st ed.; K. Sulistiyani, Ed.). Jakarta: Noura Books (PT Mizan Publika).
- Notoatmodjo, S. 2018, Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2019. http://repository.itekes-bali.ac.id/medias/journal/KTI_AGUS_SUDHARMA__1_.pdf.
- Nursalam. (2017). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (4th ed). Jakarta : Salemba Medika.

- Ramandanty, 2019 [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/9319/3/BAB% 20II % 20Tinjauan%20Pustaka.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/9319/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf)
- Ramandanty, P, V. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesaria Diruang Mawar Rsud A.W Sjahranie Samarind
- Rini, Susilo dan Feti Kumala. 2017. Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based. Yogyakarta: Deepublish. Rismalinda.
- Rukiah 2018. Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Indikasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Martha Friska Pulo Brayan Pada Tahun <https://penelitian.uisu.ac.id/wp-content/uploads/2018/10/17.-Sri-Rejeki-dan-Maya-sari.pdf>. diakses pada tanggal 29 Mei 2023 Pukul 20.00
- Sekaran, Uma dan Roger Bougie, (2017), Metode Penelitian untuk Bisnis: Pendekatan Pengembangan-Keahlian, Edisi 6, Buku 2, Salemba Empat, Jakarta Selatan 12610.
- Sekaran, Uma dan Roger Bougie, (2017), Metode Penelitian untuk Bisnis: Pendekatan Pengembangan-Keahlian, Edisi 6, Buku 1, Cetakan Kedua, Salemba Empat, Jakarta Selatan 12610. [http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/29968/7.%20BA B%203.pdf?sequence=8&isAllowed=y](http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/29968/7.%20BAB%203.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- Sugiyono. (2016). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: PT Alfabet.
- Sugiyono. 2018. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D, penerbit Alfabeta,Bandung
- Sulistianingsih, A. R., & Bantas, K. (2018). Peluang Menggunakan Metode Sesar Pada Persalinan Di Indonesia (Analisis Data Sdki Tahun 2019). Jurnal Kesehatan
- Tanto 2019. Kaita Selekt Kedokteran, Edisi IV, Jakarta Media Aesculapius
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta Selatan: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Wahyuningsih, S. 2019b. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan (Pertama). Yogyakarta: Deepublish Publisher

Yuliana&Hakim,2020).<http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/7749/3/> BAB%
20II %20 Tinjauan%20Pustaka.pdf

Yuliana, W., & Hakim, B. N. (2020). Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.V.R DENGAN
MASALAH UTAMA *POST SECTIO CAESAREA*
DI RUANGAN NIFAS III PADA RSUD ENDE

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 8 September 2023

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama	: Ny.V.R
Umur	: 41 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Agama	: Katolik
Alamat	: Jalan Gatot Subroto

Dx. Medik : *Post Sectio Caesarea*

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S.H.M

Umur : 44 tahun

Hubungan dengan pasien : Suami dari pasien

Alamat : Jalan Gatot Subroto

b. Status Kesehatan

1) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan Utama

Pasien post op sc hari pertama mengeluh nyeri pada luka operasi.

b) Riwayat Keluhan Utama

Pasien post op sc hari pertama mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, setelah dilakukan sc dan didiagnosa *plasenta previa totalis*.

2) Status Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit masa lalu hanya batuk pilek biasa.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita plasenta previa seperti yang dialaminya.

c. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Kultural-Spiritual)

1) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien dan pasien mengatakan apabila sakit selalu berobat ke Puskesmas. Dan selama masa kehamilan pasien rutin memeriksa kehamilan di Puskesmas Kota.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama di rumah sakit selalu mengikuti apa yang dianjurkan oleh petugas.

2) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari mengkonsumsi makanan seperti nasi, ikan, tahu, tempe dan sayuran.

Keadaan saat ini: pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan. Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), tonus otot baik, berat badan 50 Kg, TB 145cm.

3) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan BAB sebelumnya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien belum BAB sudah 2 hari, untuk BAK pasien masih terpasang dower kateter (DC)

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini: pasien masih mengeluh nyeri saat beraktivitas seperti berjalan.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00-05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien bisa tidur cukup setelah dioperasi. Pasien tidur pukul 20.00, dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

6) Pola Kognitif dan Persepsi Sensoris

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik serta tidak ada keluhan nyeri apapun.

Keadaan saat ini: Pasien mengeluh nyeri pada tempat operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya, pasien adalah ibu rumah tangga yang bertanggung jawab mengurus rumah tangga dan mengasuh anak.

Keadaan saat ini pasien mengatakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di ruangan NIFAS III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

8) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini : Relasi dengan petugas rumah sakit dan keluarga baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

9) Pola Sirkulasi :Perdarahan saat bedah \pm 300 cc.

10) Pola Reproduksi: terdapat lochea rubra dan dari mammae terdapat pengeluaran air susu (ASI).

11) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada suami dan anaknya.

Keadaan saat ini : pasien berharap cepat sembuh dari sakitnya.

12) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

d. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan *respon eye* 4 (membuka spontan), *respon verbal* 5 (Spontan bicara) dan *respon motorik* 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 120/80mmHg,

Nadi : 80x/m, suhu : 36,5 °C, RR : 18 x/m, SpO2 : 99%, skala nyeri sedang (4-6). BB : 50 TB : 145 cm. Pada kepala:rambut tampak bersih dan beruban. Wajah:inspeksi:simetris kiri dan kanan, ekspresi menyeringai. Mata: bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, Telinga: tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar dari telinga. Hidung simetris. Mukosa bibir tampak lembab, bicara jelas. Pemeriksaan leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada simetris tidak ada retraksi dinding dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi:tidak ada suara napas tambahan. Pada pemeriksaan jantung normal, pemeriksaan abdomen : inspeksi tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, palpasi : terdapat nyeri tekan, darah (+), pus (-), distensi abdomen (-), Tinggi fundus uteri: teraba lunak, 2 jari dibawah pusat, auskultasi : peristaltik usus ≤ 5 x/m, pemeriksaan genitalia terdapat lochea rubra dan dari mammae terdapat pengeluaran air susu. Pemeriksaan integumen: kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas/bawah : tidak ada oedema, CRT kurang dari 3 detik. Terpasang infus RL drip oxytocin 20 iu 28 tpm pada tangan kanan.

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah Lengkap(Pada tanggal 7 September 2023)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	18,41	[10 ³ /U1]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.09	[10 ³ /U1]	(1.00-3.70)
MONO#	0.71	[10 ³ /U1]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 ³ /U1]	(0.00-0.40)
BASO#	0.02	[10 ³ /U1]	(0.00-0.10)
NEUT#	16,59	[10 ³ /U1]	(1.50-7.00)
LYMPH%	5,9	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	3,9	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0,0	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	90,1	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.06	[10 ³ /U1]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.29	[10 ⁶ /U1]	(4.40-5.90)
HGB	12.2	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	34.9	[%]	(40.0-52.0)
MCH	28,4	[fL]	(80.0-100.0)
MCHC	35.0	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	38,0	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- CV	12.7	[%]	(11.5-14.5)
PLT	145	[10 ³ /U1]	(150-450)
MPV	10,9	(FL)	(90- 13.0)
PCT	0,16	[%]	(0,1-0,35)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap

f. Terapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 7 September 2023 adalah ketorolac 3x30 mg/iv, Paracetamol 3x1g/iv, cefotaxime 2x1g/iv, asam tranexamat 3x500 mg/iv, inbion 1x1 tablet/oral(p.c), Terpasang infus RL drip *oxytocin* 20 iu 28 tpm

2. Tabulasi Data

Pasien mengeluh nyeri pada tempat operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit, skala nyeri

sedang (4-6), ekspresi menyeringai, belum BAB 2 hari. WBC $18,41 \times 10^3$
.tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, peristaltik usus
 $\leq 5x/m$, lochea rubra, terpasang dower kateter, perdarahan saat bedah ± 300
cc, Terpasang infus RL drip oxytocin 20 iu 28 tpm

3. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan
kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat
bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10
menit, belum BAB 2 hari.

