

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. O DENGAN
POST SECTIO CAESAREA DI RUANG
RAWAT INAP TERATAI RSUD CURUP
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

VEVI DELTA ANGGRIA
NIM. P00320119033

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM
DIPLOMA TIGA CURUP
T.A 2021-2022**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.O DENGAN
***POST SECTIO CAESAREA* DI RUANG**
RAWAT INAP TERATAI RSUD CURUP
TAHUN 2022

Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :

VEVI DELTA ANGGRIA
NIM. P00320119033

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM
DIPLOMA TIGA CURUP
T.A 2021-2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Vevi Delta Anggria
Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 29 November 2000
N I M : P00320119033
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.O Dengan
Post Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Inap
Teratai RSUD Curup Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 28 Juni 2022

Curup, 23 Juni 2022

Pembimbing



Ns. Misniarti, S.Kep. M.Kep.
NIP: 197703112001122001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.O DENGAN
POST SECTIO CAESAREA DI RUANG
RAWAT INAP TERATAI RSUD CURUP
TAHUN 2022**

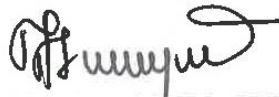
Disusun oleh :

Vevi Delta Anggria
NIM. P00320119033

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 28 Juni 2022, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji



Yanti Sutriyanti,SKM., M.Kep
NIP. 197004071989112002

Anggota Penguji I



Silvia Puspa, S.Kep Ners
NIP. 198805152019022001

Anggota Penguji II



Ns. Misniarti, S.Kep, M.Kep
NIP: 197703112001122001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP. 19711217199102100

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.O DENGAN
POST SECTIO CAESAREA DI RUANG
RAWAT INAP TERATAI RSUD CURUP
TAHUN 2022
(Vevi Delta Anggria, 2022, 133 Halaman)**

ABSTRAK

Latar Belakang : *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Yani,2012).
Tujuan : Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien *post section caesarea* meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi dan impementsi terkhususnya latihan mobilisasi dini dalam mempercepat penyembuhan luka serta evaluasi keperawatan.
Metode : Latihan mobilisasi dini pada 6 jam pertama yaitu gerakan ekstremitas, 6-10 jam pertama ltihan miring kanan dan kiri, 24 jam pertama latihan posisi semi fowler, hari kedua latihan duduk dan hari ketiga latihan berjalan.
Hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam didapatkan hasil keluhan nyeri menurun, mobilisai meningkat dengan tanda sudah dapat melakukan pergerakan ekstremitas, miring kanan kiri, duduk dan berdiri secara mandiri setelah latihan mobilisasi dini, status menyusui membaik dan resiko infeksi menurun.
Kesimpulan : Masalah keperawatan teratasi semua dan latihan mobilisasi dini dapat mempercepat penyembuhan luka.

Kata Kunci : *Sectio caesarea*, mobilisasi dini

NURSING CARE FOR PATIENTS Mrs. O
WITH POST SECTIO CESAREA THE LOTUS'S REMEDY ROOM
CURUP HOSPITAL YEAR 2022
(Vevi Delta Anggria, 2022, 133 Pages)

ABSTRAK

Background : *Sectio caesarea is a delivery carried out by a fetus that is born through one side of the abdominal wall and uterine wall with the condition that the uterus is intact and weighs above 500 grams. **Purpose:** to find out nursing care for post sc clients including assessment, diagnosis, intervention and implementation, especially early mobilization exercises in accelerating wound recovery, as well as nursing evaluation. **Methods:** early mobilization exercises in the first 6 hours of extremity movement, 6-10 hours of right and left oblique exercises, the first 24 hours of semi-Fowler position exercises, the second day of sitting exercises and the third day of walking exercises. **Results:** after 3x24 hours of nursing care, the results of complaints of pain decreased, mobilization increased with signs of being able to move extremities, right and left side, sitting and walking independently after early mobilization exercise, breastfeeding status improved and the risk of infection decreased. **Conclusion:** all nursing problems are resolved and early mobilization exercises can accelerate wound healing.*

Keywords: *Sectio Caesarea, early mobilization*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur marilah kita panjatkan kepada Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Post Sectio Caesarea* Di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022”. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada nabi kita, Nabi Muhammad SAW, karena berkat suri tauladan beliau, mengantarkan kita semua dari jalan yang gelap gulita menuju ke jalan yang terang benderang seperti saat ini.

Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi tugas akhir sebagai syarat memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Bersama ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
5. Ibu Silvia Puspa, S.Kep., Ners selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

6. Ibu Ns. Misniarti, S.Kep, M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
7. Bapak Mulyadi, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.
8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
9. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
10. Dan lain-lain yang tidak dapat disebut satu persatu.

Mudah-mudahan karya tulis ilmiah ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup, 23 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
BIODATA	xiv
PERNYATAAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi.....	12
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.5 Anatomi Fisiologi.....	15

2.1.6 Patofisiologi.....	19
2.1.6 WOC	22
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	23
2.1.8 Penatalaksanaan.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	26
2.2.1 Pengkajian	26
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3 Rencana Keperawatan	31
2.2.4 Implementasi Keperawatan	41
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	41
2.3 Konsep Latihan Mobilisasi Dini.....	43
2.3.1 Pengertian Latihan Mobilisasi Dini.....	43
2.3.2 Tujuan Latihan Mobilisasi Dini.....	44
2.3.3 Manfaat Latihan Mobilisasi Dini.....	44
2.3.4 SOP Latihan Mobilisasi Dini.....	45

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	47
3.1.1 Identitas Klien	47
3.1.2 Riwayat Keperawatan	48
3.1.3 Pemeriksaan Fisik	57
3.1.4 Penatalaksanaan	60
3.1.5 Analisa Data	60
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	63

3.3 Perencanaan Keperawatan	64
3.4 Implementasi Keperawatan	70
3.5 Evaluasi Keperawatan	89
3.6 Ringkasan Keluar	104

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Keperawatan	106
4.2 Diagnosa Keperawatan	108
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	109
4.4 Implementasi Keperawatan	109
4.5 Evaluasi Keperawatan	111

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	113
5.2 Saran	115

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul	Halaman
Gambar 2.1	Kuadran abdomen	16
Gambar 2.2	Menggerakkan tangan	43
Gambar 2.3	Menggerakkan pergelangan kaki ke depan dan ke belakang	43
Gambar 2.4	Gerakan memutar kaki	44
Gambar 2.5	Latihan miring kanan kiri	44
Gambar 2.6	Posisi semi fowler	44
Gambar 2.7	Duduk secara mandiri	45
Gambar 2.8	Latihan berjalan	45

DAFTAR SKEMA

No Gambar	Judul	Halaman
Skema 2.1	WOC Post SC	22
Skema 3.1	Genogram	52

DAFTAR TABEL

No Gambar	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Rencana Keperawatan Post SC	31
Tabel 2.2	SOP Latihan Mobilisasi Dini	45
Tabel 3.1	Riwayat Kehamilan yang Lalu	49
Tabel 3.2	Riwayat Persalinan Dahulu	50
Tabel 3.3	Pola Kebiasaan	54
Tabel 3.4	Pola Aktivitas dan Latihan	56
Tabel 3.5	Tanda-Tanda Vital	57
Tabel 3.6	Pemeriksaan Fisik	57
Tabel 3.7	Pemeriksaan Penunjang	59
Tabel 3.8	Pemeriksaan Laboratorium	59
Tabel 3.9	Penatalaksanaan Post SC	60
Tabel 3.10	Analisa Data Post SC	60
Tabel 3.11	Diagnosa Keperawatan Post SC	63
Tabel 3.12	Perencanaan Keperawatan	64

Tabel 3.13	Implementasi Keperawatan	70
Tabel 3.14	Evaluasi Keperawatan	89

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap wanita menginginkan persalinannya berjalan lancar dan melahirkan bayi yang sempurna. Seperti yang telah diketahui ada dua cara kelahiran yaitu persalinan pervaginam yang lebih dikenal persalinan normal dan persalinan dengan operasi cesar dapat juga disebut kelahiran *sesarea* juga dikenal dengan istilah *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah.2018).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) rata-rata tindakan *sectio caesarea* berkisar 5% sampai 15% per 1000 kelahiran dunia. Pada tahun 2014 di Amerika Serikat rata-rata SC meningkat hingga 29,1% per 1000 kelahiran, di Inggris telah mencapai 21,4% per 1000 kelahiran. Data tersebut menunjukkan bahwa secara global, angka tindakan persalinan melalui *sectio caesarea* terbilang tinggi (Herawati.2020). Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menyatakan terdapat 15,3% persalinan dilakukan melalui operasi. Provinsi tertinggi dengan

persalinan melalui *sectio caesarea* adalah DKI Jakarta (27,2%), Kepulauan Riau (24,7%), dan Sumatera Barat (23,1%) (Depkes RI,2018).

Dari data Riskesdas 2018 di provinsi Bengkulu di dapatkan proporsi metode persalinan pada perempuan dengan metode persalinan normal sebanyak 84,54%, operasi *sectio caesarea* sebanyak 14,92% dan dengan metode persalinan lainnya berupa forcep dan vacum sebanyak 0,54% (Riskesdas.2018). Dan berdasarkan hasil data yang diperoleh dari rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Curup di ruang kebidanan tahun 2017 terdapat 206 kasus angka persalinan dengan *sectio caesarea*, pada tahun 2018 terjadi penurunan kasus angka persalinan *Sectio Caesarea* sebanyak 141 kasus, pada tahun 2019 sebanyak 196, pada tahun 2020 sebanyak 201 kasus dan pada tahun 2021 sebanyak 257 kasus (Rekam medik RSUD Curup, 2021).

Persalinan *Sectio Caesarea* memiliki resiko dampak lima kali lebih besar terjadi komplikasi dibanding persalinan normal. Dampak dari tindakan *sectio caesarea* bagi ibu adalah rasa nyeri yang akan dirasakan setelah operasi *sectio caesare* dan luka *post sectio caesarea* (Astutik, 2017). Dengan adanya luka bekas operasi *sectio caesarea* menimbulkan nyeri pada pasien sehingga pasien cenderung untuk berbaring saja, untuk mempertahankan seluruh tubuh kaku dan tidak mengindahkan daerah pembedahan sehingga menimbulkan kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, penyembuhan luka lambat, nyeri tekan apabila tidak melakukan mobilisasi dini (Ferinawati,2019). Masalah keperawatan yang

mungkin terjadi pada pasien post *Sectio caesarea* yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka operasi pada abdomen, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, resiko syok hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur (SDKI, 2017).

Salah satu cara yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi pasien berbaring saja atau gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh nyeri dan luka operasi yaitu mobilisasi dini. Mobilisasi dini yang dilakukan tergantung pada ada tidaknya komplikasi persalinan dan nifas. Pada ibu *post sectio caesarea* diperbolehkan bangun dari tempat tidur paling lama 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu agar memulai mobilisasi dini dengan miring kiri atau kanan, duduk kemudian berjalan. Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga dapat melakukan kembali aktifitas sehari-hari secara normal. Keterlambatan mobilisasi ini akan menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan menjadikan pemulihan pasca *sectio caesarea* menjadi terlambat (Ferinawati, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sarah Nadiya (2018) menemukan bahwa ada hubungan bermakna antara mobilisasi dini pada pasien *post sectio caesarea* dengan penyembuhan luka operasi SC di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Fauziah Bireuen. Pada tahun 2019,

Mustikarani melakukan penelitian di Rumah Sakit Aura Syifa Kediri, menemukan bahwa pasien mengalami penyembuhan luka *post sectio caesarea* dengan kategori luka sembuh dalam waktu 3 hari setelah melakukan mobilisasi dini (Mustikarani, 2019).

Hasil survey yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Curup mengenai penyembuhan luka *post sectio caesarea* dengan menerapkan terapi mobilisasi dini belum sepenuhnya dilakukan. Perawat diharapkan dapat menerapkan latihan pada ibu *post sectio caesarea* dengan mengajarkan mobilisasi dini untuk mempercepat penyembuhan luka operasi yang dialami ibu *post sectio caesarea*, sehingga pasien dapat melakukan aktifitas sehari-hari seperti biasanya.

Upaya yang dilakukan untuk menangani kasus tersebut salah satunya dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu Post SC yang diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi (Nurarif, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Post Sectio Caesarea melalui proses keperawatan mulai dari proses pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi secara komprehensif di ruangan Teratai RSUD Curup tahun 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Jumlah kasus *sectio caesarea* di RSUD Curup mengalami peningkatan setiap tahunnya, pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 257 kasus. Banyaknya persalinan dengan metode operasi ini memiliki dampak rasa nyeri dan luka operasi pada ibu yang mengakibatkan ibu enggan untuk melakukan pergerakan, sehingga dapat menimbulkan lamanya proses penyembuhan luka *post sectio caesarea*, kaku persendian, postur yang buruk, kontraktur otot, dan nyeri tekan. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis merumuskan masalah “Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien *post Sectio Caesarea* melalui proses keperawatan mulai dari proses pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi serta apakah penerapan mobilisasi dini dapat mempercepat penyembuhan luka pada ibu *post sectio caesarea* di Rumah Sakit Umum Daerah Curup Tahun 2022?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada ibu bersalin post SC di Ruang Teratai RSUD Curup.

- 1.3.2.2 Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu bersalin post SC di Ruang Teratai RSUD Curup.
- 1.3.2.3 Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada ibu bersalin post SC di Ruang Teratai RSUD Curup.
- 1.3.2.4 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat pada ibu bersalin post SC di Ruang Teratai RSUD Curup.
- 1.3.2.5 Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada ibu bersalin post SC di Ruang Teratai RSUD Curup.
- 1.3.2.6 Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien post SC di RSUD Curup.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi klien

Klien dapat merasakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat mengerti perawatan yang dianjurkan pada dirinya sehingga dapat mengatasi dengan mandiri salah satunya yaitu penerapan mobilisasi dini yang sesuai dengan anjuran untuk mempercepat penyembuhan luka.

1.4.2 Bagi Perawat

Perawat dapat meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan pada pasien Post SC dan menambah wawasan serta informasi dalam penanganan post SC.

