

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L.T DENGAN *POST SECTIO*
CAECAREA DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD PROF. DR. W. Z.
JOHANNES KUPANG**



**KRISTIANI SANTI
PO.530320116260**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG
PRODI DIPLOMA - III KEPERAWATAN
2019**

STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *POST SECTIO CAECAREA* DI RUANG FLAMBOYAN RSUD PROF. W.Z. YOHANNES KUPANG

Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan Program Diploma III Keperawatan



**KRISTIANI SANTI
PO530320111260**

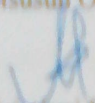
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG
PRODI DIPLOMA - III KEPERAWATAN
2019**

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN STUDI KASUS

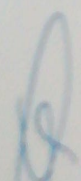
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D.B. DENGAN KETUBAN PECAH
DINI DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD PROF. Dr. W. Z. YOHANNES
KUPANG

Disusun Oleh :

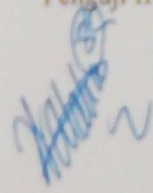

Kristiani Santi
NIM. PO530320116260

Telah Diuji Pada Tanggal 14 Juni 2019
Dewan Penguji


Penguji I


Yuliana Dafroyati, S.Kep.Ns., MSc
NIP 197202181997032001

Penguji II


Natalia Debi Subani, S.Kep., M.Kes
NIP 198012252002122002

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan


Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP 198911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan


Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP 19770727 2000032002

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Kristiani Santi

Tempat Tanggal Lahir : Waepau, 08 Desember 1996

Jenis Kelamin : Perempuan

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDK Mecik Tahun 2010
2. Tamat SMP Satap Lengkong Cepang Tahun 2013
3. Tamat SMA Kalotik Warta Bakti Kefamenanu Tahun 2016
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah Di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

Dunia tidak menjanjikan sesuatu yang pasti sedangkan Tuhan telah memberikan janji –Nya yang pasti untuk kita yang mau mengikuti jalan-Nya

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis mengucapkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. L.T dengan Post Sektio Caesarea di Ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan studi kasus ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Natalia Debi Subani, S.kep, M.kes selaku pembimbing yang penuh dengan kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga studi kasus ini dapat terselesaikan dengan baik
2. Ibu Yuliana Dafroyati S.kep, Ns, MSc, selaku penguji dan pembimbing akademik yang telah meluangkan waktu dan memberikan dukungan dan motivasi untuk menguji dan memberikan masukan dalam penyelesaian studi kasus ini.
3. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang beserta staf dan jajarannya yang telah memfasilitasi penulis selama mengikuti pendidikan diprodi D-III keperawatan.
4. Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah mengarahkan, membimbing dan memfasilitasi penulis selama mengikuti pendidikan diprodi D-III keperawatan kupang.
5. Ketua prodi D-III keperawatan kupang beserta seluruh staf dosen dan Karyawan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Debiani Tumnuni, SST dan seluruh perawat dan seluruh staf yang telah membrikan izin dalam pengambilan kasus di ruangan Flamboyan
7. Orang tua tercinta papa Fansiskus Jeramu dan mama Berta Munus yang selalu memberikan doa dukungan dan motivasi.
8. Saudara/I tercinta Kakak Ivon, Edi, Heli, Mili, adik tersayang Ari dan Servyi keponakan Tersayang Erick, Fitho, Reno, Firha dan Yayan yang

dengan penuh cinta memberikan dukungan dan doa, moril dalam menyelesaikan studi kasus ini.

9. Suster Marcella PRR, Sr. Ursulla PRR, dan semua suster yang ada di Biara PRR Naob yang telah memberikan dukungan doa dan materi serta memberikan motivasi untuk menyelesaikan studi kasus ini.
10. Keluarga besar yang ada di Manggarai yang sudah memberikan dukungan doa, moril dan materi untuk dapat menyelesaikan studi kasus ini
11. Saudara/I yang ada di kota kupang yang selalu memberikan dukungan doa dan moril dalam menyelesaikan studi kasus ini
12. Sahabat- sahabat tersayang “SQUAD (Mona, Ines, Lani, Avin, Imelda, Hana, Mirna, Priska, Marta, Indah, Krisda dan Rini
13. Teman-teman angkatan 2016/2019 tingkat III A, B dan karyawan, khususnya kelas tingkat III regular A, yang selalu memberikan saran dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Kesempurnaan hanyalah milik Tuhan karena itu penulis sungguh menyadari bahwa masih banyak kekurangan pada karya tulis ilmiah ini. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi penyempurnaan tulisan ini

Kupang, 14 juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal.
Halaman judul	
Lembar persetujuan.....	i
Lembar pengesahan.....	ii
Biodata penulis.....	iii
Kata pengantar.....	iv
Daftar isi.....	vi
Daftar lampiran.....	vii
Abstrak.....	viii
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah.....	2
1.3 Tujuan Penulisan.....	2
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	3
 BAB 2 TINJAUAN TEORI	
2.1 Konsep Teori <i>Sectio Caecarea</i>	4
2.1.1 Pengertian <i>Sectio Caecarea</i>	4
2.1.2 Indikasi <i>Sectio Caesarea</i>	4
2.1.3 Klasifikasi <i>Sectio Caesarea</i>	6
2.1.4 Adaptasi Post <i>Sectio Caesarea</i>	7
2.1.5 Komplikasi <i>Sectio Caesarea</i>	9

2.1.6 Penatalaksanaan <i>Sectio Caesarea</i>	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan <i>Sectio Caesarea</i>	11
2.2.1 Pengkajian	11
2.2.2 Diagnosa keperawatan	16
2.2.3 Intervensi keperawatan	16
2.2.4 Implementasi keperawatan	20
2.2.5 Evaluasi keperawatan	20
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	21
3.1.1. Pengkajian.....	21
3.1.2. Diagnosa.....	23
3.1.3. Intervensi Keperawatan.....	24
3.1.4. Implementasi Keperawatan.....	26
3.1.5. Evaluasi Keperawatan.....	27
3.2 Pembahasan	29
3.2.1. Pengkajian.....	29
3.2.2. Diagnosa.....	30
3.2.3. Intervensi Keperawatan.....	31
3.2.4. Implementasi Keperawatan.....	32
3.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	33
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	
3.3.1. Persiapan	34
3.3.2. Hasil.....	35

BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan	35
4.2 Saran.....	36
Daftar Pustaka.....	37
Lampiran.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan keperawatan.....	38
Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan.....	48
Lampiran 3 Lembar Konsultasi	49
Lampiran 4 Rencana Waktu Ujian Akhir Program	51

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L.T DENGAN *POST SECTIO CAECAREA* DI RUANGAN FLAMBOYAN RSUD PROF. Dr. W. Z. YOHANNES KUPANG OLEH

KRISTIANI SANTI

Latar belakang : Angka kejadian persalinan sektio sesarea di Indonesia terus meningkat. penelitian terbaru menunjukkan tingkat kelahiran operasi caesar meningkat hampir dua kali lipat dari tahun 2000 hingga 2015. Pada tahun 2000 penggunaan metode sesar sebanyak 12 persen dari total kelahiran menjadi 21 persen pada tahun 2015. Persalinan dengan *SC* di Rumah Sakit umum RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang di ruang flamboyan yaitu pada tahun 2018 Bulan Januari- Desember Yaitu jumlah pasien dengan kasus *SC* Tercatat 698 Kasus dan pada tahun 2019 bulan Januari- April tercatat 213 kasus. Faktor yang berhubungan dengan persalinan *SC* pada Ny. L.T adalah indikasi ibu yaitu pre eklamsia berat.

Tujuan : untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien *post section caecarea* yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode: penulis menggunakan metode studi kasus, cara pengambilan data dengan wawancara dan melakukan asuhan keperawatan pada Ny. L.T dengan post *SC* di Ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr.W.Z Yohannes Kupang. Lama praktek 4 hari, waktu dimulainya praktek sejak tanggal 27 Mei 2019 sampai dengan 30 Mei 2019. Metode yang digunakan yaitu observasi dan pemeriksaan fisik pada sistem tubuh serta dokumentasi, memperoleh catatan dan laporan diagnostik, dan bekerja sama dengan teman sekerja.

Hasil : studi kasus ini setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam didapatkan pasien nyerinya berkurang, tidak ada hambatan dalam mobilisasi, dan pasien bisa melakukan teknik menyusui yang benar dan cara perawatan payudara.

Kesimpulan : diagnosa yang ditemukan pada Ny. L.T dengan post *SC* adalah nyeri akut berhubungan dengan injuri fisik (pembedahan), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik dan Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan. Semua masalah dapat teratasi. Pada penerapan asuhan keperawatan post *SC* Ny. L.T ini tidak ditemukan masalah keperawatan yang tidak atau belum teratasi.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, *sectio caecarea*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Persalinan adalah rangkaian proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus melalui jalan lahir (*Reeder, 2011*) dan juga diartikan sebagai peristiwa alami, namun apabila tidak diperiksa atau diberi perawatan dengan benar, banyak klien yang merasa cemas dan takut atau mengalami komplikasi saat melahirkan. Kecemasan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor risiko atau ketidaktahuan klien dan komplikasi yang dapat terjadi disebabkan oleh faktor dari dalam atau dari luar tubuh klien.

Istilah section saesarea berasal dari bahasa latin *caedere* yang artinya memotong. Pengertian ini semula dijumpai dalam *Roman Law(Lex Regia)* dan *Emperors Law(Lex Caesarea)*, yaitu undang-undang yang menghendaki supaya janin yang didalam kandungan ibu-ibu yang meninggal harus dikeluarkan dari dalam rahim (*Mochtar, 2012*).

Penelitian terbaru menunjukkan tingkat kelahiran operasi caesar meningkat hampir dua kali lipat dari tahun 2000 hingga 2015. Pada tahun 2000 penggunaan metode sesar sebanyak 12 persen dari total kelahiran menjadi 21 persen pada tahun 2015.

Menurut *WHO (World Health Organization, 2015)*, angka kejadian *Sectio Caesarea (SC)* meningkat di negara-negara berkembang. WHO menetapkan indikator persalinan SC 5-15% untuk setiap Negara Jumlah kelahiran di dunia diperkirakan sekitar 360.000 kelahiran per hari terjadi didunia.

Data dari hasil *Riskesdas (Survey Kesehatan Dasar, 2015)* menunjukkan bahwa kejadian persalinan dengan tindakan SC di Indonesia mencapai 9,8 % dari jumlah persalinan Di NTT khususnya Kota Kupang angka kelahiran sektio sesarea setiap tahunnya mencapai 7.000 – 8.000 kelahiran. Profil kesehatan Indonesia di Nusa Tenggara Timur pada tahun

2016 jumlah ibu yang bersalin dengan sectio sesarea tercatat sebanyak 63.042 jiwa.