Data objektif: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas
luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, peristaltik usus
 $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak , WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra,
terpasang dower kateter, Terpasang infus RL drip oxytocin 20
iu 28 tpm

4. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang
masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

5) Data subjektif: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan
saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan
durasi 5-10 menit

Data objektif: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak
bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

- 6) Data subjektif : pasien mengatakan belum BAB 2 hari.

Data objektif : peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologis (anastesi)).

- 7) Data subjektif: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak

Data objektif: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, pasien, tampak tirah baring

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring.

- 8) Data subjektif : -

Data objektif : tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, darah (+) pus (-), WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra, terpasang dower kateter.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi).

B. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data –data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.V.R adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(prosedur operasi).

yang ditandai dengan :

DS: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat

bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit.

DO: skala nyeri sedang(4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka

operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa.

2. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)).

DS: pasien mengatakan belum BAB 2 hari.

DO: peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring

DS: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat

Bergerak

DO: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka

operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, pasien tampak tirah baring

4. Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi).

DS : -

DO : tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, darah (+) pus (-), WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra, terpasang dower kateter.

C. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas Masalah:

- a. Nyeri Akut
- b. Konstipasi
- c. Intoleransi aktifitas
- d. Resiko infeksi

5) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), yang ditandai dengan:

DS: pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat bergerak seperti tertusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 5-10 menit.

DO: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa.

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam
maka tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Sikap protektif menurun,
Gelisah menurun.

Intervensi : Manajemen nyeri

Observasi

i) Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas nyeri

Rasional: Untuk menentukan durasi, frekuensi, dan karakteristik
nyeri

j) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Mengidentifikasi untuk menentukan dosis analgesic yang
tepat

k) Identifikasi nyeri non verbal

Rasional: menentukan skala nyeri dilihat dari ekspresi wajah

l) Monitor efek samping penggunaan analgesic

Rasional: Guna melihat adanya reaksi alergi karena pemberian
analgesic atau tidak.

Terapeutik

m) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Mengurangi pergerakan agar nyeri tidak sering timbul

n) Berikan teknik non farmakologi

Rasional: mengurangi nyeri tanpa menggunakan obat-obatan

Edukasi

o) Ajarkan teknik pereda nyeri seperti relaksasi napas dalam.

Rasional: mengurangi nyeri dengan pelepasan hormon endorfin yang berfungsi sebagai analgesik (penghilang rasa sakit)

Kolaborasi

p) Kolaborasi pemberian analgesic

Rasional: Untuk meredakan rasa nyeri dengan memblok transmisi/perpindahan nyeri dari reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dipersepsikan.

6) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (efek agen farmakologi (anastesi)).

DS: pasien mengatakan belum BAB 2 hari.

DO: peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak..

Ekspetasi : Membaik

Kriteria Hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, Keluhan defekasi lama dan sulit menurun, Mengejan saat defekasi menurun, Distensi abdomen menurun, Teraba massa pada rektal menurun, Nyeri abdomen menurun, Kram abdomen menurun, Konsistensi feses membaik, Frekuensi BAB membaik, Peristaltik usus membaik.

