

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI
SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI
CEPHALOPELVIC DISPROPORTION
DI RUANG JADE RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr SLAMET
GARUT TAHUN 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

**RIDA PUSPITA DEWI
NIM :0179106**



**UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
GARUT
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Dengan
Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Jade Rumah Sakit
Umum Daerah dr Slamet Garut Tahun 2022

RIDA PUSPITA DEWI

NIM 0179106

Telah Disetujui untuk Diajukan pada Sidang Akhir Karya Tulis Ilmiah

Pada Program Studi D-III Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Garut

Menyetujui :

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

(Rany Yulianie, S.ST., M.Kes)

Program Studi Keperawatan

Kepala Cabang Universitas

Bhakti Kencana Garut

(Ns. Winasari Dewi, M. Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

**Karya tulis ilmiah ini dipertahankan dan telah diperbaiki dengan sesuai
masukannya Tim pengujian karya tulis ilmiah Program DIII Keperawatan**

Universitas Bhakti Kencana Garut

Pada tanggal

Mengesahkan

Program Studi DIII Keperawatan

Penguji I

Penguji II

(Yusni Ainurrahmah, S.Kep.Ners, M.Si) (Santi Rinjani S.Kep.,Ners.,M.Kep)

Kepala Cabang

Universitas Bhakti Kencana Garut

(Ns. Winasari Dewi, M. Kep)

PERNYATAAN

Saya yang menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI CEPHALOPELVIC DISPROPORTION DI RUANG JADE RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr SLAMET GARUT TAHUN 2022**" ini sepenuhnya karya sendiri. Tidak ada bagian yang didalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan dan pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini saya siap menerima resiko yang diajukan kepada saya bila kemudian hari pelanggaran etika keilmuan dalam karya saya atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Bandung, 25 September 2022

Yang Membuat Pernyataan

Rida Puspita Dewi

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah pada waktunya. Sholawat serta salam semoga selalu tercurah limpahkan kepada Nabi Muhammad SAW, serta kepada keluarganya, para sahabatnya, hingga kepada kita selaku umatnya hingga akhir zaman. Amin.

Penulisan karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan Program Studi D-III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Garut dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Dengan indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Jade Rumah Sakit Umum Daerah dr Slamet Garut Tahun 2022**".

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis tentunya tidak lepas dari hambatan dan kesulitan, baik dalam aspek kualitas maupun kuantitas dari segi data, penulisan, serta pemaparan materi yang disajikan. Semua ini didasarkan atas keterbatasan yang dimiliki penulis. Namun berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, akhirnya hambatan tersebut dapat diatasi dengan baik.

Penulis juga menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari kata sempurna sehingga penulis membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak guna memperbaiki karya tulis ilmiah ini agar menjadi lebih baik kedepannya. Oleh karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Bapak H. Mulyana, SH.,M.pd., MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana
2. Bapak Edi Junaedi, S.Kep.,MH.Kes selaku Pelaksana Harian Yayasan Adhi Guna Kencana

3. Bapak Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes. selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
4. Ibu R. Siti Jundiah, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Ibu Ns. Winasari Dewi, M.Kep. selaku Kaprodi Universitas Bhakti Kencana Garut
6. Ibu Rany Yulianie, S.ST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing terbaik yang sangat sabar, telaten dan pemberi motivasi serta arahan dalam bimbingan selama proses penyusunan karya tulis ilmiah.
7. Seluruh Staf Dosen dan Karyawan Universitas Bhakti Kencana Garut yang telah memberikan ilmu, dukungan, serta bimbingan.
8. Staf RSUD dr Slamet Garut yang telah memberikan data awal, dan ijin penelitian yang tidak bisa saya sebutkan namanya.
9. Untuk kedua orang tua, Bapak (Ade Sutisna) dan Mamah (Wiwin) yang tercinta terimakasih yang telah memberikan dukungan baik moral maupun material serta doa yang terus mengalir dan motivasinya yang selalu tak henti-hentinya terlantun dalam ucapannya hingga membuat anaknya menjadi orang yang kuat dan tegar hingga membuat penulis berada sejauh ini, semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan ketulusan selama ini.
10. Serta semua pihak yang telah membantu baik secara langsung atau tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Tidak ada kata yang bisa diucapkan penulis selain terimakasih dan doa, semoga kebaikan semua pihak yang membantu dan mendukung penyusunan karya tulis ilmiah ini diberikan pahala yang setimpal oleh Allah SWT.
- 11.** Dan yang paling utama saya ucapkan terima kasih kepada diri saya sendiri. Terimakasih telah hebat, terimakasih telah kuat, terimakasih telah bertahan hingga sejauh ini, meski terkadang jalanmu sempoyongan, langkahmu tak beraturan, dan harimu penuh air mata. Terimakasih untuk tidak menyerah, meski dunia memberimu seribu alasan untuk menyerah.

Penulis juga mohon maaf apabila ada kata-kata dan penulisan gelar yang salah. Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat,

khususnya bagi penulis dan umumnya bagi kita semua dalam rangka menambah wawasan dan pengetahuan pemikiran kita, semoga Allah SWT senantiasa selalu melindungi dan membalas perbuatan baik dari semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, Aamiin Ya Allah Ya Rabbal Alamiin.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Bandung , 25 September 2022

Penulis

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA GARUT 2022
RIDA PUSPITA DEWI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI SECTIO
CAESAREA DENGAN INDIKASI CEPHALOPELVIC DISPROPORTION
DI RUANG JADE RSUD dr SLAMET GARUT TAHUN 2022
V BAB + 123 HALAMAN + 20 TABEL + 1 BAGAN**

ABSTRAK

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan dengan pembedahan yaitu melalui sayatan di dinding perut dan di dinding rahim atau uterus agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat. Dampak fisik atau fisiologis yang sering muncul pada pasien pasca operasi sectio caesarea adalah nyeri sebagai akibat adanya torehan jaringan yang menyebabkan kontinuitas jaringan terputus rasa nyeri yang dirasakan biasanya membuat pasien merasa tidak nyaman, sulit bergerak, payudara bengkak, sulit tidur, demam, dan infeksi. Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2021 persalinan section caesaerea di Indonesia mencapai 15%, adapun persalinan section caesarea di Jawa barat pada tahun 2020 menurut riskesdas mencapai 15,5%, sedangkan persalinan section caesarea di RSUD dr Slamet Garut pada tahun 2021 mencapai 1.211 kasus dengan kasus terbanyak berada di bulan february yakni sebanyak 140 kasus, sedangkan terendah berada di bulan juli yakni sebanyak 10 kasus.

Tujuan penelitian studi kasus ini bertujuan melakukan asuhan keperawatan pada ibu post operasi section caesarea di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut. Metode yang digunakan pada karya tulis ilmiah ini menggunakan metode studi kasus, pada klien post operasi section caesarea dengan indikasi CPD yang di rawat di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut dengan jumlah responden 2 orang. Instrumen penelitian pada karya tulis ilmiah ini menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pada ibu post partum sesuai ketentuan yang berlaku di Universitas Bhakti Kencana Garut 2022.

Hasil penelitian yaitu didapatkan hasil pengkajian dari kedua responden yaitu terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen kurang lebih 10cm, terdapat nyeri tekan pada payudara, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat. Sehingga diagnosa yang didapat oleh penulis setelah menganalisis data dari hasil pengkajian kedua responden yaitu: nyeri akut, gangguan kebutuhan ADL, ketidakefektifan pemberian ASI, resiko penyebaran infeksi.

Kesimpulan yang dapat penulis simpulkan bahwa pada hari ketiga diagnosa nyeri akut pada klient 1 dan klien 2 dapat teratasi sebagian, untuk diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI pada klien 1 dapat teratasi, untuk diagnosa gangguan kebutuhan ADL pada klien 1 dan 2 dapat teratasi, serta untuk diagnosa risiko penyebaran infeksi pada klien 1 dan 2 dapat teratasi sebagian.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Sectio Caesarea

Daftar Pustaka : 13 Buku (2012 – 2021), 1 Dokumen (2021) , 2 Jurnal, 9 Internet.

**DIII PROGRAM NURSING
UNIVERSITY BHAKTI KENCANA GARUT 2022
RIDA PUSPITA DEWI**

**NURSING CARE FOR MOTHERS POST SECTIO CAESARIAN
OPERATION WITH INDICATION CEPHALOPELVIC
DISPROPORTION IN THE JADE ROOM, HOSPITAL Dr. SLAMET
GARUT , 2022
5 CHAPTER + 123 PAGE + 20 TABLE + 1 PICTURE**

ABSTRACT

Sectio caesarea is a method of giving birth by surgery, namely through an incision in the abdominal wall and in the uterine wall or uterus so that the child is born intact and healthy. The physical or physiological impact that often appears in postoperative sectio caesarea patients is pain as a result of tissue nicks that cause tissue continuity to be interrupted, the pain felt usually makes the patient feel uncomfortable, difficult to move, swollen breasts, difficulty sleeping, fever, and infection. According to the World Health Organization (WHO) in 2021 caesarean section deliveries in Indonesia reached 15%, while caesarean section deliveries in West Java in 2020 according to Riskesdas reached 15.5%, while caesarean section deliveries at Dr Slamet Garut Hospital in 2021 reached 1,211 cases with the most cases in February, which was 140 cases, while the lowest was in July, which was 10 cases.

The purpose of this case study research is to provide nursing care for mothers after caesarean section in Jade Room, Dr. Slamet Garut Hospital. The method used in this scientific paper uses a case study method, on clients post-operative caesarean section with indications of CPD who are treated in the Jade Room of Dr. Slamet Garut Hospital with 2 respondents. The research instrument in this scientific paper uses the format of nursing care assessment for post partum mothers according to the applicable provisions at Bhakti Kencana University, Garut 2022.

The results of the study were obtained from the results of the assessment of the two respondents, namely there were surgical scars in the lower abdominal segment of approximately 10 cm, there was tenderness in the breast, the client could not carry out activities independently, so the activity was assisted by the family and nurses. So that the diagnosis obtained by the author after analyzing the data from the results of the assessment of the two respondents, namely: acute pain, impaired ADL needs, ineffective breastfeeding, risk of spreading infection.

The conclusion that the author can conclude is that on the third day the diagnosis of acute pain in client 1 and client 2 can be partially resolved, for the diagnosis of ineffective breastfeeding on client 1 can be resolved, for the diagnosis of ADL needs disorders in clients 1 and 2 can be resolved, as well as for risk diagnosis the spread of infection in clients 1 and 2 can be partially resolved.

Keywords: Nursing care, Caesarean Sectio

Bibliography : 13 Book, 1 Documents, 2 Journals, 9 Internet.

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Sectio Caesarea	6
2.1.1 Pengertian Sectio Caesarea	6
2.1.2 Etiologi Sectio Caesarea	6
2.1.3 Penatalaksanaan Operasi.....	7
2.1.3.1 Sebelum Operasi Sesaria.....	7
2.1.3.2 Prosedur Operasi Sesaria.....	7
2.1.3.3 Sesudah Operasi Sesaria.....	8
2.1.4 Klasifikasi Sectio Caesarea	10
2.1.5 Manifestasi Klinis	10
2.1.6 Komplikasi Sectio Caesarea.....	10
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	11
2.1.8 Penatalaksanaan Medik.....	11
2.1.9 Patofisiologi Sectio Caesarea.....	14
2.2 Konsep Cephalopelvic Disproportion	15

2.2.1	Pengertian Cephalopelvic Disproportion	15
2.2.2	Penyebab Cephalopelvic Disproportion.....	15
2.2.3	Pemeriksaan Cephalopelvic Disproportion.....	16
2.2.4	Komplikasi Cephalopelvic Disproportion.....	17
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post	
	Sectio Caesarea.....	17
2.3.1	Pengkajian	17
2.3.2	Analisa Data	22
2.3.3	Diagnosa Keperawatan	28
2.3.4	Perencanaan Keperawatan	28
2.3.5	Implementasi Keperawatan	40
2.3.6	Evaluasi Keperawatan	42
BAB III	METODE PENELITIAN.....	43
3.1	Desain/Rancangan Laporan Kasus.....	43
3.2	Subyek/Sampel Laporan Kasus.....	43
3.3	Fokus Studi Yang Akan Diteliti.....	43
3.4	Tempat dan Waktu Pelaksanaan	43
3.4.1	Tempat Penelitian.....	43
3.4.2	Waktu Pelaksanaan	44
3.5	Instrumen Penelitian.....	44
3.6	Tahap Pelaksanaan	44
3.7	Pengumpulan Data	44
3.7.1	Metode Pengumpulan Data	44
3.7.2	Langkah Pengumpulan Data	45
3.8	Pengolahan dan Penyajian Data	45
3.9	Etika Studi Kasus	46
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1	Hasil	48
4.1.1	Gambaran.....	48
4.1.2	Asuhan Keperawatan Ny.S.....	48
4.1.3	Asuhan Keperawatan Ny.D.....	84
4.2	Pembahasan.....	114

4.2.1 Pengkajian	114
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	115
4.2.3 Perencanaan Keperawatan.....	116
4.2.4 Implementasi Keperawatan	117
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	118
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	120
5.1 Kesimpulan	120
5.1.1 Pengkajian	120
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	120
5.1.3 Perencanaan.....	120
5.1.4 Implementasi	120
5.1.5 Evaluasi	120
5.2 Saran.....	121
5.2.1 Untuk Rumah Sakit.....	121
5.2.3 Untuk Pendidikan	121
5.2.4 Untuk Ilmu Keperawatan	121
DAFTAR PUSTAKA	123
LAMPIRAN.....

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Metode Persalinan Sectio Caesarea di Indonesia	
Tahun 2018	3
Tabel 1.2 Persalinan Sectio Caesarea di RSUD dr Slamet	
Garut Tahun 2021	3
Tabel 2.1 Analisa Data Sectio Caesarea	23
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan	29
Tabel 4.1 Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas Ny.S	52
Tabel 4.2 Pola Aktivitas Sehari-hari Ny.S	55
Tabel 4.3 Pemeriksaan Penunjang Ny.S	60
Tabel 4.4 Terapi Medis Ny.S	61
Tabel 4.5 Analisa Data Ny.S.....	62
Tabel 4.6 Perencanaan Keperawatan Ny.S	67
Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan Ny.S.....	71
Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan Ny.S.....	81
Tabel 4.9 Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas Ny.D.....	87
Tabel 4.10 Pola Aktivitas Sehari-hari Ny.D	90
Tabel 4.11 Pemeriksaan Penunjang Ny.D	95
Tabel 4.12 Terapi Medis Ny.D	96
Tabel 4.13 Analisa Data Ny.D	97
Tabel 4.14 Perencanaan Keperawatan Ny.D.....	101
Tabel 4.15 Implementasi Keperawatan Ny.D	104
Tabel 4.16 Evaluasi Keperawatan Ny.D	112

DAFTAR BAGAN

2.1 Pathway Sectio Caesarea.....	14
----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Catatan bimbingan

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Surat permohonan data dari Kesbangpol ke RSUD dr Slamet Garut

Lampiran 4 Surat permohonan data dari kampus ke RSUD dr Slamet Garut

Lampiran 5 Laporan rekam medik RSUD dr Slamet Garut tentang data sektio caesarea 2021

Lampiran 6 Surat izin penelitian dari kampus

Lampiran 7 Surat izin rekomendasi penelitian RSUD dr Slamet Garut

Lampiran 8 Template askep maternitas

Lampiran 9 Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 10 Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet cara perawatan luka post operasi

Lampiran 11 Satuan Acara Penyuluhan Leaflet Cara mencuci tangan

Lampiran 12 Satuan Acara Penyuluhan dan Leaflet Cara Pemijatan Oksitosin

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Melahirkan adalah perjuangan hidup dan mati seorang ibu dan bayi. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain. Adapun persalinan dibedakan menjadi persalinan spontan, persalinan buatan seperti, operasi sectio caesarea dan persalinan anjuran.¹

Operasi sesaria adalah prosedur medis yang bertujuan untuk mengeluarkan bayi melalui celah sayatan pada perut serta rahim ibu, biasanya dibuat melintang persis dibawah garis pinggang. Dokter kemungkinan akan mempertimbangkan operasi sesaria pada beberapa kondisi seperti : Janin tidak mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi yang cukup, ibu mengidap infeksi, seperti infeksi herpes genital atau HIV, proses persalinan tidak berjalan dengan baik atau ibu mengalami pendarahan vagina yang berlebihan, ibu mengalami kehamilan dengan tekanan darah tinggi (preeklamsia) , posisi janin dalam rahim tidak normal dan dokter tidak bisa membetulkan posisinya , ibu mengalami plasenta yang terlalu turun (plasenta previa) ,terhalangnya jalan lahir misalnya karena panggul sempit , tali pusar keluar melalui cervix lebih dulu daripada janin atau tali pusar tertekan oleh rahim karena kontraksi, menjalani operasi sesaria pada persalinan sebelumnya, ibu mengandung lebih dari satu janin dalam waktu yang bersamaan (bayi kembar).²

Seperti operasi besar lainnya operasi sesaria memiliki beberapa resiko komplikasi. Komplikasi serius yang bisa terjadi adalah pendarahan berlebihan akibat sectio caesarea. Melahirkan normal membuat tubuh kehilangan sekitar 500 cc darah. Jumlah ini akan berlipat apabila melahirkan sectio caesarea. Ini karena rahim pada wanita hamil memiliki salah satu persediaan darah terbesar dari semua organ tubuh. Sebenarnya ini bukanlah karena proses operasi itu sendiri, melainkan

¹ Sulis Diana, Erfiani Mail Dan Zulfa Rufaida, *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir.*, Oase group, Jawa Tengah, 2019 hlm 1

² Ni'matul Ulya, Dewi Andariya Ningsih, Frisca Dewi Yunadi dan Misrina Retnowati, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan dan Menyusui, NEM*, Jawa Tengah, 2021 hlm 248

karena beberapa penyakit penyerta sebelumnya. Berikut beberapa risiko yang mungkin terjadi pada ibu yang dilakukan operasi sectio caesarea : risiko kematian empat kali lebih besar dibanding persalinan normal, darah yang dikeluarkan dua kali lipat dibanding persalinan normal, rasa nyeri dan penyembuhan luka pascaoperasi lebih lama dibandingkan persalinan normal, jahitan bekas operasi beresiko terkena infeksi sebab jahitan itu berlapis-lapis dan proses keringnya tidak merata, perlekatan organ bagian dalam karena noda darah tak bersih, kehamilan dibatasi dua tahun setelah operasi, pembuluh darah dan kandung kemih tersayat pisau bedah, air ketuban masuk pembuluh darah yang bisa mengakibatkan kematian mendadak saat mencapai paru-paru dan jantung.

Berikut beberapa kemungkinan risiko yang terjadi pada bayi akibat sectio caesarea : risiko kematian 2-3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir melalui proses persalinan biasa, cenderung mengalami sesak nafas karena cairan dalam paru-parunya tidak keluar pada bayi yang lahir normal cairan itu keluar saat terjadi tekanan, sering mengantuk karena obat penangkal nyeri yang diberikan kepada sang Ibu juga mengenai bayi³

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2021, selama hampir 30 tahun tingkat persalinan operasi sectio caesarea menjadi 10% sampai 15% dari semua proses persalinan di Negara-negara berkembang. . WHO mencatat sepertiga dari semua kematian setelah operasi sectio caesarea dikaitkan dengan 19% preeklamsia, 22% sepsis, dan 14% terkait anestesi. Jika pendarahan tidak dihentikan, bisa berakibat fatal pada bayi ataupun ibu hamil.⁴

Menurut Riskesdas tahun 2020 menunjukkan kelahiran dengan metode operasi sectio caesarea sebesar 17,6% dari total 78.736 kelahiran sepanjang tahun 2020, dengan proporsi tertinggi di DKI Jakarta (31,1%) dan terendah di Papua (6,7%) di Jawa Barat (15,5%) jadi, di daerah Jawa Barat persalinan pada perempuan melalui operasi sectio caesarea termasuk dalam tingkat sedang.

³ Sutan Remi Sjahdeini, Hukum Kesehatan Tentang Hukum Malpraktik Tenaga Medis, IPB, Bogor, 2020 hlm

⁴ WHO 2015 Dalam Yunaila Farida (2019), <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/762>, diakses pada tanggal 16 Maret 2022, pukul 16.17

Tabel 1.1
Metode Persalinan Sectio Caesarea di Indonesia Tahun 2020

Karakteristik	Operasi Sectio Caesarea
DKI Jakarta	31,1 %
Bali	30,2 %
Jawa Barat	15,5 %
Gorontalo	8,2 %
Papua	6,7 %

Sumber:⁵

Berdasarkan data dari rekam medik didapatkan dari hasil data rekapitulasi kebidanan RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2021 didapatkan data kasus persalinan dengan tindakan sectio caesarea sebanyak 1.211 kasus, dengan kasus terbanyak berada di bulan Februari yakni sebanyak 140 kasus, sedangkan terendah berada di bulan juli yakni sebanyak 10 kasus

Tabel 1.2
Persalinan Sectio Caesarea di RSUD dr Slamet Garut
Tahun 2021

Bulan	Jumlah
Januari	136
Februari	140
Maret	126
April	147
Mei	137
Juni	82
Juli	10
Agustus	21
September	99
Oktober	102
November	111
Desember	100
Jumlah Total	1211

Sumber⁶

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti pada ibu post operasi sectio caesarea di Ruang Jade pada tanggal 3 Juni 2022, bahwa dari 5 ibu post operasi sectio caesarea, sebanyak 3 orang mengeluhkan

⁵ Riskesdas 2018

⁶ Laporan Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah dr Slamet Garut dr Slamet Tahun 2021

nyeri sebagai akibat dari luka post operasi sectio caesarea. Adapun masalah keperawatan lain yang dialami adalah ketidakefektifan pemberian ASI, resiko infeksi dan hambatan mobilitas fisik.

Ruang jade merupakan salah satu ruangan maternitas yang paling banyak menangani pasien setelah operasi sectio caesarea, yang berada di RSUD dr Slamet Garut. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti dengan perawat di Ruang Jade pada tanggal 3 Juni 2022, bahwa keluhan utama yang dirasakan oleh pasien post operasi sectio caesarea adalah nyeri. Adapun intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri pada pasien sebagian besar adalah berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik. Pelaksanaan nyeri non farmakologi belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat dalam mengatasi nyeri. Teknik relaksasi yang menjadi intervensi independent perawat masih sangat minim dilaksanakan. Penanganan nyeri akan lebih mudah jika terapi farmakologi dengan memperhatikan efek samping dapat dikombinasikan dengan terapi non farmakologi, seperti teknik nafas dalam.