Berdasarkan data pasien sectio caesarea yang telah dapat oleh penulis selama penelitian di ruang flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang, yaitu pada tahun 2018 Bulan Januari- Desember Yaitu jumlah pasien dengan kasus *SC* Tercatat 698 Kasus, dan pada tahun 2019 bulan Januari- April tercatat 213 kasus.

Penulis menemukan beberapa kasus dengan Post Sectio Caesarea mengalami masalah ketidaknyamanan nyeri dan hambatan mobilitas. Dari masalah tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang masalah apa saja yang terjadi pada pasien post *SC*, karena dari setiap tahun pasien dengan *SC* mengalami peningkatan. Disini penulis akan merencanakan bagaimana upaya peningkatan kenyamanan nyeri dan meningkatkan mobilitas menggunakan Teknik Distraksi Terapi pada ibu post sectio caesaera di ruang flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohanes kupang.

1.2. Rumusan masalah

Bagaimana cara melakukan asuhan keperawatan pada Ny. L. T dengan diagnosa post Sektio Caesarea di Ruangan Flamboyan RSUD Prof. W. Z. Yohannes Kupang.

1.3. Tujuan studi kasus

1.3.1. Tujuan umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan Keperawatan Pada Ny. L.T post sektio caesarea di Ruangan Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.L.T dengan post sektio sesarea di Ruangan Flamboyan RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohanes Kupang.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. L. T dengan post sektio sesarea di Ruangan Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.

3. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny. L. T dengan post sektio sesarea di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. L.T dengan post sektio sesarea di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. L. T dengan post sektio sesarea di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kupang.

1.4. Manfaat studi kasus

1.4.1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan dan memanfaatkan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama menempuh pendidikan di Politeknik Kemenkes Kupang, terutama dalam menerapkan Asuhan Keperawatan dengan Sektio Caesarea di RSUD. Prof. Dr. W.Z. Yohannes Kupang.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan referensi dan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan post sektio caesarea khususnya bagi pembaca di perpustakaan Politeknik Kemenkes Kupang.

1.4.3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Post sektio caesarea dan sebagai peningkatan mutu kesehatan di Rumah Sakit

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Sectio Caesarea

2.1.1 Pengertian

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

Menurut (Reeder, 2012) *SC* merupakan suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *seksio sesarea* juga dapat didefinisikan sebagai *histerotomio* untuk melahirkan janin dari dalam janin.

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

2.1.2 Indikasi

Indikasi persalinan *sesarea* yang dibenarkan dapat terjadi secara tunggal atau secara kombinasi merupakan suatu hal yang sifatnya relatif dari pada mutlak, dan dapat di klasifikasikan (Newnham *et, al* 1992). Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior), panggul sempit holmer mengambil janin *vias naturalis* ialah $CV=8$ cm. panggul dengan *CV (conjugata vera) <8* cm dapat dipastikan tidak dapat melahirkan janin secara normal, harus diselesaikan dengan *seksio sesarea (mochtar, 2012)*, berikut adalah beberapa indikasi *sectio sesarea* :

- a. Jika janin pertama letak Lintang atau presentasi bahu
- b. Jika terjadi interlock (*locking of the twins*)
- c. Ibu dan janin

Distosia (kemajuan persalinan yang abnormal) adalah indikasi yang paling umum kedua (30%), yang ditunjukkan sebagai suatu kegagalan kemajuan dalam persalinan. Hal ini mungkin berhubungan dengan ketidaksesuaian antara ukuran panggul dan ukuran kepala janin (disproporsi sefalopelvik), kegagalan induksi atau aksi kontraksi uterus yang abnormal.

d. Ibu

Penyakit ibu yang berat seperti penyakit jantung berat, diabetes melitus, preeklamsia berat atau eklamsia, kanker serviks atau infeksi berat (virus herpes simplex tipe II atau sel genitalia dalam fase aktif atau dalam 2 minggu lesi aktif). Persalinan tersebut membutuhkan persalinan sektio sesarea karena beberapa alasan yaitu mempercepat kelahiran dalam suatu kondisi yang kritis yaitu janinnya tidak mampu menoleransi persalinan dan atau janin akan terpajan dengan resiko bahaya yang meningkat saat melalui jalan lahir. Diantaranya ada beberapa indikasi menurut (Monchtar, 1989) yaitu:

- Panggul sempit
- Tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
- Stenosis serviks
- Plasenta previa
- Partus lama
- Abruptio plasenta/solusio plasenta

e. Janin

Gawat janin, seperti janin dengan kasus prolaps tali pusat, insufisiensi uteroplasenta berat, malpresentasi, seperti letak melintang, dengan presentasi dahi. Diantaranya ada beberapa indikasi pada janin yaitu :

- Gawat janin
- Kelainan letak
- Disproporsi sevalo pervik

Sektio sesarea dilakukan atas indikasi yang terbatas pada panggul sempit dan plasenta previa. Sektio sesarea postmortem adalah sektio

sesarea segera pada ibu hamil cukup bulan yang meninggal tiba-tiba sedangkan janin masih hidup.

Indikasi kontroversial meliputi tidak diketahuinya jaringan parut sebelumnya, presentasi bokong, kehamilan lewat bulan dan makrosomia janin (dengan perkiraan berat badan janin >4.500 g

2.1.3 Klasifikasi Sektio Sesarea

Klasifikasi sektio sesarea merujuk pada insisi uterus yang digunakan (mochtar, 2012), yaitu :

1. Sektio sesarea abdominalis dibagi menjadi tiga (3) bagian yaitu
 - a. Sektio sesarea klasik atau corporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri
 - b. Sektio sesarea ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim
 - c. Sektio sesarea ekstrapertonealis yaitu sektio sesarea tanpa membuka peritoneum parietal, dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis
2. Sektio sesarea vaginalis

Menurut ayat sayatan pada rahim seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Sayatan memanjang (*longitudinal*) muncul kronik.
 - b. Sayatan melintang (*transversal*) menurut Kerr
 - c. Sayatan huruf T (*T- incision*).
3. Sektio sesarea klasik (*corporal*)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- Pengeluaran janin lebih cepat
- Tidak mengakibatkan komplikasi tertariknya kandung kemih.
- Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal atau distal

Kekurangan:

- Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
- Pada persalinan berikutnya lebih mudah terjadi ruptur uteri spontan

4. Sektio sesarea ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim (*low cervical transversal*) kira-kira sepanjang 10 cm.

Kelebihan :

- Penjahitan luka lebih mudah
- Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik
- Tumpang tindih peritoneal flap sangat baik untuk menahan penyebaran isi uterus ke rongga peritoneum
- Perdarahan kurang
- Dibandingkan dengan cara klasik kemungkinan ruptur uteri spontan lebih kecil.

Kekurangan:

- Luka dapat melebar ke kiri, kanan dan bawah sehingga dapat menyebabkan putusnya uterina yang mengakibatkan perdarahan dalam jumlah banyak
- Tingginya keluhan pada kandung kemih setelah perdarahan.

2.1.4 Adaptasi Post Sectio Caesaria

1. Adaptasi Fisiologi

Perubahan fisiologis pada masa post partum menurut Bobak, Lowdermik, jensen (2004) meliputi :

- a. *Involusi* Yaitu suatu proses fisiologi pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil, terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil karena *cytoplasmanya* yang berlebihan dibuang.

- b. *Involusi uterus* Terjadi setelah placenta lahir, uterus akan mengeras karena kontraksi dan reaksi pada otot-ototnya, dapat diamati dengan pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri :
- Setelah placenta lahir hingga 12 jam pertama Tinggi Fundus Uteri 1 - 2 jari dibawah pusat.
 - Pada hari ke-6 tinggi Fundus Uteri normalnya berada di pertengahan *simphisis pubis* dan pusat.
 - Pada hari ke-9 / 12 tinggi Fundus Uteri sudah tidak teraba.
- c. *Involusi* tempat melekatnya placenta Setelah placenta dilahirkan, tempat melekatnya placenta menjadi Tidak ringan dan ditutupi oleh vaskuler yang kontraksi serta trombosis pada endometrium terjadi pembentukan scar sebagai proses penyembuhan luka. Proses penyembuhan luka pada endometrium ini memungkinkan untuk *implantasi* dan pembentukan placenta pada kehamilan yang akan datang.
- d. *Lochea* Yaitu kotoran yang keluar dari liang senggama dan terdiri dari jaringan-jaringan mati dan lendir berasal dari rahim dan liang senggama. Menurut pembagiannya sebagai berikut :
- *Lochea rubra*
Berwarna merah, terdiri dari lendir dan darah, terdapat pada hari kesatu dan kedua.
 - *Lochea sanguinolenta*
Berwarna coklat, terdiri dari cairan bercampur darah dan pada hari ke- 3 - 6 post partum.
 - *Lochea serosa*
Berwarna merah muda agak kekuningan, mengandung serum, selaput lendir, leucocyt dan jaringan yang telah mati, pada hari ke-7 - 10.
 - *Lochea alba*
Berwarna putih / jernih, berisi leucocyt, sel epitel, mukosa serviks dan bakteri atau kuman yang telah mati, pada hari ke-1 – 2 minggu setelah melahirkan.

2. Adaptasi psikososial

Ada 3 fase perilaku pada ibu post partum menurut Bobak, Lowdermik, Jensen (2004) yaitu :

- a. Fase “*taking in*” (Fase Dependen) Selama 1 - 2 hari pertama, dependensi sangat dominan pada ibu dan ibu lebih memfokuskan pada dirinya sendiri. Beberapa hari setelah melahirkan akan menanggukkan keterlibatannya dalam tanggung jawab sebagai seorang ibu dan ia lebih mempercayakan kepada orang lain dan ibu akan lebih meningkatkan kebutuhan akan nutrisi dan istirahat. Menunjukkan kegembiraan yang sangat, misalnya menceritakan tentang pengalaman kehamilan, melahirkan dan rasa ketidaknyamanan.
- b. Fase “*taking hold*” (Fase Independen)
 - Ibu sudah mau menunjukkan perluasan fokus perhatiannya yaitu dengan memperlihatkan bayinya.
 - Ibu mulai tertarik melakukan pemeliharaan pada bayinya.
- c. Fase “*letting go*” (Fase Interdependen)
 - 1) Fase ini merupakan suatu kemajuan menuju peran baru.
 - 2) Ketidaktergantungan dalam merawat diri dan bayinya lebih meningkat.
 - 3) Mengenal bahwa bayi terpisah dari dirinya tersebut dinding vagina dijepit engan cunam oscher melingkari serviks dan dinding vagina dipotong tahap demi tahap. Pemotongan dinding vagina dapat dilakukan dengan gunting atau pisau. Rahim akhirnya dapat diangkat.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi yang bisa timbul dalam sektio caesarea (Mochtar, 2012) adalah sebagai berikut:

1. Pada ibu
 - a. Infeksi puerperal Komplikasi ini bisa bersifat:
 - Bersifat ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.

