

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P₄A₀) POST SECTIO
CAESAREA POD 1 ATAS INDIKASI PARTUS LAMA DI
RUANGAN DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

PUTRI JIHAN JULIANA

NIM : KHGA20101



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P4A0)
POST SECTIO CAESAREA POD 1 ATAS
INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS**

NAMA : PUTRI JIHAN JULIANA

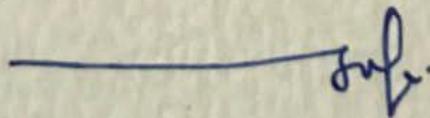
NIM : KHGA20101

Karya Tulis ini sudah disetujui untuk di sidangkan dalam akhir
Program Studi Diploma III Keperawatan

GARUT, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing



Eti Suliyawati, S.kep., M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E (P₄A₀)
POST SECTIO CAESAREA POD 1 ATAS
INDIKASI PARTUS LAMA DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS**

NAMA : PUTRI JIHAN JULIANA

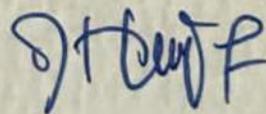
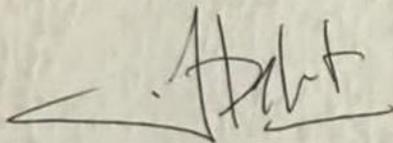
NIM : KHGA20101

Garut, Juli 2023

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II



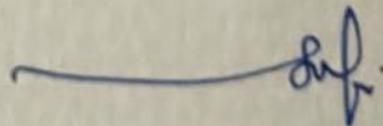
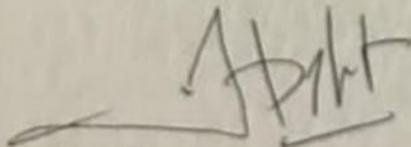
K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eti Suliyawati, S.Kep., MSi

ABSTRAK

IV BAB+ 133 Halaman + 14 Tabel + 2 Bagan + 5 Lampiran

Karya Tulis ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. E (P4A0) dengan Post OP Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi Partus Lama Di Ruang Delima RSUD Ciamis”. Dilatar belakangi oleh kejadian post op sectio caesarea atas indikasi partus lama sebesar 6,9% dengan kejadian 14 kasus. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi. Bila persalinan berlangsung lama dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi baik terhadap ibu maupun terhadap bayi sehingga akan meninggikan angka kematian ibu dan bayi. Maka, salah satu cara yang tepat adalah dengan melakukan sectio caesarea yaitu suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Diagnosa yang muncul pada Ny. E adalah nyeri akut b.d agen cedera fisik, resiko infeksi d.d tindakan invasif, defisit perawatan diri b.d kelemahan, dan gangguan mobilitas fisik b.d nyeri. Adapun intervensi dan implementasi dalam post section caesarea atas indikasi partus lama yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik non farmakologi, memberikan therapy analgetik, mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi, memberikan therapy antibiotik, menganjurkan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan, mengidentifikasi kemampuan klien beraktivitas, melatih miring kanan dan kiri. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap Ny. E terdapat 4 masalah keperawatan , dari keempat masalah keperawatan itu tidak semua masalah teratasi. Diagnosa yang dapat teratasi dan kriterianya tercapai yaitu defisit perawatan diri dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan diagnose yang teratasi sebagian dengan beberapa kriteria yang belum tercapai yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Hal ini terjadi karena dalam proses penyembuhan memerlukan waktu yang cukup lama, untuk keperawatan selanjutnya diserahkan pada keluarga yang telah mendapatkan Pendidikan Kesehatan. Kesimpulan karya tulis ilmiah ini sangat efektif yaitu penulis dapat melaksanakan pengkajian secara komprehensif, membuat rencana tindakan keperawatan, melaksanakan keperawatan, mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan, dan melibatkan peran aktif keluarga.

Kata kunci : SC, Post Partum, Partus Lama

Daftar Pustaka 17 Sumber (2015-2022)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. E (P4A₀) Post Sectio Caesarea POD 1 Atas Indikasi Partus Lama Di Ruang Delima RSUD Ciamis”**.

Karya tulis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi DIII Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapat banyak pengarahan, bimbingan, dan dorongan dari berbagai pihak yang membantu dalam kelancaran penulisan karya tulis ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKES Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKES Karsa Husada Garut.

4. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., MSi, selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini telah memberi dukungan, serta arahan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas.
5. Ibu K Dewi Budiarti, M.Kep., selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah.
6. Ibu Eva Daniati, S. Kep., Ners., M.pd., selaku penguji II Karya Tulis Ilmiah.
7. Seluruh dosen beserta staff Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
8. Kepala ruangan, CI Pembimbing beserta staff diruang Delima yang telah memberikan kemudahan, kesempatan dan izinnya kepada penulis untuk menerapkan Proses Asuhan Keperawatan kepada Ny. E diruang delima RSUD Ciamis..
9. Kepada pasien Ny, E selaku klien atas kerjasamanya dengan penulis dalam melaksanakan asuhan Keperawatannya.
10. Ayahanda Ayi Sunarwan Dan Ibunda Ida Parida Tercinta yang telah memberikan dukungan moril maupun material selama penulis menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
11. Untuk Kakak-kakak saya khususnya Kakak pertama Agis Resta Verani yang selalu memberikan dorongan semangat kepada penulis selama menumpuh pendidikan.
12. Adik-adikku tersayang yang selalu memberikan semangat selama penulis menyusun karya tulis ini.

13. Terima kasih kepada Rifat Fadhil NF yang telah memberikan semangat dan senantiasa memberikan dorongan dan motivasinya.
14. Terimakasih kepada Sahabat-sahabat dari Solimi Silvianna Santika, Fitri Widia, Putri Amelia yang telah memberikan dukungan dan motivasi.
15. Terimakasih kepada Sahabat-sahabat dari Ciwi-ciwi Nurhaliza Septiana Maharina dan Nurul Pebriyanti yang sama-sama berjuang menyusun karya tulis dan selalu memberikan dukungan satu sama lain.
16. Teman seperjuangan kelas C prodi DIII Keperawatan yang telah banyak memeberikan motivasi dan dukungan satu sama lain, solidaritasnya, semangat dan kerjasamanya.
17. Teman-teman satu bimbingan Putri Miraz, Lutvi, Lafifah, Lilin, Diantika, Melsa yang memberikan dukungan satu sama lainnya serta solidaritasnya.
18. Dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak memberikan bantuan, motivasi dan dukungan selama penyusunan karya tulis ini.

Tidak ada imbalan yang dapat penulis berikan sebagai pengganti jasa dan ketulusannya, hanyalah doa yang tulus, mudah-mudahan segala bantuan yang telah diberikan menjadi ibadah dan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu dengan tangan terbuka penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk penyusunan karya tulis ini dimasa yang akan datang.