1.4.3 Bagi Institusi bagi institusi

a. Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi referensi bagi pemberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien post SC dengan di RSUD Curup, terutama dalam mempercepat luka post operasi *sectio caesarea*.

b. Pendidikan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien post SC di RSUD Curup.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi

Pelahiran sesarea juga dikenal dengan *sectio caesarea* adalah kelahiran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus (Sharon dkk.2011). Persalinan *Sectio caesarea* didefinisikan sebagai kelahiran janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi) (Cunningham.2012). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram (Yani,2012). *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah.2018). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gr (Aprina.2016).

Dari beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *SectioCaesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang menjadi alternatif bila ibu dan janin terganggu untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

2.1.2 Etiologi

Indikasi *Sectio Caesarea* pada ibu antara lain pre eklamsia berat, plasenta previa, ketuban pecah dini, uteri iminen. Sedangkan indikasi dari janin diantaranya fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut :

2.1.2.1 Pre Eklamsia Berat (PEB)

Pre eklamsia adalah sindrom spesifik-kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya perfusi organ akibat *vasospasme* dan aktivasi endotel ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD), *edema*, dan proteinuria (Aprina.2016). pre eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah

penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

2.1.2.2 Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriokarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin serta adanya tanda-tanda persalinan (Sarwono Prawirohardjo.2012).

2.1.2.3 Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Aprina.2016).

2.1.2.4 Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan *secara Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

2.1.2.5 Partus Tak Maju

Partus tak maju adalah ketiadaan kemajuan dalam dilatasi serviks, atau penurunan dari bagian yang masuk selama perasalinan aktif (Mochtar,2012). Partus tak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala

seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan (Aprina,2016).

2.1.2.6 Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri.dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin,2012)

2.1.2.7 Kelainan Letak Lintang

Letak lintang ialah jika letak anak di dalam Rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi Rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada Rahim dan menjadikan sudut 90°) jarang terjadi (Eni Nur Rahmawati, 2011).

Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau acromion (Icesmi Sukarni, 2013).

2.1.3 Klasifikasi

2.1.3.1 Persalinan Sesarea Melintang

Pelahiran sesarea melintang atau segmen bawah merupakan kelahiran sesarea yang pada umumnya dipilih karena berbagai alasan. Karena insisi dibuat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling tipis dengan aktivitas uterus yang paling sedikit, maka pada tipe insisi ini kehilangan darah minimal. Area ini lenih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur jaringan perut pada kehamilan berikutnya. Selain itu juga insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah.

Insisi awal (membuka rongga abdomen) dibuat secara melintang melalui daerah peritoneum uterus, yang menempel dengan kendur tepat diatas kandung kemih. Lipatan peritonium bawah dan kandung kemih dipisahkan dari uterus, dan otot-otot uterus diinsisi secara tegak lurus ataupun secara melintang. Selaput ketuban dipecahkan, dan janin di lahirkan. Plasenta dikeluarkan dan pemberian oksitosin melalui intavena dilakukan untuk membuat uterus berkontraksi. Insisi uterus dijahit dalam dua lapisan, dengan lapisan kedua bertumpang tindih dengan lapisan pertama. Susunan kedua lipatan penutup

ini menutup rapat insisi uterus dan di yakini untuk mencegah lokia masuk ke dalam rongga peritoneum. Kemudian daerah peritoneum viseral dirapatkan kembali dengan satu lapis jahitan kontinu menggunakan benang jahit yang dapat diserap. Lavase dengan menggunakan salin normal dilakukan untuk mengurangi infeksi pascabedah dan kemudian abdomen ditutup dengan jahitan lapis demi lapis.

2.1.3.2 Sesarea Klasik

Sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini terutama bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat seksio sesarea sebelumnya. Kadang kala, tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus plasenta previa anterior.

Karena sesarea klasik lebih ekstensif, yang memberikan akses yang cepat pada janin, metode ini merupakan metode pilihan ketika terjadi perdarahan akut atau pada situasi darurat lainnya pada saat waktu sangat penting dan

kehidupan wanita dan janin terancam. Lima kondisi lainnya yang juga memerlukan insisi klasik yaitu (Sharon,2011) :

1. Janin preterm kurang dari 34 minggu dengan presentasi bokong, karena segmen bawah masih belum terbentuk secara adekuat dan insisi melintang mungkin terlalu sempit untuk melakukan kelahiran janin tanpa menimbulkan trauma.
2. Akses ke segmen bawah uterus terhambat karena adanya jaringan fibrosa.
3. Akan dilakukan tindakan histerektomi segera setelah seksio sesarea.
4. Seksio sesarea postmortem dalam usaha untuk menyelamatkan janin yang hidup dari seorang ibu yang meninggal.
5. Terdapatnya kanker serviks invasif.

2.1.4 Manifestasi Klinis *Post SC*

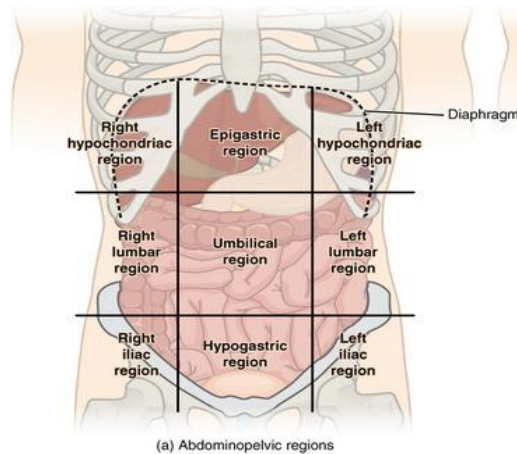
Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Doenges (2010) mengemukakan manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi :

- a. Nyeri yang disebabkan luka dari pembedahan
- b. Adanya luka insisi dibagian abdomen

- c. Umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- d. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lokhea tidak banyak)
- e. Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan
- f. Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- g. Tidak terdengarnya suara bising usus
- h. Pengaruh anestesi dapat memicu mual, muntah dan imobilisasi
- i. Klien memilih untuk tidak banyak melakukan pergerakan

2.1.5 Anatomi Fisiologi

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Rongga ini berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari otot abdomen, *columna vertebralis*, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (*regiones*). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas *crista iliaca* dan dua bidang lainnya vertikal dikiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga ke delapan hingga kepertengahan ligamen ingueneale.



Gambar 2.1 Kuadran Abdomen

Dinding abdomen tersusun dari beberapa lapisan yaitu :

1. Kulit

Langer lines menggambarkan arah serabut dermis pada kulit. Pada dinding ventral abdomen *langer lines* tersusun secara transversal. Hal inilah yang menyebabkan insisi kulit vertikal pada abdomen akan menanggung lebih besar tegangan kulit dari lateral sehingga membentuk scar yang lebih lebar. Sebaliknya, insisi kulit transversal, misalnya insisi Pfannenstiel akan mengikuti arah serabut *langer lines* sehingga dari segi kosmetik, hasil penyembuhan kulitnya lebih baik.

2. Jaringan subkutan

Lapisan ini dibagi menjadi jaringan lemak superfisial (*fascia camper*) dan lapisan membranous di bawahnya (*fascia scarpa*)

3. Otot dan fasia

Otot-otot dinding abdomen pada bidang median membentuk suatu aponeurosis yang berjalan dari prosesus xiphoideus menuju simfisis pubis. Aponeurosis ini tampak sebagai suatu garis yang disebut sebagai linea alba.

Sarung rektus dibentuk oleh kumpulan oponeurosis eksternus, m.obliquus abdominis internus, dan m.transversus abdominis. Sarung rektus m.rektus abdominis tetap padaposisinya (mencegah terjadinya *bow-string effect*) pada waktu berkontraksi.

Aponeurosis dari otot-otot abdomen ini tersusun sedemikian rupa sehingga ada perbedaan antara lapisan aponeurosis yang terletak diatas dan dibawah umbilikus, yang dibatasi oleh linea arkuata.

Diatas linea arkuata, sarung rektus terdiri atas dua lamina, yaitu lamina anterior dan lamina posterior. Lamina anterior dibentuk oleh aponeurosis m. obliquus abdominis eksternus dan lamina anterior aponeurosis m. Transversus abdominis.

Di bawah linea arkuata, kedua aponeurosis berada di sebelah ventral m. rektus abdominis. Tempat peralihan lamina posterior ke sebelah ventral m. rektus abdominis

inilah yang membentuk suatu garis lengkung yang disebut linea arkuata.

Susunan serabut otot dinding abdomen sejajar dengan arah serabut kulit. Oleh karenanya, garis jahitan pada insisi vertikal lebih sering menyebabkan terjadinya dehiscensi dan hernia.

4. Jaringan Ekstraperitoneum dan Peritoneum

Peritoneum merupakan suatu selaput tipis dan mengkilap yang melapisi dinding kavum abdomen dari sebelah dalam. Peritoneum dibagi menjadi dua yaitu, *peritoneum parietalis* dan *peritoneum visceralis*. Peritoneum parietalis dan visceralis merupakan suatu kontinuitas yang membatasi suatu ruangan yang disebut kavum peritonei.

2.1.6 Patofisiologi *Post SC*

Menurut (Yani, 2012) *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gram. Tindakan *Sectio Caesarea* menginsisi pada bagian abdomen dan dinding uterus. Setelah kavum uteri terbuka selaput ketuban dipecahkan. Setelah janin dan plasenta dilahirkan kemudian lapisan endometrium, miometrium, dan perimetrium di jahit kembali. Penyebab dilakukannya tindakan ini

indikasi dari ibu yaitu panggul sempit absolut, tumor jalan lahir, stenosis serviks, disproporsi sefalopelvis, ruptur uteri, riwayat observasi yang jelek, riwayat dasar klasik, infeksi herpes virus tipe II dan preeklamsi. Sedangkan indikasi dari janin yaitu kelainan letak janin dan gawat janin. Kelainan letak janin dan gawat janin menyebabkan janin tidak bisa lahir melalui jalan lahir sehingga harus dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*.

Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis. Adaptasi post partum secara psikologis akan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan masalah gangguan pola tidur. Sedangkan adaptasi post partum secara fisiologis akan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat mengakibatkan nyeri payudara sehingga dapat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI (Nurarif, dkk 2016).

Pada tindakan *Sectio Caesarea* akan ada tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan

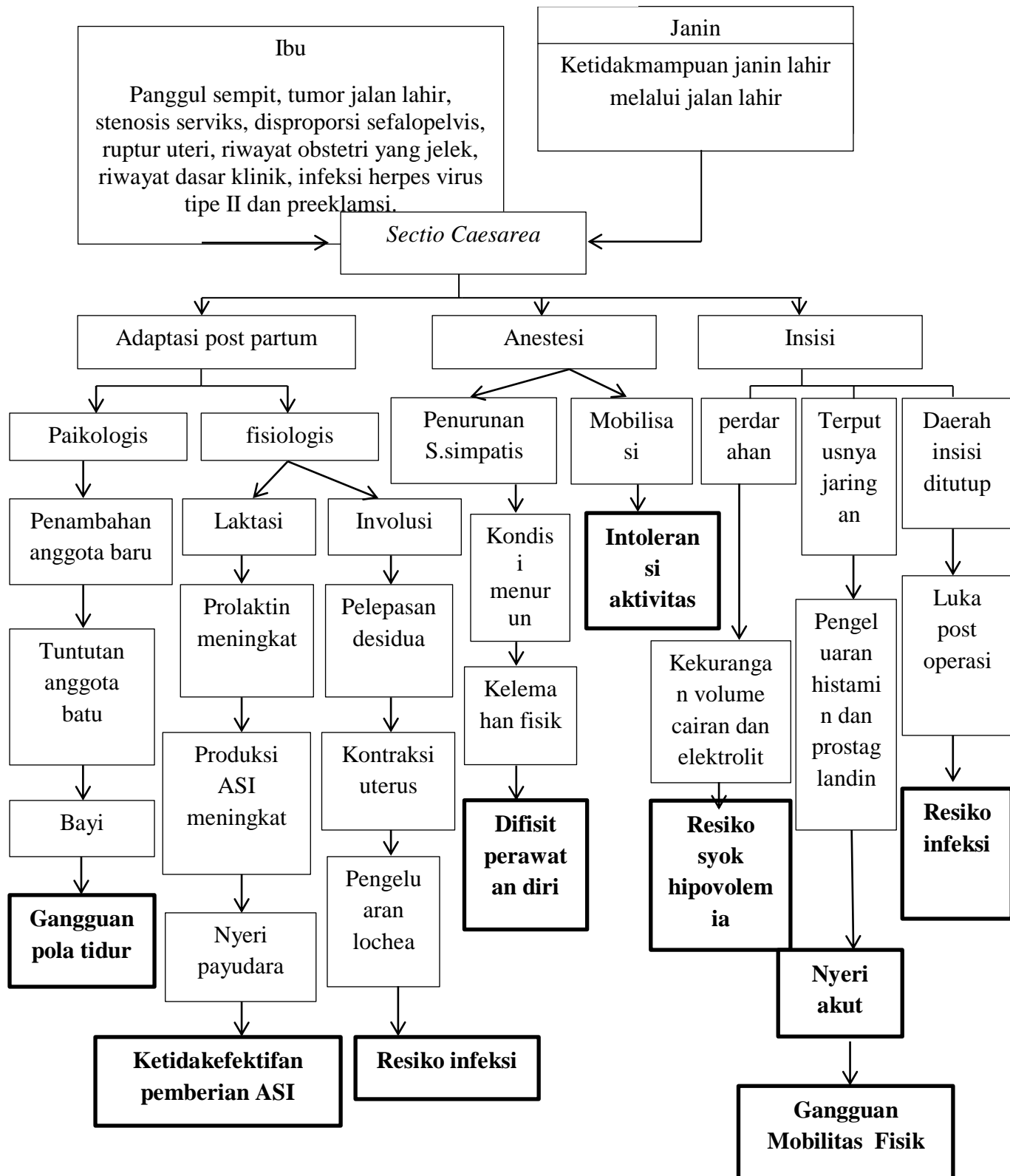
aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah difisit perawatan diri (Nurarif, dkk 2016).