Intervensi: Manajemen Konstipasi

Observasi

l) Kaji tanda dan gejala konstipasi

Rasional: Untuk menentukan tindakan serta terapi yang tepat untuk dilakukan.

m) Kaji pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume dan warna)

Rasional: untuk mengetahui efektifitas kerja dari usus sehingga bisa menentukan tindakan yang akan dilakukan.

n) Identifikasi faktor resiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)

Rasional: Untuk mengetahui hal-hal yang dapat memperberat resiko konstipasi

Terapeutik

o) Anjurkan diet tinggi serat, tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional: serat mengandung zat selulosa yang berfungsi untuk menyerap air yang dapat melunakan feses sehingga memudahkan pengeluaran feses serta dapat memperbaiki sel dan jaringan yang rusak.

p) Berikan enema atau irigasi

Rasional: . Untuk merangsang pengeluaran feses

Edukasi

q) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan

Rasional: Untuk memberikan informasi terkait masalah yang dihadapi pasien

r) Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Rasional: Untuk memudahkan pengeluaran feses

s) Latih buang air besar secara teratur

Rasional: Untuk merangsang pengeluaran feses

t) Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi

Rasional: Agar pasien dan keluarga mampu secara mandiri mengatasi konstipasi

Kolaborasi

u) Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus

Rasional: Untuk memberikan makanan yang sesuai yang bisa membantu pengeluaran feses

v) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

Rasional: Untuk merangsang pengeluaran feses

7) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring

DS: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasakan saat

Bergerak

DO: skala nyeri sedang (4-6), ekspresi menyeringai, tampak bekas luka

operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, pasien tampak tirah baring

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

masalah toleransi aktifitas meningkat.

Kriteria hasil: frekuensi nadi menurun, keluhan nyeri berkurang

Intervensi: Manajemen Energi

f) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri

Rasional: mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan.

g) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional: untuk mengetahui koping pasien

h) Anjurkan mobilisasi dini

Rasional: mobilisasi yang cepat mampu meningkatkan rentang gerak pasien sehingga dapat melatih kekuatan otot serta mencegah terjadinya kekakuan pada sendi.

i) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

Rasional: membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas

j) Anjurkan mobilisasi secara bertahap

Rasional: melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

8) Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi) yang ditandai dengan:

DS:-

DO: tampak bekas luka operasi sepanjang 30 cm, tertutup kassa, darah (+)
pus (-), WBC $18,41 \times 10^3$, lochea rubra, terpasang dower kateter

Ekspektasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan risiko infeksi dapat teratasi

Kriteria hasil : Kebersihan tangan meningkat, Demam menurun, Nyeri menurun, Pengeluaran lochea bagus, Kontraksi uterus baik, Drainase purulen menurun, Periode menggigil menurun, Kadar sel darah putih membaik, Kultur area luka membaik

Intervensi: Pencegahan Infeksi

Observasi

- k) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional : Untuk mengetahui adanya infeksi

Terapeutik

- l) Batasi jumlah pengunjung

Rasional : . Mencegah kontaminasi

- m) Berikan perawatan kulit pada area oedema

Rasional : Mengurangi infeksi

- n) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional : Mencegah terjadinya perpindahan kuman/mikroorganisme.

- o) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional : Mencegah kontaminasi mikroorganisme

Edukasi

- p). Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional : Menambah informasi terkait penyakit yang diderita

- q) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional : Menjaga diri dan orang lain dari paparan kuman

- r) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional : Agar pasien dan keluarga mengerti tentang keadaan luka

- s) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional : Untuk mengurangi risiko infeksi

Kolaborasi

t) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

Rasional: Mencegah infeksi

D. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Jumad, 08 September 2023

Diagnosa Keperawatan I

07.00 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas nyeri serta skala nyeri: tampak luka operasi pada daerah abdomen, sepanjang 30 cm, terasa nyeri pada saat berjalan, seperti ditusuk-tusuk.hilang timbul dan durasi 5-10 menit., skala nyeri sedang 4-6,ekspresi menyeringai. 07.15 Mengobservasi vital sign: TD : 120/80mmHg, Nadi : 80x/m, suhu : 36,5 °C, RR : 18 x/m, SpO2 : 99% 07.25. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam: pasien mengikuti cara teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut. 07.45 Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur yang cukup:pasien mengikuti anjuran perawat. 08.00.Melayani injeksi ketorolac 3x30 mg/iv 08.05 Memonitor efek samping penggunaan analgesic: tidak terdapat tanda-tanda reaksi alergi seperti,gatal-gatal,ruam kulit,sesak napas,bengkak.