- Bersifat sedang kenaikan yang lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- Bersifat berat dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik. sebelum timbul infeksi nifas telah terjadi infeksi partum karena ketuban yang telah pecah terlalu lama.

b. Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka atau karena atonia uteri

- c. Komplikasi lain seperti luka pada kandung kemih emboli paru- paru
- d. Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak kurang kuatnya pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah seksio sesarea klasik.

2. Pada anak

Seperti halnya dengan ibunya, nasib anak yang dilahirkan dengan seksio sesarea banyak tergantung dari keadaan yang telah menjadi alasan untuk melakukan seksio sesarea. Menurut statistik di negara- negara dengan pengawasan antenatal dan intra natal yang baik, kematian perinatal paska seksio caesarea berkisar antara 4-7%.

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien Post SC diantaranya:

1. Penatalaksanaan secara medis
 - a. Analgesik diberikan setiap 3 – 4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketorolak, Tramadol.
 - b. Pemberian transfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
 - c. Pemberian antibiotik seperti *Cefotaxim*, *Ceftriaxon* dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotika sesudah Sectio Caesaria efektif dapat dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan.

2. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Periksa dan catat tanda – tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 4 jam kemudian.
- b. Perdarahan dan urin harus dipantau secara ketat
- c. Mobilisasi Pada hari pertama setelah operasi penderita harus turun dari tempat tidur dengan dibantu paling sedikit 2 kali. Pada hari kedua penderita sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan.
- d. Pemulangan Jika tidak terdapat komplikasi penderita dapat dipulangkan pada hari kelima setelah

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dari pemecahan masalah dan dari respon pasien terhadap penyakitnya. Digunakan untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Pendekatan proses keperawatan yang digunakan dalam asuhan keperawatan tersebut meliputi, pengkajian data, merumuskan diagnosa, menyusun rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi (Carpenito, 2000).

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien yang berdasarkan pada kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2001). Adapun data yang dikumpulkan antara lain:

1. Identitas klien

Identitas klien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, status, agama, suku/bangsa, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor register dan diagnosa medik. Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, suku/bangsa dan hubungan dengan klien.

2. Riwayat kesehatan sekarang

- a. Keluhan utama merupakan keluhan utama yang dirasakan klien saat dilakukan pengkajian. Pada pasien post sectio caecarea keluhan utamanya adalah berupa nyeri pada area abdomen yaitu luka operasi
- b. Riwayat keluhan utama yaitu informasi mengenai hal-hal yang menyebabkan klien mengalami keluhan, hal apa saja yang mendukung dan mengurangi, kapan, dimana, dan berapa jauh keluhan tersebut yang dirasakan klien. Hal ini diuraikan dengan menggunakan metode PQRSST yaitu *Palliative/Provokatif (P)* : apa yang menyebabkan terjadinya nyeri pada abdomen faktor pencetusnya adalah post sectio caecarea, *Qualitative/Quantitas (Q)*: bagaimana gambaran keluhan yang dirasakan dan sejauh mana tingkat keluhannya seperti berdenyut, ketat, tumpul atau tusukan, *Region/Radiasi (R)*: Lokasi keluhan yang dirasakan dan penyebarannya, *Scale/Serverity (S)*: Intensitas nyeri apakah sampai mengganggu atau tidak. pada kasus sectio caecarea nyeri selalu mengganggu dengan skala 7-10 (0-10), *Time (T)*: kapan waktu mulai terjadi keluhan dan berapa lama kejadian ini berlangsung biasanya pada lika sectio caecarea dirasakan terus- menerus.
- c. Riwayat kesehatan yang lalu
Biasanya klien belum pernah menderita penyakit yang sama atau klien tidak pernah mengalami penyakit yang berat atau suatu penyakit tertentu yang memungkinkan akan berpengaruh pada kesehatan sekarang
- d. Riwayat kesehatan keluarga
Dalam pengkajian ini ditanyakan tentang hal keluarga yang dapat mempengaruhi kehamilan langsung ataupun tidak langsung seperti apakah dari keluarga klien yang sakit terutama penyakit yang menular yang kronis karena dalam kehamilan daya tahan ibu itu menurun. bila ada penyakit menular dapat lekas menular kepada ibu dan mempengaruhi janin dan sectio caecarea ini biasanya tergantung dari keturunan.

e. Riwayat obstetri dan ginekologi

Riwayat obstetri meliputi Riwayat menstruasi Untuk mengetahui tentang keadaan menstruasi yang dulu, kapan menarche terjadi pada ibu, disminorhoe, lama menstruasi, siklusnya, dan ditanyakan pula frekuensi yang terakhir (Monchtar, 2012).

kehamilan pada persalinan kali ini apa prematur atau matur. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu Untuk mengetahui kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu normal atau tidak

3. Pemeriksaan fisik

- a. Keluhan umum : klien dengan sectio caecarea akan mengalami kelemahan, kesadaran composmentis dan tanda – tanda vital: hal-hal yang dilakukan pada pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien pada post sectio caecarea biasanya tekanan darah menurun, suhu meningkat, nadi meningkat dan pernapasan meningkat.
- b. Sistem pernapasan yang perlu dikaji adalah bentuk hidung, ada tidaknya sekret pada lubang hidung, ada tidaknya pernapasan cuping hidung, gerakan dada saat bernapas apakah simetris atau tidak, frekuensi napas.
- c. Sistem indera yang perlu dikaji adalah adanya ketajaman penglihatan, pergerakan mata, proses pendengaran dan kebersihan pada lubang telinga, ketajaman penciuman dan fungsi bicara serta fungsi pengecapan
- d. Sistem kardiovaskuler meliputi keadaan konjungtiva anemis, keadaan warna bibir, ada tidaknya peninggian vena jugularis, auskultasi bunyi jantung pada daerah dada dan pengukuran tekanan darah serta pengukuran nadi.sistem
- e. Sistem pencernaan meliputi kaji tentang keadaan mulut, gigi, lidah dan bibir, peristaltik usus, keadaan atau bentuk abdomen ada atau tidak adanya masa atau nyeri tekan pada daerah abdomen.
- f. Sistem musculoskeletal meliputi keadaan derajat *Range Of Montion (ROM)* pada tungkai bawah, ketidaknyamanan atau nyeri pada waktu

bergerak serta keadaan tonus dan kekuatan otot pada ekstremitas bagian atas dan bawah.

- g. Sistem persyarafan kaji tentang adanya gangguan-gangguan yang terjadi pada kedua belas sistem persyarafan.
 - h. Sistem perkemihan meliputi adanya keadaan yang terjadi pada kandung kemih, warna urin serta pengeluaran urin.
 - i. Sistem reproduksi yang dikaji meliputi keadaan payudara, puting susu, ada tidaknya pengeluaran ASI, serta kebersihan pada daerah payudara, kaji adanya pengeluaran darah pada vagina, warna darah, bau serta ada tidaknya pemasangan kateter.
 - j. Sistem integumen kaji warna kulit, rambut, kuku, turgor kulit, pengukuran suhu serta warna kulit dan penyebaran rambut
 - k. Sistem endokrin yaitu ada tidaknya pembesaran kelenjar thyroid, bagaimana refleks menelan serta pengeluaran ASI dan kontraksi.
 - l. Sistem imun yaitu kaji adanya kelenjar limfe, apakah mengalami pembesaran kelenjar limfe.
4. Pola aktivitas sehari-hari

Perlu dikaji adalah pola aktivitas klien selama di Rumah Sakit dan pola aktivitas klien selama dirumah, terdiri atas:

- a. Nutrisi : kaji adanya perubahan dan masalah dalam memenuhi kebutuhan nutrisi karena kurangnya nafsu makan, kehilangan sensasi pengecap, menelan, mual dan muntah
- b. Eliminasi (BAB dan BAK) : bagaimana pola eliminasi BAB dan BAK, apakah ada perubahan selama sakit atau tidak
- c. Istirahat tidur : kesulitan tidur dan istirahat karena adanya nyeri dan kejang otot.
- d. Personal hygiene : klien bias any memerlukan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.
- e. Aktivitas gerak : kaji adanya kehilangan sensasi dan kerusakan dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya karena adanya kelemahan.

5. Data psikologis

- a. Status emosi klien akan menjadi emosi yang labil yang terjadi secara tiba-tiba dan klien mudah tersinggung.
 - b. Konsep diri meliputi body image, ideal diri, harga diri, peran dan identitas diri
 - c. Pola koping klien tampak menjadi pendiam atau menjadi tertutup
6. Data sosial
- Klien dengan sectio caecarea cenderung tidak mau bersosialisasi dengan orang lain yang disebabkan oleh rasa malu terhadap keadaannya.
7. Data spiritual
- Perlu dikaji keyakinan klien tentang kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang dianut dan bagaimana persepsi klien tentang penyakitnya. Bagaimana aktivitas spiritual klien selama menjalani perawatan di Rumah Sakit dan siapa yang menjadi pendorong dan memotivasi bagi kesembuhan klien.
8. Data penunjang
- Kaji pemeriksaan darah Hb, Hematokrit, leukosit dan USG.
9. Perawatan dan pengobatan
- a. Terapi
- Pada pasien yang post sectio caecarea biasanya diberikan obat analgetik serta antipiuretik serta pemberian cairan perinfus dan elektrolit
- b. Diet
- Pemberian sedikit minuman sudah boleh diberikan 6-10 jam post operasi berupa air putih atau teh manis.
- Setelah cairan infus dihentikan maka diberikan makanan bubur saring selanjutnya secara bertahap boleh makan biasa
- c. Kateterisasi
- Biasanya dilepas 12 jam post operasi atau keesokan paginya, kemampuan selanjutnya untuk mengosongkan urinaria sebelum distensi yang berlebihan harus dipantau
10. Analisa data

Analisa data adalah proses intelektual yaitu kegiatan mentabulasi, menyelidiki, mengklasifikasi dan mengelompokkan data serta mengkaitkannya untuk menentukan kesimpulan dalam bentuk diagnosa keperawatan biasanya ditemukan data subjektif dan objektif (carpenito, 2002). Dalam analisa data mengandung 3 komponen utaman yaitu :

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

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkopeten dan mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkannya dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan catatan medis klien masalah dan konsultasi dengan profesional lain yang kesemuanya dikumpul selama pengkajian, (Potter, 2005).