Anestesi pada tindakan *Sectio Caesarea* juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk ke lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortalitas yang menurun maka peristaltik juga menurun sehingga makanan yang ada di lambung akan menumpuk. Karena mortalitas yang menurun, akan mengakibatkan perubahan pada pola eliminasi yaitu konstipasi (Nurarif, dkk 2016)

Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri(nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Nurarif, dkk 2016).

2.1.7 WOC Post SC

Skema 2.1 WOC Post SC



Sumber : (Nurarif, dkk 2016 dan Mitayani,2012)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang *Post SC*

- a. Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post SC mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%
- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan *Post Sectio caesarea* biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit dalam darah, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.
- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa, pada ibu post Sc biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post Sc mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemi.

2.1.9 Penatalaksanaan *Post SC*

2.1.9.1 Penatalaksanaan Medis (Jitowiyono, 2012)

- a. Analgetik

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila

diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin.

1. Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg.
2. Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg merepidin.
3. Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

b. Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian cairan RL terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

c. Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi hari setelah operasi hematokrit tersebut harus di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

d. Vesika urinaris dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya

bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah operasi, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

2.1.9.2 Penatalaksanaan Keperawatan

a. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

b. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-8 jam setelah operasi, latihan pernapasan dapat dilakukan sambil tidur terlentang dsedini mungkin setelah sadar. Hari pertama post operasi pasien dapat didudukkan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya, kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi *semifowler* dan selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar berjalan, dan kemudian berjalan sendiri dan pada hari ke-3 pasca operasi pasien dapat dipulangkan.

c. Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah

harus dibuka dan diganti. Bersihkan luka dengan menggunakan cairan NaCl dan ditutupi kasa steril serta plaster. Secara normal jahitan kulit dapat diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.

d. Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada hari pasca operasi *sectio caesarea*. Apabila pasien memutuskan untuk tidak menyusui, dapat diberikan bebat untuk menopang payudara tanpa terlalu menekan dan biasanya dapat mengurangi rasa nyeri.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi *Sectio caesarea*

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: 1) Pengkajian; 2) Diagnosa; 3) Perencanaan; 4) Implementasi; dan 5) Evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan (Kozier, 2010).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada masa post operasi meliputi mengevaluasi parameter fisik klien dan kesiapan serta pemahaman terhadap prosedur dan mengidentifikasi kemungkinan faktor-faktor resiko yang ada (Sharon, 2011)

1. Identitas atau biodata klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, nomor dan nomor registrasi.

2. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

- b. Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi seperti nyeri yang dirasakan, bagaimana pengeluaran lochea, bagaimana keadaan luka insisi abdomennya.

- c. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus dan bayi kembar yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

- d. Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB dan PB), penolong persalinan. Hal ini

perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan.

3. Keadaan klien

a. Aktivitas

Mengalami gangguan mobilisasi akhirnya aktivitas klien terganggu karena adanya anestesi dan luka post OP *Sectio Caesarea*.

b. Sirkulasi

Kehilangan banyak darah selama prosedur pembedahan. Hipertensi dan perdarahan vagina yang mungkin terjadi, kemungkinan kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml.

c. Integritas ego

Integritas ego dapat menimbulkan prosedur yang diantisipasi sebagai tanda kegagalan pada kemampuan sebagai wanita. Menunjukkan stabilitas emosional dari kegembiraan, ketakutan, menarik diri dan kecemasan.

d. Neurosensori

Kerusakan gerakan dan sensasi di bawah tingkat anestesi spinal epidural.

e. Nyeri/ketidaknyamanan

Pasien mengeluh nyeri karena trauma bedah dan ketidaknyamanan akibat bedah (insisi), distensi kandung

kemih, efek-efek anestesi dan nyeri tekan uterus. Serta mengkaji skala nyeri pada klien post SC.

f. Seksualitas

Fundus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus dan terdapat lochea. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan.

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan kesadaran klien, berat badan, tinggi badan

b. Tanda-tanda vital

1. Suhu

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2 C – 37,5 C. Kemungkinan disebabkan karena ikatan dari aktifitas payudara. Bila kenaikan mencapai 38 C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau sepsis masa nifas.

2. Nadi dan Pernafasan

Nadi biasanya meningkat > 80 x/menit, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

3. Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat >120/90 mmHg.

c. Rambut

Warna rambut, jenis rambut, kebersihan, rontok atau tidak, apakah ada lesi atau tidak.

d. Mata

Skleranya ikterik atau tidak, konjungtiva an anemis atau anemis, pada ibu yang mengalami persalinan konjungtivanya anemis, palpebra edema atau tidak, menggunakan alat bantu penglihatan atau tidak.

e. Hidung

Bernapas dengan menggunakan cuping hidung atau tidak, terdapat serumen atau tidak dan penciumannya baik atau tidak.

f. Telinga

Keistimewaan antara kiri dan kanan, menggunakan alat bantu pendengaran atau tidak dan fungsi pendengaran klien.

g. Mulut

Mukosa bibir klilen, tekstur dan warna sianosis atau tidak.

h. Leher

Apakah klien mengalami pembengkakan kelenjar tyroid.

i. Abdomen

Keadaan abdomen, warna, ada lesi atau tidak, keadaan luka operasi, nyeri abdomen post op *Sectio Caesarea* dan bising usus klien.

j. Payudara

Puting susu menonjol atau tidak, warna areola mammae, kondisi mammae, colostrum sudah keluar atau belum.

k. Genitalia

Terdapat varises atau tidak, apakah ada edema atau tidak, pengeluaran lochea berwarna apa. Lochea rubra 1-3 hari berwarna merah kehitaman, lochea sanguinolenta 3-7 hari berwarna merah kekuningan, lochea serosa 8-14 hari berwarna kekuningan/kecoklatan dan lochea alba >14 hari berwarna putih.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi, pembengkakan payudara)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan, ketidakbugaran fisik
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak, ketidakadekuatan suplai ASI, anomali payudara ibu, kelahiran kembar
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, kelemahan, tirah baring
5. Difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, gangguan neuromuskuler

6. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, kekurangan intake cairan, efek agen farmakologis
7. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive/ malnutrisi/peningkatan paparan organisme patogen lingkungan/ ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer atau sekunder.
8. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan Post SC

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Perineum terasa tertekan menurun (5) 7. Frekuensi nadi membaik (5) 8. Tekanan darah membaik (5) 	OBSERVASI <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

			<p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>TERAPEUTIK</p> <p>10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>EDUKASI</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>17. Ajarkan teknik nonfarmakologi</p> <p>KOLABORASI</p> <p>18. Kolaborasi pemberian analgetik</p>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Kecemasan menurun (5) <p>Gerakan terbatas menurun (5)</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memuai mobilisasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan

			<p>alat bantu</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Fasilitasi melakukan pergerakan 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.
3	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan nyeri payudara	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5) 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat (5) 3. Miksi bayi lebih dari 8kali/24 jam meningkat (5) 4. Suplai ASI meningkat (5) 5. Kecemasan maternal menurun (5) 	<p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media penkes 4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 7. Libatkan sistem pendukung <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan konseling menyusui 9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar 11. Ajarkan perawatan payudara postpartum

4	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat (5) 2. Keluhan lelah menurun (5) 3. Dispnea saat aktivitas menurun (5) 4. Dispnea setelah aktivitas menurun (5) 	<p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik yang dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam perawatan diri meningkat dengan kriteria</p>	<p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai

		<p>hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Kemampuan ke toilet meningkat (5) 4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (5) 5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (5) 	<p>usia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu perawatan diri <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Siapkan keperluan pribadi 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
6	Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam status cairan klien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ttv dalam keadaan normal <ol style="list-style-type: none"> a. TD normal Systol : 100-139 mmHg. Diastol : 70-90 mmHg b. Nadi normal :60-100x/m c. Pernafasan normal : 16-24 x/m d. Suhu normal : 36,5°C-37,5°C 2. Irama jantung normal 3. HB dalam batas normal (11-12 	<p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan asupan cairan oral <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 6. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian cairan IV 8. Kolaborasi pemberian produk

		gr/dl) 4. Darah yang keluar dalam batas normal (250cc)	darah
7	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun (5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyeri menurun (5) 4. Bengkak menurun (5) 5. Kadar sel darah putih membaik (5)	OBSERVASI 1. Monitor tanda dan gejala infeksi TERAPEUTIK 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi EDUKASI 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 10. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan KOLABORASI 12. Kolaborasi pemberian imunisasi
8	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selamax24 jam pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun (5) 2. Keluhan sering terjaga menurun (5) 3. Keluhan tidak puas tidur menurun (5) 4. Keluhan pola tidur	OBSERVASI 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

		<p>berubah menurun (5)</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (5)</p>	<p>TERAPEUTIK</p> <p>5. Modifikasi lingkungan</p> <p>6. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>EDUKASI</p> <p>8. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>9. Anjurkan menetapkan kebiasaan waktu tidur</p> <p>10. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p>11. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p>
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan.

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*Subjektif, objektif, assement, Perencanaan*).

Teknik pelaksanaan SOAP :

1. S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan
2. O (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan
3. A (*Assement*) adalah membandingkan antar informasi *subjektif* dan *objektif* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.

4. P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.3 Koonsep Mobilisasi Dini

2.3.1 Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *sectio caesarea* (Mawarni,2018). Menurut asumsi peneliti mobilisasi dini merupakan salah satu faktor utama yang mendukung proses penyembuhan luka operasi post SC apabila mobilisasi dini dilakukan dengan baik maka penyembuhan luka terjadi secara cepat.

Mobilisasi dini dilakukan pada 6 jam pertama post SC dengan latihan gerak tangan dan kaki secara abduksi dan adduksi di tempat tidur klien, pada 6-10 jam berikutnya klien dianjurkan untuk latihan miring kanan dan miring kiri. Pada 24 jam post SC klien dilatih untuk memposisikan diri semi fowler dan duduk diatas tempat tidur. Pada hari ke-2 post SC klien dianjurkan latihan duduk secara mandiri dengan menurunkan kaki kelantai. Dan pada hari ke-3 post SC klien dianjurkan untuk latihan berjalan (Mawarni,2018).

Berdasarkan penelitian, Ferinawati (2019) melibatkan kelompok variabel independen dan variabel dependen pasien post SC yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Avicenna Bireuen. Latihan gerakan mobilisasi dini yang diberikan secara bertahap mulai dari 6 jam post

SC sampai dengan hari ke-3 post SC dalam waktu tiga hari berturut-turut, didapatkan hasil bahwa dari 32 responden, terdapat 21 responden yang dapat melakukan mobilisasi dini dengan kategori baik, dimana mayoritas 19 responden mengalami penyembuhan luka dengan cepat dan minoritas 2 responden yang mengalami penyembuhan luka secara lambat. Sedangkan 11 responden yang melakukan mobilisasi dini dengan kategori kurang dengan mayoritas penyembuhan luka secara lambat yaitu 8 responden dan minoritas penyembuhan luka secara cepat yaitu 3 responden. Maka dari itu ada hubungan bermakna antara mobilisasi dini post SC dengan penyembuhan luka operasi di RSUD Avicenna Bireuen pada tahun 2019.

2.3.2 Tujuan Latihan Mobilisasi Dini

Menurut Mawarni (2018) ada beberapa tujuan dari latihan mobilisasi dini, diantaranya yaitu :

1. Mempercepat penyembuhan luka
2. Mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene ibu dan bayi
3. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli
4. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit

2.3.3 Manfaat Latihan Mobilisasi Dini

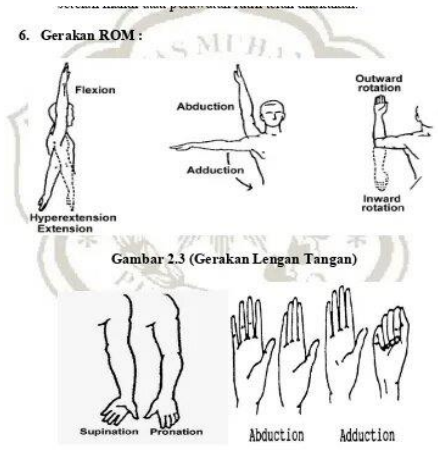
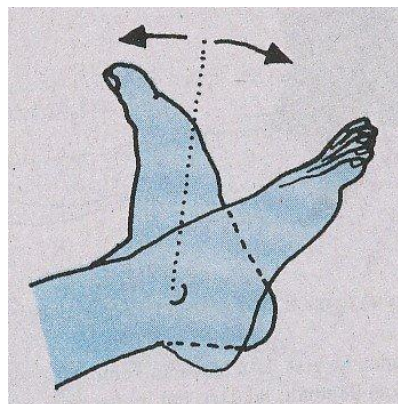
Mobilisasi dini merupakan faktor yang berhubungan dengan pemulihan luka post *sectio caesarea* karena salah satu manfaat mobilisasi dini yaitu melancarkan sirkulasi darah. Sirkulasi darah yang lancar dapat membantu dalam proses penyembuhan luka karena

darah mengandung zat-zat yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka seperti oksigen, obat-obatan, gizi dan lain-lain (Ferinawati, 2019).