Berdasarkan permasalahan diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada ibu Post operasi sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion di ruang jade rumah sakit umum daerah dr slamet garut tahun 2022 sebagai penelitian untuk karya tulis ilmiah ini.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada studi kasus ini adalah "Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Dengan Sectio Caesarea Dengan Indikasi Cephalopelvic Disproportion Di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut Tahun 2022?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Ibu post partum sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion di Ruang Jade Rumah Sakit dr.Slamet Garut
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion di Ruang Jade Rumah Sakit dr.Slamet Garut
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion di Ruang Jade Rumah Sakit dr.Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu post sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion di Ruang Jade Rumah Sakit dr Slamet Garut
- e. Melakukan evaluasi dari semua tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pada ibu post sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion di Ruang Jade Rumah Sakit dr Slamet Garut

1.4 Manfaat Penelitian

a. Untuk Peneliti

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan menambah pengalaman peneliti tentang Asuhan keperawatan pada Ibu post operasi sectio caesarea

b. Untuk Responden

Diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan yang dialami oleh responden

c. Untuk Rumah Sakit

Diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada ibu post partum sectio caesarea

d. Untuk Perguruan Tinggi

Diharapkan dapat digunakan sebagai referensi, sumber bacaan yang dapat digunakan, dan bermanfaat bagi mahasiswa-mahasiswi Universitas Bhakti Kencana Garut, serta sebagai masukan untuk memperluas pengetahuan mahasiswa tentang asuhan keperawatan pada ibu post operasi sectio caesarea dengan indikasi Cephalopelvic Disproportion

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Sectio Caesarea

2.1.1. Pengertian Sectio Caesarea

Operasi sesaria adalah prosedur medis yang bertujuan untuk mengeluarkan bayi melalui celah sayatan pada perut serta rahim ibu, biasanya dibuat melintang persis di bawah garis pinggang. Pada banyak kasus operasi sesaria dilakukan dengan jenis bius epidural atau anestesi spinal dimana ibu dapat tetap sadar selama menjalani proses operasi. Mayoritas ibu yang menjalani proses persalinan dengan operasi sesaria dapat pulang dari rumah sakit 3 - 5 hari setelah prosedur operasi. Namun untuk benar - benar pulih total, diperlukan perawatan rutin di rumah serta kontrol berkala ke dokter spesialis kandungan selama kurun waktu kurang lebih satu bulan.

2.1.2. Etiologi Operasi Sesaria

Operasi sesaria dapat dilakukan apabila sang ibu menginginkan persalinan dengan cara operasi (efektif) ataupun sebagai tindakan darurat saat dokter merasa kehamilan sang ibu terlalu beresiko untuk dilahirkan secara normal. Dokter kemungkinan akan mempertimbangkan operasi sesaria pada beberapa kondisi seperti :

1. Janin tidak mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi yang cukup, sehingga harus dilahirkan secepatnya
2. Ibu mengidap infeksi, seperti infeksi herpes genital atau HIV
3. Proses persalinan tidak berjalan dengan baik atau ibu mengalami pendarahan vagina yang berlebihan
4. Ibu mengalami kehamilan dengan tekanan darah tinggi (preeklamsia)
5. Posisi janin dalam rahim tidak normal dan dokter tidak bisa membetulkan posisinya
6. Ibu mengalami plasenta yang terlalu turun (plasenta previa)
7. Terhalangnya jalan lahir, misalnya karena panggul sempit
8. Tali pusar keluar melalui cervix lebih dulu daripada janin atau tali pusar tertekan oleh rahim karena kontraksi

9. Menjalani operasi sesaria pada persalinan sebelumnya
10. Ibu mengandung lebih dari satu janin dalam waktu yang bersamaan (bayi kembar)

2.1.3 Penatalaksanaan Operasi Sesaria

2.1.3.1 Sebelum Operasi Sesaria

Beberapa tes yang mungkin dilakukan dokter sebelum operasi sesaria adalah :

1. Pemeriksaan darah, pasien akan disarankan untuk menjalani uji darah, agar dokter dapat mengetahui kadar hemoglobin serta golongan darah anda. Tes golongan darah perlu dilakukan guna persiapan transfusi apabila dibutuhkan.
2. Amniosentesis, tes ini mungkin disarankan apabila anda akan menjalani operasi sesaria pada usia kehamilan yang belum mencapai 39 minggu. Dokter akan memeriksa kematangan paru - paru janin dengan meneliti sample air ketuban di laboratorium.
3. Pasien diharuskan berpuasa selama beberapa jam sebelum operasi dilakukan. Dokter atau perawat akan menginformasikan beberapa waktu yang anda perbulan untuk berpuasa.
4. Dokter dapat pula meminta pasien untuk membersihkan seluruh tubuh dengan sabun antiseptik sebelum operasi sesaria dilakukan. Hal ini bertujuan untuk mengurangi resiko infeksi. Pasien juga diminta untuk tidak mencukur bulu kemaluan, karena dapat meningkatkan resiko infeksi pada lokasi pembedahan.

2.3.1.2 Prosedur Operasi Sesaria

Persiapan awal yang akan dilakukan dokter pada pasien di ruang bedah adalah memberikan anestesi dan mengosongkan kandung kemih. Hal ini biasanya dilakukan dengan cara pemasangan kateter.

Anestesi yang diberikan umumnya adalah anestesi epidural atau spinal yang hanya akan membuat tubuh bagian bawah mati rasa, namun pasien tetap terjaga. Namun perlu diingat, untuk beberapa kondisi, dokter mungkin akan memberikan anestesi umum, di mana anda akan tertidur selama proses berlangsung. Konsultasikan dengan dokter mengenai jenis operasi yang paling sesuai dengan

kondisi anda. Berikut adalah urutan prosedur operasi sesaria yang umumnya dilakukan dokter :

1. Pasien akan direbahkan pada meja operasi dengan posisi kepala sedikit dinaikkan
2. Setelah Itu dokter akan membuat sayatan 10 sampai 20 centimeter pada perut dan rahim pasien. Biasanya sayatan dibuat horizontal sedikit dibawah garis pinggang. Namun jika dirasakan lebih sesuai, dokter juga dapat membuat sayatan vertikal di bawah pusar.
3. Bayi pasien akan dikeluarkan melalui sayatan yang dibuat. Proses ini biasanya memakan waktu 5 hingga 10 menit. Pada proses ini, pasien akan merasakan sedikit tarikan.
4. Jika semuanya normal, umumnya dokter akan memperlihatkan dan memberikan bayi pada pasien sesaat sesudah dikeluarkan dari perut.
5. Dokter kemudian akan mengeluarkan plasenta dari rahim, dan memberikan injeksi hormon oksitosin untuk merangsang kontraksi rahim sehingga perdarahan akan berkurang dan akhirnya berhenti sepenuhnya.
6. Dokter akan menutup sayatan pada rahim dan perut dengan jahitan. Seluruh prosedur operasi sesaria ini umumnya akan membunuh waktu 40 hingga 50 menit.

2.3.1.3 Sesudah Operasi Sesaria

Pasien akan dipindahkan dari ruang operasi ke ruang perawatan ketika semua prosedur operasi sesaria sudah dilakukan dan kondisi pasien normal. Dokter akan meresepkan obat pereda rasa nyeri untuk mengurangi rasa sakit pada bekas sayatan. Pasien akan dianjurkan untuk bangun dan berjalan sesaat setelah kembali ke ruang perawatan.

Akan terjadi pendarahan normal yang keluar dari vagina pada beberapa hari pertama setelah melakukan operasi sesaria. Darah ini disebut dengan lokia. Pada tiga hari pertama, lokia dapat berjumlah cukup dan berwarna merah terang, dan warnanya akan perlahan berubah menjadi kecoklatan, hingga akhirnya berwarna kuning hingga putih. Namun, yang perlu diwaspadai apabila darah yang keluar banyak sampai harus mengganti pembalut lebih dari dua kali dalam 1 jam selama setidaknya dua jam berturut - turut. Selain Itu, lokia dianggap tidak normal

apabila masih berwarna merah dan jumlahnya masih sangat banyak pada hari ke-4 setelah operasi sesaria, atau apabila lokia anda berbau tidak sedap dan anda mengalami demam. Dokter juga akan melakukan penanganan untuk mencegah terjadinya pembekuan darah. Penanganan yang dapat diberikan antara lain adalah dengan compression stocking maupun dengan injeksi Obat-obatan antikoagulan

Setelah itu, pasien akan diberikan bantuan penyuluhan untuk menyusui bayinya. Kateter akan dilepas ketika pasien sudah bisa berjalan atau sekitar 12 hingga 18 jam setelah operasi sesaria selesai. Ketika akan keluar rumah sakit dokter akan menganjurkan beberapa hal yang harus dilakukan selama masa pemulihan di rumah yaitu :

1. Menopang bagian perut dengan bantal saat menyusui
2. Hindari Mengangkat sesuatu yang lebih berat dari bayi dan banyak beristirahat
3. Minum banyak cairan untuk mengganti cairan yang hilang saat operasi sesaria dan menyusui saat Mencegah konstipasi.
4. Menghindari berhubungan seksual sampai waktu yang diizinkan oleh dokter. Biasanya pasien dilarang berhubungan seksual empat sampai enam minggu setelah operasi sesaria.
5. Konsumsi obat pereda rasa nyeri sesuai dengan resep dokter.

Beberapa langkah berikut juga dapat dilakukan pasien terhadap sayatan yaitu membersihkan dan mengeringkan luka secara perlahan setiap hari, mewaspada tanda tanda infeksi pada bekas sayatan, dan mengenakan pakaian longgar yang bertahan nyaman. Segera berkonsultasi dengan dokter jika pasien merasakan beberapa hal berikut :

1. Pembengkakan atau nyeri pada kaki bagian bawah
2. Rasa nyeri parah
3. Nyeri saat buang air kecil
4. Kebocoran urine
5. Luka sayatan menjadi kemerahan, nyeri, dan membengkak
6. Batuk atau nafas menjadi pendek
7. Munculnya nanah atau cairan berbau dari luka sayatan

Perdarahan vagina yang banyak. Anda perlu waspada apabila anda sampai harus mengganti pembalut lebih dari dua kali dalam satu jam selama setidaknya dua jam berturut turut.⁷

2.1.4 Klasifikasi Sectio Caesarea

Macam macam seksio sesarea :

1. Teknik seksio sesarea corporal/klasik Dilakukan insisi (irisasi/sayatan) pada korpus uteri (tubuh rahim) sepanjang 10-12 cm, sehingga sayatan yang terbentuk adalah garis vertikal.
2. Teknik seksio sesarea transperitonealis profunda Melakukan insisi pada segmen bawah rahim yakni melintang selebar 10 cm dengan ujung kanan dan kiri agak melengkung ke atas untuk menghindari terbentuknya cabang cabang pembuluh darah, sehingga garis yang terbentuk adalah horizontal.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada seksio sesarea sebagai berikut :

1. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
2. Panggul sempit
3. Disporposi sefalopelvik adalah ketidakseimbangan antara ukuran kepala dengan ukuran panggul
4. Rupture uteri mengancam
5. Partus lama (prolonged labor)
6. Partus tak maju (obstructed labor)
7. Distosia Serviks
8. Pre eklamsia dan hipertensii.
9. Malpresentasi janin seperti letak lintang, letak bokong, gemeli, letak defleksi, presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil.⁸

2.1.6 Komplikasi Operasi Sesaria

Seperti operasi besar lainnya operasi sesaria memiliki beberapa resiko komplikasi. Resiko ini bisa dialami oleh sang ibu maupun sang bayi. Sederet komplikasi yang dapat dialami oleh ibu yang menjalani operasi sesaria meliputi:

⁷Ni'matul Ulya, Dewi Andariya Ningsih, Frisca Dewi Yunadi dan Misrina Retnowati, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan dan Menyusui*, NEM, Jawa Tengah, 2021 hlm 248

⁸ Rizka Dwi Adhila 2019, <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1526> diakses pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 17.45

1. Gumpalan darah
2. Pendarahan
3. Reaksi terhadap anastesia
4. Infeksi
5. Cedera usus atau kandung kemih akibat operasi
6. Emboli cairan ketuban, yakni cairan ketuban atau materi janin yang masuk ke pembuluh darah ibu
7. Peradangan rahim
8. Peningkatan resiko untuk kehamilan selanjutnya
9. Pembengkakan pada kaki
10. Urine bocor

Pasien yang melakukan operasi sesaria lebih rentan mengalami komplikasi pada kehamilan berikutnya. Jika menjalani persalinan normal setelah prosedur ini, pasien memiliki kemungkinan mengalami rahim robek mengikuti bekas luka sayatan di operasi sebelumnya. Resiko gangguan plasenta di kehamilan selanjutnya juga perlu diperhitungkan.⁹

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada seksio sesarea adalah

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/hematokrit
6. Urinalisis
7. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi

2.1.8 Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan medik post seksio sesarea yaitu :

1. Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata rata dapat disuntik obat meperidin 75 mg secara intra muskuler setiap 3 jam sekali.

2. Tanda tanda vital

⁹ Sutan Remy Sjahdeini, *Hukum Kesehatan Tentang Hukum Malpraktik Tenaga Medis*, IPB, Bogor, 2020 hlm 280

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

3. Terapi cairan dan diet

Ketika pemberian 3 liter larutan RL terbukti sudah mencukupi selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama. Jika output urine di bawah 30 ml/jam, pasien harus di evaluasi kembali pada hari kedua.

4. Vesika urinarius dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi, biasanya bising usus tidak terdengar pada hari pertama, dan akan kembali aktif pada hari ketiga.

5. Ambulasi

Pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur pada hari kedua. Menurut Budianto 2018 penetalaksanaan mobilisasi dini pada pasien setelah operasi, sebagai berikut:

- a. Perawat melatih berupa latihan miring kanan dan kiri sejak 6-10 jam setelah pasien sadar dari operasi
- b. Latihan menggerakkan anggota gerak atas dan bawah seperti tangan dan kaki dengan cara menekuk atau meluruskan
- c. Latihan pernafasan yang dapat dilakukan sambil tidur terlentang
- d. Latihan duduk selama 5 menit
- e. Latihan nafas dalam dan batuk efektif untuk mengeluarkan dahak dari saluran pernapasan bawah setelah operasi
- f. Batuk efektif dapat dilakukan dengan napas dalam terlebih dahulu melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.
- g. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
- h. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3
- i. Mampu merubah posisi dari posisi tidur terlentang menjadi setengah duduk

6. Perawatan luka

Luka sayatan operasi sectio caesarea biasanya memiliki panjang sekitar 10 - 15 cm. Bila tidak terjadi infeksi, luka tersebut akan menutup dan pulih dalam jangka waktu 6 minggu.

Beberapa minggu setelah operasi, luka sayatan akan berubah menjadi kemerahan. Ini artinya luka jahitan operasi di tubuh berangsur membaik. Namun, bila terjadi pembengkakan di area sekitar luka sayatan atau luka tampak mengeluarkan cairan ini bisa jadi pertanda infeksi.

Secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat pembedahan. Cara merawat luka sayatan operasi sectio caesarea:

- Bersihkan luka secara teratur
- Gunakan pakaian yang longgar dan nyaman
- Hindari aktivitas fisik berat
- Konsumsi obat penghilang rasa sakit

7. Laboratorium

Setelah operasi hematokrit harus dicek kembali bila terjadi kehilangan darah yang tidak biasa atau yang menunjukkan hipovolemia

8. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi.

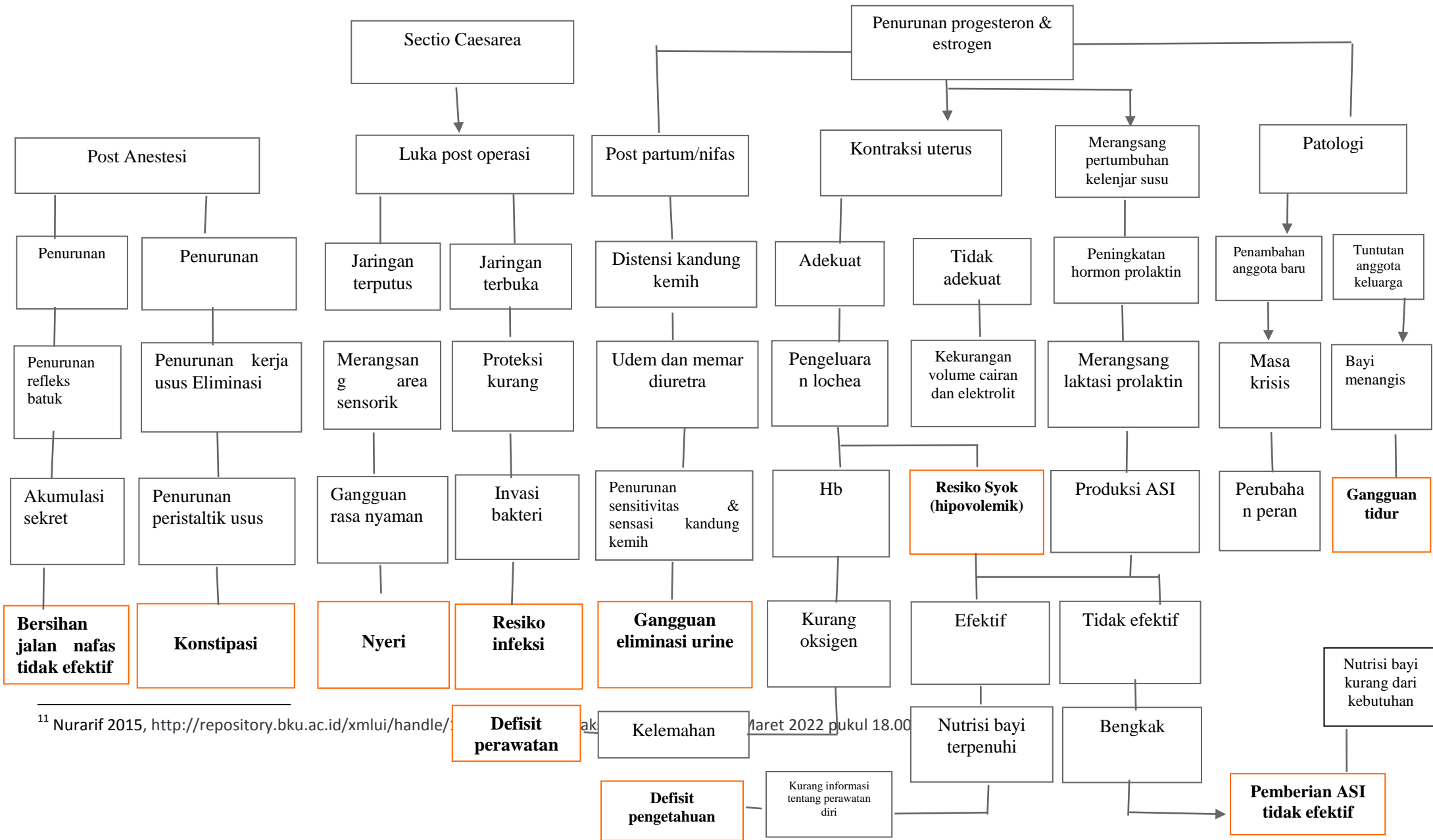
9. Memulangkan pasien dari rumah sakit

Pasien setelah operasi seksio sesarea dapat dipulangkan pada hari ke empat dan kelima.¹⁰

¹⁰ Riska Dwi Adilla 2019, <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1526> diakses pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 17.45

2.1.9 Patofisiologi Sectio Caesarea

2.1 Pathway Sectio Caesarea¹¹



¹¹ Nurarif 2015, <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/>

Maret 2022 pukul 18.00

2.2. Konsep Cephalopelvic Disproportion

2.2.1 Pengertian Cephalopelvic Disproportion

CPD (cephalopelvic disproportion) adalah kondisi ketika kepala bayi tidak mampu melewati panggul ibu. Kondisi ini bisa membuat proses persalinan normal menjadi sulit dilakukan.

Istilah cephalopelvic disproportion berasal dari kata cephalo yang berarti kepala dan pelvic yang berarti panggul. Secara umum, CPD diartikan sebagai kondisi ketika kepala bayi sulit masuk ke panggul atau jalan lahir. Ibu yang mengalami kondisi ini biasanya akan mengalami persalinan macet, sehingga sulit untuk melahirkan secara normal.

2.2.2 Penyebab dan Faktor Risiko Cephalopelvic Disproportion

Penyebab dan Faktor Risiko CPD (Cephalopelvic Disproportion) adalah kondisi kepala bayi yang tidak cukup melewati panggul bisa disebabkan oleh berbagai hal. Berikut ini adalah beberapa kondisi janin yang bisa menjadi penyebab terjadinya CPD:

1. Janin terlalu besar

Risiko terjadinya CPD meningkat jika berat janin lebih dari 4.000 gram. Bobot bayi yang besar ini bisa disebabkan oleh faktor keturunan atau diabetes gestasional.

2. Posisi janin tidak normal

Janin dalam posisi sungsang atau melintang akan lebih sulit untuk melewati panggul dalam persalinan normal. Persalinan normal juga akan sulit dilakukan jika bagian kepala bayi yang menghadap leher rahim lebih lebar, misalnya wajah atau sisi belakang kepala.

3. Gangguan kesehatan

CPD terkadang juga bisa terjadi ketika janin mengalami kondisi tertentu, misalnya hidrosefalus. Kondisi ini membuat ukuran kepala janin membesar, sehingga lebih sulit melewati panggul atau jalan lahir. Sementara itu, ada beberapa kondisi yang bisa membuat ibu hamil lebih berisiko mengalami CPD, di antaranya:

- Riwayat operasi panggul atau pernah cedera pada panggul

- Panggul sempit
- Kehamilan pertama
- Diabetes gestasional
- Polihidramnion atau jumlah air ketuban berlebihan
- Obesitas
- Kenaikan berat badan berlebihan selama kehamilan
- Tinggi badan kurang dari 145 cm
- Hamil di usia remaja, karena tulang panggul belum tumbuh sempurna
- Kehamilan lewat bulan atau usia kandungan sudah lewat 40 minggu

2.2.3 Pemeriksaan CPD (Cephalopelvic Disproportion)

CPD umumnya tidak menimbulkan gejala selama kehamilan. Namun, apabila CPD terjadi karena bentuk panggul ibu yang sempit atau ukuran janin yang besar, kondisi ini umumnya bisa terdeteksi oleh dokter melalui pemeriksaan kandungan secara rutin.

Dokter bisa mendiagnosis CPD pada ibu hamil melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul, dan USG kehamilan. Menjelang persalinan, ibu hamil dengan CPD biasanya akan mengalami beberapa masalah atau keluhan berikut ini:

1. Persalinan macet atau berlangsung lebih lama dari yang diharapkan
2. Kontraksi rahim tidak cukup kuat atau tidak ada
3. Pelebaran serviks atau pembukaan rahim terjadi secara perlahan atau tidak terjadi sama sekali
4. Kepala bayi tidak kunjung memasuki panggul atau jalan lahir
5. Induksi tidak berhasil membuat persalinan berkembang

Metode Persalinan yang Direkomendasikan dalam Penanganan CPD. Ibu yang memiliki panggul sempit masih berpeluang untuk melahirkan secara normal. Selama proses persalinan, dokter atau bidan akan memonitor kontraksi, pembukaan leher rahim, dan pergerakan bayi menuju jalan lahir. Namun, jika terdapat kesulitan, dokter dapat membantu proses persalinan dengan bantuan forcep atau vakum untuk mengeluarkan bayi.