Garut, Juli 2023

Penyusun

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Telaah.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
A. Konsep Teori Partus Lama.....	9
B. Konsep Teori Sectio Caesarea.....	17
C. Post Partum.....	28
D. Pendekatan Proses Asuhan Keperawatan.....	37
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	59

A. Tinjauan Kasus.....	59
1. Pengkajian.....	59
2. Analisa Data.....	73
3. Diagnosa Keperawatan.....	75
4. Proses Keperawatan.....	78
5. Catatan Perkembangan.....	88
B. PEMBAHASAN.....	93
1. Tahap Pengkajian.....	93
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	94
3. Tahap Perencanaan.....	96
4. Tahap Implementasi.....	98
5. Tahap Evaluasi.....	100
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	102
A. Kesimpulan.....	102
B. Rekomendasi.....	103

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jumlah Kasus <i>Sectio Caesarea</i> dari Bulan Januari sampai dengan Bulan Maret 2023 di RSUD Ciamis.....	4
Tabel 2.1 Analisa Data.....	46
Tabel 2.2 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri.....	50
Tabel 2.3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko Nyeri.....	52
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Ketidakseimbangan Cairan.....	54
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit perawatan Diri.....	55
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.....	56
Tabel 3.1 Riwayat Persalinn Dahulu.....	63
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	71
Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	72
Tabel 3.4 Terapi Medis.....	73
Tabel 3.5 Analisa Data.....	73
Tabel 3.6 Proses Keperawatan.....	78
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	88

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Partus Lama.....	13
Bagan 2.2 Pathway Sectio Caesarea.....	20

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I** : SAP
- Lampiran II** : Materi Penyuluhan
- Lampiran III** : Leaflet
- Lampiran IV** : Lembar Bimbingan
- Lampiran V** : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap perempuan menginginkan persalinannya berjalan dengan lancar serta melahirkan bayi yang sehat dan sempurna. Persalinan bisa saja berjalan secara normal, namun tidak jarang proses persalinan mengalami hambatan dan harus dilakukan melalui operasi. Hal ini berarti janin dan ibu dalam keadaan gawat darurat dan hanya dapat diselamatkan jika persalinan dilakukan dengan jalan operasi. (Sihombing et al.,2018)

Persalinan adalah proses alami dimana seorang ibu mengalami pengeluaran janin dan plasenta yang sudah aterm. Persalinan ada 2, yaitu persalinan alami atau persalinan melalui vagina dan persalinan *section caesarea* (SC) (Cunningham et.,al.,2018)

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (*maternal mortality rate*) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat Kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target global *Sustainable Development Goals* (SDGs) dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) yang dihimpun dari pencatatan program Kesehatan di Kementerian Kesehatan pada tahun 2021 menunjukkan 4.627 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan

dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.221 kematian. Berdasarkan penyebab, Sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 disebabkan oleh pendarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus (Kemenkes RI,2021).

Kementrian Kesehatan telah menetapkan percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) per tahun sebesar 7,5% sehingga AKI pada tahun 2024 menjadi 151 per 100.000 Kelahiran Hidup dan Angka Kematian Bayi menjadi 12 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Kematian ibu terjadi paling banyak saat hamil dan nifas dengan spesifikasi ibu meninggal paling banyak pada usia reproduktif yaitu 20-35 tahun dan masih banyak yang di atas usia 35 tahun dengan presentase 36%. Sementara itu, kematian bayi tahun 2021 mengalami penurunan sejumlah 88 kasus dengan total 2.672 kasus dengan perbandingan tahun sebelumnya yaitu 2020 terdapat 2.760 kasus kematian bayi. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat,2022)

Kematian ibu dan bayi dapat disebabkan oleh pendarahan, infeksi gawat janin, partus lama, dan penyebab lainnya. Umumnya dalam rentang normal, persalinan berlangsung 5-6 jam lebih lama dengan *Primi Gravida* dibanding dengan *Multi Gravida*. Partus lama dapat menyebabkan komplikasi baik bagi ibu maupun anak serta meningkatkan angka kematian ibu dan anak. Untuk itu di perlukan beberapa upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal akibat komplikasi persalinan, salah

satunya yang dikenal dengan pembedahan atau yang lebih umum dikenal dengan “Sectio Caesarea” (Qonitun, et al., 2020)

Partus lama pada ibu dapat menyebabkan infeksi, ruptur uteri, pembentukan fistula, dan cedera otot dasar panggul hingga kematian. Sedangkan pada janin akan terjadi infeksi, trauma serebri, cedera dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi. Dengan tindakan *section caesarea* ini, maka dapat mengakhiri kehamilan dan persalinan yang tidak bisa dilakukan dengan partum pervaginam. (Fitriah, et al., 2022)

Sectio caesarea didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (Laparotomi) dan dinding uterus (Histerektomi). (Rahim dkk. 2019). Sectio caesarea dilakukan atas beberapa indikasi, salah satunya adalah partus lama. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18 jam yang dimulai dari tanda-tanda persalinan (Rositawati, 2018). Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya partus lama yaitu *power* (kekuatan his), *passage* (jalan lahir), *passanger* (janin), paritas, KPD, usia ibu, jarak kehamilan, sosial ekonomi, respons stress dan pembatasan mobilitas/postur semi rekumben. (Oxorn, 2010; Nasrudin, 2020)

Post partum adalah proses adaptasi terhadap penyembuhan, transisi ke keadaan tidak hamil, dan penambahan keluarga baru. Periode *post partum* berlangsung sekitar 6 minggu termasuk setelah operasi *sectio caesarea*. (Yuliana & Hakim, 2020)

Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD Ciamis, jumlah kasus *sectio caesarea* dari bulan Januari-Maret adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1

Jumlah Kasus *Sectio Caesarea* dari bulan Januari sampai dengan bulan Maret 2023 di RSUD Ciamis

No	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	35	17,3%
2	SC Indikasi Letak Sungsang	32	15,8%
3	SC Indikasi Hipertensi	27	13,4%
4	SC Indikasi Ketuban Pecah Dini	24	11,9%
5	SC Indikasi Plasenta Previa	22	10,9%
6	SC Indikasi Riwayat Sc	19	9,4%
7	SC Indikasi Partus Lama	14	6,9%
8	SC Indikasi CPD	13	6,4%
9	SC Indikasi Bayi Besar	10	5%
10	SC Indikasi Gawat Janin	6	3%
TOTAL		202	100%

Sumber: Rekam Medis RSUD Ciamis Tahun 2023

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa presentase *sectio caesarea* dengan indikasi partus lama berada pada urutan ke 7 dengan jumlah presentase 6,9%. Indikasi partus lama ini akan menimbulkan komplikasi yang buruk bagi ibu maupun janin. Pada ibu bisa berdampak terjadinya infeksi intrapartum, ruptur uteri, pembentukan fistula, dan cedera otot-otot dasar panggul. Pada janin bisa terjadi caput suksedeneum, molase kepala janin, bahkan bisa sampai mengalami asfiksia. Selanjutnya juga akan terjadi komplikasi post operasi *section caesarea* yaitu dapat terjadi pendarahan, infeksi nifas, luka kantung kemih dan ruptur uteri. Oleh karena itu perlu dilakukan pendekatan Asuhan Keperawatan yang sistematis dan

komprehensif dengan melakukan pengkajian, menetapkan diagnose, menentukan perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dalam kesempatan ini penulis mengambil judul: “ **Asuhan Keperawatan Pada Ny. E (P4A0) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis**”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan dan mendokumentasikannya dalam bentuk laporan studi kasus.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. E (P4A0) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnose keperawatan pada Ny. E (P4A0) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- c. penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. E (P4A0) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.

- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- e. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- f. Penulis mampu membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.

C. Metode Telaah

Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

1. Wawancara

Wawancara digunakan dengan percakapan langsung dengan klien, keluarga, perawat ruangan untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas klien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, data psikologis, dan data penunjang lainnya, yang berhubungan dengan post operasi *section caesarea* atas indikasi partus lama.

2. Observasi

Teknik observasi yaitu dengan didapatkan dari sumber-sumber yang menunjang terhadap kasus post operasi *sectio caesarea*.

3. Studi Kepustakaan

Dengan mendapatkan informasi dari teori-teori yang relevan dari literature buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai acuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

4. Studi Dokumentasi

Dengan melakukan pendokumentasian dengan cara mencari informasi atau data-data klien yang ada seperti rekam medik, catatan keperawatan, catatan perkembangan klien yang menunjang pada penanganan masalah keperawatan klien.

5. Pemeriksaan fisik

Dengan melakukan pemeriksaan fisik secara langsung kepada klien guna memperoleh data objektif, pemeriksaan itu dilakukan dengan 4 macam cara yaitu inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi.