2.3.3 SOP Tindakan

Gambar 2.2 SOP Latihan Mobilisasi Dini

No	Kegiatan	Gambar
1.	<p>Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan SOP mobilisasi dini yang akan digunakan b. Melihat data atau riwayat SC pasien c. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat d. Mengkaji kesiapan ibu untuk melakukan mobilisasi dini e. Mencuci tangan 	
2.	<p>Tahap Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam terapeutik b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan c. Menyampaikan keuntungan dan kerugian prosedur yang akan dilakukan d. Menyampaikan kontak waktu 	

	<p>e. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien</p> <p>f. Menjaga privasi klien</p>	
<p>3.</p>	<p>Tahap kerja</p> <p>Pada 6 jam pertama post SC</p> <p>a. Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang</p> <p>b. Anjurkan klien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit</p> <p>c. Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama 30 detik</p> <p>d. Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan di atas kepala dengan telapak tangan menghadap keatas</p> <p>e. Lakukan gerakan menarik ke atas secara bergantian sebanyak 5-10 kali</p>	<p>6. Gerakan ROM:</p>  <p>Gambar 2.3 (Gerakan Lengan Tangan)</p> <p>2.2 Menggerakkan tangan</p>  <p>2.3 Menggerakkan pergelangan kaki ke depan kebelakang</p>

- b. Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi klien sampai posisi duduk

Pada hari ke-2 post SC

- a. Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan
- b. Lakukan latihan setiap 4 jam sekali



2.7 Duduk secara mandiri

Pada hari ke-3 post SC

- a. Klien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai
- b. Jika klien merasa kuat diperbolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur.
- c. Latihan dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari



2.8 Latihan berjalan

4.	<p>Evaluasi dan Tindak Lanjut</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan evaluasi tindakan b. Menganjurkan klien untuk melakukan kembali setiap latihan dengan pengawasan keluarga c. Menanyakan perasaan klien setelah melakukan latihan mobilisasi dini d. Evaluasi subjektif dan objektif e. Salam terapeutik dengan klien f. Mencuci tangan 	
5.	<p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokumentasikan : nama klien, tanggal dan jam pelaksanaan, dan respon pasien b. Paraf dan nama perawat jelas dicantumkan pada catatan pasien 	

(Mawarni,2018)

BAB III

TINAJUAN KASUS

3.1. Pengkajian

Tempat praktek : Ruangan Teratai
No. Reg : 230636
Tanggal Pengkajian : 19 Mei 2022 Pukul : 14.00 WIB
Tanggal Masuk : 18 Mei 2022 Pukul : 20.15 WIB
Diagnosa Medis : Post SC dengan indikasi oligohidramnion G4P2A1

3.1.1 Identitas Klien

1. Identitas diri klien

Nama Klien : Ny.O
Umur : 38 Tahun
Pendidikan : SMP
Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Air Putih Lama
Agama : Islam
Suku Bangsa : Selatan
Pekerjaan : IRT

2. Penanggung jawab

Nama Suami : Tn.S
Pendidikan : SMP
Alamat : Air Putih Lama
Umur : 38 Tahun

Pekerjaan : Petani

3.2.1 Riwayat Keperawatan

1. Data Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keadaan umum klien post operasi dalam kondisi lemah, belum bisa menggerakkan ekstremitas bawah karena masih dalam pengaruh anestesi serta kondisi klien tirah baring. Setelah 6 jam post operasi klien merasakan nyeri di bagian abdomen area luka operasi, nyeri seperti ditusuk – tusuk, nyeri saat bergerak, dengan skala nyeri 6.

b. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah yang terdapat luka post operasi terbungkus obsite yang bersih dan kering, nyeri saat bergerak, sulit melakukan pergerakan terutama dibagian kaki dan perut, klien mengatakan badan nya terasa lemas, serta klien tampak meringis.

P : Nyeri timbul saat bergerak

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada luka post operasi SC sampai ke daerah pusat

S : Skala nyeri 6

T : Nyeri dirasakan hilang timbul dan saat bergerak

c. Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan riwayat kehamilan sekarang G4P2A1 aterm, klien mengatakan pada usia kehamilan 3 bulan klien mengalami mual dan muntah berlebihan sehingga klien dianjurkan untuk rawat inap di ruangan Teratai. Klien mengatakan pernah mendapatkan tablet Fe, asam folat dari dokter dan di konsumsi secara teratur.

d. Riwayat kehamilan yang lalu

Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan yang Lalu

Kehamilan Ke	Pemeriksaan ANC	Obat-obatan	Keluhan
1	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
2	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
3	Tidak ada	Tidak ada	Keguguran pada usia kehamilan ke 2 bulan, klien mengatakan tiba-tiba darah keluar dari kemaluan dan nyeri di bagian abdomen
4	Poli KIA	Tablet Fe dan asam folat	Mual dan muntah berlebihan pada usia kehamilan 3 bulan

e. Riwayat persalinan dahulu

Tabel 3.2 Riwayat Persalinan Dahulu

Anak Ke	Metode Persalinan	Tempat	Keadaan Bayi	Jk
1	Pervaginam	Rumah dukun beranak	Sehat	P
2	Pervaginam	Rumah dukun beranak	Sehat	P
3	Pervaginam	Rumah Klien	Meninggal	-

f. Riwayat persalinan saat ini

Jenis persalinan saat ini yaitu operasi *Sectio Caesarea* dengan indikasi oligohidramnion yang dilakukan pada tanggal 19 Mei 2022 Jam 10.20 WIB dengan anestesi spinal, luka operasi di abdomen bagian bawah berbentuk horizontal dengan panjang ± 10 cm, dan selesai operasi jam 12.10 WIB serta klien tidak mengalami perdarahan hebat.

g. Riwayat kesehatan bayi setelah operasi SC

Pada tanggal 19 Mei 2022 pukul 10.53 WIB lahir neonatus hidup dengan jenis kelamin laki-laki, APGAR score 10 dalam pemeriksaan 5 menit pertama bergerak aktif dan kuat, denyut jantung 120x/m, bayi menangis secara spontan dan merespon saat diberikan rangsangan cubitan ringan, warna kulit kemerahan, BB 3445gr, PB 48 cm, LK 33 cm, LD 33 cm. Bayi di bawa keruangan Mawar untuk diberikan vitamin K 1 ampul

dengan dosis 1 mg 1 jam setelah bayi lahir dan pemantauan selama 3 jam kemudian rooming in bersama ibu di ruangan Teratai.

h. Riwayat kesehatan lalu

1. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi

2. Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat trauma seperti kecelakaan.

3. Riwayat dirawat RS

Klien mengatakan pada saat kehamilan ini klien pernah di rawat di ruangan Teratai sebelumnya karena mual dan muntah berlebihan.

4. Riwayat Operasi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat operasi

i. Riwayat kesehatan keluarga

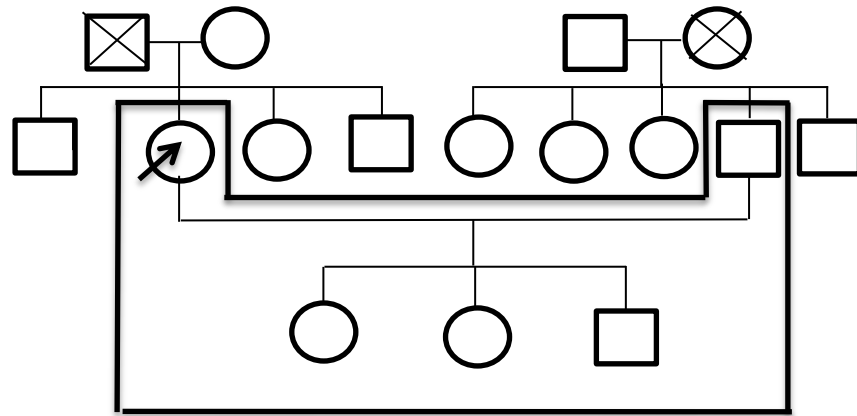
Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang melakukan persalinan melalui tindakan operasi SC dan tidak memiliki riwayat sakit menular.

j. Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan sebelum hamil klien menggunakan KB implant setiap 3 tahun sekali di tempat praktik bidan.

k. Genogram

Skema 3.1 Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
 : Perempuan
↗ : Klien
 : Tinggal serumah

Ny.O mengatakan ia anak ke dua dari 4 bersaudara, Ny.O menikah dengan Tn. S yang merupakan anak ke empat dari 5 bersaudara. Tn. S dan Ny. O memiliki 3 orang anak, 2 anak perempuan dan 1 anak laki-laki yang tinggal dalam satu rumah.

Data Umum Maternitas :

a. Riwayat menstruasi

1. Menarche : Ny.O mengatakan mengalami menarche pertama kali pada umur 13 tahun.
2. Siklus : Siklus haid Ny.O 28 hari

3. Lama : Ny.O mengatakan lamanya haid ± 6 hari
4. Banyaknya : Ny.O mengatakan banyaknya haid normal
5. Teratur/tidak : Ny.O mengatakan haidnya teratur
6. Disminore : Ny.O mengatakan tidak mengalami nyeri pada saat haid
- b. Kehamilan sekarang : Tidak direncanakan
- c. Status Obstetrikus : G4P2A1
- d. HPHT : 11 Agustus 2021
- e. Taksiran Persalinan : 18 Mei 2022
- f. Mengikuti kelas prenatal : Tidak
- g. Rencana KB : Implan

Tabel 3.3 Pola Kebiasaan

No	Kegiatan	Sebelum di rawat	Post Operasi Rawat RSUD
1.	Pola nutrisi/cairan		
	Frekuensi makan	3x/hari	3x/hari
	Jenis makanan	Gizi seimbang	Diit nasi lunak yang diberikan RS
	Nafsu makan	Baik	Baik
	Mual muntah	Mual muntah pada kehamilan 0-4 bulan	Tidak ada mual muntah
	Alergi makanan	Tidak ada	Tidak ada

	Masalah menelan BB saat hamil	Tidak ada 58 kg	Tidak ada 53 kg
2.	Pola Eliminasi BAB : Frekuensi Karakteristik feses Hemoroid Diare Pemasangan laktasif Keluhan BAK : Frekuensi Keluhan Riwayat penyakit ginjal Penggunaan diuretik	1x/hari Lembek Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada 5-7x/hari Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Belum ada Belum ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Belum BAB selama di RS Klien terpasang kateter Jumlah urine 100 cc Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3.	Personal Hygiene Mandi Frekuensi Oral hygiene Cuci rambut	2x/hari 2x/ hari 1x/hari	Di lap dengan kain basah Kumur-kumur saja Tidak ada
4.	Pola aktivitas/istirahat Jenis pekerjaan Lama bekerja Hobby Kegiatan waktu luang Jumlah jam tidur Gangguan tidur Penggunaan obat tidur	IRT Tidak menentu Memasak Tidak menentu 8 jam/hari Tidak ada Tidak ada	IRT Tidak menentu Memasak Tidak menentu 6 jam/hari Tidak ada Tidak ada

5.	Kebiasaan lain Minuman keras Penguanaan obat-obatan Psikotropika/narkotik	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada
6.	Pola seksualitas Kebiasaan bersama dirumah bertemu dengan keluarga Masalah berhubungan intim	Berkumpul dan berbincang Tidak ada	Berkumpul dengan keluarga di RS Tidak ada

Tabel 3.4 Pola Aktivitas Dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum	✓				
Mandi				✓	
Toileting		✓			
Berpakaian			✓		
Mobilitas di tempat tidur		✓			
Berpindah/berjalan		✓			

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Alat bantu

2 : Dibantu orang lain

3 : Alat bantu dan dibantu orang lain

4 : Tergantung total

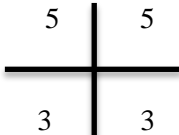
3.3.1 Pemeriksaan Fisik

Tabel 3.5 Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan	Hasil
Tekanan Darah	150/90 mmHg
Pernapasan	20x/menit
Nadi	80x/menit
Suhu	36,1 °C
Urine	100 cc
Involusi Uterus	Sepusat
Kontraksi Uterus	Keras
Bising Usus	-

Tabel 3.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Post Sectio Caesarea
Mata	Tidak Ada Oedema, Konjungtiva Ananemis, Sklera Ikterik, Pupil Isokor
Hidung	Tidak terdapat kelainan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembesaran polip, dan fungsi penciuman baik
Mulut	Mukosa bibir lembab, tidak sianosis dan mulut bersih
Leher	Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan vena jugularis
Paru-paru	Dada simetris, pernapasan torax abdominal, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 20x/m
Cardiovaskuler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi : simetris, tidak ada luka 2. Palpasi : tidak ada nyeri tekan 3. Perkusi : sonor 4. Auskultasi : tidak ada bunyi tambahan

Payudara	Simetris, puting susu menonjol, areola hiperpigmentasi, kolostrum dan ASI belum keluar
Abdomen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inpeksi : Tidak ada pembesaran di abdomen, adanya bekas luka operasi SC dibagian bawah abdomen sepanjang \pm 10 cm, luka operasi berbentuk horizontal, tertutup dengan obsite, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, terasa panas, pembengkakan dan terasa nyeri dibagian luka. 2. Auskultasi : Tidak terdengar bising usus 3. Palpasi : Nyeri tekan disekitar luka operasi dan sekitarnya, skala nyeri 6, TFU sepusat, kontraksi uterus keras. 4. Perkusi : Timpani
Genetalia	Terpasang kateter pada tanggal 18 Mei 2022 dan dilepas pada tanggal 20 Mei 2022, pengeluaran lochea rubra berwarna merah kehitaman sebanyak \pm 40cc pada 2 jam pertama.
Ekstremitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ekstremitas atas : tidak ada oedema, tidak lesi, kekuatan otot kuat, di tangan sebelah kanan terpasang infus RL 20 tpm dan pergerakan aktif. 2. Ekstremitas bawah : tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah, klien dianjurkan untuk latihan miring kanan kiri pada 6 jam post operasi, belajar duduk pada hari ke dua dan belajar berjalan pada hari ke tiga post operasi. 3. Kekuatan otot <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 18 Mei 2022

Tabel 3.7 Pemeriksaan Penunjang

No	Pemeriksaan	Hasil
1	USG	Oligohidramnion

2. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 19 Mei 2022

Tabel 3.8 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	12,8 g/dL	W : 11,7 -15,5
Leukosit	12.800 uL	W : 3.600-11.000
Trombosit	199.000 uL	150.000-440.000
Hematokrit	38 %	W : 35-47
Diff Count	0/11/0/65/17/7%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2- 8

3.4.1 Penatalaksanaan

1. penatalaksanaan *Post Sectio Caesarea*

Tabel 3.9 Penatalaksanaan *Post Sectio Caesarea*

Tanggal	Jenis Obat	Dosis Obat
19 Mei 2022	1. IVFD RL 2. Ceftriaxone vial 3. Metronidatole 4. Dextropen amp drip	20 tpm 2x1gr 2x500ml 3x1 amp