Menurut Bobak (2002), diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada kasus section caesarea antara lain:

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik
3. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi yang masih basa
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan keterbatasan gerak
5. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang status kesehatan dan keadaan pasca operasi

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan untuk menanggulangi masalah dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien (Nursalam, 2001). Perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan Klien post Op. *Section caesarea* yang ditegakkan antara lain:

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya komunitas jaringan.

Tujuan: Nyeri yang dirasakan klien dapat berkurang / teratasi.

Kriteria hasil:

- Ekspresi wajah klien tidak meringgis.
- Klien tidak mengeluh nyeri

Intervensi:

a. Pantau tingkat atau lokasi nyeri yang dirasakan klien

R/ Membantu menentukan tingkat dan lokasi nyeri yang dirasakan klien sehingga memudahkan intervensi selanjutnya

b. Observasi tanda-tanda vital

R/ Tanda-tanda vital bisa berubah akibat rasa nyeri dan merupakan indikator untuk menilai perkembangan penyakit.

c. Anjurkan klien untuk napas dalam secara teratur dan perlahan-lahan bila nyeri muncul

R/ Penarikan napas dalam secara perlahan-lahan dapat terjadi suatu relaksasi dan melancarkan aktivitas suplai O₂ dan nutrisi ke jantung Sehingga nyeri berkurang.

d. Anjurkan klien untuk melakukan mobilisasi secara bertahap

R/ Motivasi untuk mobilisasi bertahap akan meningkatkan vascularisasi sehingga suplai O₂ dan nutrisi ke jaringan meningkat.

- e. Kolaborasi pemberian analgetik

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

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan: Mobilitas klien dapat teratasi dengan baik

Kriteria hasil:

- Keadaan umum baik
- Klien dapat beraktivitas seperti semula
- Dapat bergerak secara mandiri

Intervensi:

- a. Kaji tingkat kelemahan fisik klien

R/ Mengidentifikasi kemampuan intervensi yang dibutuhkan

- b. Bantu klien dalam latihan gerak

R/ Melakukan latihan gerak dapat menghindari kekakuan pada otot

- c. Anjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan latihan gerak

R/ Bantuan dari keluarga dapat memotivasi klien untuk melakukan gerak

- d. Anjurkan klien untuk menghindari aktivitas fisik yang berlebihan

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

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

R/ Penyuluhan kesehatan dapat memberikan pemahaman kepada klien dan keluarga

3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan perawatan luka tidak efektif

Tujuan: Tanda-tanda infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil: Tidak terjadi tanda radang, kemerahan, bengkak dan panas

Intervensi:

- a. Observasi keadaan luka

R/ Untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi dini

- b. Gunakan teknik anti septik dan anti septik dalam setiap tindakan

R/ Menurunkan resiko penyebarab infeksi

c. Lakukan perawatan luka dengan memperhatikan kesterilan

R/ Melakukan perawatan luka untuk menjaga agar luka tetap bersih yang mencegah terjadinya kontaminasi dengan mikro organisme.

d. Observasi tanda-tanda vital terutama suhu

R/ Adanya peningkatan tanda-tanda vital terutama suhu merupakan salah satu tanda adanya infeksi

e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi anti biotik

R/ Anti biotik dapat mencegah infeksi dengan cara membunuh kuman yang masuk.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan keterbatasan gerak

Tujuan : klien dapat melakukan perawatan diri dengan baik

Kriteria hasil : klien tampak bersih dan rapi, klien dan keluarga mengerti pentingnya perawatan diri

Intervensi :

a. Pantau tingkat pemahaman klien, berikan penjelasan tentang manfaat perawatan diri

R/ : informasi sangat mempengaruhi klien sehingga klien dapat termotivasi untuk melakukan perawatan diri

b. Berikan bantuan kepada klien dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, sikat gigi, keramas dan mengganti pakaian.

R/ : membantu klien dalam melakukan perawatan diri dan memenuhi kebutuhannya serta membrikan rasa nyaman.

c. Lakukan perawatan vulva hygiene

R/: vulva hygiene akan mencegah berkembang biaknya kuman-kuman yang dapat masuk ke dalam serviks

d. Anjurkan klien untuk melakukan perawatan diri setiap hari

R/: meningkatkan tingkat kemandirian klien dan dalam merawat dirinya serta memperlancar sirkulasi darah

5. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang status kesehatan dan keadaan pasca operasi

Tujuan : rasa cemas yang dirasakan klien dapat teratasi

Kriteria hasil: klien dapat menjelaskan tentang penyakitnya, prosedur pengobatan dan perawatan dan klien tampak senang

Intervensi :

a. Observasi perasaan klien terhadap kecemasan yang dihadapinya

R/: mengetahui lebih lanjut tentang perasaan klien sehingga memudahkan untuk menentukan intervensi selanjutnya

b. Anjurkan pada pasangan atau keluarga untuk member support

R/: support dari pasangan dan keluarga dapat member semangat bagi ibu menjalani proses penyembuhan

c. Berikan informasi yang tepat tentang keadaan bayi

R/: khayalan yang disebabkan oleh kurangnya informasi atau kesalahpahaman dapat meningkatkan kecemasan.

2.2.4. Implementasi Keperawatan

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

2.2.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah berhasil di capai. melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa data, perencanaan dan pelaksanaan tindakan.

evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang menyediakan nilai informasi mengenai pengaruh intervensi yang telah direncanakan dan merupakan perbandingan dari hasil yang diamati dengan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan (Nursalam, 2001). evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil studi kasus

Untuk memperoleh hasil studi kasus pada pasien post sektio caesarea maka penulis melakukan perawatan pada Ny. L.T yang dirawat sejak tanggal 27 s/d 29 Mei 2019 di Ruangan Flamboyan RSUD Prof. Dr.W. Z. Yohannes Kupang, data diperoleh dari pasien, keluarga, perawat ruangan Flamboyan, catatan medik, catatan perawat dan catatan kesehatan lainnya.

3.1.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 pukul 08.20 wita, dengan identitas pasien Nama Ny. L.T, Usia 32 Tahun, RM 513511, berjenis Kelamin Perempuan, Alamat Naimata, Suku Timor, Pekerjaan Ibu Rumah Tangga, Agama Kristen Protestan, Pendidikan Terakhir SD, Status Perkawinan Sudah Menikah, Penanggung Jawab Tn. A.A , Umur 38 Tahun, Agama Protestan, Pendidikan S1, Pekerjaan guru, hubungan dengan pasien suami. riwayat obstetri G1, P0, A0. Umur kehamilan 38 minggu, Ny. L.T masuk Rumah Sakit dengan keluhan sakit perut dan pinggang sejak 1 hari yang lalu dan HPHT 01 september 2018 terdiagnosa post *SC+PEB* post partum hari pertama dan klien terpasang kateter. Ny. L.T mengatakan tempat pemeriksaan kehamilannya di pustu naimata, dengan frekuensi pemeriksaan 5x dan keluhan selama hamil Ny. L.T adalah mual, leher tegang dan demam. Ny. L.T mengatakan keluhan yang dirasakan saat ini adalah ada nyeri pada luka operasi dan ini merupakan kehamilan anak pertamanya Pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh oleh Ny. L.T adalah mengatakan belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan selama hamil.

Hasil yang diperoleh dari pemeriksaan fisik Ny. L.T adalah mengukur tanda- tanda vital (TTV): TD: 150/100 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36⁵ c , respiratori : 18x/menit, keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran composmentis, GCS: E:4, V:5, M:6, CRT < 2 detik, klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera putih, kulit kepala bersih, telinga simetris dan tidak ada kotoran, hidung simetris tidak ada luka dan tidak ada benjolan, mukosa mulut bersih, tidak ada karies gigi. Leher tidak ada pembesaran JVP, kelenjar tiroid dan kelenjar limfe. dada bentuk payudara simetris, puting susu tenggelam, areola coklat kehitaman, pigmentasi tidak ada dan kolostrum tidak ada dan payudara tampak bersih. Saat palpasi abdomen terdapat luka post sectio caesarea di perut bagian bawah dengan bentuk melintang. Ny. L.T tampak meringis kesakitan sambil memegang area yang sakit dengan hati-hati saat di kaji dengan menggunakan skala nyeri P, Q, R, S, T Yaitu P (*Provokes*) nyeri timbul saat pasien menggerakkan/membolak-balikkan badan, Q (*Qualitas*) nyeri seperti ditusuk- tusuk, R (*Radiation*), nyeri yang dirasakan hanya pada bekas luka operasi, S (*Skala*) dengan skala nyeri 4, T (*Time*) nyerinya sekitar 1-5 menit.

Kebutuhan nutrisi Ny. L.T mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit makanan yang dimakan oleh Ny. L.T dalam bentuk nasi keras dan bervariasi yang terdiri- dari nasi, sayur-sayuran, tempe, tahu, ikan, daging dan setelah masuk rumah sakit Ny. L.T. hanya diperbolehkan makan- makanan yang lunak (bubur). Eliminasi Ny. L.T mengatakan BAB masih lancar yaitu 1- 2 kali/hari dan setelah selesai operasi Ny. L.T belum pernah BAB dan Ny. L.T terpasang kateter, keluarga Ny. L.T mengatakan selama terpasang kateter bisa membuang air kecil 2 atau 3 kali dalam sehari dengan banyaknya BAK 1.000-1500 cc, berwarna kuning pekat dan Ny. L.T mulai ambulasi pada jam 08: 20 dengan bantuan perawat dan keluarga. Ny. L.T mengatakan frekuensi mandi sebelum masuk rumah sakit mandi 2x sehari yaitu pagi dan sore dan setelah masuk rumah sakit klien hanya mandi di pagi hari. gosok gigi 1x sehari dan ganti pakaian 1x sehari. Istirahat dan tidur klien mengatakan tidak ada gangguan saat istirahat/tidur. tidur siang jam 12 wita dan tidur malam jam

10.00 wita. pada pengkajian status psikososial Ny. L.T mengatakan merasa bahagia dengan kehadiran anak pertamanya serta keluarga klien tampak senang.

Pengetahuan Ny. L.T tentang kesehatan yaitu Ny. L.T mengatakan belum mengetahui tentang cara perawatan payudara, belum mengetahui cara menyusui yang baik dan benar, belum mengetahui bagaimana cara perawatan tali pusat, belum mengetahui nutrisi bagi bayi dan ibu menyusui serta keluarga berencana (KB). pendidikan yang dibutuhkan. Pasien mengatakan yang paling dibutuhkan saat ini adalah perawatan payudara, perawatan tali pusat, cara menyusui yang baik dan benar, nutrisi pada ibu menyusui. data spiritual klien mengatakan selalu mengikuti doa pada hari minggu dan mengikuti doa-doa kelompok dan pasien sangat yakin dan percaya dengan agama yang anutnya.