D. Sistematika Penulisan

karya tulis ini terdiri dari 4 BAB yaitu :

BAB I : PENDAHULUAN

Yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan umum dan khusus, metode penelaahan dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Yang isinya tinjauan teoritis bersifat konsep dasar partus lama, konsep dasar post operasi *sectio caesarea*, konsep *post partum*, dampak post operasi *sectio caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia, serta proses keperawatan maternitas.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Merupakan laporan asuhan keperawatan pada klien yang dirawat, yang meliputi pengkajian, Analisa data, diagnosa keperawatan, proses keperawatan, dan catatan perkembangan serta pembahasan yang berisikan ulasan naratif dan setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Merupakan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan formulasi rekomendasi yang operasional.

DAFTAR PUSTAKA**LAMPIRAN-LAMPIRAN**

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori Partus Lama

1. Pengertian Partus Lama

Partus lama proses persalinan yang memakan waktu lebih dari 24 jam untuk primigravida atau 18 jam untuk multigravida (Wijayanti,2018). Partus lama atau partus tak maju adalah salah satu penyakit dalam persalinan dan juga merupakan suatu Kesehatan di Indonesia (Fatmawati,2017). Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada pesalinan fase aktif (Aspiani,2017).

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian partus lama adalah persalinan yang sulit yang ditandai dengan adanya hambatan kemajuan persalinan, itu terjadi karena kelainan kekuatan (power),kelainan yang melibatkan janin (passenger) sehingga menyebabkan kesulitan dalam proses pesalinan alami dan harus dilakukan tindakan operasi sectio caesarea.

2. Etiologi

Secara umum menurut Yusmahrani (2019) partus lama dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

- a. Faktor tenaga atau his

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

Menurut Manuaba (2016) pembagian his dan sifatnya dibedakan menjadi :

- 1) His pembukaan (Kala I) : menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- 2) His pengeluaran (Kala II) : untuk mengeluarkan janin, sifat hisnya adalah sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinir dan lama. His ini memiliki koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.
- 3) His pelepasan uri (kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 4) His pengiring (Kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

Dapat dibagi menjadi dua his yang lemah dan his yang kuat. Berikut penjelasannya :

- a) His yang lemah (his hipotonik)

Kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar.

b) His yang kuat tetapi tidak terkoordinasi (his hipertonic)

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan berlangsung cepat (<3 jam disebut partus presipitatus).

b. Faktor janin

Faktor janin meliputi kepala janin yang besar, presentasi wajah, malposisi persisten, kembar yang terkunci (terkunci pada daerah leher), dan kembar siam.

c. Faktor jalan lahir

Faktor jalan lahir meliputi panggul, kecil karena mal nutrisi, deformitas panggul karena trauma atau polio, tumor bagian panggul, infeksi virus di perut atau uterus. Partus lama juga dapat disebabkan oleh beberapa hal yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap partus lama seperti, paritas dan interval kelahiran, usia yang terlalu muda dan terlalu tua, ketuban pecah dini, dawanita yang dependen (berkebutuhan khusus), cemas dan ketakutan (Yusmaharani, 2019). Partus lama dapat diakibatkan karena kesalahan tindakan selama hamil, bersalin dan nifas, seperti perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklamsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran (Qonitul dan Nur Fadilah, 2019). Penyebab persalinan lama lainnya adalah kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan faktor tenaga, terjadi ketidakseimbangan sefalopelvik, pimpinan persalinan yang salah dan primi tua primer atau sekunder (Wijayanti, 2015).

3. Partofisiologi

Patofisiologi partus lama tergantung dari penyebabnya, namun secara umum terdapat 3 faktor utama yaitu:

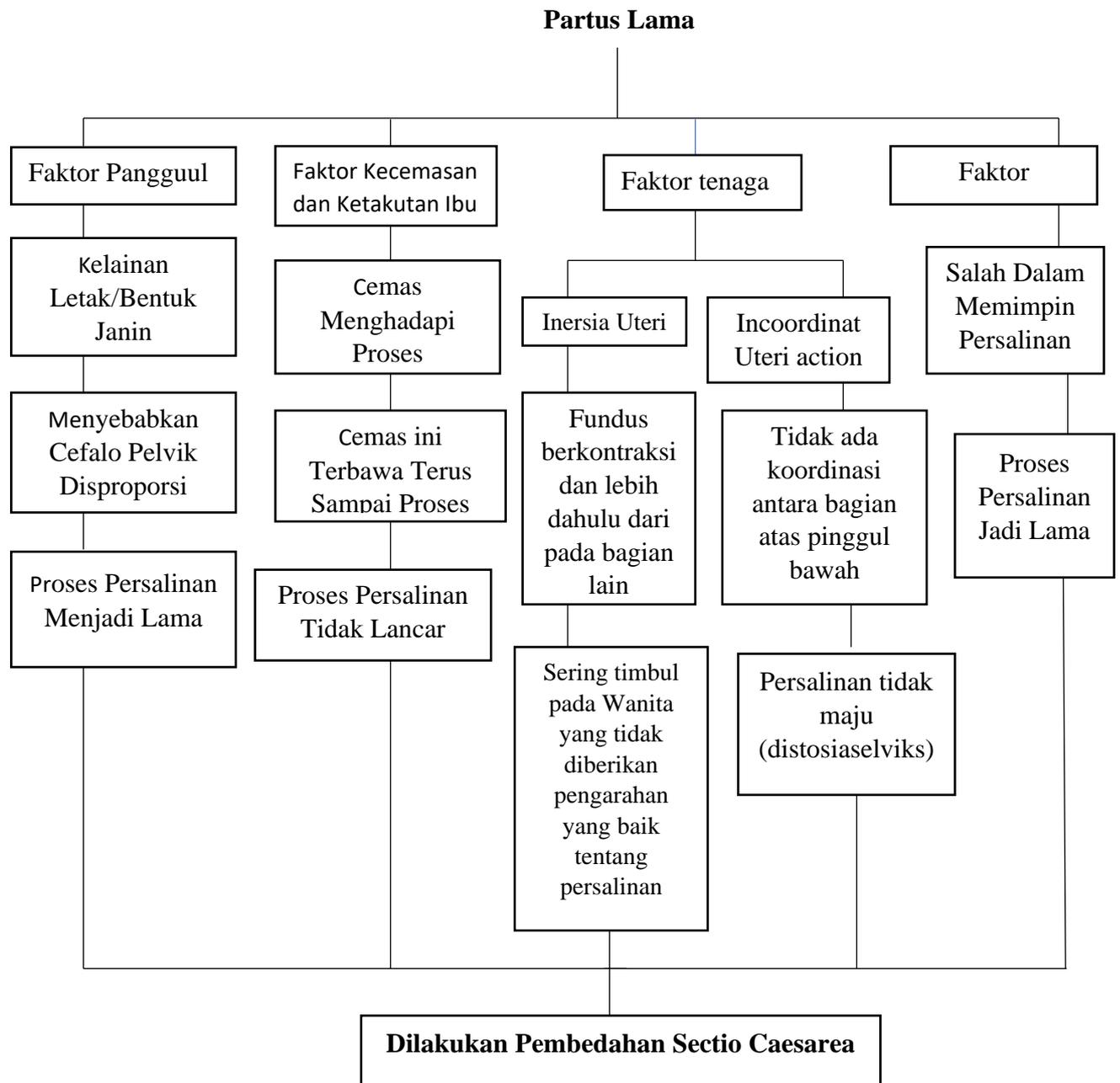
a. Power (tenaga) yaitu berupa kontraksi dan kekuatan mengejan inefektif serta kelelahan pada ibu. Ketidakefektifan kontraksi otot-otot rahim dapat menyebabkan kurang maksimalnya dorongan janin ke jalan lahir. Pada inersia uterus his/kontraksi biasanya lemah, pendek, dan jarang terjadi dari biasanya. Kondisi pasien biasanya baik, tidak terlalu merasakan nyeri. Proses nifas sebaiknya tidak dibiarkan terlalu lama untuk mencegah kelelahan rahim.

b. Passage (jalan lahir) dapat berupa kelainan bentuk panggul, ukuran panggul, Cephalopelvic Disproportion (CPD), dan adanya massa pada jalan lahir akan mempengaruhi jalannya persalinan. Jika tidak ada kesesuaian antara bentuk dan ukuran panggul dengan ukuran janin, maka akan mengakibatkan persalinan lama, serta cacat jalan lahir lunak, misalnya edema serviks, terutama akibat penyempitan panggul, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir yang mengakibatkan terganggunya sirkulasi darah dan cairan menyebabkan edema serviks.

c. Passanger (janin) faktor penumpang terdiri dari janin besar (berat janin) seperti makrosomia janin, kelainan letak kepala, presentasi kepala, presentasi wajah, presentasi dahi, kelainan posisi oksiput janin, dan kelainan lokasi janin seperti posisi sungsang dan posisi berbaring miring (Aspiani,2017).