Meski demikian, CPD terkadang bisa membuat proses persalinan berlangsung sangat lama, sehingga membuat ibu kelelahan. Jika sudah demikian, biasanya dokter akan melakukan operasi caesar untuk mengeluarkan bayi dari

dalam rahim. Operasi caesar juga bisa dilakukan apabila terdapat kondisi penyulit, seperti gawat janin. Karena berisiko membahayakan kondisi ibu dan janin, sebagian besar ibu hamil dengan CPD disarankan melahirkan dengan operasi caesar.

2.2.4 Komplikasi Cephalopelvic Disproportion

Jika proses persalinan berlangsung terlalu lama akibat CPD, ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi pada ibu atau janin, di antaranya:

1. Kelainan bentuk kepala bayi
2. Cedera kepala bayi
3. Prolaps tali pusat
4. Distosia bahu, yaitu kondisi ketika bahu bayi tersangkut di jalan lahir atau vagina
5. Ruptur perineum
6. Cedera rahim
7. Pendarahan

Untuk mengantisipasi adanya kondisi penyulit selama persalinan dan mendeteksi CPD sejak dini, penting bagi setiap ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan secara rutin ke dokter kandungan. Dengan begitu, dokter bisa merencanakan penanganan yang tepat.¹²

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea

Pelaksanaan asuhan keperawatan masa nifas pada post operasi sektio caesarea melalui pemdekatan proses keperawatan meliputi lima komponen yang saling berkaitan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

Pada pengkajian klien dikumpulkan semua informasi akurat dan lengkap dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

- a. Identitas Pasien

¹² dr Kevin Adrian 2021, <https://www.alodokter.com/seputar-cpd-cephalopelvic-disproportion-dan-penanganan-yang-diperlukan> diakses pada tanggal 13 September 2022 pada pukul 08.00 WIB

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum tanda vital

b. Data Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan.

2. Riwayat kesehatan dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga mempunyai riwayat persalinan yang sama dengan pasien.

5. Riwayat menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan meliputi umur menarche, frekuensi siklus normal, lamanya, jumlah darah keluar, karakteristik darah, HPHT, disminorea, perdarahan uterus disfungsi, sindrom premenstrual.

6. Riwayat Obstetri

Riwayat obstetri meliputi gravida/para, kehamilan yang lalu, masalah obstetri.

7. Riwayat ginekologi

Riwayat ginekologi meliputi infertilitas, infeksi vagina, penyakit menular seksual, servitis kronis, endometritis, infeksi panggul, pap smear abnormal, bedah ginekologi.

8. Riwayat Seksual

Riwayat seksual meliputi pola hubungan seksual, frekuensi berhubungan, kelainan dan masalah seksual.

9. Riwayat KB/Kontrasepsi

Riwayat KB meliputi KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan¹³

c. Pemeriksaan Fisik

1. Pengukuran tanda tanda vital

Pengukuran tanda tanda vital meliputi

a. Tekanan darah

Segera setelah melahirkan banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah diastolik dan diastolik, yang kembali secara spontan tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari. Perawat bertanggung jawab mengaji resiko preeklamsi pascapartum, komplikasi yang relatif jarang, tetapi serius jika peningkatan tekanan darah signifikan.

b. Suhu

Suhu material kembali dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum

c. Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal selama beberapa jam pertama pascapartum, hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau presiden dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat.

d. Pernafasan

Fungsi pernapasan kembali pada rentang normal wanita selama jam pertama pascapartum. Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, seperti eksaserbasi asma, dan emboli paru.

2. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum meliputi keadaan umum klien, kesadaran, status obstetrik, bayi rawat gabung atau tidak

¹³ Riska Dwi Adhila 2019, <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1526> diakses pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 17.45

3. Pemeriksaan head to toe

a. Kepala

Perhatikan distribusi rambut, kebersihan, warna rambut, adanya nyeri tekan dan lesi

b. Mata

Kaji warna konjungtiva, kebersihan, kelainan dan fungsi penglihatan. Pada pasien post partum terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami pendarahan, sklera kuning.

c. Hidung

Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.

d. Mulut

Kaji kesimetrisan bibir, warna, kelembaban bibir, warna lidah, kebersihan lidah, fungsi lidah, keadaan gigi, jumlah gigi, keadaan gusi, pembesaran tonsil, ada tidaknya bau mulut dan nyeri pada saat menelan

e. Telinga

Biasanya bentuk telinga simetris atau tidak, bagaimana kebersihan telinga adakah cairan yang keluar dari telinga dan fungsi pendengaran.

f. Leher

Pada pasien post partum kadang-kadang ditemukan adanya pembesaran kelenjar tiroid karena adanya proses mengejan yang salah.

g. Pemeriksaan dada meliputi jantung, paru-paru dan payudara. Kaji bentuk dan kesimetrisan dada, kaji bunyi jantung dan bunyi nafas. Jantung : Bunyi jantung reguler S1 lebih terdengar pada ICS 5 dan S2 lebih terdengar di ICS 2 dan 3, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti gallop dan murmur.

h. Payudara

Pada hari pertama konsistensi payudara lunak, adanya kolostrum, puting menonjol dan mengalami hiperpigmentasi, sedangkan pada hari ketiga

payudara mengeras, membesar, hangat, puting dapat mengalami luka yang memerah, ASI keluar pada hari kedua sampai hari keempat.

i. Perut

Terdapatnya luka operasi sectio caesarea tertutup perban, fundus uteri setinggi pusat pada hari pertama dan 1-2 cm di bawah pusat setelah 3 hari, teraba keras. Pada pasien post SC biasanya mengalami keterlambatan penurunan fundus uteri akibat adanya luka insisi pada posisi sectio caesarea timbul rasa nyeri akibat luka insisi sehingga involusi lebih lambat. Hasil penelitian bahwa sebagian besar (60,6%) ibu nifas post sectio caesarea (SC) mengalami keterlambatan penurunan TFU hal ini disebabkan oleh ibu post operasi sectio caesarea (SC) kurang melakukan mobilisasi dini karena rasa nyeri yang timbul akibat pada luka jahitan pada abdomen.

j. Kulit

Keadaan turgor kulit, warna kulit, tekstur kulit, kebersihan kulit, adanya luka dibagian perut, adanya varises atau tidak dibagian kaki

k. Ekstremitas

Tanda hofmen negative pada hari pertama edema minimal dan tanda hofmen negative pada hari ketiga, kesimetrisan ekstremitas

l. Anus

Ada tidaknya hemoroid

m. Genetalia

Umumnya pada ibu postpartum terjadi diuresis, sehingga 6 jam postpartum sudah ada keinginan berkemih. Vulva tidak edema, pengeluaran lochea rubra pada hari pertama dengan jumlah sedang dan sampai lochea serosa pada hari ketiga dengan jumlah sedang berbau amis atau kadang tidak berbau.

n. Kuku

Bentuk kuku

Warna kuku

CRT ¹⁴

4. Data Psikologis

- a. Pasien biasanya dalam keadaan stabil
- b. Pasien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya
- c. Harga diri pasien terganggu

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. USG, untuk menentukan letak implantasi plasenta
- b. Pemeriksaan Hemoglobin
- c. Pemeriksaan Hematokrit ¹⁵

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan gaya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, menafsirkan adanya ketimpangan, atau kesenjangan serta kesimpulan tentang masalah yang ada ¹⁶.

¹⁴ Rizky Shalya Sujana 2018, <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1172> diakses pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 17.45

¹⁵ Rizka Dwi Adhila 2019, <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1526> diakses pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 17.45

¹⁶ Rizky Shalya Sujana 2018, , <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1172> diakses pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 17.45

Tabel 2.1
Analisa Data Sectio Caesarea

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea • Sulit bicara • Ortopnea DO : <ul style="list-style-type: none"> • Batuk tidak efektif • Tidak mampu batuk • Sputum berlebih • Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering 	Sektio Caesarea ↓ Post anastesi ↓ Penurunan refleksi batuk ↓ Akumulasi sekret	Bersihan jalan nafas tidak efektif
2.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh nyeri DO : <ul style="list-style-type: none"> • Tampak meringis • Bersikap protektif • Gelisah • Frekuensi nadi meningkat • Sulit tidur • Tekanan darah meningkat • Pola nafas berubah 	Sectio Caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Jaringan terputus ↓ Merangsang area sensorik ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
3.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Kelelahan maternal • Kecemasan maternal DO : <ul style="list-style-type: none"> • Bayi tidak mampu 	Sektio Caesarea ↓	Menyusui tidak efektif

	<p>melekat pada payudara ibu</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASI tidak menetes/memancar • BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam • Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua 	<p>Penurunan progesteron dan estrogen</p> <p>↓</p> <p>Merangsang pertumbuhan kelenjar susu dan pertumbuhan</p> <p>↓</p> <p>Bengkak</p> <p>↓</p> <p>Menyusui tidak efektif</p>	
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh sulit tidur • Mengeluh sering terjaga • Mengeluh tidak puas tidur • Mengeluh pola tidur berubah • Mengeluh istirahat tidak cukup • Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat kantung pada mata • Tampak sering menguap 	<p>Sektio caesarea</p> <p>↓</p> <p>Psikologi</p> <p>↓</p> <p>Penambahan anggota baru</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	Gangguan pola tidur
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desakan berkemih (Urgensi) 	<p>Sektio caesarea</p> <p>↓</p>	Gangguan eliminasi urin

	<ul style="list-style-type: none"> • Urine menetes • Sering buang air kecil • Nokturia • Mengompol • Enurisis <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distensi kandung kemih • Berkemih tidak tuntas • Volume residu urine meningkat 	<p>Distensi kandung kemih</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan eliminasi urine</p>	
6.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defekasi kurang dari 2 kali seminggu • Pengeluaran feses lama dan sulit • Mengejan saat defekasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feses keras • Peristaltik usus menurun • Distensi abdomen • Kelemahan umum • Teraba massa pada rektal 	<p>Sektio Caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Post anesthesia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan peristaltik usus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Konstipasi</p>	Konstipasi
7.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menolak melakukan perawatan diri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ke toilet/berhias secara mandiri • Minat melakukan perawatan diri kurang 	<p>Sektio caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Post partum nifas</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Defisit perawatan diri

		Kelemahan ↓ Defisit perawatan diri	
8.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan masalah yang dihadapi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran • Menunjukkan persepsi keliru terhadap masalah • Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat • Menunjukkan perilaku berlebihan 	<p>Sektio caesarea</p> <p>↓</p> <p>Post partum nifas</p> <p>↓</p> <p>Kurang informasi tentang perawatan payudara</p> <p>↓</p> <p>Defisit pengetahuan</p>	Defisit pengetahuan
9.	<p>DS :</p> <p>Mengeluh sering haus</p> <p>DO :</p> <p>Turgor kulit lebih dari 3 detik</p> <p>Kulit teraba dingin</p>	<p>Sektio Caesarea</p> <p>↓</p> <p>Pendarahan</p>	Risiko Hipovolemia

		↓ Kekurangan volume cairan dan elektrolit	
10.	DS : <ul style="list-style-type: none"> • Mengeluh demam • Mengeluh nyeri pada area luka DO : <ul style="list-style-type: none"> • Leukosit Lebih dari normal • Adanya jaringan terbuka • Tampak adanya gejala infeksi pada luka 	Sektio Caesarea ↓ Luka post operasi ↓ Jaringan terbuka ↓ Risiko infeksi	Risiko infeksi

Sumber: ¹⁷

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada ibu post operasi sectio caesarea adalah:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas, hipersekresi jalan nafas, benda asing dalam jalan nafas, sekresi tertahan, hiperplasia dinding jalan nafas (D.0149)

¹⁷ Tim Pokja SDKI DPP PPNI, *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*, Dewan Pengurus Pusat PPNI, Jakarta Selatan, 2017

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma), (D.0077)
3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI.(D. 0029).
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.(D.0055)
5. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan ketidakmampuan mengakses toilet. (D.0040)
6. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. (D.0149)
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.(D.0109)
8. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)
9. Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif. (D.0034)
10. Risiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan(D.0142)¹⁸

2.3.4 Perencanaan Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) rencana keperawatan pada diagnosa yang muncul dengan sectio caesarea adalah :(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

Tabel 2.2
Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasme jalan nafas,	Kriteria hasil : (L.01001) <ul style="list-style-type: none"> • Batuk efektif • Produksi sputum, mengi, 	Manajemen jalan nafas (I. 01011) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pada napas

¹⁸ Ibid hlm 50

	<p>hipersekreasi jalan nafas, benda asing dalam jalan nafas, sekresi tertahan, hiperplasia dinding jalan nafas (D.0149)</p>	<p>wheezing menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi napas membaik • Pola napas membaik 	<p>(frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor bunyi napas tambahan (mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) • Posisikan semi-fowler atau fowler • Berikan minum hangat • Lakukan fisioterapi dada, jika perlu • Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik • Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal • Keluarkan sumbatan benda padat dengan fonsep McGill
--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma).(D.0077)	<p>Kriteria hasil : (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Berfokus pada diri sendiri menurun • Uterus teraba membulat menurun • Ketegangan otot menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola napas membaik • Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya

			<p>terhadap respon nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Fasilitas dan tidur</p>
--	--	--	--

			<p>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
3.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI.(D. 0029).	<p>Kriteria hasil : (L.03029)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetesan/pancaran ASI meningkat • Suplai ASI adekuat • Puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan • Kepercayaan diri ibu meningkat • Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat • Lecet pada 	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan • Jadwalkan

		putting menurun	<p>pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan kesempatan untuk bertanya • Dukung Ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui • Libatkan sistem pendukung: suami <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan konseling menyusui • Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi • Ajarkan perawatan payudara post partum (misal memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. (D.0055)	<p>Kriteria hasil : (L.05045)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan sulit tidur menurun • Keluhan sering terjaga menurun • Keluhan tidak puas tidur menurun • Keluhan pola tidur berubah menurun • Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur dan/atau psikologis) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (misal,

		<ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>pencahayaannya, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
5.	<p>Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan ketidakmampuan mengakses toilet. (D.0040)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kriteria hasil : (L.04036) • Kemampuan berkemih meningkat • Nokturia menurun • Residu volume urine setelah berkemih menurun • Distensi kandung kemih menurun • Verbalisasi pengeluaran urin tidak tuntas menurun 	<p>Manajemen eliminasi urin (I.04152)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine • Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine • Monitor eliminasi urine (mis, frekuensi, konsistensi,

		<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi berkemih membaik • Sensasi berkemih membaik. 	<p>aroma, volume, dan warna)</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih • Ajarkan pengukur asupan cairan dan haluaran urine • Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih • Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu
6.	Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat (D.0149)	<p>Kriteria hasil : (L. 04035)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengeluaran feses membaik • Defekasi membaik • Frekuensi buang air besar membaik • Kondisi kulit 	<p>Manajemen konstipasi (I.04155)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala konstipasi • Periksa pergerakan usus, karakteristik

		perianal	<p>feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis, obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan diet tinggi serat • Lakukan masase abdomen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan • Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi • Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.
7.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan(D.0109)	<p>Kriteria hasil : (L.11103)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan mandi meningkat • Kemampuan mengenakan 	<p>Edukasi perawatan diri (I.12429)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pengetahuan tentang perawatan diri

		<p>pakaian meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat • Mempertahankan kebersihan diri meningkat • Mempertahankan kebutuhan mulut meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi masalah dan hambatan perawatan diri yang dialami <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rencanakan strategi edukasi, termasuk tujuan yang realistis • Jadwalkan waktu dan intensitas pembelajaran sesuai penyakit • Sediakan lingkungan yang kondusif pembelajaran optimal (misal di ruang kelas atau ruang terapi yang kosong) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan perawatan diri, praktik perawatan diri, dan aktivitas kehidupan sehari-hari
8.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. (D.0111)	<p>Kriteria hasil : (L. 12111)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku sesuai anjuran meningkat • Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat • Kemampuan 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media

		<p>menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai topik meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat • Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 	<p>pendidikan kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
9.	Risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif. (D.0034)	<p>Kriteria hasil : (L.03028)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turgor kulit meningkat • Perasaan lemah menurun • Keluhan haus menurun • Konsentrasi urine menurun • Frekuensi nadi membaik • Tekanan darah membaik • Tekanan nadi membaik • Membran mukosa membaik • Intake cairan membaik 	<p>Manajemen hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) • Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hitung kebutuhan cairan

			<ul style="list-style-type: none"> • Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
10.	Risiko infeksi berhubungan dengan paparan organisme patogen lingkungan. (D.0142)	<p>Kriteria hasil : (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demam menurun • Kemerahan menurun • Nyeri menurun • Bengkak menurun • Kadar sel darah putih membaik • Kultur darah membaik 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan

			<p>meningkatkan asupan nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	--	--	--

Sumber¹⁹

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Fokus utama dari implementasi adalah pemberian Asuhan Keperawatan yang aman dan individual. Penatalaksanaan medik post seksio sesarea yaitu :

1. Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata rata dapat disuntik obat meperidin 75 mg secara intra muskuler setiap 3 jam sekali.

2. 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.

3. Terapi cairan dan diet

Ketika pemberian 3 liter larutan RL terbukti sudah mencukupi selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama. Jika output urine di bawah 30 ml/jam, pasien harus di evaluasi kembali pada hari kedua.

4. Vesika urinarius dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi, biasanya bising usus tidak terdengar pada hari pertama, dan akan kembali aktif pada hari ketiga.

5. Ambulasi

Pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur pada hari kedua. Menurut Budianto 2018 penatalaksanaan mobilisasi dini pada pasien setelah operasi, sebagai berikut:

¹⁹ Tim Pokja SIKI DPP PPNI, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, Dewan Pengurus Pusat PPNI, Jakarta Selatan, 2018

- Perawat melatih berupa latihan miring kanan dan kiri sejak 6-10 jam setelah pasien sadar dari operasi
- Latihan menggerakkan anggota gerak atas dan bawah seperti tangan dan kaki dengan cara menekuk atau meluruskan
- Latihan pernafasan yang dapat dilakukan sambil tidur terlentang
- Latihan duduk selama 5 menit
- Latihan nafas dalam dan batuk efektif untuk mengeluarkan dahak dari saluran pernapasan bawah setelah operasi
- Batuk efektif dapat dilakukan dengan napas dalam terlebih dahulu melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik.
- Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
- Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3
- Mampu merubah posisi dari posisi tidur terlentang menjadi setengah duduk

6. Perawatan luka

Luka sayatan operasi sectio caesarea biasanya memiliki panjang sekitar 10 - 15 cm. Bila tidak terjadi infeksi, luka tersebut akan menutup dan pulih dalam jangka waktu 6 minggu.

Beberapa minggu setelah operasi, luka sayatan akan berubah menjadi kemerahan. Ini artinya luka jahitan operasi di tubuh berangsur membaik. Namun, bila terjadi pembengkakan di area sekitar luka sayatan atau luka tampak mengeluarkan cairan ini bisa jadi pertanda infeksi.

Secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat pembedahan. Cara merawat luka sayatan operasi sectio caesarea:

- Bersihkan luka secara teratur
- Gunakan pakaian yang longgar dan nyaman
- Hindari aktivitas fisik berat
- Konsumsi obat penghilang rasa sakit

7. Laboratorium

Setelah operasi hematokrit harus dicek kembali bila terjadi kehilangan darah yang tidak biasa atau yang menunjukkan hipovolemia

8. Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi.

9. Memulangkan pasien dari rumah sakit

Pasien setelah operasi seksio sesarea dapat dipulangkan pada hari ke empat dan kelima.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses yang terencana dan sistematis dalam mengumpulkan, mengorganisasi, menganalisis, dan membandingkan status kesehatan klien dengan kriteria hasil yang diinginkan, serta menilai derajat pencapaian hasil klien.²⁰

²⁰ Christensen & Paula J 2009 dalam Riska Dwi Adhila 2019,
<http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1526> diakses pada tanggal 16 Maret 2022
pukul 17.45

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain/Rancangan Laporan Kasus

Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus adalah penelitian yang dilakukan dengan meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal dengan pokok pertanyaan yang berkenaan dengan "How" atau "Why". Unit tunggal dapat berarti satu orang atau sekelompok yang terkena suatu masalah.²¹ Dalam penelitian studi kasus ini peneliti akan melakukan penelitian studi kasus pada ibu post partum sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic disproportion pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan maternitas yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2 Subyek/Sampel Laporan Kasus

Dalam laporan kasus ini, Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 orang klien dengan kasus yang diteliti secara rinci dan mendalam dengan kriteria subjek :

1. Subyek dua ibu post operasi sectio caesarea di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut.
2. Subyek dua ibu post operasi sectio caesarea di hari pertama

3.3 Fokus Studi Yang Akan Diteliti

Fokus studi kasus Asuhan keperawatan pada ibu post operasi sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic Disproportion di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut

3.4 Tempat dan Waktu Pelaksanaan

3.4.1 Tempat Penelitian

Pengambilan kasus dalam tugas akhir ini dilakukan pada pasien ibu post partum sectio caesarea dengan indikasi cephalopelvic Disproprtion di Ruang Jade Rumah Sakit Umum Daerah dr Slamet Garut.

²¹ Notoatmojo 2010, <https://id.scribd.com/document/450204296/3-CONTOH-STUDI-KASUS-EDIT> diakses pada tanggal 11 April Pukul 09.09

Ruang jade merupakan salah satu ruangan maternitas yang paling banyak menangani pasien dengan post operasi sectio caesarea di RSUD dr Slamet Garut.

3.4.2 Waktu Pelaksanaan

Pada studi kasus ini penelitian dimulai pada 21 - 26 Juni Tahun 2022

3.5 Instrumen penelitian

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan pada ibu post partum sesuai ketentuan yang berlaku di Universitas Bhakti Kencana Garut 2022.

3.6 Tahap Pelaksanaan

Penulisan studi kasus dimulai dari mengajukan persetujuan penelitian (informed consent) kepada responden. Tahap kedua melakukan pengkajian data pasien dan dilanjutkan dengan implementasi dan evaluasi pemberian asuhan keperawatan. Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dilakukan selama 7 hari, waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah masing-masing klien selama 3 hari sampai klien dianjurkan pulang.

3.7 Pengumpulan Data

3.7.1 Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan pada peneliti adalah:

Adapun cara pengumpulan data yang digunakan pada penyusunan karya tulis ini berdasarkan studi kasus, antara lain:

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan lain-lain. Sumber data klien, keluarga, ataupun rekam medik.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi yang dapat dilakukan dari hasil laboratorium pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik: inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi (IAPP) pada tubuh klien.

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi yang digunakan berupa hasil dari rekam medik, literatur, pemeriksaan diagnostik, jurnal dan data lain yang relevan.