Studi dokumentasi untuk mendapatkan dua data mengenai hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. hasil yang didapatkan pada tanggal 25 Mei 2019 yaitu, hemoglobin 9,9 (nilai normal 12,0-16,0 g/dl), hematokrit 37% (nilai normal : 37,0-47,0), jumlah leukosit $12,6 \times 10^9/\mu\text{L}$ (nilai normal : $4,50-12,50 \times 10^9/\mu\text{L}$), MCV 63,2 (nilai normal : 81,0- 96,0 fl), MCH : 19,9 (nilai normal:27,0-36,0 pg) Dan pada tanggal 27 mei 2019, yaitu : hemoglobin 10,5 (nilai normal : 12,0-16,0 g/dl), MCV 63,2 (nilai normal : 81,0- 96,0 fl), MCH : 19,9 (nilai normal:27,0-36,0 pg), hematokrit 37% (nilai normal : 37,0-47,0), jumlah leukosit $12,6 \times 10^9/\mu\text{L}$ (nilai normal : $4,50-12,50 \times 10^9/\mu\text{L}$).

3.1.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka penulis dapat menegakkan beberapa masalah keperawatan. adapun masalah keperawatan yang dialami klien berdasarkan hasil pengumpulan data

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan) Data pendukung meliputi : data subjektif (DS): klien mengeluh nyeri diperut bagian bawah bekas operasi sektio caesarea, data objektif (DO): klien

tampak meringis kesakitan sambil memegang area yang terasa nyeri dengan hati – hati , skala nyeri P, Q, R, S, T Yaitu P : nyeri timbul saat pasien menggerakkan/ membolak-balikkan badan, Q : nyeri seperti ditusuk- tusuk, R : nyeri yang dirasakan hanya pada bekas luka operasi, S: dengan skala nyeri 4, T : nyerinya sekitar 1-5 menit.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (post SC), Data subjektif (DS): Klien mengeluh cepat lelah saat bergerak atau membolak-balikkan/mengubah posisi Data objektif (DO): pasien tampak terbaring lemah diatas tempat tidur serta semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.
3. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan, data subjektif : pasien mengatakan payudaranya tidak mengeluarkan ASI, data objektif; saat dikaji tampak puting susu tenggelam dan pasien tidak mengetahui cara perawatan payudara

3.1.3 Rencana keperawatan

1. Diagnosa pertama: nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan), NOC : klien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan Kriteria Hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam, diharapkan rasa nyaman nyeri dapat berkurang atau teratasi, dengan kriteria hasil : klien tidak mengeluh nyeri yaitu dari skala 4 nyeri (sedang) menjadi skala 2 (nyeri ringan) dan tanda- tanda vital dalam batas normal : TD: 120/80 mmHg, Nadi: 60-100x/menit, suhu : 36,5⁰ - 37,5⁰ RR : 12-20 Kali/menit. intervensi : menggunakan nursing interventions classification (NIC), (kode: 1440) : lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat, gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri, gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri, pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri,

tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien misalnya, (tidur, nafsu makan), evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga atau nyeri yang menyebabkan ketidakmampuan melakukan aktivitas, gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan atau memperberat nyeri, gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk mengontrol dan memonitor nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus actual dan potensial, berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur, kendalikan faktor lingkungan yang mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan misalnya, (suhu ruangan, pencahayaan), ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri, dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat, kolaborasi pemberian analgetik, gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri tambah berat.

2. Diagnosa kedua : hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi neuromuscular (post SC), goal (NOC) : klien akan meningkatkan kemampuan dalam menggerakkan badan selama perawatan dengan kriteria hasil : dalam jangka waktu diharapkan klien mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain. dengan criteria hasil: resiko infeksi tidak ada dan aktivitas dapat dilakukan dengan sendiri. Intervensi : menggunakan nursing interventions classifications (NIC) (0740) : jelaskan alasan diperlukan tirah baring, posisikan sesuai dengan body alignment yang tepat, hindari menggunakan kain linen kasar yang teksturnya kasar, jaga kain linen kasar tetap bersih, ajarkan latihan ditempat tidur dengan cara yang tepat, balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai dengan jadwal yang spesifik, monitor kondisi kulit, bantu menjaga kebersihan, letakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dalam jangkauan yang mudah, dorong pasien untuk terlibat aktif dalam merubah posisi, berikan obat sebelum membalikkan pasien dengan tepat, Imobilisasi atau sokong bagian tubuh yang terkena dampak, jangan menempatkan pasien

pada posisi yang meningkatkan nyeri, minimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikkan tubuh pasien, balikkan pasien setiap 2 jam atau sesuai dengan jadwal

3. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan, goal (NOC): pasien akan meningkatkan cara pemberian ASI dan perawatan payudara selama dalam perawatan, dengan kriteria hasil : dalam jangka waktu 1x24 jam pasien sudah mengerti dalam cara pemberian ASI yang benar dan perawatan payudara, intervensi (NIC): evaluasi pemahaman ibu tentang isyarat menyusui dari bayi, pantau integritas kulit puting susu, kaji pengetahuan ibu tentang cara perawatan payudara, ajarkan kepada ibu cara menyusui yang benar, pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke puting susu.

3.1.4 Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan selama 3 hari di Ruang Flamboyan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang namun data yang ditampilkan hanya 2 hari yaitu pada tanggal 27 Mei dan 28 Mei 2019. Pada hari Senin 27 Mei 2019

- a. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan) Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah: melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil sebagai berikut yaitu TD: 150/100 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu 36,5⁰ dan RR: 18 kali/menit, mengajarkan teknik mengontrol dengan menarik nafas dalam dan teknik mengalihkan perhatian dengan imajinasi, menginstruksikan keluarga untuk tidak mengganggu atau tidak berisik saat pasien tidur/istirahat, kolaborasi pemberian obat ketorolax 30 mg/iv, dan ranitidin 2x1 mg/iv.
- b. Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi neuromuscular (post SC). Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah Memiringkan dan mengatur posisi klien setiap 2 jam atau sesuai dengan jadwal dan membantu personal hygiene.
- c. Diagnosa ketiga ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan. tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah

teknik menyusui yang benar, cara melakukan perawatan payudara, melakukan penkes tentang bagaimana jika tidak merawat payudara.

Pada hari kedua, Selasa 28 Mei 2019

- a. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan). tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengajarkan teknik relaksasi yaitu napas dalam, pemberian analgetik obat ketorolax 30mg/iv dan ranitidine 2x1/iv, mengajarkan pasien untuk mengalih perhatian jika nyerinya muncul
- b. Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi neuromuscular. tindakan keperawatan yang dilakukan adalah membantu pasien memiringkan badan dan mengatur posisi klien dengan benar, melakukan perawatan luka.
- c. Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah mengajarkan teknik menyusui yang baik dan melakukan perawatan payudara, melakukan penkes tentang bagaimana jika tidak merawat payudara.

3.1.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan. pada jam 13.00 WITA, mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan diagnosa yang ditetapkan menggunakan metode SOAP. evaluasi dilakukan selama dua hari di ruangan Flamboyan yaitu pada hari Senin dan Rabu tanggal 28 dan 29 Mei 2019 Pada hari pertama Senin 28 Mei 2019, nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan) evaluasi dilakukan pada jam 13.00 wita, S: klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah bekas operasi caesar, O : wajah klien tampak meringis kesakitan, nyeri pada perut bagian bawah, nyeri menetap, nyeri dirasakan seperti tertusuk, diperut bagian bawah, dengan skala nyeri 4 (nyeri sedang), nyeri dirasakan saat pasien

menggerakkan/memiringkan badan, A: masalah gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi, P: lanjutkan intervensi yaitu pemberian analgetik. Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi neuromuscular. Evaluasi dilakukan pada jam 13.10 wita, S: klien mengatakan merasa lemah, nyeri pada perut saat melakukan aktivitas atau pada saat memiringkan badan, O : pasien tampak lemah dan hanya berbaring dan saat memiringkan badan dibantu oleh keluarga dan perawat, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi yaitu membantu pasien memiringkan /mengubah posisi untuk mempercepat penyembuhan luka, ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan, evaluasi dilakukan pada jam 13.20 wita, S : klien mengatakan payudaranya tidak mengeluarkan ASI dan pasien belum mengetahui cara perawatan payudara, O : saat di kaji putting susu klien tenggelam dan pasien tampak belum mengerti cara perawatan payudara, A : Masalah belum teratasi, P : tetap lanjutkan intervensi. Pada hari kedua, Rabu 29 mei 2019, nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan), evaluasi dilakukan pada jam 10: 20, S: klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah bekas operasi sudah berkurang, O: ekspresi wajah tampak sedikit meringis kesakitan, p: nyeri pada perut bekas luka operasi, nyeri menetap, seperti tertusuk, perut bagian bawah, skala nyeri 2 (ringan), saat melakukan aktivitas/menggerakkan badan, A: masalah teratasi sebagian dari skala 4 menjadi 2, P: tetap lanjutkan intervensi yaitu pemberian analgetik dan libatkan keluarga untuk membantu penatalaksanaan nyeri, Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi neuromuscular. Evaluasi dilakukan pada jam 10:20 wita, S: pasien mengatakan badannya tidak lemas lagi dan bisa menggerakkan badan serta bisa melakukan aktivitas sendiri, O: pasien tidak terlihat lemas dan ekspresi wajah klien tampak bersemangat serta bisa bangun dan atau menggerakkan badan atau mobilitas tanpa bantuan perawat atau keluarga, A: masalah teratasi, P: hentikan intervensi. ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan, evaluasi dilakukan pada pukul 13. 40, S: klien mengatakan sudah mengerti cara menyusui

perawatan payudara, O: saat di tanya pasien bisa menjelaskan apa yang telah disampaikan dan yang telah di praktikkan, A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan antara yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan keperawatan pada Ny.L.T dengan nyeri akut berhubungan dengan faktor biologis, Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi neuromuscular, ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan Di Ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr.W. Z. Yohannes Kupang. Pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Asuhan Keperawatan Pada Ny. L. T. dengan post sektio sesarea di Ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr.W. Z. Yohannes Kupang. pada tanggal 27 sampai 29 Mei 2019, ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut.