20 Mei 2022	1. Cefixime 200gr	2x1 tab
	2. Asam metenamat	3x1 tab

3.5.1 Analisa Data

Tabel 3.10 Analisa Data *Post Sectio Caesarea*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah pada luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sampai ke pusat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien bergerak sangat berhati-hati - P : Nyeri timbul saat bergerak Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk R : Nyeri pada bekas luka operasi sampai ke pusat S : Skala nyeri 6 T : Nyeri Hilang timbul dan saat bergerak - TD : 150/90 mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit T : 36,1 °C 	<p>Agen pencedera fisik (luka operasi)</p>	Nyeri

2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan terutama dibagian kaki dan perut. - Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien diperbolehkan belajar miring kanan dan kiri 6 jam setelah operasi, belajar duduk pada hari kedua dan belajar berjalan pada hari ke tiga - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Klien bergerak sangat terbatas - Ditangan kanan klien terpasang infus - Kekuatan otot <div style="text-align: center;"> <table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">3</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> </div>	5	5			3	3	Program pembatasan gerak	Gangguan mobilitas fisik
5	5								
3	3								
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan Kolostrum dan ASI belum keluar - Klien belum mampu memberikan kolstrum dan 	Ketidakadekuatan suplai ASI	Menyusui tidak efektif						

	<p>ASI karena bayi langsung di observasi di ruang anak selama 3 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan khawatir belum dapat memberikan ASI - Klien mengatakan bayi diberikan susu formula SGM sebagai pengganti ASI sementara. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ASI tidak keluar - Bayi diberikan susu formula SGM 		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di bagian luka bekas operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi di abdomen bawah - Luka bekas operasi tertutup obsite - Keadaan luka post operasi bersih dan kering - Leukosit : 12,800 uL 	Efek prosedur invasif	Resiko Infeksi

3.2.Diagnosa keperawatan

Tabel 3.11 Diagnosa Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi)	19 Mei 2022	21 Mei 2022
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak	19 Mei 2022	21 Mei 2022
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	19 Mei 2022	21 Mei 2022
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	19 Mei 2022	21 Mei 2022

3.3. Perencanaan Keperawatan

Nama Klien : Ny.O Ruangan : Teratai
 Umur : 38 Tahun No.RM : 230636
 Diagnosa : Post SC dengan Indikasi Oligohidramnion

Tabel 3. 12 Rencana keperawatan post SC

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi di abdomen)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Nyeri L.08066 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah membaik	SIKI : Manajemen Nyeri I.08238 Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan

			<p>tentang nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetic <p>Teraperutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi tarik napas dalam) 8. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 9. Fasilitasi istirahat dan tidur 10. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri 13. Ajarkan teknik nonfarmakologis (Teknik relaksasi tarik napas dalam)
--	--	--	--

			Kolaborasi : 14. Kolaborasi pemberian analgetic (jika perlu)
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatasan gerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Mobilitas Fisik L.05042 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kecemasan menurun 6. Kelemahan fisik menurun	SIKI : Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Status Menyusui I.03029</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tetapan/pancaran ASI meningkat 2. Suplai ASI adekuat meningkat 3. Kepercayaan diri ibu meningkat 4. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan 	<p>SIKI : Edukasi Menyusui I.12393</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya

		benar meningkat	<p>6. Dukungan ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</p> <p>7. Libatkan system pendukung (suami, keluarga, tenaga kesehatan)</p> <p>Edukasi :</p> <p>8. Edukasi konseling menyusui</p> <p>9. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>10. Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</p> <p>11. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak</p> <p>12. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)</p>
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	<p>Observasi :</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Batasi jumlah pengunjung</p>

		<p>SLKI : Tingkat Infeksi L.14137</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan badan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun 6. Kadar sel darah putih membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

3.4. Implementasi Keperawatan

Nama Klien : Ny.O

Ruangan : Teratai

Umur : 38 Tahun

No.RM : 230636

Diagnosa : Post SC dengan Indikasi Oligohidramnion

Tabel 3.13 Implementasi Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

Tanggal	No. Dp	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
Kamis, 19 Mei 2022	1	14.00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan faktor pencetus nyeri	1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sampai pusat, seperti di tusuk-tusuk, nyeri timbul \pm 10 kali, nyeri hilang timbul dan saat bergerak dengan skala nyeri 6.	Vevi
		14.10 WIB	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2. Muka klien tampak meringis	
		14.15 WIB	3. Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan	3. Klien mengatakan nyeri muncul jika bergerak dan nyeri berkurang jika	

			nyeri	tidur	
		15.15 WIB	4. Menanyakan mengenai pengetahuan klien mengenai nyeri yang dialaminya	4. Klien mengatakan sering mendengarkan berita dari tetangga bahwa nyeri setelah operasi SC lebih sakit dan lama di bandingkan setelah persalinan normal	
		15.25 WIB	5. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri	5. Klien dan keluarga mengerti mengenai penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakan klien	
		15.35 WIB	6. Membantu dan mengajarkan mengurangi rasa nyeri dengan terapi relaksasi tarik napas dalam.	6. Klien mengerti dan mengikuti instruksi yang diberikan perawat dan mengatakan lebih rileks	
		15.50 WIB	7. Menganjurkan keluarga klien untuk mengurangi pengunjung yang dapat memperberat rasa nyeri klien	7. Keluarga klien membatasi kunjungan	

		16.00 WIB	8. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur	8. Klien mengatakan saat tidur rasa nyeri berkurang	
Kamis, 19 Mei 2022	2	14.30 WIB	1. Mengidentifikasi pergerakan klien	1. Klien jarang bergerak karena rasa nyeri timbul saat bergerak, klien hanya aktif menggerakkan tangannya.	Vevi
		14.35 WIB	2. Menjelaskan kepada klien bahwa pada hari pertama post operasi klien harus sudah bisa menggerakkan kaki dan tangan, miring kanan dan kiri, serta posisi semi fowler.	2. Klien mengatakan akan mencoba gerakan yang dianjurkan oleh perawat pada hari pertama post SC	
		14.40 WIB	3. Menjelaskan kepada klien dan keluarga pentingnya latihan mobilisasi dini untuk mempercepat proses penyembuhan luka	3. Klien mengerti dan bersedia mengikuti arahan perawat	

		16.15 WIB	4. Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan dan aktivitas klien	4. Keluarga klien mengatakan selalu membantu klien dalam melakukan aktivitas nya	
		16.20 WIB	5. Memeriksa tanda-tanda vital	5. TD : 150/90 mmHg RR : 20x/menit N : 80x/menit S : 36,1 °C	
		16.25 WIB	6. Mengajarkan klien untuk melakukan pergerakan lengan dan kaki secara bertahap dalam 6 jam pertama post SC sebanyak 5-10 kali(fleksi, aduksi, abduksi dan rotasi)	6. Klien mengikuti dan mempraktekkan instruksi dari perawat	
		18.30 WIB	7. Mengajarkan dan membantu klien untuk melakukan pergerakan miring kanan dan miring kiri	7. Klien dapat melakukan pergerakan tersebut pertama kali masih dibantu oleh perawat	

			setelah 6-10 jam post SC, lakukan setiap 2 jam sekali	namun untuk percobaan selanjutnya klien melakukan secara mandiri.	
Kamis, 19 Mei 2022	3	19.30 WIB	1. Menanyakan kepada klien mengenai kemampuan klien memberikan ASI	1. Klien mengatakan sudah tahu cara memberikan ASI tetapi ASI klien belum keluar	Vevi
		19.35 WIB	2. Membuat kesepakatan jadwal pendidikan kesehatan yang akan dilakukan pada klien dan keluarga	2. Klien mengatakan siap untuk menerima informasi tentang menyusui dan mengatakan siap jika besok akan diberikan informasi lagi	
		19.37 WIB	3. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	3. Klien mengatakan sudah mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi tetapi belum mengetahuinya dengan rinci	
		19.40 WIB	4. Menganjurkan dan mengajarkan	4. Klien mengatakan sudah mencoba	

			<p>klien untuk merangsang payudara dengan cara memijat payudara agar ASI dapat keluar</p> <p>19.45 WIB</p> <p>5. Menganjurkan klien untuk memberikan susu formula pada bayi</p> <p>19.47 WIB</p> <p>6. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang ingin ditanyakan</p>	<p>teknik tersebut dan ASI memang susah keluar</p> <p>5. Klien mengatakan sudah memberikan susu SGM 30 cc 4 jam setelah kelahiran</p> <p>6. Klien mengatakan tidak ada yang ingin ditanyakan karena pengalaman anak pertama dan kedua sebelumnya, ASI memang lama keluar ± 3 hari setelah melahirkan ASI baru keluar</p>	
Kamis, 19 Mei 2022	4.	15:00 WIB	1. Memeriksa tanda dan gejala infeksi	1. Klien mengatakan nyeri di bagian abdomen bekas luka operasi, tidak ada bengkak, tidak ada kemerahan dan tidak merasakan panas pada	Vevi

				luka bekas operasi	
		15:15 WIB	2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	2. Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi yang di rasakan	
		15:25 WIB	3. Menganjurkan klien dan keluarga selalu mencuci tangan atau membersihkan tangan sebelum menyentuh luka operasi	3. Klien dan keluarga klien mengatakan akan berusaha sesering mungkin untuk membersihkan tangannya	
		15:30 WIB	4. Menganjurkan klien dan keluarga mengonsumsi makanan tinggi protein seperti telur	4. Klien mengatakan akan sering mengonsumsi telur	
		17:30 WIB	5. Mengajarkan klien cara mencuci tangan yang benar	5. Klien dapat menerima informasi cara mencuci tangan yang benar	
		17:40 WIB	6. Menganjurkan klien memberitahu perawat jika ada cairan atau darah keluar dari luka post operasi klien	6. Klien mengatakan akan memberitahu perawat jika ada cairan yang keluar dari luka operasi	

IMPLEMENTASI HARI KE-2					
Jumat, 20 Mei 2022	1	08.00 WIB	1. Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	1. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dengan skala nyeri 4, nyeri pada luka operasi, terasa seperti ditusuk, nyeri saat bergerak.	Vevi
		08.05 WIB	2. Memberikan obat asam mefenamat untuk meredakan nyeri melalui oral	2. Klien mengonsumsi obat tersebut 1 tablet dengan dosis 500 mg	
		08.10 WIB	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	3. Meringis klien tampak berkurang	
		08.12 WIB	4. Menanyakan hal yang memperberat rasa nyeri klien	4. Klien mengatakan nyeri timbul saat terlalu banyak bergerak	
		08.15 WIB	5. Menganjurkan kepada keluarga klien untuk mengurangi	5. Keluarga klien mengatakan sudah membatasi pengunjung yang datang	

		08.17 WIB	<p>pengunjung yang datang agar klien nyaman dan tidak terganggu</p> <p>6. Mengingatkan klien untuk melakukan teknik tarik napas dalam jika nyeri timbul</p>	<p>6. Klien mengatakan sering melakukan teknik tersebut saat nyeri timbul, dan klien mengatakan lebih rileks setelah melakukan tarik napas dalam</p>	
		08.20 WIB	<p>7. Menanyakan keberhasilan terapi relaksasi tarik napas dalam dan analgetik yang sudah diberikan</p>	<p>7. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi tersebut jika nyeri timbul, dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 4.</p>	
		08.30 WIB	<p>8. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur</p>	<p>8. Klien mengatakan jika tidur nyeri sedikit berkurang, tetapi sulit tidur nyenyak karena lingkungan RS.</p>	
Jumat, 20 Mei 2022	2	10.00 WIB	<p>1. Mengidentifikasi pergerakan klien</p>	<p>1. Klien sudah bisa menggerakkan tangan, kaki, dan miring kanan kiri secara mandiri.</p>	

		10.00 WIB	2. Memonitor keadaan umum melakukan mobilisasi	2. Klien takut untuk melakukan banyak pergerakan	Vevi
		10.10 WIB	3. Menjelaskan kepada klien jadwal latihan mobilisasi dini hari kedua post SC klien harus sudah bisa duduk secara mandiri	3. Klien mengatakan akan mengikuti instruksi yang diberikan perawat	
		10.12 WIB	4. Melibatkan keluarga untuk membantu klien meningkatkan mobilisasi	4. Klien mengatakan akan mencoba latihan mobilisasi dini dengan dibantu anggota keluarganya.	
		10.15 WIB	5. Memeriksa tanda-tanda vital	5. TD : 130/70 mmHg N : 70x/menit R : 22x/menit T : 36,0 °C	
		10.20 WIB	6. Menganjurkan klien untuk latihan mobilisasi dini yang telah diarahkan sebelumnya secara	6. Klien mengatakan sering melakukan mobilisasi yang telah diajarkan sebelumnya secara mandiri dan klien	

		10.25 WIB	mandiri (gerak tangan, kaki, miring kanan dan kiri) 7. Mengajarkan klien cara posisi semi fowler dan posisi duduk yang baik, lakukan minimal setiap 4 jam sekali	sudah mulai belajar posisi semi fowler 7. Klien mengatakan sedikit pusing pada saat belajar duduk, namun setelah percobaan selanjutnya klien tidak pusing lagi	
		10.35 WIB	8. Memotivasi klien dan keluarga untuk selalu mengikuti instruksi perawat agar sering melakukan mobilisasi dini untuk mempercepat kesembuhan luka operasi	8. Klien mengatakan akan mengikuti instruksi yang diberikan perawat	
Jumat, 20 Mei 2022	3	12.30 WIB	1. Menanyakan kepada klien mengenai pengeluaran ASI	1. Klien mengatakan ASI klien belum juga keluar	
		12.35 WIB	2. Menganjurkan klien untuk terus mencoba merangsang	2. Klien mengatakan sudah mencoba cara tersebut berulang kali untuk	Vevi