3.7.2 Langkah Pengumpulan Data

1. Mengurus perijinan dengan institusi terkait yaitu Rumah Sakit Umum Daerah dr Slamet Garut
2. Menjelaskan maksud, tujuan, dan waktu penelitian pada Kepala ruang atau perawat penanggung jawab di tempat penelitian dan meminta persetujuan untuk melibatkan subyek dalam penelitian.
3. Meminta subjek untuk menandatangani lembar informed consent sebagai bukti persetujuan penelitian (bila tidak memungkinkan bisa meminta persetujuan kepada Kepala ruang atau perawat untuk mewakili subyek).
4. Menjelaskan tentang prosedur untuk penelitian seperti:
 - a. Mengkaji pasien terlebih dahulu
 - b. Menetapkan diagnosa keperawatan prioritas
 - c. Merencanakan tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan yang akan dilakukan
 - d. Melaksanakan tindakan keperawatan yang telah ditetapkan
 - e. Mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan
5. Melakukan pengolahan data
6. Menyajikan hasil pengolahan data atau hasil penelitian dalam bentuk tabel dan narasi

3.8 Pengolahan dan Penyajian Data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara catatan lapangan dan bahan-bahan lain sehingga dapat dengan mudah dipahami. Analisis data dilakukan melalui tiga tahapan yaitu:

1. Reduksi data yaitu proses pemilihan data, pemusatan perhatian pada penyederhanaan data, pengabstrakan data dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Kegiatan reduksi data ini dapat dilakukan melalui: seleksi data yang ketat, pembuatan ringkasan, dan menggolongkan data menjadi suatu pola yang lebih luas dan mudah dipahami.
2. Penyajian data yaitu menyajikan data dalam bentuk uraian singkat. Penyajian data yang digunakan dalam penelitian adalah bersifat naratif.

Ini dimaksudkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang dipahami.

3. Kesimpulan yaitu dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.²²

3.9 Etika Studi Kasus

Etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. Informed Consent (Persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.
2. Anonymity (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan.
3. Rahasia (Confidentiality), kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti.
4. Beneficence (Manfaat)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal khususnya penelitian hendaknya berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek.

5. Nonmaleficence (Tidak berbuat yang merugikan)

Prinsipnya memilih pengobatan yang paling kecil resikonya dan paling besar manfaatnya, kaidah ini bermaksud tidak menimbulkan bahaya atau kecederaan kepada pasien dari segi fisik maupun psikologis

6. Veracity (Kejujuran)

Prinsip ini tidak hanya dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan klien agar mengerti

7. Justice (Keadilan)

²² Sugiyono 2015 dalam Dera Eka Novita Fersandi 2019, <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/2532/> diakses pada tanggal 05 April 2022 Pada pukul 11.47

Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan gender agama etnis dan sebagainya

8. Fidelity (Menepati Janji)

Tanggung jawab besar Seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain²³

²³ Nursalam 2014 dalam Dera Eka Novita Fersandi 2019, <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/2532/> diakses pada tanggal 05 April 2022 pada pukul 11.47

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Data

Pengambilan data karya tulis ilmiah ini dilakukan di RSUD dr Slamet Garut yang beralamat di jalan RSU dr Slamet no.12 Desa Sukakarya Kecamatan Tarogong Kidul, Kabupaten Garut, Jawa Barat, Kode Pos 44151, Indonesia. RSUD dr Slamet Garut adalah salah satu rumah sakit milik pemerintah Kabupaten Garut yang tergolong ke dalam rumah sakit kelas B.

RSUD dr Slamet Garut memiliki fasilitas ruangan untuk pelayanan kesehatan, salah satunya adalah ruangan jade yang merupakan ruang ibu nifas dan lokasi penulis melakukan penelitian dan pengambilan data. Ruang jade terdapat kepala ruangan, wakil kepala ruangan, 2 petugas ketua tim dan anggotanya Serta Dokter Spesialis Kandungan dan menggunakan ronde keperawatan 3 shift (Pagi, Siang, Malam)

4.1.2 Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Pada Hari Pertama Dengan Indikasi CPD di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut Tahun 2022

A. Pengkajian

1. Biodata

a. Identitas Pasien.

Nama : Ny. S
Umur : 21 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan. : Ibu Rumah Tangga
Status Perkawinan : Menikah
Suku/Bangsa. : Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk RS : 20 Juni 2022, Jam 11.30 WIB

Tanggal Operasi. : 20 Juni 2022, Jam 15.00 WIB

Tanggal Pengkajian: 21 Juni 2022

No Rekam Medik : 01174139

Diagnosa Medis : P1A0 Post operasi sectio caesarea hari ke 1 atas
indikasi CPD

Alamat. : Kecamatan Bayongbong, Garut

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama. : Tn. A

Umur : 23 Tahun

Jenis Kelamin. : Laki-laki

Pendidikan : SMA

Pekerjaan. : Pedagang

Agama : Islam

Hubungan dengan Klien : Suami

Alamat : Kecamatan Bayongbong, Garut

B. Alasan Masuk RS

Klien datang ke IGD RSUD dr Slamet garut masuk ke PONEK IGD atas rujukan dari bidan, dengan keluhan mulas sejak beberapa jam sebelumnya, keluar air sejak subuh, gerakan bayi masih dirasakan oleh Klien, Klien langsung diberi oksigen 2 liter/menit, diperiksa DJJ dan tinggi fundusnya, klien dipasang intravenous line di tangan sebelah kanan dengan cairan Ringer Laktat 20 tetes Per menit, klien langsung dijadwalkan Operasi Cyto pada jam 15.00 WIB, setelah operasi selesai klien dipindahkan ke ruangan jade

C. Keluhan Utama Saat Dikaji

Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea.

D. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Juni 2022, klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah yang terdapat luka insisi post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur, nyeri dirasakan di sekitar abdomen

bagian bawah sampai ke vesika urinaria skala nyeri 7 dari skala 0 - 10, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk jarum dan dirasakan setiap saat.

E. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan ini merupakan kali pertama hamil dan dilakukan tindakan operasi sectio caesaria klien juga mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, klien mengatakan tidak memiliki penyakit hipertensi, diabetes Melitus, kardiovaskuler ataupun penyakit paru

F. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang partus dengan tindakan operasi sectio caesarea, klien juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit turunan seperti hipertensi, diabetes melitus dan kardiovaskuler.

G. Riwayat Obstetri Ginekologi

1. Riwayat Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan Menarche pertama kali pada usia 12 tahun dengan lama haid 5-6 hari, siklus menstruasi rutin setiap 1 bulan sekali tidak terdapat masalah selama haid seperti disminore dan keputihan.

HPHT : 13 September 2021

TP : 20 Juni 2022

b. Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan menikah pada usia 20 tahun dan suaminya usia 22 tahun, saat ini usia pernikahan klien 1 tahun 2 bulan ini merupakan pernikahan klien yang pertama dan persalinan ini merupakan persalinan pertama dan anak pertamanya.

c. Riwayat Kontrasepsi

Sebelumnya klien belum pernah atau tidak melaksanakan kegiatan Keluarga Berencana, belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun dan untuk sekarang klien menggunakan kontrasepsi IUD dengan alasan keinginan sendiri dan juga rekomendasi dari dokter.

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan, persalinan dan nifas yang pertama kali

Tabel 4.1

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang sekarang Ny.S

No	Tgl Partus	Umur Kehamilan	Jenis Partus	Tempat Penolong	Jenis Kehamilan	Masalah hamil	Masalah Lahir	Masalah Nifas	Masalah Bayi	Keadaan Anak
1.	20 Juni 2022	36 minggu	SC	Rumah sakit	Hamil Tua	Klien mengatakan klien melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur ke bidan setiap 1 bulan sekali dan mendapatkan imunisasi Tetanus Toksid atau TT sebanyak 2	Pada persalinan pertama kali yang dilakukan secara tindakan operasi sectio caesarea atas indikasi CPD dengan anestesi spinal pada tanggal 20 juni 2022 pukul 15.00 WIB	Klien mengatakan air susunya belum keluar dan belum menyusui anaknya karena anaknya berada di ruang perinatologi. Lochea rubra berwarna merah segar dan berbau amis khas darah. Jumlah pendarahan	Jenis kelamin bayi laki-laki dengan berat badan lahir 2900 gram dan panjang badan 47 cm nilai APGAR skor 5/7	Sedang dalam perawatan

						<p>kali pada usia kehamilan 4 bulan dan 6 bulan, klien mengkonsumsi obat pada awal kehamilan yang diberikan oleh bidan untuk menahan mual dan muntah yang dirasakannya, klien mengalami mual dan muntah selama trimester awal sampai 4 bulan</p>	<p>dengan jumlah pendarahan kurang lebih 500 ml, dengan lama persalinan kurang lebih 60 menit jenis kelamin bayi laki-laki dengan berat badan lahir 2900 gram dan panjang badan 47 cm nilai APGAR skor 5/7</p>	<p>sebanyak kurang lebih 4-5 ganti pembalut sehari dan klien tampak menggunakan pembalut maternity TFU sejajar dengan pusat</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

						kehamilannya, pada usia kehamilan 9 bulan klien mengatakan sering sekali merasakan sakit pinggang				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

H. Data Biologis

1. Aktivitas kehidupan sehari-hari/Activity daily living (ADL)

Tabel 4.2

Pola Aktivitas Sehari-hari Ny.S

Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Nutrisi		
a. Makan		
Frekuensi	3 x Sehari	3 x Sehari
Jenis	Nasi, Lauk pauk	Nasi, Bubur
Porsi	1 Porsi	1 Porsi
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
b. Minum		
Frekuensi	7 -8 gelas Sehari	4-5 x Sehari
Jumlah	Kurang lebih 2 liter	Kurang lebih 1 liter
Jenis	Air putih	Air putih
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Eliminasi		
a. BAB		
Frekuensi	2 x Sehari	Belum
Warna	Khas Feses	Belum
Bau	Khas Feses	Belum
Keluhan	Tidak ada	Belum
b. BAK		
Frekuensi	4-5 x Sehari	Terpasang kateter
Jumlah	Tidak diketahui	Kurang lebih 400 ml
Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
Istirahat Tidur		
Siang	2 Jam	1 Jam
Malam	7 Jam	5 Jam
Keluhan	Tidak ada	Nyeri

Personal Hygiene		
Mandi	2x Sehari	1x waslap
Gosok gigi	2x Sehari	Belum
Keramas	2X Seminggu	Belum
Gunting kuku	1x Seminggu	Belum
Ganti pakaian	2x Sehari	1x Sehari
Aktivitas	Ibu rumah tangga dan beraktivitas secara mandiri	Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, 21 jam Post Operasi tampak klien hanya berbaring karena klien belum berani mika miki karena nyeri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat

2. Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan umum

- Kondisi Umum.
 - Baik
 - Klien tampak meringis
 - Klien tampak lemah
- Tingkat Kesadaran
 - Composmentis, GCS E4M6V5 = 15
- Tanda- Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 130/80 mmHg
 - Nadi. : 97 x/menit
 - Respirasi. : 20 x/menit
 - Suhu. : 36,8° C
- BB/TB. : 65 kg/148 cm
- Status Obstetri : P1A0

b. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

- Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada luka atau lesi, kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe, rambut berwarna hitam, penyebaran rambut merata, tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan

- Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis seperti menahan nyeri, tidak ada chloasma gravidarum, bentuk wajah simetris, tidak terdapat nyeri tekan dan pembengkakan

- Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, mata tampak bersih, penglihatan baik terbukti saat diberikan cahaya pupil mengecil, tidak ada luka, tidak ada nyeri

- Hidung

Tidak ada pilek, tidak ada lesi, tidak ada pendarahan, penciuman baik terbukti klien mampu menebak bau kayu putih, hidung tampak simetris, tidak ada septum deviasi, tidak terpasang oksigen

- Mulut

Mukosa bibir lembab, tidak ada lesi, warna bibir merah, bibir tampak bersih. Fungsi pengecapan baik terbukti klien mampu membedakan rasa manis dan asin. Tidak ada karang gigi, tidak ada karies, gigi lengkap, gigi tampak bersih

- Telinga

Tidak ada kotoran, telinga tampak simetris, tidak ada lesi, tidak ada discharge, fungsi pendengaran baik terbukti klien mampu menjawab pertanyaan dengan benar, warna telinga sama dengan warna kulit

- Leher

Leher tampak simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada nyeri tekan

- Dada

- Paru-paru

Inspeksi : Dada tampak simetris, tidak ada luka, irama nafas reguler

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, getaran suara simetris

Perkusi : Perkusi paru sonor

Auskultasi : Terdengar Vesikuler

➤ Jantung

Inspeksi : Dada tampak simetris, tidak ada luka

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Perkusi jantung pekak

Auskultasi : Suara jantung terdengar lup dub, tidak ada suara tambahan

➤ Payudara

Payudara kiri dan kanan simetris, hiperpigmentasi areola, kolostrum sudah keluar, keadaan papila mammae kotor, pada saat dipalpasi teraba hangat dan keras (padat), terdapat nyeri tekan pada payudara sebelah kiri

• Perut

Inspeksi : Terdapat linea nigra, stretch mark berwarna putih, terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan

Auskultasi : Peristaltik usus 8x/menit

Palpasi : Adanya kontraksi uterus terbukti uterus teraba keras, tinggi fundus uteri sejajar pusat, Perut menegang, Terdapat nyeri tekan

Perkusi : Perkusi perut timpani

• Kulit

Keadaan turgor baik terbukti saat dicubit kembali kurang dari 2 detik, warna kulit putih, tekstur kulit lembut, kulit tampak bersih, terdapat luka di area perut bawah dengan panjang kurang lebih 10 cm, tidak terdapat varises

• Ekstremitas

➤ Atas

Tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat luka, terpasang infus pada tangan sebelah kanan (Cairan RL 20 tetes x/menit), Tidak terjadi kelemahan, kekuatan otot 5 I 5

ROM :

Fleksi Ka+/Ki +

Ekstensi Ka+/Ki +

Rotasi Ka+/Ki +

Abduksi Ka+/Ki+

Adduksi Ka+/Ki+

➤ Bawah

Kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas, tidak ada tromboflebitis, tidak ada kelainan, kekuatan otot 4 I 4

ROM :

Fleksi Ka+/Ki+

Ekstensi Ka+/Ki+

- Genetalia

Tidak ada kelainan pada vagina, tidak terdapat luka di area vagina, warna lochea rubra, dan tidak ada pembengkakan, terpasang keteter urine dengan jumlah urine 400 cc

- Anus

Tidak terdapat hemoroid, tidak ada pelebaran vena pada anus

- Kuku

Bentuk kuku cembung, warna kuku kemerahan, CRT baik terbukti kembali kurang dari 2 detik.

I. Data Psikososial Spiritual

1. Psikososial

- Adaptasi psikologis post partum

Klien berada dalam fase taking in dimana klien masih bergantung kepada keluarga dan perawat dalam melakukan aktivitas, fokus klien pada dirinya sendiri. Klien merasa sangat senang atas kelahiran bayinya

- Gambaran diri

Klien mengatakan tidak malu dengan partus sectio caesarea dan klien menyukai seluruh anggota tubuhnya, klien sangat bersyukur atas pemberian Allah SWT

- Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat pulang dan berkumpul dengan keluarganya

- Harga diri

Klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya sekarang

- Peran

Klien mengatakan dirinya adalah seorang ibu dan istri

- Identitas diri

Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan dan merasa puas dengan itu

- Hubungan/komunikasi

Klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya dan cukup baik dengan lingkungan tempat klien di rawat, hubungan dengan dokter dan tim kesehatan lainnya.

- Kebiasaan seksual

Klien mengatakan tidak ingin melakukan hubungan selama masa nifasnya

2. Spiritual

Klien mengatakan beragama islam, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien yakin bahwa Allah SWT yang menentukan segalanya

J. Data Penunjang

Tabel 4.3
Pemeriksaan Penunjang Ny.S

Pemeriksaan	Ny.S	Nilai Normal	Interpretasi
Laboratorium	Tanggal 21 juni 2022		
Hemoglobin	14,2 g/dL	12,0 - 16,0	Normal
Hematokrit	40%	33 - 47	Normal
Leukosit	23,190/mm	3.800-10.600	Tinggi
Trombosit	244.000/mm	130.000-440.000	Normal
Eritrosit	4,69 juta/mm	3,6-5,8	Normal

K. Terapi Medis

Tabel 4.4
Terapi Medis Ny.S

Nama obat	Dosis	Cara	Waktu	Golongan	Cara Kerja
Ringer Laktat	20 TPM	Intra Vena			
Omeprazole	2x40 mg	Intra Vena	08.00- 20.00	Proton pump inhibitor	Menurunkan kadar asam yang diproduksi perut/lambung
Cefotaxime	2x1 gram	Intra Vena	08.00- 20.00	Antibiotik	Membunuh bakteri dan menghambat pertumbuhannya
Ketorolac	2x30 mg	Intra Vena	08.00- 20.00	Analgetik	Menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri
Metronidazole	2x 500 mg	Intra Vena	08.00- 20.00	Antibiotik	Menghentikan pertumbuhan dan berbagai bakteri dan parasit.

L. Pengobatan

1. Analisa Data

Tabel 4.5
Analisa Data Ny.S

No.	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah yang terdapat luka insisi post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur, nyeri dirasakan di sekitar abdomen bagian bawah sampai ke vesika urinaria , nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan dirasakan setiap saat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak meringis Skala nyeri 7 dari skala 0-10 Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan 	<p>Sectio Caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang tubuh mengeluarkan prostaglandin, histamine, serotonin</p> <p style="text-align: center;">Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut

	<p>pendarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perut tampak menegang dan terdapat nyeri tekan • Tanda - tanda vital TD : 130/80 mmHg Nadi : 97 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,8 °C 		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak mengetahui tentang perawatan payudara karena ini merupakan persalinan pertamanya, ASI keluar sedikit. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan papila mammae kotor • Pada saat dipalpasi payudara teraba hangat dan keras (padat) • Terdapat nyeri tekan pada payudara sebelah kiri 	<p>Post partum nifas</p> <p>↓</p> <p>Kurang pengetahuan tentang pemberian ASI</p> <p>↓</p> <p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p>	<p>Ketidakefektifan pemberian ASI</p>
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, klien belum berani miksi karena nyeri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Klien tampak hanya berbaring • Aktivitas dibantu keluarga dan perawat • Kedua kaki dapat 	<p>Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Gangguan aktivitas</p> <p>↓</p> <p>Penurunan rentan gerak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Kebutuhan</p>	<p>Gangguan Kebutuhan ADL</p>

	bergerak dengan baik, tetapi terbatas, kekuatan otot 4 I 4 ROM : Fleksi Ka+/Ki+ Ekstensi Ka+/Ki+	ADL	
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas post operasi sectio caesarea <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan, • Perut tampak menegang dan terdapat nyeri tekan • Leukosit 23,190/mm 	<p>Luka post operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Adanya jaringan terbuka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Masuknya mikroorganisme asing ke dalam tubuh</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>Resiko penyebaran Infeksi</p>

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Nyeri Akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan

DS :

- Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea
- Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah yang terdapat luka insisi post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur, nyeri dirasakan di sekitar abdomen bagian bawah sampai ke vesika urinaria , nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan dirasakan setiap saat

DO :

- Klien tampak meringis
- Skala nyeri 7 dari skala 0-10
- Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan, Perut tampak menegang dan terdapat nyeri tekan
- Tanda - tanda vital
 TD : 130/80 mmHg
 Nadi : 97 x/menit
 RR : 20 x/menit
 Suhu : 36,8 °C

2. Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu tentang perawatan payudara ditandai dengan

DS :

- Klien mengatakan tidak mengetahui tentang perawatan payudara karena ini merupakan persalinan pertamanya, ASI keluar sedikit.

DO :

- Keadaan papila mammae kotor
- Pada saat dipalpasi payudara teraba hangat dan keras (padat)
- Terdapat nyeri tekan pada payudara sebelah kiri

3. Gangguan Kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri ditandai dengan

DS :

- Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, klien belum berani miksi karena nyeri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat

DO :

- Klien tampak lemah
- Klien tampak hanya berbaring
- Aktivitas dibantu keluarga dan perawat

- Kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas, kekuatan otot 4 I 4
- ROM :
 Fleksi Ka+/Ki+
 Ekstensi Ka+/Ki+

4. Resiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka ditandai dengan

DS :

- Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea

DO :

- Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan, Perut tampak menegang dan terdapat nyeri tekan
- Leukosit 23,190/mm

2. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.6
Perencanaan Keperawatan Ny.S

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan tersayatnya kontinuitas jaringan	Kriteria hasil : (L.08066) <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Uterus teraba membulat menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola napas membaik • Tekanan darah membaik 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Latih terapi relaksasi nafas dalam Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk

			<p>mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgesik keterolak 2 x 30mg melalui intra vena
2.	Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu tentang perawatan payudara	<p>Kriteria hasil : (L.03029)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat • Tetesan/pancaran ASI meningkat • Suplai ASI adekuat • Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan • Kepercayaan diri ibu meningkat • Lecet pada putting menurun 	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya • Dukung Ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui • Libatkan sistem pendukung: suami. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan konseling menyusui • Jelaskan

			<p>manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar • Ajarkan perawatan payudara post partum (Pijat oksitosin)
3.	Gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri	<p>Kriteria hasil: (L. 05042)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat • Kekuatan otot meningkat • Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan ambulasi (I. 06171)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latih klien untuk mika miki • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkat ambulasi
4.	Resiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka	<p>Kriteria hasil : (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan tangan meningkat • Kebersihan 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan

		<p>badan meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan membaik • Demam menurun • Kemerahanme nurun • Nyeri menurun • Bengkak menurun • Kadar sel darah putih membaik • Kultur area luka membaik 	<p>sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.7
Implementasi Keperawatan Ny.S