Bagan 2.1

Pathway Partus Lama



Sumber : Aspiani, 2017

4. Tanda dan Gejala

- a. Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3cm)
- b. Pembukaan serviks tidak melewati 3cm sesudah 8 jam inpartus
- c. Pembukaan serviks melewati garis waspada patograf
 - 1) Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3 kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 menit
 - 2) *Secondary arrest of dilalation atau arrest of descent*
 - 3) *Secondary arrest of dilalation* dan bagian terendah dengan kaput, terdapat moulase hebat, edema serviks, tanda rupture uteri imminiens, fetal dan maternal distree
 - 4) Kelainan presentasi
- d. Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan tetapi tidak ada kemajuan penurunan (Aspiani,2017).

5. Komplikasi

- a. Ibu
 - 1) Infeksi sampai sepsis
 - 2) Asidosis dengan gangguan elektrolit
 - 3) Robekan jalan lahir
 - 4) Fistula buli-buli, vagina, Rahim dan rectum
- b. Bayi
 - 1) Gawat janin dalam Rahim sampai meninggal
 - 2) Lahir dalam asfiksia berat sehingga dapat menimbulkan cacat otak menetap

- 3) Trauma persalinan, fraktur klavikula, humerus dan femur (Aspiani,2017).

6. Dampak Partus Lama

Beberapa dampak yang dapat terjadi akibat partus lama pada ibu dan janin yaitu:

a. Ruptur Uteri

Bila membran amnion pecah dan cairan amnion mengalir keluar, janin akan didorong ke segmen bawah rahim melalui kontraksi. Bila kontraksi berlanjut, segmen bawah rahim menjadi meregang sehingga menjadi berbahaya karena menipis dan menjadi lebih mudah ruptur. Ruptur uteri lebih sering terjadi pada multipara terutama jika uterus telah melemah karena jaringan parut atau riwayat sepsis. Kejadian ruptur juga dapat menyebabkan perdarahan persalinan yang berakibat fatal jika tidak segera ditangani. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Psiari Kusuma Wardani menyatakan bahwa ada hubungan antara kejadian partus lama dengan perdarahan post partum yaitu didapatkan hasil analisis menunjukkan nilai OR 9,598. Artinya ibu yang mengalami kejadian partus lama berpeluang 9,598 kali untuk mengalami perdarahan post partum.

b. Pembentukan Fistula

Jika kepala janin terhambat cukup lama dalam pelvis, maka sebagian kandung kemih, serviks, vagina dan rektum terperangkap

diantara kepala janin dan tulang – tulang pelvis dan mendapatkan tekanan yang berlebihan. Hal ini mengakibatkan kerusakan sirkulasi oksigenasi pada jaringan – jaringan ini menjadi tidak adekuat sehingga terjadi nekrosis dalam beberapa hari dan menimbulkan munculnya fistula. Fistula dapat berupa vesikovaginal (diantara kandung kemih dan vagina), vesiko – servikal (diantara kandung kemih dan serviks), dan rekto – vaginal (berada diantara rektum dan vagina), yang dapat menyebabkan terjadinya kebocoran urin atau veses dalam vagina. Fistula umumnya terbentuk setelah kala dua persalinan yang lama dan biasanya terjadi pada nulipara, yaitu terutama pada Negara – negara dengan tingkat kehamilan dengan usia dini.

c. Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan bayi pada kasus – kasus persalinan lama terutama karena selaput ketuban pecah dini

d. Cedera otot-otot dasar panggul

Saat kelahiran bayi, dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan kebawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomic otot saraf dan jaringan ikat yang akan menimbulkan inkontinensia urin dan prolaps organ panggul.

e. Kaput suksedaneum

Apabila panggul sempit, sewaktu persalinan sering terjadi kaput suksedaneum yang besar di bagian bawah janin. Kaput ini dapat berukuran besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius.

f. Molase kepala janin

Akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura besar, dimana batas median tulang parietal yang berkontak dengan promontorium tumpang tindih dengan tulang disebelahnya, hal yang sama terjadi pada tulang.

g. Kematian janin

Bila persalinan macet atau persalinan lama dibiarkan lebih lama maka akan mengakibatkan kematian janin yang disebabkan karena tekanan berlebihan pada plasenta dan korda umbilicus. Janin yang mati itu akan melunak akibat pembusukan sehingga dapat menyebabkan terjadinya koagulasi intravaskuler diseminata (KID). Hal ini dapat mengakibatkan perdarahan, syok dan kematian pada maternal (Aspiani,2017).

B. Konsep Teori Sectio Caesarea

1. Pengertian Sectio Caesarea

Sectio caesarea didefinisikan sebagai lahirnya janin melalui insisi di dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerektomi)

(Rahim dkk., 2019). Sectio Ceasarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Nurfitriani, 2017) . Tindakan Sectiocassarea (SC) merupakan salah satu alternatif bagi seorang wanita dalam memilih proses persalinan di samping adanya indikasi medis dan indikasi non medis, tindakan SC akan memutuskan kontinuitas atau persambungan jaringan karena insisi yang akan mengeluarkan reseptor nyeri sehingga pasien akan merasakan nyeri terutama setelah efek anastesi habis (Metasari dan Sianipar, 2018).

2. Etiologi

Etiologi *sectio caesarea* menurut Nurarif dan Kusuma (2015) :

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, *disporporsi cepalo pelvik* (disporporsi janin/panggul), plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi-eklamsi, kehamilan yang disertai penyakit (jantung/DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Etiologi yang berasal dari janin

Yaitu gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forsep ekstrasi.