			<p>pengeluaran ASI dengan cara memijat payudara</p>	<p>merangsang pengeluaran ASI</p>	
		12.33 WIB	<p>3. Membuat kesepakatan jadwal pendidikan kesehatan yang akan dilakukan pada klien dan keluarga</p>	<p>3. Klien mengatakan siap untuk menerima informasi tentang menyusui dan mengatakan siap jika besok akan diberikan informasi lagi</p>	
		12.35 WIB	<p>4. Mengajarkan klien untuk merangsang mammae dengan cara yang kedua yaitu bayi menghisap puting susu klien secara langsung</p>	<p>4. Klien mengatakan sudah mencoba cara tersebut tetapi ASI tetap belum keluar</p>	
		12.45 WIB	<p>5. Menanyakan kepada klien dan keluarga apakah ada yang ingin ditanyakan</p>	<p>5. Klien dan keluarga bertanya apakah ada cara lain untuk merangsang pengeluaran ASI</p>	
		16.00 WIB	<p>6. Mengantar klien pulang</p>	<p>6. Klien pulang ke rumah</p>	

Jumat, 20 Mei 2022	4.	13.30 WIB	1. Memeriksa tanda dan gejala infeksi pada klien	1. Klien mengatakan nyeri yang dirasakannya sudah berkurang, tidak ada rasa panas, tidak ada bengkak dan tidak ada kemerahan di area luka operasi	Vevi
		13.40 WIB	2. Memeriksa kebersihan luka operasi klien	2. Luka operasi klien tampak tertutup absite yang bersih dan kering	
		13.45 WIB	3. Mengingatkan kepada klien dan keluarga agar selalu menjaga kebersihan luka operasi klien	3. Klien mengatakan selalu menjaga luka operasi tersebut agar tetap bersih dan kering	
		13.50 WIB	4. Mengingatkan kembali kepada klien untuk tidak lupa mengonsumsi makanan tinggi protein seperti telur	4. Klien mengatakan klien sudah mengonsumsi telur 4 butir dari kemarin	
		15.45 WIB	5. Mengingatkan klien untuk	5. Keluarga klien mengatakan akan	

		15.55 WIB	<p>memanggil perawat jika terdapat cairan yang keluar dari luka operasi klien</p> <p>6. Menganjurkan kepada keluarga klien untuk bergantian menjenguk klien agar tidak terlalu ramai</p>	<p>segera memberitahu perawat jika terjadi sesuatu pada klien</p> <p>6. Keluarga klien mengatakan akan mengurangi pengunjung ruangan</p>	
IMPLEMENTASI HARI KE-3 (Di Rumah Klien)					
Sabtu, 21 Mei 2022	1	09.00 WIB s/d 09.20 WIB	<p>1. Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien</p> <p>2. Menanyakan kepada klien apakah klien mengonsumsi obat yang diberikan dari rumah sakit secara teratur</p>	<p>1. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala 2, nyeri saat klien terlalu banyak bergerak, nyeri pada luka operasi, nyeri seperti nyut-nyut</p> <p>2. Klien mengatakan mengonsumsi obat yang diberikan secara teratur sesuai instruksi yang telah diberikan</p>	Vevi

			<p>3. Menanyakan hal yang memperberat rasa nyeri klien</p> <p>4. Mengingatkan klien untuk melakukan teknik tarik napas dalam jika nyeri timbul</p> <p>5. Menanyakan keberhasilan terapi relaksasi tarik napas dalam dan obat yang diberikan dalam penurunan nyeri yang dirasakan</p> <p>6. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur</p>	<p>3. Klien mengatakan nyeri sudah jarang muncul tetapi jika bergerak aktif kadang nyeri masih suka muncul</p> <p>4. Klien mengatakan sering menerapkan Teknik tersebut jika nyeri timbul</p> <p>5. Klien mengatakan terapi dan obat tersebut sangat membantu untuk meredakan nyeri yang klien rasakan</p> <p>6. Klien mengatakan tadi malam klien sulit tidur karena bayi nya rewel.</p>	
--	--	--	--	---	--

Sabtu, 21 Mei 2022	2	09.20 WIB s/d 09.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor keadaan umum melakukan mobilisasi dini 2. Menjelaskan kepada klien jadwal latihan mobilisasi dini hari ke tiga post SC klien harus sudah bisa berjalan secara mandiri 3. Melibatkan keluarga dalam mobilisasi 4. Memotivasi klien untuk melakukan mobilisasi agar mempercepat pemulihan 5. Memeriksa tanda-tanda vital 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah bisa melakukan pergerakan yang telah diajarkan dan klien masih berhati-hati dalam melakukan pergerakan 2. Klien mengatakan sudah mulai latihan berjalan ke toilet secara mandiri 3. Klien mengatakan mobilisasi nya kadang di bantu dengan keluarganya 4. Klien mengatakan akan terus berlatih agar cepat pulih 5. TD : 130/80 mmHg RR : 20 x/m 	Vevi
--------------------------	---	-------------------------------------	---	--	------

			<p>6. Menganjurkan klien untuk latihan mobilisasi yang telah diarahkan sebelumnya secara mandiri (gerak tangan kaki, miring kanan kiri dan duduk)</p> <p>7. Mengajarkan klien untuk sering belajar berjalan secara mandiri</p>	<p>N : 70 x/m T : 36 °C</p> <p>6. Klien mengatakan sering melakukan mobilisasi yang telah diajarkan sebelumnya secara mandiri dan klien sudah belajar berjalan</p> <p>7. Klien mengatakan sudah mulai belajar berjalan ke toilet secara mandiri</p>	
Sabtu, 21 Mei 2022	3	09.40 WIB s/d 10.00 WIB	<p>1. Memantau pengeluaran ASI klien</p> <p>2. Menganjurkan klien untuk terus mencoba merangsang pengeluaran ASI dengan cara memijat payudara</p>	<p>1. Klien mengatakan ASI sudah keluar sedikit-sedikit</p> <p>2. Klien mengatakan akan mencobanya terus agar ASI yang keluar semakin banyak</p>	Vevi

			<p>dan penghisapan puting susu oleh bayi</p> <p>3. Menganjurkan klien mengonsumsi makanan yang dapat membantu meningkatkan produksi ASI seperti jantung pisang dan sayur katu</p> <p>4. Menganjurkan klien untuk terus mengajarkan bayi menghisap puting susu ibu</p> <p>5. Menjelaskan kepada klien untuk mengutamakan pemberian ASI eksklusif dan mengurangi pemberian susu formula</p>	<p>3. Klien mengatakan nanti akan mencobanya</p> <p>4. Klien mengatakan sudah mencoba memberikan ASI tetapi masih sangat sedikit dan klien memberikan bayinya susu formula SGM 50 cc sehari sebagai susu tambahan</p> <p>5. Klien mengatakan masih memberikan susu formula sebagai susu tambahan sebanyak 50 cc sehari dan akan mengurangi pemberian susu formula</p>	
--	--	--	---	---	--

Sabtu, 21 Mei 2022	4.	10.00	1. Memeriksa tanda dan gejala infeksi	1. Klien tidak memiliki tanda gejala infeksi dan nyeri yang dirasakan klien sudah jauh berkurang	Vevi
		WIB			
s/d					
10.20					
WIB					
			2. Mengingatkan klien untuk selalu menjaga kebersihan	2. Klien mengatakan akan selalu menjaga kebersihan	
			3. Mengingatkan kembali agar klien banyak mengkonsumsi telur 6 butir sehari sampai keadaan luka membaik	3. Klien mengatakan sudah mengikuti saran yang diberikan oleh perawat	
			4. Menganjurkan klien dan keluarga untuk mencuci tangan sesuai dengan yang telah diajarkan	4. Klien dan keluarga mengatakan akan berusaha mengikuti arahan yang diberikan	
			5. Mengingatkan kepada klien dan keluarga agar datang ke poli KIA untuk mengganti obsite luka operasi	5. Klien mengatakan akan datang untuk kontrol ke poli KIA pada hari senin 23 Mei 2022	

3.5. Evaluasi

Nama Klien : Ny.O Ruangan : Teratai
 Umur : 38 Tahun No.RM : 230636
 Diagnosa : Post SC dengan Indikasi Oligohidramnion

Tabel 3.14 Evaluasi Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

Tanggal	No.DP	Jam	Evaluasi	paraf
Kamis, 19 Mei 2022	1	14.30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen luka operasi sampai ke pusat - Klien mengatakan nyerinya terasa seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri terasa hilang timbul dan timbul saat bergerak - Klien mengatakan nyeri berkurang saat tidur <p>O :</p> <p>P : Nyeri timbul saat bergerak</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri pada luka post operasi SC sampai ke pusat</p> <p>S : Skala nyeri 6</p>	Vevi

			<p>T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak</p> <p>TD : 150/90 mmHg, RR: 20 x/m, N: 80x/m, T: 36,1°C,</p> <p>- Klien tampak meringis</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan pada nomor 1,2,3,5,8,9,13,14</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun		✓				2.	Meringis menurun		✓				3.	Gelisah menurun		✓				4.	Tekanan darah membaik			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																	
1.	Keluhan nyeri, menurun		✓																																				
2.	Meringis menurun		✓																																				
3.	Gelisah menurun		✓																																				
4.	Tekanan darah membaik			✓																																			
Kamis, 19 Mei 2022	2	19.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan sulit bergerak - Klien mengatakan bisa menggerakkan tangan, kaki, miring kanan dan kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Gerakan klien terbatas 	Vevi																																			

		<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot klien menurun - Klien tampak berhati-hati saat bergerak - Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya - Klien melakukan pergerakan mobilisasi dini <div style="text-align: center;"> </div> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas, meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rentang gerak meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kecemasan menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan pada nomor 2,3,4,5,6,7,8,9,10</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas, meningkat		✓				2.	Kekuatan otot meningkat		✓				3.	Rentang gerak meningkat		✓				4.	Nyeri menurun		✓				5.	Kecemasan menurun		✓				
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																							
1.	Pergerakan ekstremitas, meningkat		✓																																										
2.	Kekuatan otot meningkat		✓																																										
3.	Rentang gerak meningkat		✓																																										
4.	Nyeri menurun		✓																																										
5.	Kecemasan menurun		✓																																										

Kamis, 19 Mei 2022	3	20.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI belum keluar - Klien mengatakan sudah merangsang payudaranya dengan cara memijatnya agar ASI keluar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI klien tidak keluar - Klien tampak cemas - Bayinya diberikan susu formula SGM 100cc setiap kali di berikan - Klien sudah bisa memposisikan bayi dengan benar <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tetes ASI meningkat</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kepercayaan diri ibu meningkat</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Suplasi ASI adekuat meningkat</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Tetes ASI meningkat	✓					2.	Kepercayaan diri ibu meningkat		✓				3.	Suplasi ASI adekuat meningkat	✓					Vevi
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Tetes ASI meningkat	✓																														
2.	Kepercayaan diri ibu meningkat		✓																													
3.	Suplasi ASI adekuat meningkat	✓																														

			4. Kemampuan memposisikan bayi meningkat				✓																																																				
			5. Kecemasan menurun		✓																																																						
			P : Intervensi dilanjutkan pada nomor 3,4,5,6,7,8, dan 11																																																								
Kamis, 19 Mei 2022	4.	16.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di bagian luka operasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi di bagian abdomen bawah - Tidak ada kemerahan, bengkak dan panas <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Demam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Bengkak</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan			✓			2.	Demam					✓	3.	Kemerahan				✓		4.	Nyeri		✓				5.	Bengkak					✓	6.	Kadar sel darah putih			✓			Vevi
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																					
1.	Kebersihan badan			✓																																																							
2.	Demam					✓																																																					
3.	Kemerahan				✓																																																						
4.	Nyeri		✓																																																								
5.	Bengkak					✓																																																					
6.	Kadar sel darah putih			✓																																																							

			P : Intervensi dilanjutkan pada nomor 1, 2, 4, 6, 7, 10	
EVALUASI HARI KE-2				
Jumat, 20 Mei 2022	1	10.30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Klien mengatakan nyeri timbul saat bergerak - Klien mengatakan mengonsumsi asam mefenamat 3x1 hari - Klien mengatakan nyeri berkurang saat tidur tetapi tidak bisa tidur nyenyak karena lingkungan RS <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien sulit tidur <p>P : Nyeri timbul pada saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri di bagian luka post SC Sampai pusat</p> <p>S : Skala nyeri 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>TD : 130/70 mmHg, N : 70x/m, RR : 22x/m, T : 36°C,</p>	Vevi

			<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan di rumah pada nomor 1, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14</p>					No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun			✓			2.	Meringis menurun			✓			3.	Gelisah menurun				✓		4.	Tekanan darah membaik			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																					
1.	Keluhan nyeri, menurun			✓																																							
2.	Meringis menurun			✓																																							
3.	Gelisah menurun				✓																																						
4.	Tekanan darah membaik			✓																																							
Jumat, 20 Mei 2022	2	12.40 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa melakukan pergerakan tangan, kaki, dan miring kanan kiri - Klien mengatakan sudah bisa belajar duduk - Klien mengatakan takut untuk melakukan banyak pergerakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerakan klien terbatas - Pergerakan klien tampak berhati-hati 					Vevi																																			

			<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas klien masih di bantu keluarga - Klien masih belajar duduk agar tidak pusing - Kekuatan otot <div style="text-align: center;"> <table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">4</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> </table> </div> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 60%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas, meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rentang gerak meningkat</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kecemasan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan di Rumah pada no 2,3,4,5,6,8,10</p>	5		5				4		4	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas, meningkat				✓		2.	Kekuatan otot meningkat			✓			3.	Rentang gerak meningkat			✓			4.	Nyeri menurun			✓			5.	Kecemasan menurun				✓		
5		5																																																					
4		4																																																					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																	
1.	Pergerakan ekstremitas, meningkat				✓																																																		
2.	Kekuatan otot meningkat			✓																																																			
3.	Rentang gerak meningkat			✓																																																			
4.	Nyeri menurun			✓																																																			
5.	Kecemasan menurun				✓																																																		
Jumat,	3	16..00	S :																																																				