Tanggal dan Waktu	No Dx	Implementasi	Respon	Tanda Tangan
Hari 1 21 juni 2022				
08.00	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri di bagian luka operasinya, bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila beristirahat	
08.10	I	Mengkaji skala nyeri	Skala nyeri 7 dari skala nyeri 0-10	
08.15	I	Mengkaji reaksi nyeri non verbal	Klien tampak meringis kesakitan	
08.25	I	Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	Klien mengatakan ini kali pertamanya merasakan nyeri seperti ini	
08.35	I	Memilih teknik relaksasi nafas dalam	Teknik non farmakologi dengan menggunakan relaksasi nafas dalam	
09.00	I	Melakukan kolaborasi dalam pemberian analgetik, keterolac 30mg secara IV	Klien diberikan obat keterolac 30mg cara pemberian melalui IV 2 x 30 mg	
09.30	IV	Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Terdapat luka horizontal di area perut dengan panjang kurang lebih 10 cm, tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan.	
09.10	IV	Menjelaskan tanda	Klien bersedia, dan	

		dan gejala infeksi	tampak mengerti. Klien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi.	
09.20	IV	Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	Dengan menggunakan leaflet, Klien bersedia dan mampu melakukan cuci tangan dengan menggunakan alkohol	
09.30	IV	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Klien bersedia, dan tampak mengerti	
09.40	IV	Mengajarkan cara perawatan luka di rumah	Dengan menggunakan leaflet. Klien bersedia, dan tampak mengerti	
10.00	IV	Melakukan perawatan luka pada luka post operasi dengan menggunakan teknik aseptik	Klien bersedia dan tampak tenang. Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan, dibalut dengan menggunakan kasa basah dibawah dan ditumpuk dengan menggunakan kasa kering diatas.	
11.00	II	Mendukung klien meningkatkan percaya diri dalam menyusui	Klien tampak masih kelihatan bingung	
11.10	II	Melibatkan anggota pendukung seperti suami	Klien ditemani oleh suaminya dalam perawatan di rumah sakit	
11.20	II	Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	Klien bersedia, dan tampak mengerti. Serta mampu menjelaskan	

			kembali manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	
11.30	II	Mengajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan yang benar	Klien tampak bersedia, dan tampak mengerti	
12.00	II	Melakukan pemijitan oksitosin	Klien tampak bersedia, dengan hasil klien tampak meringis. Saat dipalpasi payudara teraba keras dan hangat, dan ASI tampak keluar sedikit.	
13.00	III	Membantu aktivitas klien	Klien bersedia dibantu oleh keluarga dan perawat	
13.10	III	Menganjurkan untuk meningkatkan makanan	Klien bersedia, dan tampak mengerti	
13.20	III	Menganjurkan untuk istirahat yang cukup	Klien bersedia, dan tampak mengerti	
13.30	III	Melatih ambulasi dini pasien post operasi sc	Klien bersedia dengan hasil klien bisa melakukan mika miki	
Hari ke 2 22 juni 2022				
07.30	I	Mengkaji TTV	Klien bersedia, dengan hasil : TD : 130/70 mmHg HR : 91 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,6 °C	
08.00	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, bertambah apabila bergerak dan dirasakan seperti di sayat - sayat.	
08.10	I	Mengkaji skala	Skala nyeri 7 dari	

		nyeri	(0-10)	
08.20	I	Mengkaji reaksi nyeri non verbal	Klien tampak seperti menahan nyeri apabila klien menggerakkan tubuhnya.	
08.30	I	Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	Klien mengatakan nyeri yang ia rasakan saat ini merupakan hal yang pertama kalinya	
08.40	I, IV	Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan	Klien tampak dapat beristirahat dengan nyaman	
08.50	I, III	Membantu klien menentukan posisi yang nyaman	Posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma, klien mengatakan nyaman.	
09.00	I	Melakukan kolaborasi dalam pemberian analgetik, keterolac 30mg secara IV	Klien diberikan obat keterolac 30mg cara pemberian melalui IV 2 x 30 mg	
09.10	I	Mengajarkan teknik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri	Klien mengerti dan mencoba melakukan teknik relaksasi nafas dalam meniup balon selama 5 menit dengan frekuensi yang lambat /perlahan-lahan, klien mengatakan masih merasakan nyeri	
09.25	I	Menganjurkan teknik non	Klien mengatakan akan melakukan	

		farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri dirasakan	teknik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 1x sehari untuk memperingan nyeri yang dirasakannya	
09.35	I	Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon	Skala nyeri sebelum relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 7(0-10), skala nyeri setelah relaksasi nafas dalam menggunakan balon 6 (0-10)	
09.50	III	Menganjurkan klien untuk meningkatkan istirahat	Klien mengikuti instruksi untuk beristirahat	
09.55	I	Evaluasi efektifitas analgetik, tanda dan gejala	Skala nyeri dari 7 (0-10) menjadi 5 (0-10)	
10.00	II	Mendukung klien meningkatkan percaya diri dalam menyusui	Klien tampak lebih bersemangat untuk menyusui bayinya	
10.05	II	Melibatkan anggota pendukung: suami	Klien selalu ditemani suaminya	
10.10	IV	Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Terdapat luka horizontal di area perut dengan panjang kurang lebih 10 cm, tampak masih basah tapi sedikit mengering, tidak terdapat rembesan pendarahan	
10.15	IV	Menganjurkan klien mencuci tangan dengan benar sebelum dan setelah melakukan	Klien mampu melakukannya secara produktif	

		aktivitas		
10.20	IV	Melakukan perawatan luka pada luka post operasi dengan menggunakan teknik aseptik	Klien bersedia dan tampak tenang. Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak masih basah namun sedikit mengering, tidak terdapat rembesan pendarahan, dibalut dengan menggunakan kasa basah dibawah dan ditumpuk dengan menggunakan kassa kering diatas.	
11.30	III	Menganjurkan untuk meningkatkan makan	Klien mampu menghabiskan satu porsi makan yang disediakan rumah sakit	
12.30	II	Melakukan pemijatan oksitosin	Klien bersedia dan tampak tenang. Dengan hasil Saat dipalpasi payudara teraba mulai teraba lunak, dan ASI tampak sudah mampu keluar dengan baik. Klien mengatakan nyeri pada payudara dirasa mengurang	
13.00	III	Melatih klien miring kiri dan kanan	Klien mampu melakukannya dengan bantuan	
13.10	III	Melatih klien untuk belajar duduk	Klien mampu setengah duduk	
13.30	III	Melatih ROM aktif dan pasif pada ekstremitas atas dan bawah	Klien bersedia dan mampu melakukannya dengan produktif dengan mandiri. Dengan hasil ekstremitas atas :	

			Fleksi : Ka +/Ki+ Ekstensi : Ka +/Ki + Rotasi : Ka +/Ki+ Ekstremitas bawah : Ekstensi : Ka +/Ki+ Fleksi : Ka +/Ki +	
Hari Ke 3 23 juni 2022				
07.30	I	Mengkaji tanda - tanda vital	Klien bersedia, dengan hasil TD :120/80 mmHg HR : 90 x/menit RR : 18 x/menit S :36,3°C	
08.00	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri area perut bagian bawah berkurang, skala nyeri 5 (0-10)	
08.10	I	Mengobservasi reaksi non verbal dan ketidaknyamana	Klien sudah tidak terlalu meringis seperti hari sebelumnya tetapi klien tampak masih berhati-hati saat bergerak	
08.20	I	Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	Klien tampak fokus ketika berkomunikasi dengan perawat	
08.30	I	Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan	Klien tampak lebih nyaman	
08.35	I, III	Membantu klien menentukan posisi yang nyaman	Posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan dari abdomen pada	

			diafragma	
09.00	I	Melakukan tindakan kolaborasi dalam pemberian analgetik keterolac 30mg diberikan secara IV	Klien diberikan obat keterolac 30mg cara pemberian melalui IV	
09.10	I	Mengobservasi tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon yang sudah diajarkan kepada klien	Klien melakukan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon selama kurang lebih 5 menit, dan mengatakan nyeri berkurang perlahan-lahan	
09.20	I	Menganjurkan tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri	Klien dan keluarga sudah mengetahui cara mengaplikasi tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri dirasakan	
09.30	I	Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon	Klien mengatakan pada hari pertama masih merasakan nyeri ketika berusaha meniup balon, pada hari kedua klien mengatakan sudah bisa meniup balon dengan teratur dan perlahan-lahan dan intensitas nyerinya berkurang dari skala 5 menjadi 4 (0-10)	
09.50	IV	Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Terdapat luka horizontal di area perut dengan panjang kurang lebih 10 cm, tampak mengering, tidak terdapat rembesan	

			pendarahan,luka tampak bersih	
10.00	IV	Melakukan perawatan luka pada luka post operasi dengan menggunakan teknik aseptik	Klien bersedia dan tampak tenang. Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak mengering dan bersih, tidak terdapat rembesan pendarahan, dibalut dengan menggunakan kasa basah dibawah dan ditumpuk dengan menggunakan kassa kering diatas	
10.30	II	Mendukung klien meningkatkan percaya diri dalam menyusui	Klien tampak lebih bersemangat untuk menyusui bayinya	
10.40	II	Melibatkan anggota pendukung: suami	Klien selalu ditemani suaminya	
10.50	II	Melakukan pemijatan oksitosin	Klien bersedia dan tampak tenang. Dengan hasil Saat dipalpasi payudara teraba lunak, dan ASI tampak sudah mampu keluar dengan baik. Klien mengatakan nyeri pada payudara sudah tidak dirasakan	
11.30	III	Menganjurkan untuk meningkatkan makan	Klien mampu menghabiskan satu porsi makan yang disediakan rumah sakit	
12.00	III	Menganjurkan klien miring kiri dan kanan	Klien mampu melakukannya dengan mandiri dan klien mampu duduk dengan mandiri	
12.10	III	Melatih ROM	Klien bersedia dan	

		aktif dan pasif pada ekstremitas atas dan bawah,serta mengkaji kekuatan otot	mampu melakukannya dengan produktif dengan mandiri. Dengan hasil ekstremitas atas : Fleksi : Ka +/Ki+ Ekstensi : Ka +/Ki+ + Rotasi : Ka +/Ki+ Ekstremitas bawah : Ekstensi : Ka +/Ki+ Fleksi : Ka +/Ki+ Kekuatan otot Atas : 5 I 5 Bawah : 5 I 5	
12.30	III	Menganjurkan klien untuk beristirahat	Klien tidur siang selama 1 jam, dan malam hari 8 jam, tidak ada keluhan selama tidur	

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.8
Evaluasi Keperawatan Ny.S

Tanggal Pencatatan	No. Dx	Evaluasi	Tanda Tangan
23 juni 2022	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomennya telah berkurang dibandingkan dengan hari pertama, klien dapat mengontrol nyeri yang dirasakan dengan tehnik relaksasi nafas dalam meniup balon secara mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda vital TD : 120/80 mmHg HR : 90 x/menit S :36,3 °C • Skala nyeri 4 dari skala (0-10) • Klien sudah tidak terlalu meringis seperti hari sebelumnya tetapi klien tampak masih berhati-hati saat bergerak <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri akut teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melanjutkan terapi di rumah sesuai dengan aturan dokter dan perawat • Melakukan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri masih dirasakan • Memberikan obat anti nyeri keterolac 500mg 3 x 1 setelah makan secara oral 	
23 juni 2022	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada payudara dirasa mengurang 	

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lebih bersemangat untuk menyusui bayinya • Klien selalu ditemani suaminya • Klien mampu menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi • Payudara teraba lunak, dan ASI tampak sudah mampu keluar dengan baik. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakefektifan pemberian ASI sudah teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dihentikan 	
23 juni 2022	III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lebih bersemangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu miring kiri miring kanan dengan mandiri dan klien mampu duduk dengan mandiri • Klien mampu melakukan latihan ROM dengan produktif dengan mandiri. Dengan hasil ekstremitas atas : <p>Fleksi : Ka +/Ki+</p> <p>Ekstensi : Ka +/Ki +</p> <p>Rotasi : Ka +/Ki+</p> <p>Ekstremitas bawah :</p> <p>Ekstensi : Ka +/Ki+</p> <p>Fleksi : Ka +/Ki +</p> <p>Kekuatan otot</p> <p>Atas : 5 I 5</p> <p>Bawah : 5 I 5</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan Kebutuhan ADL teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dihentikan 	
23 juni 2022	IV	<p>S :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menjelaskan tanda dan gejala infeksi • Klien mampu menjelaskan kembali cara perawatan luka di rumah • Klien mampu mencuci tangan dengan baik dan benar • Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak mengering dan bersih, tidak terdapat rembesan pendarahan, dibalut dengan menggunakan kasa basah dibawah dan ditumpuk dengan menggunakan kassa kering diatas <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko penyebaran infeksi teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan perawatan luka di rumah • Mengganti dan membalut luka minimal 1x sehari dengan menggunakan tehnik aseptik sesuai yang telah diajarkan 	
--	--	--	--

4.1.2.1 Asuhan Keperawatan Pada Ny.D Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Pada Hari Pertama Dengan Indikasi CPD di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut Tahun 2022

A. Pengkajian

1. Biodata

a. Identitas Pasien.

Nama : Ny.D
Umur : 27 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan. : Ibu Rumah Tangga
Status Perkawinan : Menikah
Suku/Bangsa. : Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk RS : 23 Juni 2022, Jam 12.00 WIB
Tanggal Operasi. : 23 Juni 2022, Jam 14.30 WIB
Tanggal Pengkajian: 24 Juni 2022
No Rekam Medik : 01173972
Diagnosa Medis : P2A0 Post operasi sectio caesarea hari ke 1 atas indikasi CPD
Alamat. : Kecamatan Karangpawitan, Garut

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama. : Tn. R
Umur : 30 Tahun
Jenis Kelamin. : Laki-laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan. : Wiraswasta
Agama : Islam
Hubungan dengan Klien : Suami
Alamat : Kecamatan Karangpawitan, Garut

B. Alasan Masuk RS

Klien datang ke IGD RSUD Dr Slamet Garut atas rujukan bidan lain dibawa ke IGD dengan keluhan mulas-mulas, mulas dirasakan sejak 18 jam sebelum klien dibawa ke rumah sakit keluar air sejak satu jam sebelum dibawa ke rumah sakit gerakan bayi masih dirasakan oleh klien, klien langsung dipasangkan intravenous line dengan cairan NaCl 0,9% di tangan sebelah kanan 20 tetes per menit diperiksa DJJ dan tinggi fundusnya, klien langsung dijadwalkan operasi Cyto pada jam 14.30 WIB, setelah operasi selesai klien dipindahkan ke ruangan jade.

C. Keluhan Utama Saat Dikaji

Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea

D. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 juni 2022, klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klian bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan atau ditidurkan, nyeri dirasakan di bagian perut bagian bawah, skala nyeri 6 dari skala 0 - 10 nyeri dirasakan seperti disayat sayat dan dirasakan setiap saat

E. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada saat dilakukan pengkajian, klien mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya dan pertama kalinya dilakukan tindakan pembedahan operasi sectio caesarea, klien juga mengatakan tidak memiliki penyakit hipertensi, diabetes melitus, kardiovaskuler ataupun penyakit paru

F. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak ada keluarga klien yang pernah di operasi sectio caesarea seperti klien, klien juga mengatakan tidak ada anggota keluarganya memiliki penyakit hipertensi, jantung ataupun diabetes melitus

G. Riwayat Obstetri Ginekologi

1. Riwayat Ginekologi

a. Riwayat Menstruasi

Klien mengatakan pertama kali haid pada usia 12 tahun, dengan lama haid 6 - 7 hari, siklus haid rutin setiap 1 bulan sekali, klien mengatakan sering merasakan dismenore selama haid dan tidak terdapat keputihan.

HPHT : 10 September 2021

TP : 17 Juni 2022

b. Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan menikah pada usia 22 tahun dan suaminya berusia 25 tahun saat ini usia pernikahan klien 5 tahun, ini merupakan pernikahan pertama dan persalinan keduanya

c. Riwayat Kontrasepsi

Sebelumnya klien melaksanakan kegiatan Keluarga Berencana, jenis kontrasepsi yang digunakan adalah suntik, lama kontrasepsi nya sekitar 2 tahun terakhir, selama menggunakan alat kontrasepsi tidak terdapat masalah, dan untuk sekarang klien menggunakan alat kontrasepsi berupa IUD dengan alasan keinginan sendiri dan rekomendasi dari dokter

2. Riwayat Obstetri

a. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas

Tabel 4.9

Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Ny.D

No	Tgl Partus	Umur Kehamilan	Jenis Partus	Tempat Penolong	Jenis Kehamilan	Masalah hamil	Masalah Lahir	Masalah Nifas	Masalah Bayi	Keadaan Anak
1.	20 Juli 2018	35 minggu	Normal	Tempat praktek kebidanan	Hamil Tua	Klien mengatakan pada kehamilan pertamanya tidak memiliki	Pada persalinan pertama kali yang dilakukan secara tindakan spontan pervagina dan dibantu oleh bidan	Klien mengatakan mengalami masa nifasnya selama kurang lebih 40 hari	Jenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 3100 gram. Sekarang berusia 4 tahun	Hidup dan sehat
2.	24 Juni 2022	36 minggu	SC	Rumah sakit	Hamil tua	Klien melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur ke bidan setiap 1 bulan	Pada persalinan kedua klien dilakukan secara tindakan operasi sectio caesarea atas	Klien mengatakan air susunya sudah keluar dan belum menyusui anaknya karena anaknya berada di	Jenis kelamin bayi perempuan dengan berat badan lahir 3200 gram dan panjang badan 50 cm nilai Apgar skor 5/7	Sedang dalam perawatan

					<p>sekali dan mendapatkan imunisasi Tetanus Toksid sebanyak 1 kali pada usia kehamilan 3 bulan, klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan semasa kehamilannya, klien mengalami mual dan muntah selama 5 bulan awal kehamilan, pada usia</p>	<p>indikasi CPD pada tanggal 23 juni 2022 pukul 14.30 WIB dengan lama operasi kurang lebih 60 menit dan jumlah pendarahan kurang lebih 600 ml</p>	<p>ruang perinatologi. Lochea rubra berwarna merah kehitaman dan berbau amis khas darah. Jumlah perdarahan sebanyak kurang lebih 4-5 kali mengganti pembalut sehari dan klien tampak menggunakan pembalut maternity TFU 2 Jari diatas Pusat</p>	
--	--	--	--	--	--	---	---	--

						kehamilan memasuki 9 bulan klien mengataka n kakinya mulai membengk ak				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

H. Data Biologis

1. Aktivitas kehidupan sehari-hari/Activity daily living (ADL)

Tabel 4.10

Pola Aktivitas Sehari-hari Ny.D

Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Nutrisi a. Makan Frekuensi Jenis Porsi Keluhan b. Minum Frekuensi Jumlah Jenis Keluhan	3 x Sehari Nasi, Lauk pauk 1 Porsi Tidak ada 7 -8 gelas Sehari Kurang lebih 2 liter Air putih Tidak ada	3 x Sehari Nasi, Bubur 1 Porsi Tidak ada 4-5 x Sehari Kurang lebih 1 liter Air putih Tidak ada
Eliminasi a. BAB Frekuensi Warna Bau Keluhan b. BAK Frekuensi Jumlah Warna Keluhan	2 x Sehari Khas Feses Khas Feses Tidak ada 4-5 x Sehari Tidak diketahui Kuning jernih Tidak ada	Belum Belum Belum Belum Terpasang kateter Kurang lebih 350 ml Kuning jernih Tidak ada
Istirahat Tidur • Siang • Malam Keluhan	2 Jam 7 Jam Tidak ada	1 Jam 6 Jam Nyeri
Personal Hygiene • Mandi • Gosok gigi • Keramas • Gunting kuku • Ganti pakaian	2x Sehari 2x Sehari 2X Seminggu 1x Seminggu 2x Sehari	Belum Belum Belum Belum 1x Sehari
Aktivitas	Ibu rumah tangga dan beraktivitas secara mandiri	Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, tampak klien hanya berbaring karena nyeri apabila digunakan untuk bergerak, klien mampu

		mika miki tetapi harus dibantu oleh keluarga dan perawat.
--	--	---

2. Pemeriksaan Fisik

a. Penampilan umum

- Kondisi Umum.
 - Kusam
 - Klien tampak meringis
 - Klien tampak lemah
- Tingkat Kesadaran
 - Composmentis, GCS E4M6V5 = 15
- Tanda- Tanda Vital
 - Tekanan Darah : 120/80 mmHg
 - Nadi. : 95 x/menit
 - Respirasi. : 20 x/menit
 - Suhu. : 36,5°C
- BB/TB. : 72 kg/155 cm
- Status Obstetri : P2A0

b. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

- Kepala
 - Bentuk kepala simetris, tidak ada nyeri tekan, kulit kepala sedikit kotor dan berketombe, rambut berwarna hitam, tidak terjadi kerontokan, rambut terlihat lepek, tidak ada lesi
- Wajah
 - Ekspresi wajah tampak meringis menahan nyeri, bentuk wajah simetris, tidak terdapat edema pada wajah, tidak terlihat chloasma gravidarum, dan wajah tidak berminyak, tidak terdapat nyeri tekan dan pembengkakan
- Mata
 - Bentuk mata simetris, konjungtiva tampak merah, mata tampak bersih, penglihatan baik terbukti saat diberikan cahaya pupil mengecil, tidak ada luka, tidak ada nyeri
- Hidung

Tidak ada pilek, tidak ada lesi, tidak ada pendarahan, penciuman baik terbukti klien mampu menebak bau kayu putih, hidung tampak simetris, tidak ada septum deviasi, tidak terpasang oksigen

- Mulut

Mukosa bibir lembab, tidak ada lesi, warna bibir merah, bibir tampak bersih. Fungsi pengecapan baik terbukti klien mampu membedakan rasa manis dan asin. Tidak ada karang gigi, tidak ada karies, gigi lengkap, gigi tampak sedikit kotor

- Telinga

Tidak ada kotoran, telinga tampak simetris, tidak ada lesi, tidak ada discharge, fungsi pendengaran baik terbukti klien mampu menjawab pertanyaan dengan benar, warna telinga sama dengan warna kulit

- Leher

Leher tampak simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada peningkatan jvp, tidak ada nyeri tekan

- Dada

- Paru-paru

Inspeksi : Dada tampak simetris, tidak ada luka, irama nafas reguler

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, getaran suara simetris

Perkusi : Perkusi paru sonor

Auskultasi : Terdengar Vesikuler

- Jantung

Inspeksi : Dada tampak simetris, tidak ada luka

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Perkusi jantung pekak

Auskultasi : Suara jantung terdengar lup dub, tidak ada suara tambahan

- Payudara

Payudara tampak simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, putting susu menonjol, aerola berwarna hitam, tampak bersih. Klien tidak memberikan ASI pada bayinya karena bayinya masih di ruang perinatologi, sekresi kolostrume sudah ada

- Perut

Inspeksi : Terdapat linea nigra, stretch mark berwarna putih, terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan

Auskultasi : Peristaltik usus 9x/menit

Palpasi : Adanya kontraksi uterus terbukti uterus teraba keras saat abdomen dipegang, tinggi fundus uteri 2 jari di atas pusat.