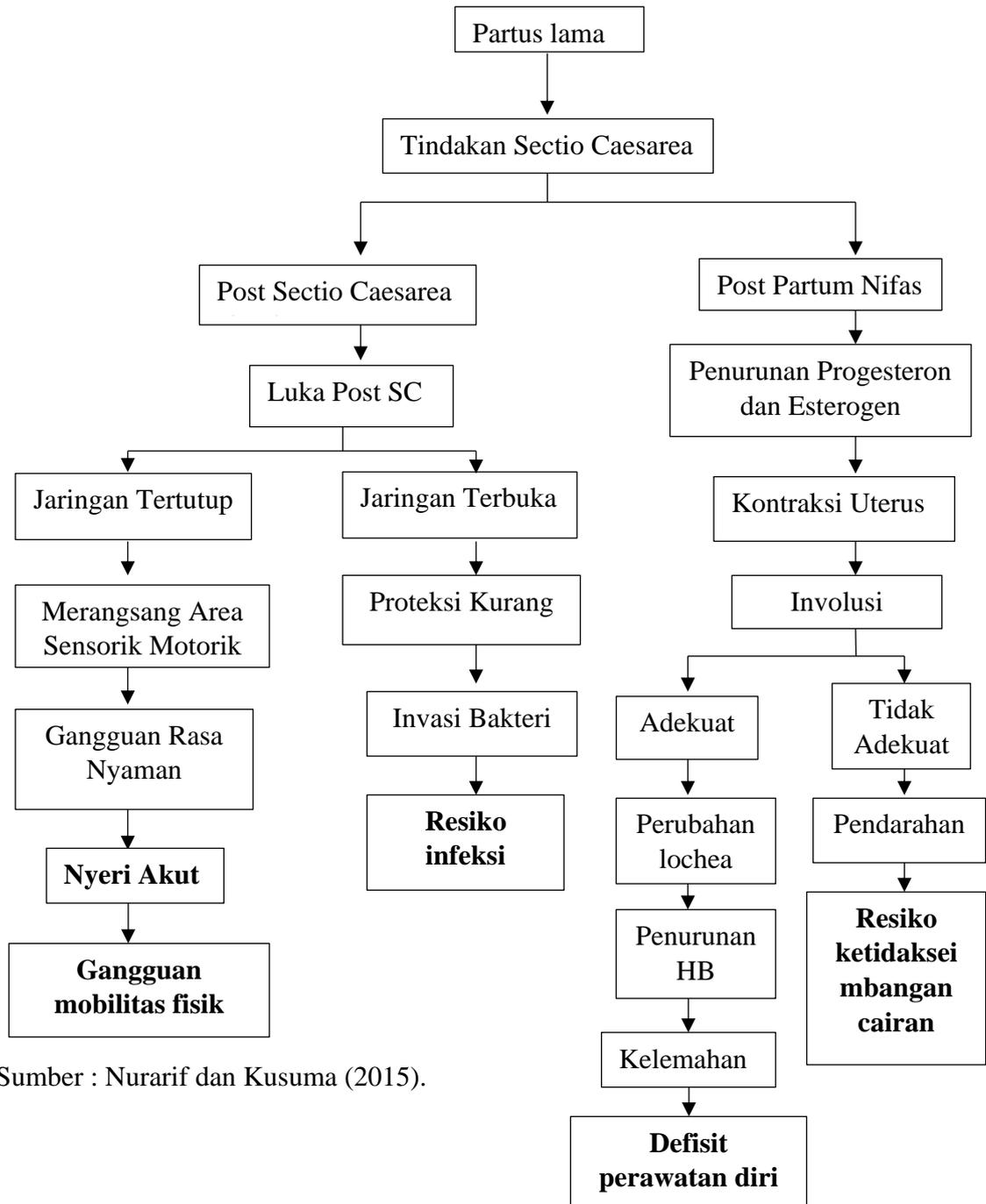
3. Patofisiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), terjadi kelainan pada ibu dan kelainan pada janin menyebabkan persalinan normal tidak memungkinkan akhirnya harus dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Adanya beberapa hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal, salah satunya adalah partus tidak maju (partus lama), kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* (SC). Dalam proses operasinya dilakukan tindakan yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Adanya kelumpuhan sementara dan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktifitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan juga insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf di daerah insisi. Hal ini akan merangsang area sensorik yang akan menimbulkan rasa nyeri. Setelah semua proses pembedahan berakhir, daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka post operasi, yang bila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah risiko infeksi. Selanjutnya pada masa nifas akan terjadi penurunan progesteron dan estrogen sehingga terjadi kontraksi uterus serta involusi tidak adekuat dan menimbulkan

pendarahan sehingga menimbulkan masalah resiko ketidakseimbangan cairan.

Bagan 2.2

Pathway Sectio Caesarea



Sumber : Nurarif dan Kusuma (2015).

4. Jenis-jenis *Sectio Caesarea*

Jenis-jenis *sectio caesarea* menurut Aspiani (2017), yaitu :

a. *Sectio transperitonealis profunda*

Sectio transperitonealis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah Rahim, bisa dengan Teknik melintang atau memanjang.

b. *Sectio Korporal atau Klasik*

Insisi ini dibuat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan *sectio transperitonealis profunda* misalnya, melekat erauterus pada dinding perut karena *sectio* yang sudah atau insisi segemn bawah uterus mengandung bahaya pendarahan yang banyak.

c. *Sectio Caesarea Peritoneal*

Dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi, akan tetapi dengan kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan ini jangan dilakukan. Rongga peritoneum tidak terbuka, dilakukan pada pasien infeksi uteri berat.

d. *Sectio Caesarea Histerotomi* dengan indikasi :

- 1) Antonia uteri
- 2) Plasenta accrete

- 3) Mioma uteri
- 4) Infeksi intra uteri berat

5. Manifestasi Klinis

Adapun manifestasi klinis dilakukannya SC menurut Nurarif dan Kusuma (2015), yaitu :

a. Pada ibu

- 1) Plasenta previa sentralis dan literalis (posterior)
- 2) Panggul sempit
- 3) CPD
- 4) Rupture uteri mengancam
- 5) Partus lama
- 6) Partus tak maju
- 7) Distorsia servik
- 8) Pre eklamsi dan hipertensi

b. Pada janin

- 1) Letak lintang
- 2) Letak bokong
- 3) Presentasi dahi dan muka
- 4) Presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil
- 5) Gemeli

6. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada dengan SC menurut Aspiani (2017), yaitu :

- a. Infeksi *puerperal* (nifas)
 - 1) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
 - 2) Sedang, dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - 3) Berat, dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik.
- b. Pendarahan disebabkan karena :
 - 1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - 2) Antonia uteri.
 - 3) Pendarahan pada *plasenta bed*.
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi.
- d. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Nurarif dan Kusuma (2015), yaitu :

- a. Pemantauan janin terhadap Kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokrit
- e. Urinalisis
- f. Amniosentesis terhadap maturitas pada janin sesuai indikasi
- g. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi

8. Penatalaksanaan Medis

a. Perawatan awal

- 1) Letakkan klien pada posisi pemulihan.
- 2) Periksa kondisi klien, cek ttv.
- 3) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi.
- 4) Tranfusi jika ada indikasi syok hemoragik.
- 5) Jika ttv dan hematokrit turun walau diberi tranfusi segera kembalikan ke kamar bedah, kemungkinan terjadi pasca bedah.

b. Pemberian Cairan

Karena 24 jam pertama klien berpuasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 10% garam fisiologi, dan RL secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan bila kadar Hb rendah diberikan transfuse dasarh sesuai kebutuhan.

c. Diet

Pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatus, lalu dimulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi, berupa air putih dan air teh.

d. Mobilisasi

Menurut Kasdu (2014) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, berikut akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu post op sectio caesarea sebagai berikut :

- 1) Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi sectio caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegakkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki.
- 2) Setelah 7-10 jam operasi, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kanan dan kekiri mencegah trombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.
- 3) Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki kepinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
- 4) Setelah ibu dapat duduk, perlahankan turunkan kedua kaki kelantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit.

e. Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa tidak nyaman, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan pendarahan. Kateter biasanya terpasang 24-28 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.

f. Pemberian obat- obatan

1) Antibiotik

2) Analgetic dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan seperti supositoria, oral, dan injeksi

3) Obat-obatan lain untuk meningkatkan daya tahan tubuh seperti vitamin c dan neurobion

g. Perawatan luka

Kondisi balutan luka dilihat pada 1 hari post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti.

9. Dampak *section caesarea* terhadap pemenuhan KDM

Menurut Maryunanai (2015) dampak sectio caesarea terhadap kebutuhan dasar manusia yaitu :

a. Nyeri

Ibu post op sectio caesarea akan merasakan nyeri di area pembedahan atau nyeri pada bekas luka operasi.

b. Makan dan Minum

1) Setelah diperiksa peristaltic pada 6 jam pasca bedah, bila positif maka ia dapat diberikan minum hangat sedikit dan kemudian

lebih banyak terutama bila mengalami anestesi spinal dan pasien tidak muntah. Pada anestesi umum mungkin akan lebih lambat timbulnya peristaltic.