Diagnosa Keperawatan II

07.31 Mengkaji tanda dan gejala konstipasi: pasien belum BAB 2 hari,tampak distensi abdomen 07.50 Mengidentifikasi faktor resiko konstipasi: pasien beresiko konstipasi akibat dari penggunaan anastesi saat

operasi 07.55 Mengauskultasi bising usus: peristaltik usus $\leq 5x/m$.

08.20.Memberikan edukasi ke pasien tentang efek anestesi terhadap frekuensi buang air besar: pasien mengerti bahwa belum BAB karena efek dari obat anestesi (obat bius).

Diagnosa Keperawatan III

08.30 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri

H: Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak 08.40 Memonitor

kelelahan fisik dan emosional 09.20 Menganjurkan mobilisasi dini 09.35

Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 10.00 Menganjurkan

mobilisasi secara bertahap.

Diagnosa Keperawatan IV

08.39 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : luka tampak masih basah,ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak.

08.40 Merawat luka dengan teknik steril: mencuci tangan dengan hand

wash, menggunakan sarung tangan steril kemudian melepaskan balutan dan

plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl sesuai

kebutuhan, kemudian menekan secara lembut bagian tepi luka, jika sudah

bersih tutup kembali luka dengan kasa steril. 09.00 Menganjurkan keluarga

untuk membatasi pengunjung agar mencegah terjadinya

kontaminasi/perpindahan kuman penyebab infeksi. 09.10 Mengajarkan cara

cuci tangan yang tepat yaitu: cuci tangan dengan menggunakan hand

wash/hand rub dimulai dari telapak tangan ,punggung tangan, celah-celah

jari, buku-buku jari dan kedua jempol dan ujung-ujung kuku. 09.25

Menganjurkan pasien dan keluarga untuk selalu mencuci tangan ketika kontak dengan lingkungan pasien 09.30 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi ada pasien: pasien mengerti tentang tanda dan gejala infeksi yaitu ada keluhan demam, pada luka operasi terdapat pus, bengkak, kemerahan dan luka berbau. 09.45 Mengobservasi lochea serta menganjurkan pasien untuk mengganti pembalut minimal 2 kali sehari : *lochea rubra* (warna merah terang) dan pasien mengikuti apa yang dianjurkan.

08.41 Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan serta diet tinggi protein. 10.00 Melayani injeksi cefotaxime 1 gr/iv 12.00 Melayani makan 1 porsi diet tinggi kalori dan tinggi protein

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Sabtu, 09 September 2023

Diagnosa Keperawatan I

07.00 Mengidentifikasi nyeri: nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang, skala nyeri ringan(1-3), ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 3-5 menit. 07.10 Mengobservasi vital sign: TD : 110/80 mmHg, Nadi : 84x/m, suhu : 36,8⁰C, RR : 18 x/m, SpO2 : 99% 07.20. Mengajarkan teknik distraksi dengan membaca buku/majalah parenting. 08.00.Melayani injeksi ketorolac 3x30 mg/iv 08.05 Memonitor efek samping penggunaan analgesic: tidak terdapat tanda-tanda reaksi alergi seperti, gatal-gatal, ruam kulit, sesak napas, bengkak.

Diagnosa Keperawatan II

07.30 Mengkaji tanda dan gejala konstipasi: pasien sudah BAB, perut

tampak mengecil 07.55 Mengauskultasi bising usus: peristaltik usus $\geq 8x/m$.
08.20.Menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan. 08.30 Menganjurkan pasien untuk melatih pola BAB seperti pada pagi hari setelah mengkonsumsi air putih 500 ml.

Diagnosa Keperawatan III

08.30 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri
H: Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak 08.40 Memonitor kelelahan fisik dan emosional 09.20 Menganjurkan mobilisasi dini 09.35 Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 10.00 Menganjurkan mobilisasi secara bertahap.