Penulis telah menerapkan dan mengaplikasikan proses asuhan keperawatan Pada klien dengan post sektio sesarea sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai, akan diuraikan sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

3.1.1 Pengkajian

Dalam melakukan pengkajian pada klien Ny. L.T yaitu pada kulit kepala terlihat bersih tidak ada ketombe wajah simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva anemis hidung tidak ada polip, mukosa mulut merah muda dan lembab tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. payudara simetris antara kiri dan kanan puting susu tenggelam dan nyeri pada luka operasi. Menurut (Nursalam, 2001) pengkajian post sektio sesarea yang di mulai dari

kepala sampai kaki, normalnya pada kulit kepala terlihat bersih tidak ada ketombe wajah harus simetris antara kiri dan kanan konjungtiva tidak anemis hidung tidak ada polip, mukosa mulut merah muda dan lembab tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Payudara simetris antara kiri dan kanan puting susu harus menonjol agar dapat memproduksi ASI, pada perut tidak lakukan pengukurun tinggi fundus karena ada luka operasi pada kaki tidak boleh ada pembengkakan. jadi dari data di atas terjadi kesenjangan antara teori dan praktik dimana data tidak sesuai dengan teori yang ada, yaitu konjungtiva anemis, puting susu tenggelam.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012). pada tinjauan teoritis ditemukan 5 diagnosa Keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 2 diagnosa keperawatan.

Pada kasus yang telah dilakukan penulis bahwa ditemukan 3 masalah keperawatan yaitu nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan), tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan kasus, dimana diagnosa yang dapat diangkat dari hasil pengkajian tersebut yaitu nyeri akut. dimana pada pathway yang ada diteori dijelaskan bahwa penyebab terjadinya nyeri pada pasien sectio caesarea yaitu karena adanya agen injuri fisik pembedahan, yang menyebabkan jaringan terputus sehingga merangsang area sensorik kemudian rasa nyaman klien terganggu akibat nyeri. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (*post SC*), tidak ditemukan kesenjangan antara teori da praktek dimana diagnosa yang dapat diangkat dari hasil pengkajian tersebut yaitu hambatan mobilitas. dimana pathway dari teori menjelaskan penyebab

terjadinya hambatan mobilitas pada pasien sectio caecarea yaitu karena gangguan neuromuscular atau kelemahan fisik karena post op sectio caesarea, Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan, disini penulis menemukan perbedaan antara teori dan praktek dimana dalam pathway tidak menjelaskan diagnosa kurang pengetahuan tentang perawatan payudara, tetapi penulis menemukan masalah yang terjadi di dalam praktek yaitu dimana klien tidak mengetahui teknik menyusui yang benar dan cara perawatan payudara karena puting susu tenggelam, maka penulis mengangkat diagnosa tersebut.

Diagnosa yang tidak ditemukan penulis berdasarkan teori adalah: resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi yang masih basa, defisit perawatak berhubungan dengan kurangnya informasi tentang status kesehatan dan keadaan pasca operasi dan dimana penulis tidak menemukan masalah pada klien dari ketiga diagnosa tersebut.

3.1.3 Implementasi keperawatan

Pada kasus implementasi di lakukan pada tanggal 27 mei 2019. Implementasi dilakukan setelah perencanaan di rancang dengan baik. Tindakan keperawatan di lakukan mulai tanggal 27 mei 2019 pada jam 13.00, tindakan yang dilakukan untuk diagnosa yang pertama adalah melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil sebagai berikut yaitu TD: 150/100 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu 36,5⁰ dan RR: 18 kali/menit, mengajarkan teknik mengontrol dengan menarik nafas dalam dan teknik mengalihkan perhatian dengan imajinasi, menginstruksikan keluarga untuk tidak mengganggu atau tidak berisik saat pasien tidur/istirahat, kolaborasi pemberian obat ketorolax 30 mg/iv, dan ranitidin 2x1 mg/iv. tindakan yang dilakukan untuk diagnosa yang kedua adalah Memiringkan dan mengatur posisi klien setiap 2 jam atau sesuai dengan jadwal dan membantu personal hygiene. Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa ketiga adalah teknik menyusui yang benar, cara melakukan perawatan payudara, melakukan penkes tentang bagaimana jika tidak merawat payudara. semua tindakan

yang di lakukan sesuai dengan intervensi yang telah di rancang baik diagnosa pertama, diagnosa kedua maupun diagnosa ketiga, Maka tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus.

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2012).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

Untuk diagnosa pertama Nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan), dianjurkan untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam jika nyerinya timbul, pemberian antibiotik seperti Ketorolax Dan Ranitidin. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (post SC), dianjurkan melakukan atau mengubah posisi setiap 2 jam, Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan, dianjurkan klien untuk melakukan cara menyusui yang benar dan perawatan payudara sesuai dengan apa yang telah diajarkan.

Untuk diagnosa pertama Nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan), implementasi yang sudah dilakukan adalah: melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu TD: 150/100 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu 36,5⁰ dan RR: 18 kali/menit, mengajarkan teknik mengontrol dengan menarik nafas dalam, teknik mengalihkan perhatian dengan imajinasi, menginstruksikan keluarga untuk tidak mengganggu atau tidak berisik saat pasien tidur/istirahat, kolaborasi pemberian obat ketorolax 30 mg/iv, dan ranitidine 2x1 mg/iv. Untuk diagnosa kedua Hambatan mobilitas fisik

berhubungan dengan gangguan neuromuscular (post SC), implementasi yang telah dilakukan adalah : Memiringkan dan mengatur posisi klien setiap 2 jam atau sesuai dengan jadwal, membantu personal hygiene. Untuk diagnosa ketiga Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan.. Implementasi yang sudah dilakukan adalah Melakukan demonstrasi teknik menyusui yang benar dan cara perawatan payudara, Melakukan penyuluhan jika tidak merawat payudara

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena : Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.; Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan; Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

3.1.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012). Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya. Penulis mengevaluasi selama 2 hari berturut-turut dari tanggal 27-29 mei 2019.

- a. Pada diagnosa yang pertama yaitu pertama Nyeri berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan),. Pada hari pertama sampai hari ketiga yaitu tanggal 27 mei 2019 klien mengatakan perutnya masih terasa nyeri . dengan

skalanyeri 4, Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang di harapkan belum tercapai. Namun intervensi pada diagnosa pertama ini di hentikan karena klien sudah di perbolehkan pulang.

- b. Pada diagnosa yang kedua yaitu Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (post SC), Pada hari pertama tanggal 27 mei 2019 klien mengatakan bahwa sulit untuk melakukan gerakan karena berhubungan dengan luka sehingga untuk mengubah posisi masih dibantu oleh perawat atau keluarga masalah belum teratasi tapi intervensi dihentikan karena pasien diperbolehkan untuk pulang.
- c. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan.. Pada hari pertama 27 mei 29 klien mengatakan tidak mengetahui teknik menyusui yang benar dan payudaranya tidak mengeluarkan ASI. Sehingga dianjurkan untuk melatih teknik menyusui yang benar dan melakukan perawatan payudara agar perlahan-lahan putingnya keluar dan bisa mengeluarkan ASI.

3.3. Keterbatasan studi kasus

3.3.1. Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam membuat laporan study kasus ini membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena waktu yang singkat sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik.

3.3.2. Hasil

Dari hasil yang diperoleh penulis menyadari bahwa laporan study kasus ini masih jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang singkat maka hasil yang diperoleh masih jauh dari kesempurnaan dan masih membutuhkan pembenahan dan perbaikan.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari data pengkajian yaitu Pasien mengatakan bahwa nyeri pada luka operasi dan data obyektif yaitu pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang perutnya, skala nyeri 4 (nyeri sedang), nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Dari data tersebut di dapatkan masalah keperawatan yang pertama adalah nyeri akut. Dalam tahap perencanaan ini di gunakan Noc dan Nic. Diagnosa : Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan injuri fisik (pembedahan) NOC untuk diagnosa pertama adalah : klien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. NIC ajarkan teknik relaksasi, pemberian antibiotik. Diagnosa kedua adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (post SC), NOC untuk diagnosa kedua adalah klien akan meningkatkan kemampuan dalam menggerakkan badan selama perawatan, NIC Jelaskan alasan diperlukan tirah baring, Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam, Monitor kondisi kulit, untuk diagnosa ketiga Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan defisit pengetahuan, NOC untuk diagnosa ketiga pasien akan meningkatkan cara pemberian ASI dan perawatan payudara selama dalam perawatan, (NIC) kaji pengetahuan ibu tentang cara perawatan payudara, ajarkan kepada ibu cara menyusui yang benar, pantau keterampilan ibu dalam menempelkan bayi ke putting susu.

Implementasi yang dilakukan di sesuaikan dengan indikator intervensi yang telah dilakukan. Dan tahap terakhir dari proses keperawatan adalah tahap evaluasi hasil dari tindakan yang telah dilakukan.

4.2 Saran

Sehubungan dengan kesimpulan di atas maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut:

a. Bagi mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan post seksio caesarea karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai post seksio caesarea, dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

b. Bagi perawat

Dalam mempersiapkan pasien yang akan dilakukan operasi sebaiknya semua persiapan preoperasi benar-benar disiapkan secara maksimal mungkin

c. Bagi rumah sakit

Sebaiknya menyediakan alat atau fasilitas dalam tindakan keperawatan. kerja sama bedah perlu ditingkatkan guna tercapainya suatu tujuang

d. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai informasi untuk pengembangan dan peningkatan mutu untuk masa yang akan datangserta refensi untuk penelitian studi kasus selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Winkjosastro, 2008. paket pelatihan ponex asuhan obstetri essential, Jakarta.
EGC
- Simkin,Dkk. 2008. panduan lengkap kehamilan, melahirkan, dan bayi, Jakarta.
ARCAN
- Reeder, Dkk, 2011, keperawatan maternitas kesehatan wanita, bayi dan
keluarga. Ed.18 Jakarta : EGC
- Mochtar R. 2012, obstetri operatif ; EGC ;Jakarta
- Bobak M.I dan Jansen, 2000, perawatan maternitas dan ginekologi, yayasan
IAKP ; Bandung
- Prawiroharjo, S. 2010. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Edisi ke-12.
Jakarta:
- Carpenito, 2000. Buku Saku Diagnosa Keperawatan (terjemahan).Edisi 8.
Jakarta: EGC
- Nursalam, 2001. Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta:
Salemba Medika.
- Taylor M. Cinthya, 2010 diagnosis keperawatan: dengan rencana asuhan
keperawatan – Ed. 10- Jakarta :EGC
- Kapitan Meiyerince, Dkk, 2016, praktek laboratorium dan klinik keperawatan
maternitas
- Mander, Rosemary, 2003, nyeri persalinan, editor edisi bahasa Indonesia-
Jakarta : EGC
- Nanda NIC & NOC, 2007. *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Profil kesehatan Indonesia di Nusa Tenggara Timur tahun 2016