- 2) Pasien dapat makan lunak atau biasa pada hari pertama. Infus dapat diangkat 24 jam pasca bedah. Bila pasien telah flatul maka ia dapat makan.

c. Mobilisasi

Pasien telah dapat menggerakkan kaki dan tangan serta tubuhnya sedikit, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12. Lalu dapat berjalan bila mampu pada 24 jam pasca bedah bahkan mandi sendiri pada hari kedua.

d. Eliminasi BAK/BAB

1) BAK

BAK disebut normal bila dapat buang air kecil spontan 3-4 jam, karena edema persalinan, diet cairan, obat-obatan analgetik selama persalinan dan perineum yang sakit. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri.

2) BAB

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika pasien hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diet teratur,

pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olahraga.

e. Personal Hygiene

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu dan penyembuhan luka *sectio caesarea*. Upaya yang harus dilakukan diantaranya :

- 1) Mandi
- 2) Perawatan luka *sectio caesarea*
- 3) Perawatan gigi dan mulut

f. Istirahat

Ibu post *sectio caesarea* memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur dibutuhkan ibu sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

g. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika *lochea* telah berhenti. Hendaknya pola hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih Kembali.

C. Post Partum

1. Pengertian Post Partum

Post partum (masa nifas) merupakan periode waktu ketika organ-organ reproduksi kembali seperti belum hamil yang membutuhkan waktu sekitar 6 minggu (42 hari) (Desfanita dkk,2015). Pengertian

lainnya menyebutkan bahwa post partum yaitu masa adaptasi secara fisik yang dimulai sejak bayi dilahirkan sampai kembalinya kondisi tubuh ibu pada kondisi seperti sebelum hamil, yaitu kurun waktu 6 sampai 8 minggu (Fatmawati,2015). Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama 6 minggu (wahyuningsih, 2019).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum merupakan suatu masa yang terjadi secara ilmiah dan dapat terjadi pada kelahiran pertama atau berikutnya yang dimulai sejak 1jam lahirnya plasenta sampai 6 minggu pada saat itu organ reproduksi akan kembali normal seperti sebelum hamil. Sehingga pelayanan Wanita post partum harus terselenggarakan guna untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi agar tidak terjadi komplikasi.

2. Adaptasi Fisiologi Post Partum

Perubahan-perubahan fisiologi post partum menurut Aspiani (2017),

Sebagau berikut :

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

Involusi uterus adalah proses kembalinya uterus ukuran semula sebelum hamil, sekitar kurang lebih 60 gram. Proses ini mulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos

uteri. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba TFU (Tinggi Fundus Uteri)

- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- b) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
- c) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengah pusat simfisis dengan berat 500 gram.
- d) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simfisis dengan berat 350 gram.
- e) Pada 5 minggu post partum, TFU mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.

2) *Lochea*

Lochea adalah ekresi cairan Rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dan dalam uterus. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas empat tahapan, yaitu:

a) *Lochea rubra*

Lochea ini muncul pada hari ke-1 sampai hari ke-3 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding Rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan meconium.

b) Lochea sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung di hari ke-4 sampai ke-6.

c) Lochea sarosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ke-7 sampai hari ke-14 post partum.

d) Lochea alba

Mengandung leukosit, sel desidu, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 minggu sampai 6 minggu post partum.

3) serviks

serviks mengalami involusi Bersama-sama dengan uterus. Warna serviks adalah merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat lacerasi/perluasan kecil. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga Rahim, setelah 2 jam dapat dimasukan 2-3 jari, pada minggu ke-6 post partum serviks menutup.

4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara

bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormone estrogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4.

5) Perineum

Setelah persalinan perineum menjadi kendur karena teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pulihnya tonus otot perineum terjadi sekitar 5-6 minggu post partum.

b. Perubahan Sistem pencernaan

Buang air besar spontan bisa terunda selama 2 samai 3 hari setelah ibu melahirkan. Buang air besar tidak lancer disebabkan karena tonus otot usus menurun selam proses persalinan dan awal masa pasca persalian, diare sebelum persalinan , kurag makan, atau dalam keadan dehidrasi. Kebiasaan buang air besar teratur perlu dicapai setela tonus usus kembali pada keadaan normal.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari ke-5 setelah persalinan. Jumlah urin yang keluar dapat melebihi 3.000ml/hari. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluer yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga didapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

d. Perubahan Sistem Endokrin

1) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon *Pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) *Hypotalamik pituitary*

Ovarium lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron, dipengaruhi oleh faktor menyusui.

4) Kadar estrogen

Terjadinya penurunan kadar estrogen yang bermakna setelah persalinan sehingga aktifitas prolaktin juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kadar kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormon estrogen pada masa post partum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4.

e. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang merengga pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

f. Perubahan Tanda-Tanda Vital

1) Suhu Badan

Dalam waktu 24 jam post partum suhu badan akan meningkat sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) sehingga akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

2) Nadi

Denyut nadi ibu post partum biasanya akan lebih cepat. Bila melebihi 100 x/menit, keadaan ini termasuk abnormal dan keadaan ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan atau yang lainnya. Tekanan darah akan tinggi bila terjadi pre-eklamsi post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan denyut nadi dan suhu. Bila suhu dan nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran cerna.

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung volume secukupnya dan curah jantung meningkat selama hamil. Setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintas sirkulasi uteri/plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

h. Perubahan Sistem Hematologi

Perubahan komponen darah terjadi saat masa nifas, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan, biasanya semua akan kembali ke keadaan semula.

i. Perubahan Pola Istirahat

Adanya impuls nyeri pada klien post SC akan merangsang susunan saraf otonom mengaktivasi *neurophineprine* mengakibatkan saraf simpatis terangsang untuk mengaktivitas RAS mengakibatkan kerja organ tubuh selalu dijaga, maka klien akan terjaga terus yang mengakibatkan kebutuhan tidur terganggu.

j. Perubahan Pemenuhan Kebutuhan Defisit Perawatan Diri

Keadaan fisik yang lemah akibat *sectio caesarea* menyebabkan kemampuan untuk beraktifitas dibatasi karena pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka operasi sehingga aktifitas klien akan sangat terbatas terutama aktifitas dalam kebersihan diri.

3. Adaptasi Psikologis Post Partum

Adaptasi psikologis dapat diklarifikasikan menjadi 3 antara lain :

a. Fase *Taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan ketika ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi orang lain. Berlangsung selama 1-3 hari setelah melahirkan, ketika focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pada fase ini, itu lebih mudah tersinggung dan cenderung passif terhadap lingkungannya disebabkan oleh faktor kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur. Disamping itu, kondisi tersebut perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

b. Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, ibu sudah menunjukkan keputusan (berfokus pada bayinya). Pada fase ini, ibu berespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung.

c. *Fase Taking Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari post partum. Ibu sudah menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan ibu untuk merawat diri dan bayinya sangat meningkat pada fase ini.

D. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan diri klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Arif Muttaqin, 2020). Pengkajian menurut Aspiani (2017), adalah sebagai berikut :

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis, dan identitas penanggung jawab.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Pada klien dengan post operasi sectio caesarea hari kesatu keluhan utamanya yaitu pasien mengeluh dan rasa haus yang berlebihan. Nyeri pada luka bekas operasi, badannya lemah, tidak berani bergerak.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada Riwayat kesehatan yang sekarang yang perlu dikaji yaitu keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi dari keluhan utama yang diuraikan dalam PQRST yaitu :

P : Propokatif, yaitu penyebab keluhan yang dirasakan klien yang memberatkan dan yang meringankan. Meringankan klien dengan SC adalah ketika klien istirahat atau tidak banyak gerak dan yang memberatkan pada pasien SC adalah ketika klien banyak melakukan aktifitas.

Q : Qualitative, yaitu kualitas atau seberapa berat keluhan yang dirasakan, pada klien post SC dan bagaimana rasanya.