Diagnosa Keperawatan IV

08.42 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak. 08.40 Merawat luka dengan teknik steril: mencuci tangan dengan hand wash, menggunakan sarung tangan steril kemudian melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan, kemudian menekan secara lembut bagian tepi luka, jika sudah bersih tutup kembali luka dengan kasa steril. 09.05 Mengingatn kembali keluarga untuk cara cuci tangan yang tepat yaitu: cuci tangan dengan menggunakan hand wash/hand rub dimulai dari telapak tangan,punggung tangan,celah-celah jari, buku-buku jari dan kedua jempol dan ujung-ujung kuku. 09.25 Mengingatn kembali pasien dan keluarga untuk selalu mencuci tangan

ketika kontak dengan lingkungan pasien 09.30 Mengobservasi jenis *lochea*:
lochea rubra 09.45 Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan
cairan serta diet tinggi protein. 10.00 Melayani injeksi cefotaxime 1 gr/iv
12.00 Melayani makan 1 porsi diet tinggi kalori dan tinggi protein .

E. Evaluasi Keperawatan

Hari Jumad, Tanggal 8 September 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 3-5 menit.

A: nyeri akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1-7

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien belum BAB 2 hari,

DO: peristaltik usus $\leq 5x/m$, abdomen teraba lunak.

A: Masalah konstipasi belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1-4.

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, pasien tamak melakukan

mobilisasi sederhana(berjalan)

A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1-4

Diagnosa Keperawatan IV

DS: pasien mengatakan ada luka operasi dan masih nyeri

DO: luka tampak masih basah, ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak

A: Masalah resiko infeksi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-9.

Hari Sabtu, Tanggal 9 September 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien mengatakan nyeri pada saat berjalan sudah berkurang , nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 3-5 menit.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, ekspresi menyeringai, skala nyeri ringan (1-3).

A: nyeri akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1-7

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengatakan sudah BAB, warna kuning, konsistensi lembek.

DO:abdomen tampak mengecil dan teraba lunak , peristaltik usus $\geq 8x/m$

A: Masalah konstipasi teratasi

P : pertahankan intervensi 1-4.

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, pasien tampak masih tirah baring

A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1-4

Diagnosa Keperawatan IV

DS: pasien mengatakan ada luka operasi

DO: luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus, bengkak dan tidak berbau.

A: Masalah resiko infeksi belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1-9.

Catatan Perkembangan Hari Minggu, 10 September 2023 sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

S: pasien mengatakan nyeri pada saat berjalan sudah berkurang , nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, hilang timbul dan durasi 1-3 menit.

O: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, ekspresi rileks, skala nyeri ringan (1-3).

A: nyeri akut teratasi sebagian

P : pertahankan intervensi 1-7

I: 07.00 Mengidentifikasi nyeri: nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan

sudah berkurang, skala nyeri ringan(1-3), ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 1-3 menit. 07.10 Mengobservasi vital sign: TD : 110/70 mmHg, Nadi :78x/m, suhu : 36,5⁰C, RR : 18 x/m, SpO2 : 98%
08.00.Melayani injeksi ketorolac 3x30 mg/iv 08.05 Memonitor efek samping penggunaan analgesic: tidak terdapat tanda-tanda reaksi alergi seperti,gatal-gatal,ruam kulit,sesak napas,bengkak.

E: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang, skala nyeri ringan(1-3), ekspresi rileks, nyeri hilang timbul dan durasi 1-3 menit.

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengatakan sudah BAB, warna kuning, konsistensi lembek.

DO:perut tampak mengecil, peristaltik usus $\geq 8x/m$

A: Masalah konstipasi teratasi

P : pertahankan intervensi 1-4.