Perkusi : Perkusi perut timpani

- Kulit

Keadaan turgor baik terbukti saat dicubit kembali kurang dari 2 detik, warna kulit putih, tekstur kulit lembut, kulit tampak bersih, terdapat luka di area perut bawah dengan panjang kurang lebih 10 cm, terdapat varises di area kaki

- Ekstremitas

- Atas

Tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat luka terpasang infus pada tangan sebelah kanan (Cairan NaCl 0,9 % 20 tetes permenit), Tidak terjadi kelemahan, kekuatan otot 5 I 5,

ROM :

Fleksi Ka+/Ki +

Ekstensi Ka+/Ki +

Rotasi Ka+/Ki +

Abduksi Ka+/Ki+

Adduksi Ka+/Ki+

- Bawah

Kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas, tidak ada tromboflebitis, tidak ada kelainan, kekuatan otot 4 I 4

ROM :

Fleksi Ka+/Ki+

Ekstensi Ka+/Ki+

- Genitalia

Tidak ada kelainan pada vagina, tidak terdapat luka di area vagina, warna lochea rubra, dan tidak ada pembengkakan, terpasang keteter urine dengan jumlah urine 350 cc

- Anus
Tidak terdapat hemoroid, tidak ada pelebaran vena pada anus
- Kuku
Bentuk kuku cembung, warna kuku kemerahan, CRT baik terbukti kembali kurang dari 2 detik

I. Data Psikososial Spiritual

1. Psikososial

- Adaptasi psikologis post partum
Klien berada dalam fase taking in dimana klien masih bergantung kepada keluarga dan perawat dalam melakukan aktivitas, fokus klien pada dirinya sendiri. Klien merasa sangat senang atas kelahiran bayinya
- Gambaran diri
Klien mengatakan tidak malu dengan partus sectio caesarea dan klien menyukai seluruh anggota tubuhnya, klien sangat bersyukur atas pemberian Allah SWT
- Ideal diri
Klien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat pulang dan berkumpul dengan bayi dan keluarganya
- Harga diri
Klien mengatakan tidak malu dengan keadaannya sekarang
- Peran
Klien mengatakan dirinya adalah seorang istri dan ibu dari kedua anaknya
- Identitas diri
Klien mengatakan dirinya adalah seorang perempuan dan merasa puas dengan itu
- Hubungan/komunikasi
Klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya dan cukup baik dengan lingkungan tempat klien di rawat dan berinteraksi

dengan teman sekamarnya, hubungan dengan dokter dan tim kesehatan lainnya.

- Kebiasaan seksual

Klien mengatakan tidak ingin melakukan hubungan selama masa nifasnya

2. Spiritual

Klien mengatakan beragama islam, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien yakin bahwa Allah SWT mempunyai rencana yang lebih indah untuk dirinya.

J. Data Penunjang

Tabel 4.11
Pemeriksaan Penunjang Ny.D

Pemeriksaan	Ny.D	Nilai Normal	Interpretasi
Laboratorium	Tanggal 24 Juni 2022		
Hemoglobin	13,1 g/dL	12,0 - 16,0	Normal
Hematokrit	34 %	33 - 47	Normal
Leukosit	34,770/mm	3.800-10.600	Tinggi
Trombosit	348.000/mm	130.000-440.000	Normal
Eritrosit	3,8 juta/mm	3,6-5,8	Normal

K. Terapi Medis

Tabel 4.12
Terapi Medis Ny. D

Nama obat	Dosis	Cara	Waktu	Golongan	Cara Kerja
Cefotaxime	2x1 gram	Intra Vena	08.00-20.00	Antibiotik	Membunuh bakteri dan menghambat pertumbuhannya
Metronidazole	2x500 mg	Intra Vena	08.00-20.00	Antibiotik	Menghentikan pertumbuhan dan berbagai bakteri dan parasit.
Ketorolac	2x 30mg	Intra Vena	08.00-20.00	Analgetik	Menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri
Asam Tranexamat	1x500 mg	Intra Vena	08.00-20.00	Anti-fibrinolitik	Menghambat hancurnya bekuan darah yang sudah terbentuk.
NaCl 0,9%	20 TPM	Intra Vena			

L. Pengobatan

1. Analisa Data

Tabel 4.13
Analisa Data Ny. D

No.	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea • Klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klian bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan atau ditidurkan, nyeri dirasakan di bagian perut bagian bawah, skala nyeri 6 dari skala 0 - 10 nyeri dirasakan seperti disayat sayat dan dirasakan setiap saat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • Skala nyeri 6 dari skala nyeri 0 -10 • Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan • Tanda-tanda vita TD : 120/80 mmHg 	<p>Sectio Caesarea</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang tubuh mengeluarkan prostaglandin, histamine, serotonin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut

	<p>Nadi : 95 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5°C</p>		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena nyeri apabila bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah • Klien tampak hanya berbaring • Klien mampu mika miki tetapi harus dibantu oleh keluarga • Kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas, tidak ada kelainan, kekuatan otot 4 I 4 <p>ROM :</p> <p>Fleksi Ka+/Ki+ Ekstensi Ka+/Ki+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kusam • Kulit kepala sedikit kotor dan berketombe • Rambut Lepek • Gigi tampak sedikit kotor 	<p>Nyeri</p> <p>↓</p> <p>Gangguan aktivitas</p> <p>↓</p> <p>Penurunan rentan gerak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan kebutuhan ADL</p>	<p>Gangguan kebutuhan ADL</p>
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea <p>DO :</p>	<p>Luka post operasi</p> <p>↓</p> <p>Adanya jaringan terbuka</p>	<p>Resiko Penyebaran Infeksi</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan • Leukosit 34,770/mm 	<p>Proteksi kurang</p> <p>↓</p> <p>Masuknya mikroorganisme asing ke dalam tubuh</p> <p>↓</p> <p>Luka operasi terkontaminasi</p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	
--	---	--	--

2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan

DS :

- Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea
- Klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klian bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan atau ditidurkan, nyeri dirasakan di bagian perut bagian bawah, skala nyeri 6 dari skala 0 - 10 nyeri dirasakan seperti disayat sayat dan dirasakan setiap saat

DO :

- Klien tampak meringis
- Skala nyeri 6 dari skala nyeri 0 -10

- Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan
- Tanda-tanda vitalitas
TD : 120/80 mmHg
Nadi : 95 x/menit
RR : 20 x/menit

2. Gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri ditandai dengan

DS :

- Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena nyeri apabila bergerak

DO :

- Klien tampak lemah
- Klien tampak hanya berbaring
- Klien mampu makan minum tetapi harus dibantu oleh keluarga
- Kedua kaki dapat bergerak dengan baik, tetapi terbatas, tidak ada kelainan, kekuatan otot 4 I 4
- ROM :
Fleksi Ka+/Ki+
Ekstensi Ka+/Ki+
- Klien tampak kusam
- Kulit kepala sedikit kotor dan berketombe
- Rambut Lepek
- Gigi tampak sedikit kotor

3. Resiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka ditandai dengan

DS :

- Klien mengeluh nyeri dibagian perut bekas luka post Sectio caesarea

DO :

- Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan

- Leukosit 34.770/mm

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.14
Perencanaan Keperawatan Ny.D

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan tersayatnya kontinuitas jaringan	Kriteria hasil : (L.08066) <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Uterus teraba membulat menurun • Frekuensi nadi membaik • Pola napas membaik • Tekanan darah membaik 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Latih terapi relaksasi nafas dalam Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk

			<p>mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgesik keterolak 2 x 30mg melalui intra vena
2.	Gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri	<p>Kriteria hasil: (L. 05042)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas meningkat • Kekuatan otot meningkat • Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan ambulasi (I. 06171)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Latih klien untuk mika miki • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkat ambulasi
3.	Resiko Penyebaran Infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka	<p>Kriteria hasil : (L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan tangan meningkat • Kebersihan badan meningkat 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan membaik • Demam menurun • Kemerahanme nurun • Nyeri menurun • Bengkak menurun • Kadar sel darah putih membaik • Kultur area luka membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.15
Implementasi Keperawatan Ny. D

Tanggal dan Waktu	No DX	Implementasi	Respon	Tanda Tangan
Hari ke 1 24 juni 2022				
07.40	I	Mengkaji tanda-tanda vital	Klien bersedia dengan hasil TD : 120/80 mmHg Nadi : 95 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5°C	
07.50	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri di bagian luka operasinya, bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila beristirahat	
08.00	I	Mengkaji skala nyeri	Skala nyeri 6 dari skala nyeri 0-10	
08.10	I	Mengkaji reaksi nyeri non verbal	Klien tampak meringis	
08.20	I	Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	Klien mengatakan ini kali pertamanya dioperasi	
08.30	I	Memilih penanganan nyeri non farmakologi	Tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon	
09.00	I	Melakukan kolaborasi dalam pemberian analgetik, keterolac 30mg secara IV	Klien diberikan obat keterolac 30mg cara pemberian melalui IV 2 x 30 mg	
09.10	III	Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen, panjang luka kurang lebih 10 cm horizontal, dan tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan	
09.20	III	Menjelaskan tanda	Klien bersedia, dan	

		dan gejala infeksi	tampak mengerti. Klien mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi.	
09.30	III	Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	Klien bersedia, dan mampu melakukannya dengan baik	
09.40	III	Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka	Klien bersedia, dan tampak mengerti	
09.50	III	Melakukan perawatan luka pada luka post operasi dengan menggunakan teknik aseptik	Klien bersedia dan tampak tenang. Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak masih basah, tidak terdapat rembesan pendarahan, dibalut dengan menggunakan kasa basah dibawah dan ditumpuk dengan menggunakan kassa kering diatas.	
10.30	II	Membantu aktivitas klien	Aktivitas klien dibantu sebagian oleh keluarga dan perawat	
11.00	II	Menganjurkan untuk meningkatkan makanan	Klien mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan di rumah sakit	
12.30	II	Melatih ambulasi dini pasien post operasi sc	Klien mampu mikami dengan bantuan	
12.40	II	Mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan diri	Klien mengatakan perawatan diri itu seperti mandi	
12.45	II	Mengidentifikasi hambatan dan masalah perawatan diri	Klien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dikarenakan nyeri pada perut akibat bekas operasi	
13.00	II	Mengajarkan perawatan diri,	Klien bersedia dan tampak mengerti	

		praktik perawatan diri, dan aktivitas kehidupan sehari-hari		
13.15	II	Menganjurkan untuk mengulang kembali edukasi perawatan diri	Klien mampu menjelaskan kembali pentingnya perawatan diri	
13.30	II	Menganjurkan untuk istirahat	Klien mampu tidur siang 1 jam dan tidur malam 6 jam, tidak ada keluhan	
Hari ke 2 25 juni 2022				
07.30	I	Mengkaji tanda-tanda vital	Klien bersedia dengan hasil : TD :130/80 MmHg HR : 87 x/menit RR : 20x/menit S :36,4°C	
07.40	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri di daerah luka operasi, dengan skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri bertambah apabila klien bergerak, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk	
07.50	I	Mengobservasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan	Klien tampak menahan nyeri, dan merintis apabila merasakan nyeri	
08.00	I	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	Klien mengatakan ini merupakan persalinan keduanya, tetapi kali pertamanya merasakan nyeri post operasi seperti ini.	
08.10	I	Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	Klien tampak nyaman	
08.20	I, II	Membantu klien	Posisi semi fowler	

		menentukan posisi yang nyaman	untuk mengurangi tekanan abdomen pada diafragma	
09.00	I	Melakukan kolaborasi pemberian analgetik keterolac 30mg dengan cara IV	Klien diberikan obat keterolac 30mg cara pemberian melalui IV 2 x 30 mg	
09.10	I	Mengajarkan tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri	Klien mengerti dan mencoba melakukan tehnik relaksasi dan distraksi nafas dalam dengan meniup balon selama kurang lebih 5 menit dengan perlahan-lahan dan klien mengatakan merasa nyaman ketika meniup balon	
09.30	I	Menganjurkan klien untuk melakukan tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri dirasakan	Klien mengatakan akan melakukan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 1 hari sekali untuk mengurangi nyeri yang dirasakannya	
09.50	I	Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon	Skala nyeri sebelum diberikan analgetik dan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 6 (0-10), skala nyeri setelah diberikan analgetik dan melakukan relaksasi nafas dalam menggunakan balon 4 (0-10)	
10.00	III	Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Terdapat luka horizontal di area perut dengan panjang kurang lebih 10 cm, tampak mengering, tidak terdapat rembesan pendarahan, luka tampak bersih	
10.10	III	Melakukan	Klien bersedia dan	

		perawatan luka pada luka post operasi dengan menggunakan teknik aseptik	tampak tenang. Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak masih basah namun sedikit mengering, tidak terdapat rembesan pendarahan, dibalut dengan menggunakan kasa basah dibawah dan ditumpuk dengan menggunakan kassa kering diatas.	
10.50	II	Membantu aktivitas klien seperti membantu klien untuk membersihkan diri (waslap)	Klien bersedia dan tampak nyaman, dengan hasil klien tampak bersih dan rapi	
11.30	II	Melatih ambulasi dini pasien post operasi sc	Klien sudah mampu mika-miki dengan mandiri, klien sudah mampu duduk dengan mandiri	
11.40	II	Melatih ROM aktif dan pasif pada ekstremitas atas dan bawah	Klien bersedia dan mampu melakukannya dengan produktif dengan mandiri. Dengan hasil ekstremitas atas : Fleksi : Ka +/Ki+ Ekstensi : Ka +/Ki + Rotasi : Ka +/Ki+ Ekstremitas bawah : Ekstensi : Ka +/Ki+ Fleksi : Ka +/Ki +	
12.00	II	Menganjurkan untuk meningkatkan makanan	Klien mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan di rumah sakit	
12.30	II	Menganjurkan untuk istirahat	Klien mampu tidur siang 2 jam dan tidur malam 7 jam, tidak ada keluhan	
Hari Ke 3 26 juni 2022				
07.30	I	Mengkaji tanda-	Klien bersedia, dengan	

		tanda vital	hasil TD :120/80 mmHg HR : 80x/menit RR : 18x/menit S :36,4°C	
07.40	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri area perut bagian bawah berkurang, skala nyeri 4 (0-10)	
07.50	I	Mengobservasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan	Klien tampak tenang dan mampu bergerak kiri kanan	
08.00	I	Menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	Klien tampak fokus ketika berkomunikasi dengan perawat	
08.10	I	Membantu klien menentukan posisi yang nyaman	Posisi semi fowler untuk mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma	
09.00	I	Melakukan tindakan kolaborasi dalam pemberian analgetik keterolac 30 mg dengan cara IV	Klien diberikan obat keterolac 30mg cara pemberian melalui IV 2 x 30 mg	
09.10	I	Mengobservasi tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon yang sudah diajarkan kepada klien	Klien melakukan rileksasi nafas dalam dengan meniup balon selama kurang lebih 2 menit dan mengatakan nyeri berkurang perlahan-lahan	
09.20	I	Menganjurkan tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri	Klien dan keluarga sudah mengetahui cara mengaplikasikan tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon 1 x sehari selama kurang lebih 5 menit	
09.30	I	Mengevaluasi keefektifan kontrol	Klien mengatakan merasa nyaman ketika	

		nyeri dengan menggunakan analgetik dan non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon	mencoba meniup balon dan intensitas nyeri yang dirasakannya berkurang dan merasa lebih tenang dan skala nyerinya berkurang dari 4 menjadi 2 (0-10)	
09.50	III	Mengkaji tanda dan gejala infeksi	Terdapat luka horizontal di area perut dengan panjang kurang lebih 10 cm, tampak mengering, tidak terdapat rembesan pendarahan, luka tampak bersih	
10.00	III	Melakukan perawatan luka pada luka post operasi dengan menggunakan teknik aseptik	Klien bersedia dan tampak tenang. Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak mengering dan bersih, tidak terdapat rembesan pendarahan, dibalut dengan menggunakan kasa basah di bawah dan ditumpuk dengan menggunakan kassa kering di atas	
11.00	II	Membantu aktivitas klien seperti membantu klien untuk membersihkan diri (waslap)	Klien bersedia dan tampak nyaman, klien sudah mampu melakukan waslap secara mandiri dengan hasil klien tampak bersih dan rapi	
12.30	II	Melatih ambulasi dini pasien post operasi sc	Klien sudah mampu berjalan perlahan-lahan ke toilet	
12.45	II	Melatih ROM aktif dan pasif pada ekstremitas atas dan bawah dan mengkaji kekuatan otot	Klien bersedia dan mampu melakukannya dengan produktif dengan mandiri. Dengan hasil ekstremitas atas : Fleksi : Ka +/Ki+ Ekstensi : Ka +/Ki +	

			Rotasi : Ka +/Ki+ Ekstremitas bawah : Ekstensi : Ka +/Ki+ Fleksi : Ka +/Ki + Kekuatan otot : Atas : 5 I 5 Bawah : 5 I 5	
13.00	II	Menganjurkan untuk meningkatkan makanan	Klien mampu menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan di rumah sakit	
13.30	II	Menganjurkan untuk istirahat	Klien mampu tidur siang 2 jam dan tidur malam 7 jam, tidak ada keluhan	

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.16
Evaluasi Keperawatan Ny. D

Tanggal pencatatan	No DX	Evaluasi	Tanda Tangan
26 juni 2022	I	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri area perut berkurang dibandingkan sebelumnya, klien juga mengatakan bahwa telah mengetahui rasa nyerinya bisa kembali muncul dan diatasi dengan tehnik relaksasi nafas dalam dengan meniup balon <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tanda - tanda vital TD : 120/80 mmHg HR : 80 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,4 °C • Skala nyeri 2 dari skala (0-10) • Klien tampak tenang <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri akut teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melanjutkan terapi di rumah sesuai dengan aturan dokter dan perawat • Melakukan relaksasi nafas dalam dengan meniup balon apabila nyeri masih dirasakan • Memberikan obat anti nyeri keterolac 500mg 3 x 1 setelah makan secara oral 	
26 juni 2022	II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak nyaman <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien sudah mampu berjalan perlahan-lahan ke toilet • Klien bersedia dan mampu 	

		<p>melakukannya dengan produktif dengan mandiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dengan hasil ekstremitas atas : Fleksi : Ka +/Ki+ Ekstensi : Ka +/Ki + Rotasi : Ka +/Ki+ Ekstremitas bawah : Ekstensi : Ka +/Ki+ Fleksi : Ka +/Ki + • Kekuatan otot : Atas : 5 I 5 Bawah : 5 I 5 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kebutuhan ADL teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dihentikan 	
26 juni 2022	III	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mampu menjelaskan tanda dan gejala infeksi • Klien mampu menjelaskan kembali cara perawatan luka di rumah • Klien mampu mencuci tangan dengan baik dan benar • Panjang luka kurang lebih 10 cm, tampak mengering dan bersih, tidak terdapat rembesan pendarahan. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko penyebaran infeksi teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lanjutkan perawatan luka di rumah • Mengganti dan membalut luka minimal 1x sehari dengan menggunakan tehnik aseptik sesuai yang telah diajarkan 	

--	--	--	--

4.2. Pembahasan

Dalam pembahasan ini berisi ulasan pada setiap tahapan asuhan keperawatan pada klien 1 (Ny.S) dan klien 2 (Ny. D) dengan post operasi sectio caesarea hari pertama di ruang jade RSUD dr Slamet Garut dengan indikasi cephalopelvic diproportion dari tanggal 21-26 juni 2022

Penulis akan membandingkan, membahas dan menganalisa selama melakukan asuhan keperawatan pada kedua responden yang berlangsung baik secara teori maupun pengalaman secara nyata ketika praktek lapangan, diantaranya:

4.2.1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.S pada tanggal 21 juni 2022 ditemukan beberapa data, yakni: klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah yang terdapat luka insisi post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan dan tidur, nyeri dirasakan di sekitar abdomen bagian bawah sampai ke vesika urinaria skala nyeri 7 dari skala 0 - 10, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk jarum dan dirasakan setiap saat, klien mengatakan tidak mengetahui tentang perawatan payudara karena ini merupakan persalinan pertamanya ASI keluar sedikit, klien juga mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, klien belum berani miki miki karena nyeri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

Sedangkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.D pada tanggal 24 juni 2022 ditemukan beberapa data, yakni: klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah yang terdapat luka sayatan post operasi sectio caesarea, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan atau ditidurkan, nyeri dirasakan di bagian perut bagian bawah, skala nyeri 6 dari skala 0 - 10 nyeri dirasakan seperti disayat sayat dan dirasakan setiap saat, klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena nyeri apabila bergerak, klien mengatakan belum mandi dan hanya di lap saja wajahnya dengan waslap, klien juga mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

Berdasarkan data yang ada pada Ny.S dan Ny.D, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Nurarif (2015), bahwa klien dengan post operasi sectio caesarea akan mengeluh nyeri hal ini diakibatkan karena tersayatnya kontinuitas jaringan sehingga merangsang area sensorik dan mengakibatkan nyeri. Klien juga akan mengeluh bengkak pada area payudara yang diakibatkan dari ketidakefektifan dalam produksi ASI, selain itu klien juga akan mengeluh kesulitan dalam beraktivitas hal ini diakibatkan karena pasien post operasi sectio caesarea akan mengalami penurunan rentan gerak karena nyeri yang dirasakan akibat dari luka post operasi.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosa yang ditemukan oleh penulis di lapangan dari hasil pengkajian dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus di lapangan. Dari 10 Diagnosa yang terdapat di dalam teori yang dikemukakan oleh Nurarif (2015) penulis hanya menemukan 3 diagnosa pada kasus di lapangan, yakni Nyeri akut berhubungan dengan tersayatnya kontinuitas jaringan, ketidakefektifan dalam pemberian ASI berhubungan dengan kurangnya perawatan payudara, resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka. Selain itu, penulis menemukan 1 diagnosa yang tidak terdapat di dalam teori namun ditemukan saat melakukan pengkajian pada klien di lapangan yaitu gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri. Diagnosa ini muncul karena pada saat dilakukan pengkajian kedua klien belum mampu bergerak karena nyeri pada daerah luka abdomen skala nyeri klien 1 7(0-10) Klien 2 6(0-10), klien hanya berbaring tidak bisa melakukan aktivitas apabila digerakkan untuk miring kanan miring kiri klien mengatakan nyeri, karena rasa nyeri dapat menimbulkan stressor dimana individu berespon secara biologis, hal ini dapat menimbulkan respon perilaku fisik dan psikologis sehingga aktivitas klien harus dibantu oleh keluarga dan perawat. Salah satu faktor yang membuat penulis mengangkat diagnosa ini karena klien mendapatkan anestesi regional (spinal) sehingga klien harus bedrest selama 1 x 24 jam post operasi dengan posisi tirah baring, tidak boleh duduk dan hanya dianjurkan untuk miring kanan dan miring kiri selama 1x 24 jam post operasi dengan anestesi regional (spinal). Sehingga penulis

mengangkat diagnosa gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri sebagai salah satu diagnosa tambahan untuk pasien post operasi sectio caesarea.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan pada laporan kasus ini dibuat sesuai dengan teori SIKI DPP PPNI pada tahun 2018 meliputi tujuan, kriteria hasil, dan intervensi. Rencana yang ditetapkan meliputi tindakan keperawatan mandiri maupun kolaboratif.

Perencanaan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan tersayatnya kontinuitas jaringan, hasil yang diharapkan atau kriteria evaluasi : Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, uterus teraba membulat menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik

Rencana tindakan meliputi tindakan observasi seperti: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik. Tindakan terapeutik seperti latih terapi relaksasi nafas dalam. Tindakan Edukasi seperti ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam). Sedangkan tindakan kolaborasi pemberian analgesik keterolak 2 x 30mg melalui intra vena.

Perencanaan untuk diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu tentang perawatan payudara, hasil atau kriteria hasil yang diharapkan : kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat, etesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat, putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan, kepercayaan diri ibu meningkat, lecet pada putting menurun.

Rencana tindakan meliputi tindakan observasi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi tujuan atau keinginan menyusui. Tindakan terapeutik seperti sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, dukung Ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, libatkan sistem pendukung: suami. Sedangkan tindakan edukasi seperti berikan konseling

menyusui, jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar, ajarkan perawatan payudara post partum (Pijat oksitosin)

Perencanaan untuk diagnosa gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri, hasil atau kriteria yang diharapkan: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat.