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



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : KRISTIANI SANTI
NIM : PO.530320116260
DOSEN PEMBIMBING : NATALIA DEBI SUBANI, S.Kep. M.Kes
NIP : 198012252002122002

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat, 30 Mei 2019	Perbaikan Pendahuluan, Tinjauan Teori dan Pembahasan	<i>Pdf.</i>
2	Sabtu, 1 Juni 2019	Perbaikan Pendahuluan dan Tinjauan Teori	<i>Pdf.</i>
3	Senin, 10 Juni 2019	Perbaikan Latar Belakang dan Tinjauan Teori	<i>Pdf.</i>
4	Selasa, 11 Juni 2019	Perbaikan Latar Belakang dan pembahasan	<i>Pdf.</i>
5	jumat, 14 juni 2019	Ujian sidang Perbaikan pembahasan	<i>Pdf.</i>
6	jumat, 21 juni 2019	perbaikan latar belakang, konsep teori dan pembahasan	<i>Pdf.</i>
7	Senin, 27 Juni 19	ACC	



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG
KEPERAWATAN MATERNITAS**



Nama Mahasiswa : Kristiani Santi
Nim : PO.530320116260
Ruang/Kelas : Flamboyan
Tanggal Masuk : 27-05-2019
Jam Masuk : 07.00
Kamar Nomor : 03
Pengkajian Tanggal : 27-05-2019
Jam : 06.30

1. IDENTITAS UMUM

Nama Pasien : Ny.L. T
Umur : 32 Tahun/17-12-1986
Suku/Bangsa : Timor
Pendidikan : SD
Agama : Protestan
Pekerjaan : IRT
Alamat : Naimata
Status Perkawinan : Menikah
Riwayat Obstetric : G1, P0. A0, AH 0 Orang
Riwayat Postpartum Hari : Ke – 2
Nama Suami : Tn. A. A
Umur : 38 Thn
Suku/Bangsa : Timor
Agama : Protestan
Pekerjaan : Guru
Pendidikan : S1
Alamat : Naimata

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Tempat pemeriksaan kehamilan : Klien mengatakan di pustu naimata
b. Frekuensi : 5x pemeriksaan
c. Imunisasi : Tidak ada

- d. Keluhan selama kehamilan : Klien mengatakan keluhannya selama hamil adalah mual, demam dan darah tinggi
- e. Pendidikan yang sudah diperoleh : Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan selama pemeriksaan kehamilan.

3. Riwayat persalinan

- a. Tempat persalinan : Pasien mengatakan tempat persalinannya di Rumah Sakit Umum Johannes Kupang
- b. Penolong : Klien mengatakan penolongnya saat melahirkan adalah bidan/perawat

4. Pemeriksaan fisik

- a. TTV : TD : 150/100 mmHg, nadi 80 kali/menit, suhu, 36,5⁰ c, RR : 18 kali/menit
- b. Pemeriksaan umum
 - Keadaan umum : baik
 - Kesadaran : compos mentis (E4, M5, V6)
 - Kelaianan bentuk badan : tidak ada
- c. Kepala atau muka
 - 1) Kulit kepala bersih, tidak ada benjolan, tidak ada ketombe dan rambut rontok (-)
 - 2) Mata : pada pemeriksaan mata yaitu sclera tampak putih bersih, conjunctiva anemis
 - 3) Pada pemeriksaan telinga : keadaan telinga tampak bersih, tidak ada benda asing yang masuk, tidak luka ataupun telinganya kotor
 - 4) Pada pemeriksaan hidung yaitu tidak adanya polip, tidak ada luka
 - 5) Mulut dan gigi yaitu tidak ada karies/karang pada gigi, tampak bersih dan warna bibir sedikit pucat
- d. Pemeriksaan leher
 - Pada pemeriksaan yaitu tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada pembesaran kelenjar limfe/gondok
- e. Dada
 - Pada pemeriksaan dada yaitu bentuk payudara simetris, bersih, warna coklat kehitaman, puting susu pasien tenggelam dan tidak mengeluarkan ASI.

5. Kebutuhan dasar

- a. Nutrisi
 - Klien mengatakan pola makannya tidak ada hambatan saat makan dengan frekuensi makan 3 kali/hari dan jenis makanannya lunak dan tidak ada makanan pantangan

b. Eliminasi

Klien mengatakan sebelum masuk Rumah sakit biasanya BAB lancar 1 atau 2 kali/hari, tapi sampai saat ini setelah selesai operasi klien mengatakan belum pernah BAB.

Pola BAK klien mengatakan 3 - 4 kali/hari, dengan jumlah sangat banyak dan merasakan nyeri saat buang air kecil.

c. Aktivitas

Klien mengatakan mulai melakukan aktivitas jam 08.00 yaitu mengatur posisi atau mengubah posisi. Dan klien mengatakan frekuensi mandi dalam 1 hari itu 1 kali dan gosok gigi 1 kali dan menggantikan pakaian sehabis mandi.

d. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan istirahat siang jam 12.00 dan tidur malam pukul 10.00 dan tidak gangguan tidur.

e. Kenyamanan

Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah bekas operasi melahirkan nyeri di rasakan saat klien membolak-balikan badan atau saat klien mengubah posisi tidur dan lama nyeri 1-5 menit dengan skala nyeri 4 (nyeri sedang)

f. Psikososial

Respon ibu terhadap kelahiran bayi : klien mengatakan merasa senang sekali dengan kelahiran anak pertamanya, dan keluarga klien mengatakan merasa senang dengan kedatangan anak cucu mereka.

g. Bagaimana pengetahuan ibu tentang

a) Perawatan payudara klien mengatakan belum mengetahui cara perawatan payudara

b) Klien mengatakan belum mengetahui cara menyusui yang baik dan benar

c) Klien mengatakan belum mengerti bagaimana cara perawatan tali pusat pada bayi

d) Klien mengatakan belum ada pengalaman cara memandikan bayi

e) Klien mengatakan belum mengetahui apa itu nutrisi pada ibu menyusui dan bayi

f) Klien mengatakan belum mengerti tentang keluarga berencana.

h. Pendidikan kesehatan yang dibutuhkan :

Klien mengatakan yang dibutuhkan adalah bagaimana cara perawatan payudara yang benar, teknik menyusui, nutrisi pada ibu menyusui dan keluarga berencana.

i. Data spiritual

klien mengatakan ia menganut agama Kristen dan sering mengikuti gereja pada hari minggu dan klien sering mengikuti ibadah rumah tangga.

j. Data penunjang

Laboratorium

Tanggal pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Hasil
25 mei 2019	Hemoglobin	12,0-16,0	9,9 L
	Eritrosit	4.50-6.20	3,33 L
	Hematokrit	37,0- 47,0	37%
	MCV	81,0-96,0	63,2 L
	MCH	27,0-36,0	19,9
	RDW-CV	37-54	18,0 H
	Neutrofil	50-70	74,8 H
	Limfosit	20-40	17,3 L

Analisa data

	Data-Data fokus	Etiologi	Masalah
1	<p>Data subjektif (DS): klien mengeluh nyeri diperut bagian bawah bekas operasi Seksio Caesarea</p> <p>Data objektif (DO): klien tampak meringis kesakitan sambil memegang area yang terasa nyeri dengan hati – hati , skala nyeri P, Q, R, S, T Yaitu P : nyeri timbul saat pasien menggerakkan/ membolak-balikkan badan, Q : nyeri seperti ditusuk- tusuk, R : nyeri yang dirasakan hanya pada bekas luka operasi, S: dengan skala nyeri 4, T : nyerinya sekitar 1-5 menit.</p>	Nyeri Akut	Agen Injuri Fisik (Pembedahan)
2	<p>Data subjektif (DS): Klien mengeluh cepat lelah saat bergerak atau membolak-balikkan/mengubah posisi</p> <p>Data objektif (DO): pasien tampak terbaring lemah diatas tempat tempat tidur serta semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.</p>	Hambatan mobilitas fisik	gangguan neuromuscular/kelemahan fisik (post SC)
3	<p>Data subjektif (DS) : Klien mengatakan payudaranya tidak mengeluarkan ASI dank klien tidak mengetahui cara perawatan</p>	Kurang pengetahuan tentang cara perawatan payudara	kurangnya informasi.

payudara, Data objektif (DO) : Saat dikaji tampak putingnya tenggelam dan pasien tidak mengetahui cara perawatan payudara		
--	--	--

Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (pembedahan)
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (post S)
3. Kurang pengetahuan tentang cara perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi.

6. Intervensi keperawatan

N o	Diagnosa	Noc	Nic
1	Nyeri akut b/d agen injuri fisik (pembedahan)	Goal : klien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan Kriteria Hasil : setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam, diharapkan rasa nyaman nyeri dapat berkurang dengan indikator : klien tidak mengeluh nyeri dari 4 nyeri (sedang) menjadi 2 (nyeri ringan) dan tanda- tanda vital dalam batas normal : TD: 120/80 mmHg.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus 2. Pastikan perawatan analgesic bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri dan sampaikan penerimaan pasien terhadap nyeri 4. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri 5. Pertimbangkan pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Gunakan metode penilaian yang sesuai dengan tahapan perkembangan yang memungkinkan untuk mengontrol dan memonitor nyeri dan akan dapat membantu mengidentifikasi faktor pencetus actual dan

		Nadi: 60-100x/menit, suhu : 36,5 ⁰ - 37,5 ⁰ RR : 12-20 Kali/menit.	potensial 7. Kolaborasi pemberian analgetik 8. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri
2	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular (post S)	klien akan meningkatkan kemampuan dalam menggerakkan badan selama perawatan dengan kriteria hasil : dalam jangka waktu 1x24 jam diharapkan klien mampu melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain. dengan indikator : resiko infeksi tidak ada dan aktivitas dapat dilakukan dengan sendiri	1. Jelaskan alasan diperlukan tirah baring Posisikan sesuai dengan body alignment yang tepat 2. Hindari menggunakan kain linen kasur yang teksturnya kasar, Jaga kain linen kasur tetap bersih 3. Ajarkan latihan ditempat tidur dengan cara yang tepat 4. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai dengan jadwal yang spesifik 5. Monitor kondisi kulit, Bantu menjaga kebersihan, Letakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dalam jangkauan yang mudah 6. Dorong pasien untuk terlibat aktif dalam merubah posisi 7. Berikan obat sebelum membalikkan pasien