R : Region, yaitu daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. Pada klien post SC keluhan yang dirasakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah.

S : Skala, yaitu intensitas nyeri yang dirasakan pasien SC dari rentang 0-5, tidak nyeri, nyeri ringan 2-3, nyeri berat 4-5.

T : Time, yaitu waktu kapan mulai timbulnya rasa nyeri, kadang-kadang terus menerus bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul atau konstan. Pada klien post SC hari pertama biasanya di dapati keadaan umum yang masi lemah, biasanya klien post SC. Sifat keluhan biasanya

hilang timbul, upaya untuk mengatasi keluhan itu biasanya dengan istirahat (berbaring dalam posisi telentang).

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami Riwayat tindakan operasi sectio casaera sebelumnya, atau klien mempunyai penyakit menular.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah di derita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya : TBC, DM, dan hipertensi.

5) Riwayat obsetri dan Gineklogi

a) Keadaan haid

Perlu di tanyakan kapan dating nya menarche, siklus haid, hari pertama haid terakhir, untuk dapat di ketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran gambaran tentang keadaan alat kandung.

b) Perkawinan

Berapa kali kawin dan sudah berapa lama menikah dengan suami yang sekarang.

c) Kehamilan dan persalinan

Riwayat kehamilan pada klien dengan partus biasa terdapat primi atau multigravida, kehamilan direncanakan atau tidak, masalah kehamilan, kunjungan antenatal care, penolong persalinan dan Kesehatan bayi,

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya tidak dijumpai penurunan kesadaran kemungkinan didapatkan klien tampak diam, apatis, meringis, gelisah karena nyeri serta penamplan biasanya lemah.

2) Tanda-tanda vital

Pada klien SC, terkadang tekanan darah menurun akibat SC, nadi kemungkinan cepat apabila klien cemas dan suhu meningkat jika terjadi infeksi.

a) Nadi dan suhu diatas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi.

b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan, tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya pendarahan PP.

3) Pemeriksaan Fisik *Head to toe*

a) Kepala

Meliputi bentuk wajah apakah simetris atau tidak, keadaan rambut dan kulit kepala.

b) Wajah

Kaji apakah terdapat cloasma pada wajah klien atau tidak.

(1) Mata

Dikaji kesimetrisan antara mata sebelah kiri dan kanan, fungsi penglihatannya, konjungtiva : apakah anemis atau tidak, sklera : apakah ikterik atau tidak dan bentuk pupil saat dirangsang cahaya. Biasanya terdapat lingkaran hitam dan tampak merah dapat disebabkan kurang tidur karena masih terdapat nyeri pada luka bekas operasi.

(2) Hidung

Dikaji bentuk hidung sebelah kanan dan kiri, fungsi penciuman, terdapat polip atau tidak, kebersihannya, terdapat nyeri atau tidak, terdapat secret atau tidak.

(3) Telinga

Dikaji bentuk kesimetrisan antara telinga kanan dan kiri, fungsi pendengaran serta kebersihan apakah terdapat serumen atau tidak.

(4) Mulut dan Gigi

Infeksi kelembaban mulut dan keadaan gigi, gigi berlubang dapat menjadi pintu masuk mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik, selain itu mulut dapat kering dan bau mulut.

c) Leher

Dikaji bentuk leher, pergerakan leher, apakah ada pembesaran tyroid dan peningkatan vena jugularis.

d) Dada

(1) Jantung

Bunyi jantung S1 S2 (lup/dup tidak ada bunyi tambahan/mur-mur) kaji bunyi jantung normal menggunakan stetoskop.

(2) Paru-paru

Dikaji irama nafas, bunyi nafas, frekuensi nafas. Biasanya pada ibu post operasi sectio caesarea dengan tidak ada penyakit penyerta akan ditemukan bunyi paru jelas dan vesokuler.

(3) Payudara

Dikaji keadaan payudara, bentuk hiperpigmentasi, aerola, keadaan puting susu menonjol atau terbenam dan kesimetrisan serta pengeluaran ASI pada klien post sectio caesarea biasanya ditemukan adanya gangguan pemberian ASI yang tidak fektif akibat dari bayi dan ibu dirawat terpisah. Sehingga beresiko kurangnya hisapan dari bayi dan pengetahuan yang kurang mengenai cara perawatan payudara (*breast care*) terutama bagi primipara.

e) Abdomen

Menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea nigra atau tiasak, involusi uteri : kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur kembali dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uteri, masase, dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lochea 4 sampai 5 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari di atas simfisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas simfisis, pada hari kesepuluh setinggi simfisis. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendor menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

f) Genetalia

Dikaji apakah ada kelainan, pembengkakan, terdapat lesi atau tidak, kebersihan vulva, ada pengeluaran *lochea*, jumlah *lochea*, dan terpasang kateterisasi tidak nya.

g) Kulit

Dikaji warna kulit, turgor, terdapat lesi edema atau tidak, bagaimana kebersihan dan kelembabannya.

h) Ekstremitas

Atas : Terpasang infus, dikaji kesimetrisannya, ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedema, biasanya keterbatasan gerak karena nyeri bekas operasi.

Bawah : Dikaji kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, biasanya keterbatasan gerak karena masih terdapat nyeri dibagian luka bekas operasi, reflek human sign

d. Aspek Psikologis, Sosial, dan Spiritual

1) Pada pasien hari ke-1 biasanya pasien mengalami fase *taking in*.

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi sensitif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) Klien dengan post *sectio caesarea* akan merasakan adanya rasa

nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.

- 3) Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya selama perawatan di rumah sakit.
- e. Pola aktivitas sehari-hari menurut Aspiani (2017)
- 1) Nutrisi
Kemungkinan pada klien post operasi *sectio caesarea* hari pertama klie masih puasa sehingga asupan nutrisi kurang.
 - 2) Eliminasi
Kemungkinan pada klien post operasi *sectio caesarea* hari pertama terpasang DC urine pada daerah genetalianya.
 - 3) Istirahat tidur
Kemungkinan klien susah tidur atau sering terjaga dari tidurnya, apakah ada perubahan lama atau tidaknya tidur.
 - 4) *Personal hygiene*
Kemungkinan adanya penurunan kebersihan diri .
 - 5) Pola aktivitas sehari-hari
Kemungkinan adanya penurunan kemampuan gerak.
- f. Data Penunjang
- Hasil pemeriksaan diagnostic dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap keadaan penyakit.
- 1) Hemptoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.

- 2) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadi sepsis.
- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- 4) Pemeriksaan jumlah tiroksin terjadi akibat pengaruh dari hormon estrogen.

g. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah Kesehatan dan keperawatan pasien.