Rencana tindakan meliputi tindakan observasi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Tindakan terapeutik seperti latih klien untuk miksi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Perencanaan untuk diagnosa risiko penyebaran infeksi berhubungan dengan luka terbuka post operasi sectio caesarea, hasil atau kriteria yang diharapkan: kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan membaik, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur area luka membaik.

Rencana tindakan meliputi tindakan observasi seperti monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, terapi terapeutik cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Tindakan edukasi seperti jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun sesuai dengan landasan teori dalam buku SIKI DPP PPNI pada tahun 2018.

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan tersyatnya kontinuitas jaringan dalam waktu 3 x 24 jam adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengkaji tanda-tanda vital, mengobservasi reaksi non verbal dan ketidaknyamanan, menggunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui

pengalaman nyeri pasien, melakukan tindakan kolaborasi dalam pemberian analgetik ketorolac 30 mg dengan cara IV, melatih dan mengobservasi tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon yang sudah diajarkan kepada klien, menganjurkan tehnik non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon secara mandiri, mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri dengan menggunakan analgetik dan non farmakologi relaksasi nafas dalam dengan meniup balon.

Implementasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu tentang perawatan payudara dalam waktu 3 x 24 jam adalah mendukung klien meningkatkan percaya diri dalam menyusui, melibatkan anggota pendukung: suami, melakukan pemijatan oksitosin.

Implementasi keperawatan untuk diagnosa gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri luka post operasi dalam waktu 3 x 24 jam adalah membantu aktivitas klien, melatih ambulasi dini pasien post operasi sc, melatih ROM aktif dan pasif pada ekstremitas atas dan bawah dan mengkaji kekuatan otot, menganjurkan untuk meningkatkan makanan, menganjurkan untuk istirahat.

Implementasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan risiko penyebaran infeksi dalam waktu 3 x 24 jam adalah mengkaji tanda dan gejala infeksi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka, melakukan perawatan luka pada luka post operasi dengan menggunakan teknik aseptik.

4.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Ny.S dilakukan pada tanggal 23 juni 2022, sedangkan pada Ny.D dilakukan pada tanggal 26 juni 2022. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam, maka :

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan tersyatnya kontinuitas jaringan didapatkan pada Ny.S dan Ny.D yaitu nyeri akut teratasi sebagian, dengan hasil terdapat penurunan skala nyeri yakni pada Ny.S dari skala nyeri 7 menjadi 4 (0-10), sedangkan pada Ny.D dari skala nyeri 6 menjadi 2 (0-10). Berdasarkan hasil evaluasi yang didapatkan perencanaan tindakan melanjutkan terapi di rumah sesuai dengan aturan dokter dan perawat seperti melakukan

relaksasi nafas dalam dan memberikan obat anti nyeri keterolac 500mg 3 x 1 setelah makan secara oral.

Pada diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI berhubungan dengan kurang pengetahuan ibu tentang perawatan payudara pada Ny.S sudah teratasi dengan hasil nyeri pada payudara dirasa berkurang, payudara terasa lunak, dan ASI tampak sudah mampu keluar dengan baik. Berdasarkan dari hasil evaluasi yang telah didapatkan perencanaan keperawatan dihentikan.

Pada diagnosa gangguan kebutuhan ADL berhubungan dengan nyeri, didapatkan pada Ny.S dan Ny.D yaitu gangguan kebutuhan ADL dapat teratasi. Dengan hasil pada Ny.S dan Ny.D didapatkan klien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri pada hari ketiga. Berdasarkan dari hasil evaluasi yang didapatkan perencanaan dihentikan.

Pada diagnosa risiko penyebaran Infeksi berhubungan dengan adanya jaringan terbuka pada Ny.S dan Ny. D yaitu resiko penyebaran infeksi dapat teratasi sebagian dengan hasil tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka bekas post operasi, tetapi luka masih tampak basah. Berdasarkan dari hasil evaluasi yang didapatkan perencanaan keperawatan yaitu lanjutkan perawatan luka di rumah dengan mengganti dan membalut luka minimal 1x sehari dengan menggunakan tehnik aseptik sesuai yang telah diajarkan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian dari kedua responden yaitu terdapat luka bekas operasi di segmen bawah abdomen kurang lebih 10cm, terdapat nyeri tekan pada payudara, klien belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri, sehingga aktivitas dibantu keluarga dan perawat

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang didapat oleh penulis setelah menganalisis data dari hasil pengkajian kedua responden yaitu: nyeri akut, gangguan kebutuhan ADL, ketidakefektifan pemberian ASI, resiko penyebaran infeksi.

5.1.3 Intervensi

Dalam menyusun perencanaan keperawatan penulis menggunakan pedoman SIKI DPP PPNI 2018, yaitu intervensi pain management untuk nyeri akut, edukasi menyusui untuk ketidakefektifan pemberian ASI, dukungan ambulasi untuk gangguan kebutuhan ADL, dan pencegahan infeksi untuk resiko penyebaran infeksi.

5.1.4 Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun untuk mengatasi masalah yang timbul dari klien. Tidak semua intervensi dapat diimplementasikan karena disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien.

5.1.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahapan akhir dari semua rangkaian proses keperawatan evaluasi yang dilakukan adalah berupa hasil dari observasi langsung kepada klient. Bahwa pada hari ketiga diagnosa nyeri akut pada klient 1 dan klient 2 dapat teratasi sebagian, untuk diagnosa ketidakefektifan pemberian ASI pada klient 1 dapat teratasi, untuk diagnosa gangguan kebutuhan ADL pada klient 1 dan 2 dapat teratasi, serta untuk diagnosa risiko penyebaran infeksi pada klient 1 dan 2 dapat teratasi sebagian.

5.2. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien penulis ingin menyampaikan beberapa saran, yakni:

5.2.1 Untuk Rumah Sakit

Diharapkan mampu meningkatkan kinerja perawat dan tenaga medis yang lain sehingga mampu meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op sectio caesarea. Dan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

5.2.2 Untuk Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk memperluas ilmu, sebagai sumber bacaan serta bermanfaat bagi mahasiswa/i universitas bhakti kencana garut

5.2.3 Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan post operasi sectio caesarea dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada klien dengan post sectio caesarea.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi.20012.*Teknik Prosedural Konsep Dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*.Jakarta:Salemba Medika
- Andarmoyo, S.2013.*Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*.Jogjakarta:Ar-Ruzz media
- Dera Eka Novita, 2019, <http://repo.stikesicme-jbg.ac.id/2532/> (diakses pada tanggal 05 April 2022, pukul 11.47 WIB)
- Dhora Putri Meryda,2015, <https://id.scribd.com/document/450204296/3-CONTOH-STUDI-KASUS-EDIT> (diakses pada tanggal 11 April 2022, pukul 09.09 WIB)
- Diana, Sulis dkk.2019.*Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*.Jawa Tengah:Oase Group.
- dr Kevin Adrian 2021, <https://www.alodokter.com/seputar-cpd-cephalopelvic-disproportion-dan-penanganan-yang-diperlukan> (diakses pada tanggal 13 September 2022 pada pukul 08.00 WIB)
- Hidayat, Aziz Alimatul dan Musrifatul uliyah.2015.*Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*.Surabaya:Health Book Publishing.
- Laporan Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah dr Slamet Garut Tahun 2021
- Liza Hartiningsih, 2020, <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/614> (diakses pada tanggal 15 April 2022,pukul 14.13 WIB)
- Mukti Pratama, *Kumpulan Nanda Nic Noc*, https://www.academia.edu/9927314/Kumpulan_NANDA_NIC_NOC (diakses pada tanggal 07 April 2022 pukul 09.19)
- Megawahyuni, A.,Hasnah, H., & Azhar, M.U.2018.Pengaruh Relaksasi Nafas Dalam Dengan Teknik Meniup Balon Terhadap Perubahan Skala Nyeri Pasca Operasi Sectio Caesarea Di RSIA Bahagia Makassar.Jurnal Kesehatan, <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/5028> (di unduh 6 juni 2022 pukul 17.20 WIB)
- Notoatmodjo, Soekidjo.2018.*Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurarif AH dan Hardhi K.2015.Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC.Jakarta:Mediaction Jogja.
- Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2019*, <https://opendata.jabarprov.go.id/id/organisasi/dinas-kesehatan>, (diakses pada tanggal 19 Maret 2022 pukul 15.41)
- Sjahdeini, Sutan Remi.2020.*Hukum Kesehatan Tentang Hukum Malpraktik Tenaga Medis*.Jilid 2.Bogor:IPB Press
- Sri Agustina,2020, *Literature Review Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Yang Mengalami Nyeri Dengan Penerapan Biologic Nurturing Baby Led Feeding Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah*, <http://repo.poltekkes-medan.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/2973/Sri%20Agustina.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (diakses pada tanggal 03 April 2022 , pukul 10.32)
- Sulustyawati, Ari.2015.Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas.Yogyakarta:ANDI

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI.2017.*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*.Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI.2018.*Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan:Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI.2017.*Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Ulya, Ni'matul dkk.2021.*Buku Ajar Asuhan Kebidanan dan Menyusui*.Jawa Tengah:NEM
- Wartolah Tarwoto.2013.*Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*.3.Jakarta:Salemba Medika
- Yunaila Farida, 2019, <http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/762>, (diakses pada tanggal 16 Maret 2022, pukul 16.17 WIB)




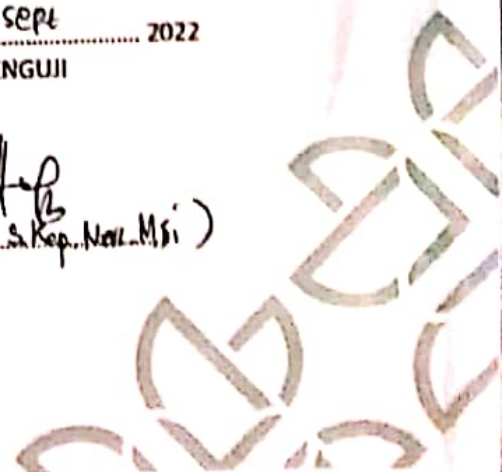
LEMBAR PERBAIKAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : As Rida Puspita Dewi
NIM : 0199106
Judul Skripsi : Askep Pada Ibu Post operasi dengan Secho Earsarna
di Ruang Jaido RSUD dr. Slamet Garut Tln 2022
Waktu Ujian : 6 sept 2022

NO	SARAN PENGUII	TTD
1	Perbaiki abstrak	dt
2	Perbaiki perampilan data askep buat utuh dari pengkajian sampai evaluasi → per pasien	dt
3	Perbaiki pembahasan setiap tahap askep.	dt
4	Perbaiki kesimpulan → dari hasil pembahasan	dt
5	4/ Implementasi yg sifatnya penkes → buat SAP/ leafletnya	dt
6	Bab 2 Tambahkan Indikasi SC → CPD	
7	Sesuaikan intervensi/ implementasi dg kondisi pasien	

Garut, 6 sept 2022
PENGUII


(YUSRIL A. S. Kep. Ners. Msi)





LEMBAR PERBAIKAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Rida Puspa Dewi
 NIM : 0179106
 Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Pada Ibu post operasi dengan sc dg masalah
 hipotensi akut di Ruang Juka RSUD Dr Slamet Garut the 2022
 Waktu Ujian : Selasa, 6 September 2022

NO	SARAN PENGUJI	TTD
1.	Abstrak perbaikan	
2.	Judul perbaikan: Asuhan keperawatan pd ibu post operasi dgn sc a.i CPP	SL
3.	Bab 1 → umum ke khusus	
4.	Perbaikan: Permisal pengkajian (khusus matematis) & rangkai persamaan dibuat tabel.	SL
5.	Bab 2 → perbaikan: class faktor DS dan DO nya di analisis data.	
6.	Bab 3 → fokus infeksi & akan diteliti perbaikan	SL
7.	Perbaikan Bab 4 → perbaikan: diagnosis keperawatan yg belum tepat	
8.	Pembahasan lebih dibahas lagi sambungkan dengan data di lapangan seperti apa.	SL
9.	Kesimpulan perbaikan lebih diperingkat	SL

10. Saran lebih aplikasi lagi
 11. daftar pustaka tambahkan sumber
 yg belum ada.

Garut, 6 September 2022
 PENGUJI

SL
 (..... Sarti))

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)
MENJADI PASIEN KELOLAAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pasien. : Nys
Jenis Kelamin : Perempuan
No RM : 01174139
Umur : 21 tahun
Diagnosa Medis/Ruang : P.Ao Post Operasi Sectio Caesarea hari ke 1 atas indikasi CPD / Jeda
Alamat : Kecamatan Bayungbong, Garut

Telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa. : Rida Puspita Dewi
NIM : 0179106
Fakultas. : D3 Keperawatan
Institusi : Universitas Bhakti Kencana PSDKU Garut

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Garut, 21 Juni 2022

Pasien





**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)
MENJADI PASIEN KELOLAAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Pasien. : Ny D
Jenis Kelamin : Perempuan
No RM : 011 73972
Umur : 27 tahun
Diagnosa Medis/Ruang : P240 Post operasi sectio caesarea hari ke 1 atas Indikasi CPD /Jade
Alamat : Kecamatan Karangpaku, Garut

Telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa. : Rida Puspita Dewi
NIM : 0179106
Fakultas. : D3 Keperawatan
Institusi : Universitas Bhakti Kencana PSDKU Garut

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

Garut, 21 Juni 2022

Pasien

Dud





PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Patriot No. 10 A Tlp. (0262) 2247473 Garut - 44151

Garut, 17 Mei 2022

Nomor : 072/443-Bakesbangpol/V/2022
Lampiran : (Satu) lembar
Perihal : **Permohonan Data**

Kepada :
Yth. Direktur RSUD dr.Slamet Garut
di
Tempat

Dalam rangka membantu Peneliti dari Universitas Bhakti Kencana bersama ini terlampir Rekomendasi Permohonan Data Nomor : 072/443-Bakesbangpol/V/2022 Tanggal 17 Mei 2022, RIDA PUSPITA DEWI yang akan melaksanakan Permohonan Data dengan mengambil lokasi Direktur RSUD dr.Slamet Garut. Demi kelancaran Kegiatan dimaksud, mohon bantuan dan kerjasamanya.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Garut

Drs. H. NURRODHIN, M.Si
Pembina Tk. IV /b
NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada :

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Ketua Panitia Skripsi UBK;
3. Arsip.



Pemerintah Kabupaten Garut
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Patilol No 10 A Tlp (0262) 2247473 Garut - 44151

REKOMENDASI PERMOHONAN DATA

Nomor : 072/443-Bakesbangpol/V/2022

- a. Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168);
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
- b. Memperhatikan : Surat dari Ketua Panitia Skripsi UBK Nomor: 001/03 FKP.LPPPM-K.GRT/III/2020, Tanggal 1 Maret 2022

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN GARUT, memberikan Rekomendasi kepada :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Nama / NPM / NIM/NIDN | : RIDA PUSPITA DEWI/0179106 |
| 2. Alamat | : Kp Tegalgede Rt/Rw 002/015 Ds Sindangratu
Kec Wanaraja Kab.Garut |
| 3. Tujuan | : Permohonan Data |
| 4. Lokasi/ Tempat | : Direktur RSUD dr Slamet Garut |
| 5. Tanggal/ Lama Penelitian | : 17 Mei 2022 s/d 17 Juli 2022 |
| 6. Bidang/ Status/ Judul Penelitian | : Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum Seksio
Sesarea dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di
Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut |
| 7. Nama Penanggung jawab | : Ridwan Riadul Jinan,SKM.,M.Si |
| 8. Anggota | : - |

1. Melaporkan hasil Permohonan Data ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut;
2. Menjaga dan menjunjung tinggi norma atau adat istiadat dan Kebersihan, Ketertiban, Keindahan (K3) masyarakat setempat dilokasi Permohonan Data;
3. Tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hukum dan atas dasar adat istiadat di lokasi Permohonan Data atau sesuatu yang dapat meresahkan masyarakat dan desintegrasi bangsa.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Garut

Drs. H. NURRODDIN, M.Si
 Pembina Tk. IV /b
 NIP. 19661019 199203 1 005

- Tembusan, disampaikan kepada:
1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
 2. Yth. Ketua Panitia Skripsi UBK;
 3. Arslp.

Tabel 20.
Kegiatan Persalinan

No	Jenis Kegiatan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Jun	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Jumlah
1	Persalinan Normal	206	253	275	257	268	68	5	64	208	229	232	248	2313
2	Sectio Caesaria	136	140	126	147	137	82	10	21	99	102	111	100	1211
3	Persalinan Dengan Komplikasi	20	28	25	23	16	6	2	3	16	12	16	22	189
4	Perdarahan Sebelum Persalinan	10	7	11	10	0	1	0	1	6	11	15	8	80
5	Perdarahan Sesudah Persalinan	23	25	31	21	13	7	1	2	19	16	16	25	199
6	Pre Eklampsia	34	45	36	51	27	15	4	5	55	71	57	61	461
7	Eklampsia	10	10	8	9	11	1	2	4	9	9	3	1	77
8	Infeksi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Abortus	21	37	37	21	40	10		6	12	32	46	46	335
	TOTAL	460	545	549	539	512	210	24	106	431	482	496	511	4865

No
Lampiran
Perihal
: 003/03.FKP.LPPM-K.GRT/VII/2022
: -
: Permohonan Ijin Penelitian

Garut, 20 Juni 2022

Kepada Yth.
Kepala RSUD dr SLAMET GARUT
Di Garut

Assalamualaikum wr.wb.

Berdasarkan kurikulum Universitas Bhakti Kencana (UBK) Garut Tahun Akademik 2021/2022 Mahasiswa/i dituntut untuk melaksanakan riset keperawatan sebagai salah satu dari tiga pilar dalam pendidikan di Perguruan Tinggi dan sebagai tugas akhir pendidikan di UBK Garut.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk kesediaannya memberikan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa/i kami yang terlampir dibawah ini :

Nama : Rida Puspita Dewi
NIM : 0179106
Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Operasi Sectio Caesarea Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum wr.wb.

Ketua Panitia Skripsi



Ridwan Riadul Jinar, SKM., M.Si.

NIK : 62015020012

NIDN : 0424088404



RUMAH SAKIT UMUM KABUPATEN GARUT

Jl. Rumah Sakit No. 12 Telp. (0262) 232720 Garut 44151

Rekening Bank Jabar Garut, Kelas B Non Pendidikan, Status IPK-BLUJ Penuh

REKOMENDASI IJIN PENELITIAN

NOMOR 800/935-3/RSU/V/2022

Menindaklanjuti surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut nomor : 072/443-Bakesbangpol/V/2022, Tanggal 17 Mei 2022, Dengan ini kami sampaikan :

- a. Memberikan rekomendasi Ijin Penelitian kepada Mahasiswa/i Universitas Bhakti Kencana Garut Program D3 Keperawatan, dalam rangka Permohonan Data dengan Judul "Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Partum Seksto Sesarea dengan Masalah Keperawatn Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut" yang akan dilaksanakan pada tanggal 17 Mei-17 Juli 2022, atas nama :

Nama : Rida Puspita Dewi

NIM : 179106

- b. Berdasarkan Peraturan Bupati Nomor : 22 Tahun 2021 Tentang Tarif Pelayanan dan Non Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut dengan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebesar

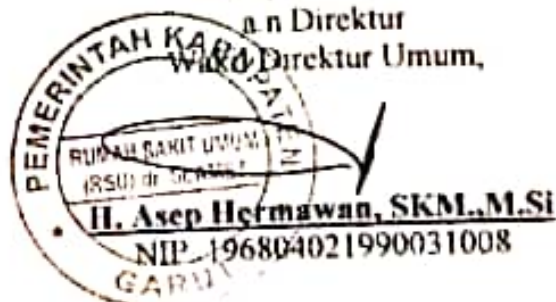
No	Jenis Kegiatan Pendidikan dan Pelatihan	Tarif (Rp)
1	Penelitian Kesehatan	
	a. Menggunakan rekam medik 1-30	190,000,-
	b. Menggunakan wawancara 1-10 responden	350,000,-
	c. Menggunakan kuesioner 1-30	200,000,-
2.	Penelitian Non Kesehatan	200,000,-

- c. Selama melaksanakan Penelitian di RSUD dr. Slamet Garut harus mentaati segala peraturan dan ketentuan yang berlaku

Demikian rekomendasi ini disampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Garut, 19 Mei 2022

Wakil Direktur
Direktur Umum,



Disampaikan Kepada Yth :

Direktur RSUD dr. Slamet Garut (Sebagai Laporan)

Wakil Pelayanan

Wakil



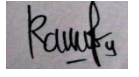
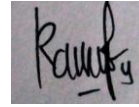
CATATAN BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

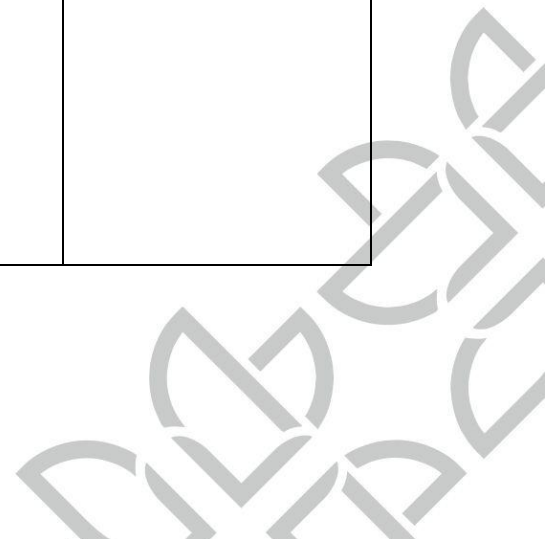
Nama Mahasiswa : Rida Puspita Dewi

NIM : 0179106

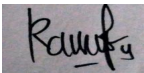
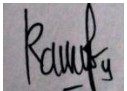
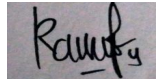
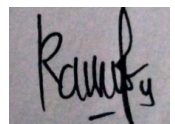
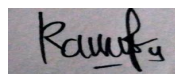
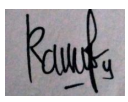
Judul Proposal : ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU POST OPERASI SEKSIO CAESAREA
DENGAN INDIKASI CEPHALOPELPIE DISPROPORTION DI RUANG JADE RSUD dr SLAMET
GARUT