20 Mei 2022		WIB	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI belum keluar - Klien mengatakan sudah mencoba memberikan ASI langsung pada bayinya - Klien klien mengatakan memebrikan susu formula SGM sebagai susu tambahan sementara <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASI klien belum keluar - Klien tampak memposisikan bayi dengan benar saat menyusui - Klien di berikan susu formula SGM sebanyak 100cc setiap kali pemberian <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="743 970 1550 1361"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tetes ASI meningkat</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kepercayaan diri ibu meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemampuan memposisikan bayi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Tetes ASI meningkat	✓					2.	Kepercayaan diri ibu meningkat			✓			3.	Kemampuan memposisikan bayi meningkat				✓		Vevi
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Tetes ASI meningkat	✓																														
2.	Kepercayaan diri ibu meningkat			✓																												
3.	Kemampuan memposisikan bayi meningkat				✓																											

			4.	Kecemasan menurun			✓					
			5.	Suplai ASI adekuat meningkat	✓							
			P : Intervensi dilanjutkan di rumah pada no 1,2,5,6,7,8,12									
Jumat, 20 Mei 2022	4.	14.00 WIB	S :	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang - Klien mengatakan sudah mengkonsumsi telur 								Vevi
			O :	<ul style="list-style-type: none"> - Keadaan pembalut luka operasi klien bersih dan kering - Tidak terdapat kemerahan dan bengkak di area luka operasi 								
			A : Masalah teratasi sebagian									
			No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5			

			<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Demam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Bengkak</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan di rumah pada nomor 1, 4, 6, 9, 10</p>	1.	Kebersihan badan				✓		2.	Demam					✓	3.	Kemerahan				✓		4.	Nyeri			✓			5.	Bengkak					✓	6.	Kadar sel darah putih			✓			
1.	Kebersihan badan				✓																																									
2.	Demam					✓																																								
3.	Kemerahan				✓																																									
4.	Nyeri			✓																																										
5.	Bengkak					✓																																								
6.	Kadar sel darah putih			✓																																										
EVALUASI HARI KE-3																																														
Sabtu, 21 Mei 2022	1	10.30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah jarang timbul - Klien mengatakan nyeri berkurang dengan mengkonsumsi obat dan teknik relaksasi - Klien mengatakan sulit tidur karena bayi rewel <p>O :</p> <p>P : Nyeri timbul pada saat bergerak aktif</p>				Vevi																																							

			<p>Q : Nyeri nyut-nyut</p> <p>R : Nyeri di bagian luka post Sc sampai pusat</p> <p>S : Skala nyeri 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat terlalu banyak bergerak</p> <p>TD : 130/80 mmHg, N : 70x/m, RR : 20x/m, T : 36°C,</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan darah membaik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun				✓		2.	Meringis menurun				✓		3.	Gelisah menurun					✓	4.	Tekanan darah membaik			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																	
1.	Keluhan nyeri, menurun				✓																																		
2.	Meringis menurun				✓																																		
3.	Gelisah menurun					✓																																	
4.	Tekanan darah membaik			✓																																			
Sabtu, 21 Mei 2022	2	10.30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet secara mandiri - Klien mengatakan masih berhati-hati dalam melakukan pergerakan - Klien mengatakan aktivitas nya kadang masih di bantu keluarga 	Vevi																																			

			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan klien tampak berhati-hati - Klien masih terus berlatih mobilisasi - Klien masih belajar duduk agar tidak pusing - Klien sudah bisa berjalan secara mandiri - Kekuatan otot <div style="text-align: center;"> <table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table> </div> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 45%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas, meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rentang gerak meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kecemasan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> </tr> </tbody> </table>	5		5				5		5	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas, meningkat					✓	2.	Kekuatan otot meningkat				✓		3.	Rentang gerak meningkat				✓		4.	Nyeri menurun				✓		5.	Kecemasan menurun					✓	
5		5																																																					
5		5																																																					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																	
1.	Pergerakan ekstremitas, meningkat					✓																																																	
2.	Kekuatan otot meningkat				✓																																																		
3.	Rentang gerak meningkat				✓																																																		
4.	Nyeri menurun				✓																																																		
5.	Kecemasan menurun					✓																																																	

			P : Intervensi Dihentikan																													
Sabtu, 21 Mei 2022	3	10.30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ASI sudah keluar sedikit - Klien mengatakan sudah mencoba memberikan ASI langsung pada bayinya - Klien mengatakan memeberikan susu formula SGM sebagai susu tambahan sementara <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien di berikan susu formula SGM sebanyak 50cc setiap kali pemberian - ASI klien sudah keluar sedikit-sedikit <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tetes ASI meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kepercayaan diri ibu meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemampuan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Tetes ASI meningkat			✓			2.	Kepercayaan diri ibu meningkat					✓	3.	Kemampuan					✓	Vevi
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Tetes ASI meningkat			✓																												
2.	Kepercayaan diri ibu meningkat					✓																										
3.	Kemampuan					✓																										

			<table border="1"> <tr> <td></td> <td>memposisikan bayi meningkat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kecemasan menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Suplai ASI adekuat meningkat</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		memposisikan bayi meningkat						4.	Kecemasan menurun				✓		5.	Suplai ASI adekuat meningkat			✓			
	memposisikan bayi meningkat																								
4.	Kecemasan menurun				✓																				
5.	Suplai ASI adekuat meningkat			✓																					
			P : Intervensi dihentikan																						
Sabtu, 21 Mei 2022	4.	10.30 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah jauh berkurang - Klien mengatakan akan melakukan kontrol luka pada hari senin <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan pembalut luka klien bersih dan kering - Tidak terdapat bengkak dan kemerahan <p>A : Masalah teratasi</p>				Vevi																		

No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5
1.	Kebersihan badan				✓	
2.	Demam					✓
3.	Kemerahan					✓
4.	Nyeri				✓	
5.	Bengkak					✓
6.	Kadar sel darah putih			✓		

P : Intervensi di hentikan

Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama klien : Ny.O

Umur : 38 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Tempat praktek : Ruang Teratai RSUD Curup

No.RM : 230636

Tanggal masuk : 18 Mei 2022 Pukul : 20.15

Tanggal pulang : 20 Mei 2022 Pukul : 16.00

Diagnosa medis : Post SC dengan indikasi Oligohidramnion

Keadaan pasien pulang : Keadaan sudah membaik

Tanda-tanda vital :

TD :130/80 mmHg

RR : 20 x/m

N : 70 x/m

T : 36°C

Pendidikan Kesehatan :

1. Mengarahkan klien untuk mengonsumsi obat cefixime 200gr 2x1 perhari, dan asam mefenamat 500gr 3x1 perhari.
2. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung protein seperti telur, dianjurkan mengonsumsi 6 butir perhari.
3. Klien mengontrol luka pada tanggal 23 Mei 2022.

Obat yang dibawa pulang :

1. Cefixime 200gr 2x1 perhari
2. Asam mefenamat 500gr 3x1 perhari

Jadwal control poli KIA : Senin, 23 Mei 2022

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan perawatan pada Ny.O dengan diagnosa medis post SC dengan indikasi oligohidramnion. Penerapan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan latihan mobilisasi dini, dan evaluasi keperawatan pada Ny.O yang dilaksanakan pada tanggal 19 Mei 2022 sampai dengan 21 Mei 2022, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.O dengan post SC di ruang Teratai RSUD Curup sebagai berikut :

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Ny.O dengan Post SC indikasi oligohidramnion dilakukan pengkajian pada hari kamis 19 Mei 2022 pukul 14.00 WIB dengan metode wawancara, observasi keadaan klien meliputi identitas klien sampai dengan pemeriksaan fisik head to toe, karena penulis menganggap lebih sistematis dan akurat. Dari pengkajian tersebut, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti, tidak ada kesulitan dalam berkomunikasi dengan ibu atau keluarga klien yang lainnya.

Setelah dilakukan tindakan SC pada jam 12.15 kondisi klien masih dalam efek anestesi. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dari kepala sampai kaki mendapatkan hasil pada bagian mata klien terdapat data konjungtiva

ananemis, keadaan umum lemas, terdapat luka bekas operasi berbentuk horizontal dibagian abdomen bawah yang ditutupi dengan obsite yang bersih dan kering, serta adanya pengeluaran pervaginam berwarna merah kehitaman sebanyak \pm 40 cc. Bagian mulut mukosa bibir tampak lembab, pada mammae areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol serta ASI belum keluar, klien terpasang kateter 100cc. Pemberian terapi Ny.O yaitu injeksi ceftriaxone, metronidazole dan dextropen. Post *Sectio Caesarea* 6 jam di ruang maternitas klien mengatakan nyeri pada luka operasi dan meningkat saat melakukan pergerakan sehingga klien takut untuk bergerak. Klien juga mengatakan aktivitas klien mengalami gangguan karena klien sulit untuk melakukan pergerakan. Ny.O telah dilakukan pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan hemoglobin, leukosit, trombosit, hematokrit dan diff count pada tanggal 19 Mei 2022 dengan hasil pemeriksaan leukosit mengalami peningkatan yaitu 12,800 uL.

Kasus pada Ny.O sejalan dengan pengkajian teoritis, yang mana dihasil pengkajian didapatkan data tentang nyeri yang dirasakan pada luka post operasi yang mengakibatkan klien takut untuk melakukan banyak pergerakan sehingga menyebabkan aktivitas/mobilitas klien terganggu. Pada pemeriksaan fisik teoritis pada kasus post SC didapatkan data tanda-tanda vital klien akan meningkat, terdapat luka post operasi yang tertutup obsite, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama sampai hari ketiga dengan warna merah kehitaman, serta areola payudara klien mengalami hiperpigmentasi. Menurut teori dalam pemeriksaan penunjang memiliki

hasil yang sejalan dengan kasus yang diangkat yaitu kadar *leukosit* mengalami peningkatan, tetapi pada pemeriksaan *Hemoglobin* dan *Hematokrit* hasil yang muncul tidak sejalan dengan teori karena Hb dan Ht klien tidak mengalami penurunan maupun peningkatan melainkan hasil yang di dapatkan dengan jumlah yang normal.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien post operasi *sectio caesarea* yaitu (SDKI DPP PPNI 2017) 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi), 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri 3) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI 4) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, kelemahan dan tirah baring, 5) Difisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, gangguan neuromuskuler 6) Risiko hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, 7) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive dan 8) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, kurang control tidur atau kurang privasi.

Dari delapan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan post SC, terdapat 4 diagnosa keperawatan pada teori dan sesuai dengan kondisi yang dialami oleh klien. Berikut ini diagnosa yang bisa diangkat sesuai dengan kondisi klien kelolaan penulis di lahan yaitu 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)

2)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri 3) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan 4)Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Berdasarkan teori diagnosa yang telah dipaparkan terdapat 4 diagnosa yang tidak diangkat karena pada diagnosa gangguan pola tidur klien tidak memiliki data-data penunjang pada saat dilakukan pengkajian seperti mengeluh sulit tidur, tidak puas tidur, pola tidur berubah dan istirahat tidak cukup. Pada diagnosa intoleransi aktivitas klien tidak mengeluh lelah, tidak mengeluh tidak nyaman setelah beraktivitas, frekuensi jantung dan tekanan darah tidak meningkat pada saat beraktivitas maupun bergerak, serta klien tidak sianosis. Pada diagnosa difisit perawatan diri klien tidak menolak untuk dilakukan perawatan diri, setiap hari badan klien selalu di bersihkan dengan kain lembab oleh ibu nya dan pakaian klien selalu diganti setiap hari. Dan pada diagnosa resiko hipovolemia klien tidak mengalami perdarahan hebat yang dapat mengakibatkan hipovolemia, TTV klien normal, turgor kulit klien bagus, membran mukosa lembab, klien minum cukup dan tidak muntah.

4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Pengkajian dan menegakkan diagnosa telah dilakukan, selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Rencana keperawatan merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan dalam sebuah asuhan keperawatan yang dilakukan untuk membantu klien memenuhi kebutuhan kesehatan dan mengatasi

masalah keperawatan yang telah ditentukan. Rencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah di susun tidak semua bisa diterapkan pada pelaksanaan asuhan keperawatan dikarenakan penulis menyesuaikan dengan kondisi klien dan sarana yang ada di RSUD Curup.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan tidak seluruhnya penulis dapat melakukan sendiri, penulis bekerja sama dengan perawat ruangan. Saat penulis tidak berada di ruangan, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien, catatan ruangan, catatan dokter dan bertanya pada perawat yang sedang jaga. Penulis bekerja sama dengan perawat ruangan seperti observasi keluaranya cairan lochea, melakukan pemberian obat, memantau klien memberikan ASI dikarenakan penulis sedang tidak dinas. Setelah itu penulis bekerja sama dengan keluarga seperti membantu aktivitas klien dan membantu klien latihan mobilisasi dini. Klien dapat mengurangi nyeri yang dirasakan nya dengan cara mengonsumsi obat yang telah diberikan dan menerapkan teknik relaksasi tarik napas dalam. Pada implementasi mobilitas fisik klien dapat dengan mudah berlatih menggerakkan ekstermitas dan miring kanan kiri

serta pada hari kedua klien sudah mulai belajar posisi duduk walaupun pada saat percobaan pertama klien sedikit pusing tetapi pada percobaan selanjutnya klien lebih rileks melakukannya secara mandiri. Pada hari ketiga post SC klien sudah belajar berjalan secara mandiri dan klien sudah bisa ke toilet tanpa bantuan dari pihak keluarga. Pada implementasi menyusui tidak efektif klien dapat merangsang pengeluaran ASI dengan cara memijat payudara, bayi menghisap secara langsung puting susu klien dan mengonsumsi sayuran yang dapat meningkatkan ASI klien seperti jantung pisang dan sayur katu. Dan pada implementasi resiko infeksi klien dapat menjaga kebersihan badan dan luka operasi untuk menghindari terjadinya infeksi pada luka operasi klien dan mengikuti anjuran perawat untuk sering melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien maupun lingkungan klien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi formatif dan sumatif . Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan pada Ny.O dengan 4 diagnosa keperawatan, diagnosa tersebut dapat teratasi pada tanggal 21 Mei 2022.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan luka operasi pada abdomen dengan hasil subjektif, klien mengatakan nyeri sudah jarang timbul tetapi jika bergerak terlalu aktif klien masih merasakan nyut-nyut di perutnya dengan skala nyeri 2. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berdasarkan data subjektifnya klien mengatakan sudah bisa

melakukan pergerakan mobilisasi dini secara mandiri seperti menggerakkan ekstermitas, miring kanan kiri, posisi semi fowler, duduk dan berjalan. Pada diagnosa ke tiga yaitu menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI berdasarkan data subjektif, klien mengatakan ASI sudah keluar sedikit-sedikit tetapi bayi juga diberikan susu formula sebagai susu tambahan sampai ASI klien mencukupi. Dan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif berdasarkan data subjektif, klien mengatakan nyeri yang dirasakannya sudah sangat berkurang, keadaan luka bersih dan kering serta tidak memiliki tanda dan gejala infeksi lainnya.