I: 07.40 Mengkaji tanda dan gejala konstipasi: pasien sudah BAB, perut tampak mengecil 07.55 Mengauskultasi bising usus: peristaltik usus $\geq 8x/m$.
08.20.Menganjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan. 08.35 Menganjurkan pasien untuk melatih pola BAB seperti pada pagi hari setelah mengkonsumsi air putih 500 ml

E: pasien mengatakan sudah BAB, perut tampak mengecil, peristaltik usus $\geq 8x/m$.

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk saat berjalan sudah berkurang.

DO: tampak luka operasi sepanjang 30 cm, pasien tamak melakukan mobilisasi sederhana(berjalan)

A: intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1-4

I: 10.30 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan nyeri

H: Pasien mengatakan nyeri saat berjalan sudah berkurang 10.35

Melakukan latihan rentang gerak aktif H/ Pasien sudah mulai latihan berjalan 10.00 Menganjurkan mobilisasi secara bertahap.

E: Pasien mengatakan nyeri saat berjalan sudah berkurang dan sudah melakukan aktifitas seerti berjalan.

Diagnosa Keperawatan IV

DS: pasien mengatakan ada luka operasi

DO: luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus, bengkak dan tidak berbau.

A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian

P: pertahankan intervensi 1-9.

I: Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik : luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak kemerahan, pus dan bengkak,tidak berbau 08.40 Mengajarkan cara merawat luka dengan teknik steril kepada pasien dan keluarga : mencuci tangan dengan hand wash,

menggunakan sarung tangan steril kemudian melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan, kemudian menekan secara lembut bagian tepi luka, jika sudah bersih tutup kembali luka dengan kasa steril. 09.05 Mengingatkan kembali keluarga untuk cara cuci tangan yang tepat yaitu: cuci tangan dengan menggunakan hand wash/hand rub dimulai dari telapak tangan, punggung tangan, celah-celah jari, buku-buku jari dan kedua jempol dan ujung-ujung kuku. 09.25 Mengingatkan kembali pasien dan keluarga untuk selalu mencuci tangan ketika kontak dengan lingkungan pasien 09.30 Mengobservasi jenis *lochea*: *lochea rubra* 09.45 Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan serta diet tinggi protein. 10.00 Melayani injeksi cefotaxime 1 gr/iv 12.00 Melayani makan 1 porsi diet tinggi kalori dan tinggi protein 13.00 Aff infus dan aff kateter dengan dibantu perawat.

E: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, keadaan luka tampak kering, tidak ada darah ketika ditekan, tidak tampak pus dan bengkak, tidak berbau.

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Utama Post *Sectio Caesarea* di Ruang Nifas III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Masalah Utama Post *Sectio Caesarea* di Ruang Nifas III RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa pasien dan keluarga mengetahui cara merawat pasien dengan Post *Sectio Caesarea*. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak / Ibu / Saudara
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081238881448

Ende, 8 September 2023

Peneliti,

MARTA TIWE
PO.5303202200502

INFORMED CONSENT

PERSETUJUAN MENJADI PASRTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Marta Tiwe dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Utama Post *Sectio Caesarea* di Ruangn Nifas III RSUD Ende".

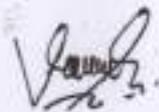
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 8 September 2023

Saksi


Tn. S.H.M

Yang Memberi persetujuan


M.Y.V.R



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Marta Tiwe
NIM : PO.5303202200052
Nama Pembimbing : Martina Bedho, S.ST.,M.Kes