Nama Pembimbing : Rany Yulianie SST, M.Kes

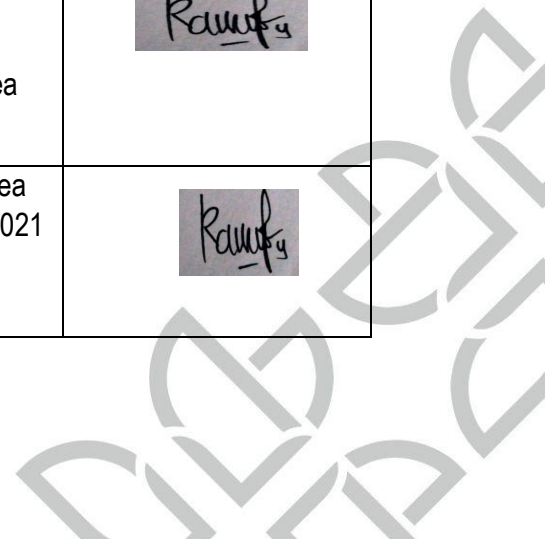
No	Hari/Tanggal	Catatan bimbingan	Paraf pembimbing
1.	Senin, 14 maret 2022	Mengkonsulkan judul Acc judul Mencari data	
2.	Kamis, 17 maret 2022	Bimbingan BAB I	
3.	Sabtu, 19 maret	Revisi BAB I Revisi penulisan SC Cek juknis penulisan Membuat tabel data dari riskesdas 2018 Menambahkan data antar kab/kota Menambahkan teori nyeri akut Lanjut penulisan BAB II	



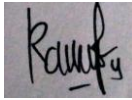
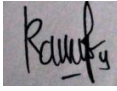
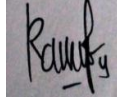
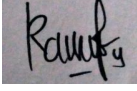
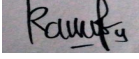
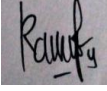


4.	Senin, 04 April 2022	Revisi BAB I Konsul BAB II	
5.	Rabu, 06 April 2022	Revisi BAB I, BAB II Memperbaiki penulisan patofisiologi Memperbaiki penulisan sumber Menambahkan data terkini lanjutkan penulisan BAB III	
6.	Jum'at, 08 April 2022	Konsul BAB III	
7.	Minggu, 10 April 2022	Revisi BAB III - Menyesuaikan Penomoran - Menentukan tempat penelitian - Menentukan Langkah pengumpulan data -Menambahkan pengertian studi kasus Lengkapi keseluruhan, seperti menambahkan kata pengantar, daptar pustaka dsb	
8.	13 April 2022	-Revisi penulisan daftar pustaka sesuai alfabet -Penambahan Ruang tempat penelitian -Penambahan data sektio caesarea Rumah Sakit tahun 2021	
9.	25 Mei 2022	Menambahkan data sektio caesarea di RSUD dr Slamet Garut tahun 2021	

p...
Raufy





10.	25 Mei 2022	Acc sidang proposal	
11.	12 Juli 2022	Revisi BAB I, BAB II, BAB III Menambahkan lampiran format askep maternitas	
12.	25 Juli 2022	Konsul BAB IV, dan BAB V	
13.	26 Juli 2022	Revisi BAB IV dan BAB V - Merapikan kolom - Menghitung TP dari HPHT - Membenarkan abstrak	
14.	27 Juli 2022	Revisi abstrak dan kolom	
15.	28 Juli 2022	Acc sidang KTI	



LAMPIRAN

I. FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN IBU NIFAS

A. PENGKAJIAN

1. BIODATA

a. Identitas Pasien

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Alamat :
Status perkawinan :
Agama :
Suku :
Pendidikan :
Pekerjaan :
No Register :
Diagnosa medis :
Tanggal persalinan :
Tanggal masuk :
Tanggal pengkajian :

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Hubungan dengan pasien:
Alamat :

B. ALASAN MASUK RS

C. KELUHAN UTAMA SAAT DIKAJI

D. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG PQRST

E. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

Imunisasi, alergi, kebiasaan (merokok, minum alkohol, obat, kopi), obat-obatan (nama, lama penggunaan, sendiri/ resep).

F. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Genogram 3 generasi (kehamilan kembar, gangguan mental, penyakit yang dapat diturunkan, penyakit yang dapat ditularkan).

G. RIWAYAT OBSTETRI GINEKOLOGI

1. RIWAYAT GINEKOLOGI

a. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche
- 2) Lamanya haid
- 3) Siklus
- 4) Banyaknya
- 5) Sifat darah (warna, bau, cair/ gumpalan, dismenor)
- 6) HPHT
- 7) Taksiran persalinan

b. Riwayat perkawinan (suami dan istri)

- 1) Usia perkawinan
- 2) Lama perkawinan
- 3) Pernikahan yang ke-.....

c. Riwayat kontrasepsi

- 1) Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil
- 2) Waktu & lama penggunaan
- 3) Masalah dalam penggunaan cara tersebut
- 4) Jenis kontrasepsi yang akan dilaksanakan setelah persalinan sekarang
- 5) Jumlah anak yang direncanakan keluarga

2. RIWAYAT OBSTETRI

a. Riwayat kehamilan, persalinan, & nifas yang lalu

G..... P..... A.....

No	Tgl partus	Umur kehamilan	Jenis partus	Tempat penolong	Jenis kelamin	BB	Masalah				Keadaan anak
							Hamil	Lahir	Nifas	Bayi	

b. Riwayat kehamilan sekarang

- 1) Klien merasa hamil..... Bulan
- 2) Keluhan waktu hamil
- 3) Gerakan anak pertama dirasakan
- 4) Imunisasi
- 5) Penambahan BB selama hamil
- 6) Pemeriksaan kehamilan teratur/ tidak
- 7) Tempat pemeriksaan & hasil pemeriksaan

c. Riwayat persalinan sekarang

- 1) P...A...
- 2) Jenis persalinan
- 3) Lama persalinan
- 4) Perdarahan
- 5) Jenis kelamin bayi. BB..... PB.....
- 6) APGAR skor bayi.....

H. DATA BIOLOGIS

1. Aktivitas kehidupan sehari-hari/ activity daily living (ADL)

NO	ADL (<i>Activity Daily Living</i>)	Sebelum Melahirkan	Setelah Melahirkan
1	NUTRISI: MAKAN - jenis menu - frekuensi - porsi - pantangan - keluhan MINUM - Jenis minuman - Frekuensi - Jumlah - Pantangan - Keluhan		
2	ISTIRAHAT & TIDUR MALAM - berapa jam - dari jams.d. jam.... - Kesukaran tidur SIANG - berapa jam - dari jams.d. jam.... - Kesukaran tidur		
3	ELIMINASI BAK - frekuensi - jumlah - warna - bau		

NO	ADL (<i>Activity Daily Living</i>)	Sebelum Melahirkan	Setelah Melahirkan
	- kesulitan BAB - Frekuensi - jumlah - warna - bau - kesulitan		
4	PERSONAL HYGIENE MANDI - frekuensi - menggunakan sabun - frekuensi gosok gigi - gangguan BERPAKAIAN - frekuensi ganti pakaian		
5	MOBILITAS & AKTIVITAS - Aktivitas yang dilakukan - Kesulitan		

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Penampilan umum :
 Kondisi umum :
 Tingkat kesadaran :
 TTV (T, N, R, S) :
 BB/ TB :
- b. Sistem pernafasan (IPPA) :
- c. Sistem kardiovaskuler (IPPA: TD, nadi, sianosis, konjungtiva, bunyi jantung, extremitas {edema, homan sin, varises, CRT}).
- d. Sistem pencernaan (IPPA: kelembapan membran mukosa, edema, BU, hemoroid)
- e. Sistem persyarafan (IPPA: status mental, kejang, refleks patela).
- f. Sistem panca indra (IPPA: fungsi penglihatan [pandangan kabur, pandangan berkunang-kungan], pendengaran, penciuman, pengecapan, perabaan) .
- g. Sistem perkemihan (IPPA: palpasi kandung kemih, berkemih berlebihan, hematuri).
- h. Sistem integumen (IPPA: hiperpigmentasi, kloasma gravidarum, turgor, striae, luka SC [karakteristik]).
- i. Sistem endokrin (IPPA: pembesaran kelenjar tiroid, tremor).

- j. Sistem muskuloskeletal (IPPA: masa tonus otot, kekuatan otot, ROM, deformitas, diastasis rektus abdominis [lebar, panjang]).
- k. Sistem reproduksi (IPPA: payudara [pembesaran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, ASI/ kolostrum, bengkak, bendung/ massa, kebersihan], Uterus [TFU, posisi uterus, konsistensi uterus], genitalia externa [edema, varises, lochea, kebersihan, laserasi/ kaji tanda REEDA]).

I. DATA PSIKOSOSIAL SPIRITUAL

1. Psikososial

a. Pola pikir dan persepsi

Pengetahuan cara pemberian ASI dan merawat bayi, rencana pemberian ASI, jenis kelamin yang diharapkan, yang akan membantu merawat bayi di rumah, kehamilan ini diharapkan.

b. Persepsi diri

Hal yang sangat dipikirkan saat ini, harapan setelah menjalani perawatan, perubahan yang dirasa setelah hamil.

c. Konsep diri

Gambaran diri, peran, ideal diri, identitas diri, harga diri.

d. Hubungan/ komunikasi

Bahasa sehari-hari, kejelasan bicara, relevan, mampu mengerti orang lain.

e. Kebiasaan seksual

Gangguan hubungan seksual, pemahaman terhadap fungsi seksual.

2. Spiritual

Sumber kekuatan, Tuhan, agama, kepercayaan, sistem nilai dan kepercayaan

J. DATA PENUNJANG

Laboratorium, radiologi, pemeriksaan tambahan (USG, amniosintesis)

K. PENGOBATAN

1. Analisa Data

Data	Kemungkinan Etiologi	Masalah

2. Perencanaan & Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		

3. Catatan Perkembangan

No	Hari/ Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf/ Nama Jelas
		S O A P I E	

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Bidang Studi. : D3 Keperawatan

Topik. : Perawatan Luka Operasi Di Rumah

Sasaran. : Pasien dan keluarga pasien

Hari/Tanggal : 21 & 24 Juni 2022

Jam : 10.00 WIB

Tempat : Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut

Penyaji : Rida Puspita Dewi

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti Penyuluhan tentang perawatan luka post operasi diharap Ibu. Dapat lebih mengerti dan memahami cara merawat luka post operasi.

2. Tujuan Khusus

a. Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 30 menit peserta diharapkan dapat:

- Menjelaskan definisi luka operasi dan pengertian luka operasi
- Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka
- Mampu menjelaskan cara merawat luka post operasi
- Mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka post operasi

b. Setelah diberikan Penyuluhan tentang perawatan luka post operasi diharapkan ibu dapat mengetahui cara merawat luka post operasi setelah sampai di rumah

B. Sasaran

Sasaran penyuluhan klien dan keluarga

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

D. Media

- leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

Tahapan dan waktu	Kegiatan Pendidikan	Kegiatan Peserta	Metode	Media
Pembukaan (5 menit)	Membuka dengan salam Memperkenalkan diri Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan Menanyakan kepada peserta tentang materi yang akan disampaikan	Menjawab salam Mendengarkan Memperhatikan menjawab pertanyaan	Ceramah	
Penyajian 15 menit	Menjelaskan definisi luka operasi Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka	Mendengarkan memberikan tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang dimengerti Memberikan pemaparan dan penjelasan	Ceramah tanya jawab	Leaflet

		<p>Mampu menjelaskan cara merawat luka post operasi di rumah</p> <p>Mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka post operasi</p> <p>Memberikan kesempatan bertanya</p> <p>Menjawab pertanyaan</p>	dengan baik		
Penutupan 10 menit	<p>Menanyakan pengetahuan pada peserta setelah dilakukan penyuluhan</p> <p>Menyimpulkan hasil kegiatan penyuluhan</p> <p>Menutup dengan</p>	<p>Menjawab pertanyaan</p> <p>Memberikan tanggapan baik</p>	Ceramah, tanya jawab	Leaflet	

F. Evaluasi

1. Proses

- Media yang digunakan adalah leaflet
- Waktu penyuluhan adalah 30 menit
- Persiapan penyuluhan dilakukan beberapa hari sebelum kegiatan penyuluhan

- Pembicara diharapkan menguasai materi dengan baik
- Peserta aktif dalam mengikuti kegiatan penyuluhan

2. Hasil

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan peserta diharapkan mengerti dan memahami tentang menjelaskan definisi luka operasi mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka mampu menjelaskan cara merawat luka post operasi di rumah dan mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka pas operasi

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan ada perubahan perilaku kesehatan misalnya menjaga kebersihan agar tidak terjadi infeksi pada luka

MATERI PERAWATAN LUKA POST OPERASI DI RUMAH

A. Definisi Luka Operasi

Luka operasi merupakan luka bersih sehingga mudah untuk merawat perawatannya namun jika salah dalam merawat maka akan bisa berakibat fatal titik oleh karena itu pastikan anda tidak salah dalam merawat luka operasi

B. Tujuan Perawatan Luka

- Untuk mencegah infeksi

- Untuk memberikan perasaan nyaman pasien
- Mempercepat proses penyembuhan luka

C. Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

- Nutrisi yang cukup
- Perawatan luka yang baik
- Istirahat

D. Prinsip-Prinsip Dalam Perawatan Luka

- Gunakan teknik aseptik
- Ganti balutan bila balutan basah
- Awasi adanya tanda-tanda infeksi seperti gatal, kemerahan, bengkak, panas, nyeri dan penurunan fungsi

E. Cara Perawatan Luka Post Operasi Di Rumah

- Jagalah kebersihan pada luka bekas operasi
Pada dasarnya, luka bekas operasi harus kita jaga kebersihan area bekas luka kebersihan lingkungan, serta penggunaan benda atau peralatan yang steril agar luka tersebut tidak terinfeksi karena perkembangbiakan bakteri
- Rutin membersihkan luka
 - Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan saline seperti NaCl
 - Gantilah perban bila perban terkena basah
 - Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter
 - Anda bisa membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik
- Gunakan pakaian yang longgar dan juga nyaman
Untuk menghindari iritasi sebaiknya anda menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman dipakai seperti piyama daster. Selain itu untuk menghindari iritasi ini juga disarankan dalam membungkus luka bekas operasi sebaiknya juga jangan terlalu ketat

- Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter
Tetap konsumsi obat-obatan yang dirasikan oleh dokter Anda untuk mempercepat penyembuhan luka bekas operasi. Berkonsultasikan dengan dokter jika diperlukan obat untuk menghilangkan rasa nyeri
- Minum air putih yang banyak
Dengan mengonsumsi banyak cairan selama proses penyembuhan, maka akan menggantikan volume cairan yang hilang saat melahirkan dan menyusui dan tentu ini dapat mencegah sembelit
- Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang
Selain melakukan perawatan luka dari luar sebaiknya Anda juga memperhatikan perawatan luka dari dalam dengan mengonsumsi makanan sehat yang mengandung banyak gizi serta nutrisi yang seimbang yang dapat membantu mempercepat kesembuhan luka bekas operasi tersebut makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan kandungan protein, mineral, dan juga vitamin A dan C. Apabila anda dalam masa nifas tidak cukup mengonsumsi makanan berprotein seperti telur, ikan, tahu, tempe, daging dan susu maka penyembuhan luka bekas operasi akan berlangsung lama dan berpotensi infeksi akibat kekurangan gizi
- Lakukan kegiatan olahraga yang ringan
Bukan berarti pasca melakukan operasi Anda diharuskan berdiam diri (istirahat total) tanpa melakukan aktivitas sama sekali titik lakukanlah olahraga ringan seperti berjalan santai di pagi hari untuk mempercepat proses penyembuhan ini titik Kenapa demikian karena olahraga ringan dapat mencegah konstipasi serta penggumpalan darah sehingga membuat sirkulasi darah pada tubuh meningkat. Olahraga juga bisa membuat sistem imun menjadi meningkat dan membuat untuk mencegah terjadinya fenomena atau terjadinya gangguan pada kesehatan umum yang diakibatkan oleh operasi
- Lakukan pemeriksaan secara berkala
Lakukan kontrol sesuai jadwal untuk memastikan perkembangan dari kesembuhan luka bekas operasi caesar tersebut tetapi Jangan tunda waktu kunjungan ke dokter jika terdapat gejala-gejala sebagai berikut:

- Luka bekas operasi terlihat kemerahan bengkak atau terdapat cairan yang keluar
- Demam lebih dari 38 derajat Celcius
- Nyeri hebat pada luka bekas operasi.

DAFTAR PUSTAKA

Manuaba, Ida Bagus Gde.2010.Ilmuebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana, EGC. Jakarta

Novita, Regina.2010.Keperawatan Maternitas. Bandung:Kapita Selekta

Winkjosastro, Hanifa.2010.Ilmuebidanan. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka

PERAWATAN LUKA DI RUMAH

Nama : Rida Puspita Dewi
NIM : 0179106



UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA GARUT

DEFINISI

Luka operasi merupakan luka bersih sehingga mudah untuk merawat perawatannya namun jika salah dalam merawat maka akan bisa berakibat fatal titik oleh karena itu pastikan anda tidak salah dalam merawat luka operasi

B. Tujuan Perawatan Luka

1. Untuk mencegah infeksi
2. Untuk memberikan perasaan nyaman pasien
3. Mempercepat proses penyembuhan luka

C. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENYEMBUHAN LUKA

- Nutrisi yang cukup
- Perawatan luka yang baik
- Istirahat



CARA PERAWATAN LUKA DI RUMAH

Jagalah kebersihan pada luka operasi

Rutin membersihkan luka

Gunakan pakaian yang longgar dan nyaman

Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter

Minum air putih yang banyak



PRINSIP DALAM PERAWATAN LUKA

1. Gunakan tehnik aseptik
2. Ganti balutan bila balutan basah
3. Awasi adanya tanda-tanda infeksi



LUKA SUDAH BERSIH!!

000



SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik: Pijat Oksitosin

Sasaran: Ibu Post Operasi Sectio Caesarea

Tempat: Ruang Jade RSUD dr Slamet Garut

Waktu: 21 Juni 2022 09.00 – 09.30 WIB

A.LATAR BELAKANG

Air Susu Ibu merupakan makanan terbaik bayi pada awal usia kehidupannya. ASI terbukti mempunyai keunggulan yang tidak dapat digantikan oleh makanan dan minuman manapun karena ASI mengandung zat gizi yang paling tepat, lengkap dan selalu menyesuaikan dengan kebutuhan bayi setiap saat. Proses menyusui idealnya dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusu pada ibunya di 20-30 menit setelah lahir. Itupun jika bayi tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anestesi yang diberikan kepada ibu saat proses melahirkan. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan menyusu dengan baik. Kenyataan dilapangan menunjukkan produksi dan ejsksi ASI yang sedikit pada hari-hari pertama setelah melahirkan menjadi kendala dalam pemberian ASI secara dini. Ibu yang tidak menyusui bayinya pada hari-hari pertama menyusui disebabkan oleh kecemasan dan ketakutan ibu akan kurangnya produksi ASI serta kurangnya pengetahuan ibu tentang proses menyusui. Menyusui dini di jam-jam pertama kelahiran jika tidak dapat dilakukan oleh akan menyebabkan proses menyusu tertunda, maka alternatif yang dapat dilakukan adalah memerah atau memompa ASI selama 10-20 menit hingga bayi dapat menyusu. Tindakan tersebut dapat membantu memaksimalkan reseptor prolaktin dan meminimalkan efek samping dari tertundanya proses menyusui oleh bayi, salah satu solusi dari ketidaklancaran ASI adalah pijat oksitosin. Dimana pijat oksitiosin dapat merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan sehingga sangat berperan dalam produksi ASI.

B.TUJUAN UMUM

Setelah mengikuti penyuluhan ini, klien mampu melakukan pijat oksitosin sesuai dengan petunjuk yang diberikan.

C.TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan selama 1 x 45 menit, diharapkan peserta dapat:

- a. Mengetahui pengertian pijat oksitosin
- b. Memahami tujuan pijat oksitosin
- c. Mengetahui manfaat Pijat Oksitosin
- d. Melakukan teknik pijat oksitosin
- e. Mengetahui waktu yang tepat pelaksanaan pijat oksitosin

D.KEGIATAN

1. Pembukaan

- a. Salam
- b. Perkenalan
- c. Kontrak Waktu 30 menit
- d. Menjelaskan tujuan pembelajaran
- e. Apresiasi(menanyakan hal-hal umum yg berhubungan dengan topic) 5 menit Ceramah
Peserta penyuluhan menyimak penyaji penyuluhan

2. Penjelasan

- a. Menjelaskan tentang pengertian pijat oksitosin
- b. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- c. Menjelaskan tentang manfaat pijat oksitosin
- d. Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

- e. Menjelaskan waktu yang tepat melakukan pijat oksitosin 20 menit Ceramah dan tanya jawab Peserta penyuluhan memahami materi dan penjelasan yang telah disampaikan oleh penyuluh.

3. Penutup

- a. Mengajukan 3 pertanyaan tentang materi pembelajaran
- b. Kesimpulan dari pembelajaran
- c. Salam penutup, 5 menit Tanya jawab Peserta dapat menjawab pertanyaan yang diberikan oleh penyaji

LAMPIRAN MATERI

A. PENGERTIAN

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulangcostae kelima- keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Yohmi & Roesli, 2009).

B.TUJUAN

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex let down.

C.MANFAAT

Selain untuk merangsang refleks let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikankenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI,merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu danbayi sakit (Depkes RI, 2007).

D.PERSIAPAN ALAT

1. Alat-alat☐Kursi☐Meja☐Minyak kelapa☐BH kusus untuk menyusui☐Handuk
2. Persiapan perawat☐Menyiapkan alat dan mendekatkanya ke pasien☐Membaca status pasien☐Mencuci tangan
3. Persiapan lingkungan☐Menutup gordien atau pintu☐Pastikan privaci pasien terjaga

E.CARA PIJAT OKSITOSIN

Langkah-langkah melakukan pijat oksitosin sebagai berikut (Depkes RI, 2007) :

- a.Melepaskan baju ibu bagian atas
- b.Ibu duduk sedikit telungkup, lalu memeluk bantal
- c.Memasang handuk
- d.Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil
- e.Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalantangan, dengan ibu jari

D. Persiapan Alat

1. Alat-alat Kursi, Meja, Minyak kelapa, BH menyusui, Handuk
2. Persiapan perawat Menyiapkan alat dan mendekatkanya ke pasien
3. Membaca status pasien
4. Mencuci tangan
5. Persiapan lingkungan
6. Menutup gordien atau pintu
7. Pastikan privasi pasien terjaga



E. Cara Pijat Oksitosin



1. Melepaskan baju ibu bagian atas
2. Ibu duduk sedikit telungkup, lalu memeluk bantal
3. Memasang handuk
4. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil
5. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalantangan, dengan ibu jarihhj

PIJAT OKSITOSIN



Disusun oleh :
Rida Puspita Dewi
0179106

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
GARUT
TAHUN 2022

A. Pengertian Pijat Oksitosin



Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulangcostae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Yohmi & Roesli, 2009).

B. Tujuan

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex let down.



C. Manfaat

Selain untuk merangsang refleks let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibumengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Depkes RI, 2007).



RIWAYAT HIDUP



Nama : Rida Puspita Dewi

NIM : 0179106

Tempat,tanggal lahir : Bandung,05 Juli 1999

Alamat : Kp.Tegalgede Rt 04/15 Desa Sindangratu, Wanaraja