			<p>dengan tepat</p> <p>8. Imobilisasi atau sokong bagian tubuh yang terkena dampak</p> <p>9. Jangan menempatkan pasien pada posisi yang meningkatkan nyeri</p> <p>10. Minimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikkan tubuh pasien</p> <p>11. Balikkan pasien setiap 2 jam atau sesuai dengan jadwal.</p>
3	<p>Kurang pengetahuan tentang cara perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi.</p>	<p>Goal : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x45 menit pasien mampu melakukan perawatan payudara sendiri dengan kriteria hasil : ASI keluar dan Pasien mampu melakukan perawatan payudara</p>	<p>4. Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang cara perawatan payudara</p> <p>5. Lakukan breast care pada ibu. Beri pendkes tentang cara perawatan</p>

Implementasi keperawatan

No	Hari/Tgl/Jam	Tindakan	Paraf
	Senin/27 Mei 2019/ 08.20 Wita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji pasien 2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital , TD: 150/100 mmHg, N: 80x/menit, S: 36⁰ c, RR:18x/menit 3. Mengkaji status nyeri pasien dengan menggunakan skala nyeri yaitu P (provokes) nyeri timbul saat pasien menggerakkan/membolak-balikkan badan, Q (qualitas) nyeri seperti ditusuk- tusuk, R (radiation), nyeri yang dirasakan hanya pada bekas luka operasi, S (skala) dengan skala nyeri 4, T (waktu/time) nyerinya sekitar 1-5 menit. 4. Mambantu pasien untuk mengatur/mengubah posisi 5. Ajarkan pasien teknik relaksasi (dengan menarik nafas dalam). 6. Membantu memandikan pasien 7. Mengajarkan cara perawatan payudara dan memberikan informasi tentang kegunaan merawat payudara 8. infus RL 1500 ml/hari 14 tpm, ranitidine 2x1 mg/iv, cefotaxine 1 gram 2x1/hari, dopaned 3x500, asam mafenamat 500 gram 	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital , TD: 150/100 mmHg, N: 80x/menit, S: 36⁰ c, RR:18x/menit. 2. Melakukan perawatan payudara 3. Mengajarkan pasien teknik relaksasi saat terasa nyeri 4. Mengkaji status nyeri pasien dengan menggunakan skala nyeri yaitu P (provokes) nyeri timbul saat pasien menggerakkan/membolak-balikkan badan, Q (qualitas) nyeri seperti ditusuk-tusuk, R (radiation), nyeri yang dirasakan hanya pada bekas luka operasi, S (skala) dengan skala nyeri 2, T (waktu/time) nyerinya sekitar 1-5 menit. 5. Membantu pasien mengubah posisi setiap 2 jam 6. Merawat payudara 7. Memberikan informasi tentang teknik menyusui yang baik dan benar 8. Memberikan penyuluhan tentang nutrisi ibu menyusui, keluarga berencana 9. infus RL 1500 ml/hari 14 tpm, ranitidine 2x1 mg/iv, cefotaxine 1 gram 2x1/hari, dopaned 3x500, asam mafenamat 500 gram. 	

Evaluasi keperawatan

No	Hari/Tgl	Evaluasi	Paraf
1	27 Mei 2019 13.00 Wita	<p>S: Klien Mengatakan Nyeri Pada Perut Bagian Bawah Bekas Operasi Saesar</p> <p>O : Wajah Klien Tampak Meringis Kesakitan, Nyeri Pada Perut Bagian Bagian Bawah, Nyeri Menetap, Nyeri Dirasakan Seperti Tertusuk, Diperut Bagian Bawah, Dengan Skla Nyeri 4 (Nyeri Sedang), Nyeri Dirasakan Saat Pasien Menggerakkan/ Memiringkan Badan,</p> <p>A: Masalah Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi Yaitu Pemberian Analgetik.</p>	
		<p>S: Klien Mengatakan Merasa Lemah, Nyeri Pada Perut Saat Melakukan Aktivitas Atau Pada Saat Memiringkan Badan</p> <p>O : Pasien Tampak Lemah Dan Hanya Berbaring Dan Saat Memiringkan Badan Dibantu Oleh Keluarga Dan Perawat</p> <p>A: Masalah Belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
		<p>S : Klien Mengatakan Payudaranya Tidak Mengeluarkan Asi Dan Pasien Belum Mengetahui Cara Perawatan Payudara</p> <p>O : Saat Di Kaji Putting Susu Klien Tenggelam Dan Pasien Tampak Belum Mengerti Cara Perawatan Payudara</p> <p>A : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P :Tetap Lanjutkan Intervensi</p>	

		<p>S: klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah bekas operasi sudah berkurang</p> <p>O: ekspresi wajah tampak sedikit meringis kesakitan, nyeri pada perut bekas luka operasi, nyeri menetap, seperti tertusuk, perut bagian bawah, skala nyeri 2 (ringan), saat melakukan aktivitas/menggerakkan badan</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: tetap lanjutkan intervensi</p>	
		<p>S: pasien mengatakan badannya tidak lemas lagi dan bisa menggerakkan badan serta bisa melakukan aktivitas sendiri</p> <p>O: pasien tidak terlihat lemas dan ekspresi wajah klien tampak bersemangat serta bisa bangun dan atau menggerakkan badan atau mobilitas tanpa bantuan perawat atau keluarga</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>	
		<p>S: klien mengatakan sudah mengerti cara perawatan payudara</p> <p>O: saat di Tanya pasien bisa menjelaskan apa yang telah disampaikan dan yang telah di praktikkan</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>	

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Perawatan payudara
Sasaran : ibu nifas
Tempat : ruangan flamboyan
Hari/Tanggal : Rabu, 29 mei 2019
Waktu : 1 X 30 Menit

A. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mengikuti penyuluhan mengenai perawatan payudara selama 30 menit, klien mampu memahami tentang apa itu perawatan payudara

B. Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah dilakukan penyuluhan mengenai Perawatan payudara maka masyarakat mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian perawatan payudara
2. Menjelaskan tentang manfaat perawatan payudara
3. Menjelaskan tentang bahan dan alat yang digunakan untuk perawatan payudara
4. Menjelaskan tentang cara perawatan payudara

C. Sasaran

Ibu nifas

D. Materi

Terlampir

E. Media dan sumber bahan

Leaflet

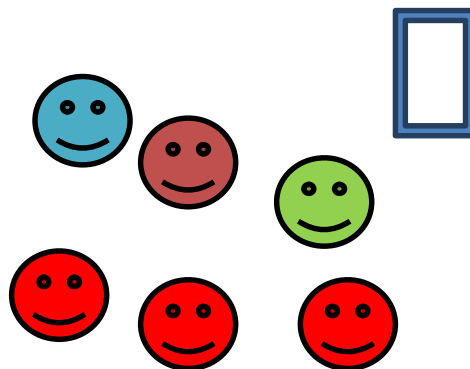
F. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab






G. Pengorganisasian

Dosen Pembimbing : Natalia Deby Subani, S.Kep, M. Kes
Dosen Penguji 1 : Yuliana Dafroyati , S.Kep, Ns, Msc
Penguji 2 : Debora Tunmuni
Pemateri : kristiani santi

H. SetinganTempat



Keterangan Gambar:

-  pemateri
-  klien
-  pembimbing
-  Penguji 1
-  Penguji 3



Media (leaflet)

I. Rencana Kegiatan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	5 menit	Pembukaan : 1. Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	1. Menyebutkan salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan
2.	20 Menit	Pelaksanaan : 1. Menjelaskan pengertian perawatan vulva	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Bertanya dan menjawab
3.	5 Menit	Penutup : 1. Menanyakan pada peserta tentang materi yang diberikan dan	1. Menjawab dan menjelaskan pertanyaan 2. Mendengarkan

		<p>reinforcement kepada peserta bila dapat menjawab dan menjelaskan kembali pertanyaan/materi.</p> <p>2. Mengucapkan terima kasih kepada peserta</p> <p>3. Mengucapkan salam.</p>	<p>3. Menjawab salam.</p>
--	--	---	---------------------------

J. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur
 - 1) Kesiapan media dan tempat
 - 2) Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di ruangan flamboyan
 - 3) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum dan saat penyuluhan.
2. Evaluasi Proses :
 - 1) Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
 - 2) Peserta mengajukan pertanyaan
 - 3) Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan.
3. Kriteria Hasil :
 - 1) Pelaksanaan penyuluhan berjalan dengan baik.
 - 2) Peserta yang hadir 75%
 - 3) Peserta mampu menjelaskan kembali tentang:
 - a) Menjelaskan tentang pengertian perawatan payudara
 - b) Menjelaskan tentang manfaat perawatan payudara

- c) Menjelaskan tentang bahan dan alat yang digunakan untuk perawatan payudara
- d) Menjelaskan tentang cara perawatan payudara

MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian

Melakukan perawatan payudara pada ibu setelah melahirkan untuk melancarkan proses laktasi

2. manfaat perawatan payudara

- a) Menjaga kebersihan payudara
- b) Menjaga sirkulasi payudara
- c) Merangsang produksi asi
- d) Mencegah pembekakan payudara

3. Persiapan alat

- a. baskom berisi air hangat dan air dingi
- b. Waslap
- c. Minyak kelapa/baby

4. Cara perawatan

- a. basahi telapak tangan dengan menggunakan minyak kelapa/baby oil
- b. Tempatkan tangan pada payudara kemudian lakukan gerakan memutar mengelilingi payudara ke arah luar.
- c. Ketika tangan kiri berada dibawah payudara kemudian angkat payudara sebentar kemudian lepas secara pelan-pelan
- d. telapak tangan membentuk kepalan, tangan dengan buku-buku jari

- e. Lakukan pengurutan dari pangkal ke ujung atau ke arah puting susu dan merata keseluruhan payudara
- f. lakukan secara bergantian untuk payudara yang lain
- g. lanjutkan dengan sisi tangan dan lakukan pengurutan dari pangkal ke arah puting susu
- h. lakukan pergantian untuk payudara yang lain.
- i. lakukan dengan kedua telapak tangan mengarah ke puting susu
- j. lakukan masase berulang-ulang setiap 25/30 menit. Lalu
- k. Terakhir lakukan gerakan melintir puting susu sampai puting susu kenyal dan elastic
- l. Kemudian cuci payudara dengan air hangat, dan kompres payudara dengan waslap air hangat secara bergantian pada payudara yang lain selama 5 menit.
- m. Kemudian lanjutkan dengan kompres dingin dan diakhiri dengan air dingin.
- n. Ulangi secara bergantian sebanyak 3x pada setiap payudara

Lampiran

RENCANA WAKTU UJIAN AKHIR PROGRAM

JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

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