Setelah melihat perkembangan klien, dokter memutuskan bahwa klien sudah diperbolehkan pulang pada hari Jumat 20 Mei 2022 pukul 16.00 WIB serta penulis melakukan observasi langsung ke rumah klien pada hari Sabtu 21 Mei 2022.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.O dengan post SC Oligohidramnion di ruangan Teratai RSUD Curup yang dilakukan mulai tanggal 19 Mei 2022 sampai dengan 21 Mei 2022, maka dapat disimpulkan :

1. Pengkajian

Pengkajian yang di dapatkan pada Ny.O ditemukan data tentang nyeri yang dirasakan setelah 6 jam post operasi pada daerah luka operasi jika bergerak dengan skala nyeri 6, adanya bekas luka operasi di abdomen bagian bawah berbentuk horizontal panjang 10 cm, meningkatnya kadar leukosit, klien sulit melakukan pergerakan serta aktivitas klien terganggu, klien tirah baring belum melakukan ROM. Bayi dilakukan observasi selama 3 jam di ruangan Mawar serta klien belum dapat memberikan kolostrum dan ASI pada bayi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang ditemukan dengan kasus post SC pada Ny.O yaitu
1)Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)
2)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri 3)Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI dan 4) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang akan dilakukan memiliki tujuan untuk menurunkan rasa nyeri klien saat melakukan pergerakan, meningkatkan mobilitas fisik, meningkatkan pergerakan ekstremitas dan kekuatan otot klien, mengajarkan klien cara pemberian ASI dengan benar, meningkatkan kemampuan ibu dalam memposisikan bayi yang benar, serta menurunkan faktor resiko infeksi seperti demam, kemerahan, nyeri dan bengkak.

4. Implementasi Keperawatan

Mengajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam untuk meredakan nyeri, memonitor nyeri, skala nyeri dan TTV, mengajarkan mobilisasi dini yang terprogram seperti menggerakkan ekstremitas, miring kanan kiri, semi fowler, posisi duduk dan berjalan, memantau perkembangan mobilisasi, pemantauan tanda-tanda infeksi dan perubahan lochea, menganjurkan klien datang ke poli KIA untuk ganti verban, mengajarkan teknik menyusui.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada Ny.O selama 2 hari perawatan dirumah sakit dan 1 hari perawatan di rumah klien, mulai dari tanggal 19 Mei 2022 sampai dengan tanggal 21 Mei 2022 di buat dalam bentuk SOAP. Klien mengatakan nyeri berkurang dari skala 6 menjadi skala 2, klien sudah bisa beraktivitas normal, bisa menggerakkan ekstremitas, miring kanan kiri, duduk dan berjalan secara mandiri, ASI klien sudah keluar,

frekuensi pemberian susu formula sudah berkurang, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti nyeri, kemerahan, bengkak dan demam serta klien akan datang ke poli KIA untuk melakukan pemeriksaan dan ganti verban.

5.2 Saran

Penerapan proses keperawatan pada post SC penulis ingin memberikan saran-saran yang mungkin nantinya dapat berguna bagi klien khususnya dan perawat pada umumnya, yaitu :

1. Klien

Bagi klien diharapkan dapat mengikuti dan bekerja sama dalam proses keperawatan sehingga klien dan keluarga dapat menerapkan terapi mobilisasi dini secara mandiri.

2. Perawat

Penulis mengharapkan perawat dapat terlibat langsung pada kasus tersebut agar dapat meningkatkan kualitas dan menambah wawasan mengenai penanganan perawatan klien dengan *post sectio caesarea*.

3. Rumah sakit

Penulis mengharapkan pihak rumah sakit dapat menjadikan hasil kasus ini sebagai referensi tenaga keperawatan dalam penanganan kasus post SC terutama dalam mempercepat penyembuhan luka *post sectio caesarea*.

4. Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan hasil studi kasus ini dapat dijadikan bahan informasi dan ilmu tambahan bagi profesi dan mahasiswa keperawatan dalam menangani kasus *post sectio caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprina.(2016).*Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea*.Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/124>
- Cunningham G.(2012).*Obstetri Williams,Ed.23,Vol.1*.Jakarta:EGC
- Dumilah.(2018).*Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea*.Diakses pada tanggal 26 Maret 2022, dari https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=etika+kesehatan+pada+persalinan+melalui+sectio+caesarea&btnG=#d=gs_qabs&t=1652007289521&u=%23p%3DfuJaGovXpRAJ
- Ferinawati, Hartati R.(2019).*Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea dengan Penyembuhan Luka Operasi di RSUD Avicenna Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen*. Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <http://www.jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/477>
- Herawati.(2020). *Post Sectio Caesarea*. Diakses pada tanggal 26 Maret 2022, dari <http://www.bascometro.com/2014/12/angkakematian-ibu-untuk-tahun2015.html>
- Icesmi Sukarni K, MargarethZh.(2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*.Yogyakarta : Citra Pustaka.
- Jitowiyono,Sugeng & Weni Kristiyanasari.(2012).*Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kozier, Barbara. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses dan Praktik edisi 7 Volume*. Jakarta: EGC
- Mawarni.(2018).*Penerapan Mobilisasi Dini pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas*.Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2041>

- Mochtar, Rustam. (2002) *.Sinopsis obstetri : obstetri operatif, obstetri sosial, jilid 2*. Jakarta: EGC.
- Mustikarani, Y,A.,Purnani,W,T.,Mualimah M.(2019).*Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Sectio Caesarea Pada Ibu Post Sectio Caesarea Di RS Aura Syifa Kabupaten Kediri*. Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <https://journals.ums.ac.id/index.php/JK/article/view/8957>
- Nadiya S, Mutia C.(2018).*Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea (SC) dengan Penyembuhan Luka Operasi di Ruang Kebidanan RSUD dr.Fauziah Kecamatan Kota Juang*. Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <https://bemj.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/216>
- Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing
- Nursalam. (2016). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Ed 4. Jakarta: Salemba Medika
- PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Prawirohardjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan Cetakan Kelima*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono.
- Profil Kesehatan Indonesia tahun.(2017). Diakses tanggal 26 Maret 2022 [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatanindonesia/ Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatanindonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf)
- Rekam Medik RSUD Curup. (2022). *Sectio Caesarea di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup: Rekam Medik RSUD Curup*.

- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Saifuddin, Bari, A., Rachimhadhi, T., & Winkjosastro, G. H. (2012). *Post Sectio Caesarea*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sharon J, Reeder.(2011).*Keperawatan Maternias: Kesehatan Wanita, Bayi % Keluarga*.Jakarta: EGC
- World Health Organization.(2015). *Bascommetro*. Diakses pada tanggal 26 Maret 2022,dari <http://www.bascommetro.com/2014/12/angkakematian-ibu-untuk-tahun2015.html>
- Yani.(2012).*Tingkat Pengetahuan Ibu Post Partum Sectio Caesarea Tentang Mobilisasi Dini*.Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=yani+2012+sectio+caesarea&btnG=#d=gs_qabs&t=1652007922584&u=%23p%3D-thUVS7b3YEJ



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Vevi Delta Anggria
NIM : P00320119033
NAMA PEMBIMBING : Ns. Misniarti S.Kep M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny.O Dengan Post
Sectio Caesarea Diruangan Teratai Di RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat 7 Januari 2022	1. Perbaiki bab 1 2. Perbaiki pembahasan <i>sectio caesarea</i> , jelaskan indikasi SC secara umum	31
2	Kamis 27 Januari 2022	1. Latar belakang ditambahkan diagnosa dan terapi yang akan dilakukan serta intervensi keperawatan 2. Lanjutkan bab 2 sesuai dengan buku panduan	31
3.	Jumat 25 Maret 2022	1. Perbaiki bab 1 2. Latar belakang perjelas dampak nyeri terhadap mobilitas fisik 3. Mengganti terapi implementasi nyeri menjadi mobilisasi dini	31

4.	Rabu 30 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki bab 1 2. Dibagian rumusan masalah ditambahkan diagnosa dan terapi dijelaskan secara singkat 3. Perbaiki bab 2 4. SOP implementasi dibuat dengan tabel 	31
5.	Kamis 31 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki bab 2 2. Perbaiki pemeriksaan penunjang dan buat nilai normal dari pemeriksaan laboratorium 3. Melengkapi proposal dan buat ppt 	31
6.	Senin 4 April 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC PPT, persiapan seminar proposal 	31
7.	Rabu 25 Mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki bab 3 2. Lengkapi data pengkajian 3. Baca mengenai skala nyeri 4. Mengganti etiologi dalam diagnosa gangguan mobilitas fisik 	31
8.	Selasa 31 Mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki bab 3 2. Perbaiki di bagian implementasi dan urutkan implementasi sesuai waktu pelaksanaan 3. Lanjutkan babb 4 dan 5 	31
9.	Jumat 3 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki bab 3 2. Perbaiki kalimat implementasi 	31

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Tambahkan diagnosa resiko infeksi 4. Kesimpulan pada bab 5 di persingkat 	
10.	Rabu 15 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan dan kurangi kesalahan dalam penulisan 2. Lengkapi KTI dan buat PPT 	35
11.	Selasa 21 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki lembar pengesahan 2. Lengkapi PPT 	30
12.	Kamis 23 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> 1. ACC KTI dan PPT 2. Persiapan ujian 	30

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Vevi Delta Anggria
NIM : P00320119033
NAMA KETUA PENGUJI : Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny.O Dengan Post
Sectio Caecarea Diruangan Teratai Di RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat 13 Mei 2022	1. ACC Perbaikan Proposal	
2.	Rabu 20 Juli 2022	1. Perbaikan KTI 2. Perbaikan bab 4 dibagian diagnosa tambahkan penjelasan beberapa diagnosa yang tidak diangkat 3. Perbaikan bab 4 dan 5 pada bagian diagnosa dibuat dengan paragraf 4. Perbaikan bab 5 dibagian pengkajian tambahkan skala nyeri 5. Tambahkan intervensi sesuai dengan buku SLKI 6. Tambahkan rencana ganti perban pada implementasi dibagian implementasi bab 5	

		7. Tambahkan keseluruhan hasil dari implementasi pada evaluasi 8. Hapus tanggal pulang klien dari rumah sakit dibagian evaluasi bab 5	
3.	Rabu 27 Juli 2022	1. ACC KTI	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsineva Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Vevi Delta Anggria
NIM : P00320119033
NAMA PENGUJI 1 : Silvia Puspa, S.Kep, Ners
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Ny.O Dengan Post
Sectio Caecarea Diruangan Teratai Di RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 12 Mei 2022	1. ACC perbaikan Proposal	
2.	Kamis 14 Juli 2022	1. Perbaiki KTI 2. Perbaiki nilai APGAR Score 3. Di bagian evaluasi perbaiki planning perawat 4. Perbaiki spasi paragraf pada bagian implementasi	
3.	Jumat 15 Juli 2022	1. ACC KTI	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

BIODATA

Nama : Vevi Delta Anggria

Tempat dan tanggal lahir : Curup, 29 November 2000

Agama : Islam

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. Iskandar Ong Gang Rambutan No.7 RT 1 RW
1 kelurahan Air Rambai Kecamatan Curup

Riwayat pendidikan :

1. SDN 07 Rejang Lebong
2. SMPN 1 Rejang Lebong
3. SMAN 1 Rejang Lebong

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Vevi Delta Anggria

NIM : P00320119033

Judul KTI : Asuhan Keperawat an Ny.O dengan *Post Sectio*
Caesarea di Ruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Tahun 2022

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 28 Juni 2022

Yang Menyatakan



Vevi Delta Anggria

P00320119033



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 36 /RSUD – DIKLAT/2022 Curup, 19 Mei 2022
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - Karu Teratai
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :KH.03.01/ /6/V/2022 Tanggal 18 Mei 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :

Nama : **VEVI DELTA ANGGRIA**
NIM : P0 0320119033
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 19 s.d 21 Mei 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Sectio Caesarea diruang Rawat Inap Teratai RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi
Ub
Kasubbag Umum dan Kepegawaian


FAUZIAH AINI, SKM
NIP. 19650211 198703 2 003



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 43 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan
Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di
RSUD Curup

Curup, 27 Mei 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -


Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor:
KH.03.01/ /6/V/2022 tanggal 18 Mei 2022, Perihal Surat Pengantar
Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **VEVI DELTA ANGGRIA**
NIM : P0 0320119033
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 19 s/d 21 Mei 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan
Post Sectio Caesarea diruang Rawat Inap
Teratai RSUD Curup Kabupaten Rejang
Lebong Tahun 2022.**



Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami
sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi


DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003

DOKUMENTASI PEMNTAUAN PASIEN

POST SECTIO CAESAREA

No	Tanggal	Dokumentasi
1	Kamis, 19 Mei 2022	 <p>(Mobilisasi Dini Tangan)</p>  <p>(Mobilisasi Dini Kaki)</p>  <p>(Menekukkan Lutut)</p>  <p>(Miring Kanan Kiri)</p>

2	Jumat, 20 Mei 2022	 <p>(Duduk dengan Kaki di Tempat Tidur)</p>  <p>(Belajar Duduk)</p>
3	Sabtu, 21 Mei 2022	 <p>(Tensi)</p>  <p>(Dokumentasi Klien)</p>