N O	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 13/02/2023	Judul Proposal Bab I Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none">➢ Lengkapi judul proposal menjadi ibu nifas dengan SC➢ Lengkapi data-data yang kurang➢ Jangan menambahkan atau mengurangi kata dan harus sesuai dengan ejaan yang benar.	
2.	Selasa, 4/04/2023	Bab I	<ul style="list-style-type: none">➢ Tambahkan konsep ibu hamil➢ Gunakan referensi 5 tahun terakhir➢ aturan penulisan sesuai dengan panduan yang sudah dibagikan	
3.	Selasa, 23/05/2023	Bab I, II, & III	<ul style="list-style-type: none">➢ Tambahkan pathway➢ Tambahkan konsep nifas pada Bab II	
4.	Senin, 29/05/2023	Bab II & III	<ul style="list-style-type: none">➢ Perbaiki alur pathway➢ Tambahkan ibu nifas pada pathway	
5.	Selasa, 6/06/2023	Belajar sungguh-sungguh proposalmu	<ul style="list-style-type: none">➢ Perbaiki yang dikoreksi dari pathway sampai daftar pustaka.	
6.	Jumat, 09/06/2023	Bab II	<ul style="list-style-type: none">➢ Tambahkan manifestasi klinis pada ibu nifas dan sc➢ Tambahkan konsep masalah keperawatan➢ Belajar kasus & teori seperti studi pendahulu	
7.	Selasa, 13/06/2023	Bab II	<ul style="list-style-type: none">➢ Tambahkan manifestasi klinis &	



			<p>peratalaksanaan nifas dan se</p> <ul style="list-style-type: none">➢ Perbaiki pathway➢ Pahami tentang lochea, asal dan warnanya➢ Belajar lebih tekun lagi➢ Konsul yang berikutnya harus sudah lebih menguasai materi untuk ujian proposal	
8.	Selasa, 1/08/2023	Bab II	<ul style="list-style-type: none">➢ Belajar 5 proses keperawatan➢ Tambahkan data DS dan DO pada diagnosa keperawatan➢ Diagnosa keperawatan yang ke 8 di ubah menjadi resiko infeksi jalan lahir b/d lepasnya plasenta saat persalinan➢ ACC➢ Siap power point➢ Ujian proposal tanggal 8 Agustus 2023	
9.	Senin, 18/09/2023	Bab IV	<ul style="list-style-type: none">➢ Perbaiki mulai dari pengkajian➢ Edit kata-kata sesuai tanda baca yang benar➢ Tambahkan diet untuk ibu nifas post partum	
10.	Selasa, 19/09/2023	Bab IV	<ul style="list-style-type: none">➢ Perbaiki sesuai yang dikoreksi➢ Baca & belajar kasus supaya secepatnya ujian hasil	
11.	Senin, 2/10/2023	Simulasi Ujian Hasil	<ul style="list-style-type: none">➢ ACC➢ Siap Power Point➢ Ujian KTI tanggal 12 Oktober 2023	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Lilibu - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI REVISI
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : MARTA TIWE
NIM : POS303202200502
PENGUJI : Dr. Sisilia Leny Cahyani,S. Kep., Ns.,MSc

No	Hari/Tanggal	Materi	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	Senin,04 September 2023	PROPOSAL Revisi proposal	1. Perbaiki cara pengetikan dan penomoran tabel 2. Tambahkan daftar pustaka.	
2.	Selasa,05 September 2023	Revisi proposal	3. ACC proposal 4. Turun kasus	
3.	Selasa,23 oktober 2023	KTI Revisi KTI	5. Tambahkan penomoran tabel serta sumber buku. 6. Perkecil kembali gambar serta huruf yang ada di pathway dan sertakan dengan sumber 7. Tambahkan diagnosa intoleransi aktivitas pada kasus. 8. Lengkapi kembali data subjektif dan objektif.	
4.	Kamis, 25 Oktober 2023	Revisi KTI	9. ACC	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Marta Tiwe
Tempat/Tanggal lahir : Saga, 19 Juli 2001
Alamat : Ndonga
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK Wolotopo 1 Tahun 2007-2013
2. SMP Negeri Satu Atap 3 Jerebuu Tahun 2013-2016
3. SMAK Santo Tomas Morus Ende Tahun 2016-2019
4. Akademi Keperawatan Ende Tahun 2020-2024

MOTTO

“ Kemuliaan terbesar dalam hidup tidak terletak pada ketangguhan, tetapi dalam bangkit setiap kali kita jatuh.”