Tabel 2.1

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Mengeluh nyeri pada luka post operasi sc. DO : - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah - Sulit tidur	Terdapat luka post OP yang menyebabkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik sebagai reseptor nyeri kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke thalamus dan di	Nyeri Akut

		presepsikan sebagai nyeri	
2.	DS: - DO: - Terdapat luka post sc - Leukosit	Luka post op. menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang, lalu terjadinya invasi bakteri yang menimbulkan resiko	Resiko infeksi
3.	DS : - DO : - Tampak edema pada ekstremitas bawah	Penurunan progesteron dan estrogen menyebabkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi tidak adekuat dan pendarahan sehingga terjadi resiko ketidakseimbangan cairan	Resiko ketidakseimbangan cairan
4.	DS : - Menolak melakukan perawatan diri DO : - Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoiilat/berhias secara mandiri	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan pendarahan, hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan	Defisit perawatan diri

	<ul style="list-style-type: none"> - Minat melakukan perawatan diri kurang 	<p>kurangnya O2 sehingga terjadi kelemahan dan meyebabkan defisit perawatan diri.</p>	
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan/merasa cemas saat bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah 	<p>Kelemahan fisik yang diakibatkan post sectio caesarea menyebabkan respon klien tidak efektif dan aktivitas klien terbatas, klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka post SC sehingga menghambat mobilitas</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Berikut adalah diagnosa yang mungkin muncul bagi klien post SC menurut Standar Keperawatan Indonesia (SDKI) 2017 :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b) Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)
- c) Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan proses pembedahan mayor (D.0036)
- d) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)
- e) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penerima langkah-langkah pemecah masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilai asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran (*outcome*) keperawatan. Sebelum menentukan rencana keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*) keperawatan (PPNI, 2019). Perencanaan yang mungkin muncul pada klien post SC menurut SIKI (2018), adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077)
 - 1) Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun.
 - 2) Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)
 - a) Keluhan nyeri menurun

- b) Tampak meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Frekuensi nadi membaik

Tabel 2.2

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri

1. Manajemen nyeri (I.08238)

Intervensi	Rasional
<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgetic 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari klien 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien 4. Untuk dapat mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan klien tentang nyeri 6. Untuk mengetahui apakah nyeri bisa mempengaruhi kualitas hidup 7. Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetic
<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hiptonis, akupresure, terapi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien

<p>musik, terapi pijat, aroma terapi, kompres hangat, atau dingin, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi pemilihan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk menurunkan stimulant nyeri agar klien nyaman dan aman 3. Agar klien dapat beristirahat 4. Agar dapat mempertimbangkan dalam pemulihan strategi dalam meredakan nyeri
<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat 5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien dapat mengetahui penyebab, periode, pemicu dari nyeri 2. Untuk mengetahui strategi dalam meredakan nyeri 3. Agar klien dengan mandiri dapat mengetahui nyeri 4. Agar pemberian analgetic secara tepat 5. Untuk melepaskan tegangan emosional dan otot atau untuk mengurangi rasa nyeri
<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi atau untuk mengurangi nyeri

- b. Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun
 - 2) Kriteria : Tingkat infeksi (L.14137)
 - a) Demam menurun
 - b) Kemerahan menurun
 - c) Nyeri menurun
 - d) Bengkak menurun
 - e) Sel darah putih membaik
 - f) Jumlah leukosit dalam batas normal
 - g) Kebersihan tangan meningkat.

Tabel 2.3

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi

1. Pencegahan infeksi (I.14539)

Intervensi	Rasional
Observasi : 1. Monitor randa dan gejala infeksi local dan sistemik	1. Agar mempermudah untuk penanganan jika infeksi terjadi
Terapeutik : 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area oedema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beriko	1. Agar klien tidur dengan nyenyak dan cukup 2. Untuk mencegah terjadinya infeksi yang lebih luas 3. Untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial 4. Meminimalkan kesempatan untuk kontaminasi

<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui ada dan tidaknya tanda dan gejala infeksi 2. Mengurangi kontaminasi organisme 3. Agar klien mengetahui cara memeriksa kondisi luka 4. Untuk meningkatkan energi dan daya tahan tubuh 5. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi
<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar dapat membunuh mikroorganisma penyebab infeksi

Sumber : SIKI (2018)

- c. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan proses pembedahan mayor (D.0036)
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat
 - 2) Kriteria : Keseimbangan cairan (L.03020)
 - a) Asupan cairan meningkat
 - b) Kelembaban membran mukosa meningkat
 - c) Tekanan darah membaik
 - d) Membran mukosa membaik
 - e) Turgor kulit membaik

Tabel 2.4

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko Ketidakseimbangan Cairan

1. Manajemen cairan (I.03098)

Intervensi	Rasional
<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hemtokrit, Na, K, CI, berat jenis urin, BUN) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau jika terjadi perubahan pada membrane mukosa, denyut nadi, dan tekanan darah 2. Perubahan dapat menunjukan keparahan dari edema klien 3. Untuk memastikan volume cairan yang berlebih ditubuh sudah kembali normal 4. Hasil laboratorium dapat menjadi acuan intervensi
<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya ketidakseimbangan cairan 2. Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit
<p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obat diuretik dapat mengurangi asites

Sumber : SIKI (2018)

- d. Defisit perawatan diri berubungan dengan kelemahan (D.0109)
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkatkan
 - 2) Kriteria : Perawatan diri (L.11103)
 - a) Kemampuan mandi meningkat
 - b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
 - c) Kemampuan ketoilet meningkat
 - d) Minat melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2.5

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri

1. Dukungan perawatan diri (I.11348)

Intervensi	Rasional
<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan kemandirian klien 2. Untuk mengetahui aktivitas harian/ADL klien
<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan kebutuhan pribadi (mis.parfum,sikat gigi,dan sabun) 3. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan kenyamanan terhadap klien 2. Untuk memfasilitasi klien dalam meningkatkan personal hygiene 3. Untuk membantu klien dalam melakukan perawatan diri 4. Untuk mempermudah klien dalam melakukan perawatan Diri

5. Fasilitas kemandirian, bantu jika tidakmampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	5. Agar klien tidak bergantung sepenuhnya ketika melakukan kebersihan diri 6. Agar klien mau melakukan perawatan diri sendiri
Edukasi : 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1. Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri

Sumber : SIKI (2018)

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat
- 2) Kriteria : Mobilitas fisik (L.05042)
 - a) Nyeri menurun
 - b) Kelemahan fisik menurun
 - c) Kekuatan otot meningkat
 - d) Gerakan terbatas menurun.

Tabel 2.6

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

1. Dukungan mobilisasi (I.05173)

Intervensi	Rasional
Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	1. Mengetahui keluhan klien dan rencana tindakan selanjutnya 2. Mengetahui kemampuan dan batasan klien terkait Latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya 3. Untuk mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah klien

4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	4. Untuk mengetahui kondisi terkini klien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi
<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan bantuan kepada pasien saat melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/sakit saat berpindah. 2. Meningkatkan status mobilisasi fisik klien 3. Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan Latihan pergerakan
<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi kepada klien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan 2. Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan 3. Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

Sumber : SIKI (2018)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status Kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti dan Malyanti, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti dan Malyanti,2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. E
Umur	: 40 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Lumbung Ciamis
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMP
Suku bangsa	: Sunda
Tanggal masuk	: 03 April 2023
Tanggal pengkajian	: 04 April 2023
Diagnosa medis	: Post SC atas indikasi Partus lama
Gravida	: P ₄ A ₀
No.RM	: 100823501

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A

Umur : 45 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Alamat : Lumbung Ciamis

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Agama : Islam

Suku bangsa : Sunda

Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi di daerah perut bagian bawah.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 april 2023 10 jam post op, klien mengeluh nyeri pada luka operasi SC. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk jarum di area abdomen bawah dengan panjang 12 cm dan nyeri tidak menyebar. klien mengatakan nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10). Nyeri dirasakan meningkat apabila klien banyak bergerak,

nyeri berkurang apabila klien tidak banyak bergerak/istirahat.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah melakukan operasi *sectio caesarea* seperti ini, karena ketiga anaknya lahir secara normal. Klien tidak pernah mempunyai penyakit yang dapat memperberat keadaannya seperti penyakit hipertensi, asma, diabetes mellitus maupun penyakit yang menular seperti hepatitis, TBC, HIV.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, diabetes mellitus atau riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS.

5) Riwayat Obsetri dan Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menurut penuturan klien waktu pertama haid pada usia 13 tahun, siklus haid teratur setiap 28 hari, lamanya haid 5-7 hari. Sifat darah berwarna merah, tidak ada keluhan selama haid. HPHT 28 Juni 2022, Taksiran Partus (28+7) (6-3)

(Tahunnya +1) maka Taksiran Partus klien 5 Maret 2023.

b) Riwayat pernikahan

Klien mengatakan ini pernikahan yang kedua, usia pada saat pernikahan kedua 39 tahun dan suaminya 44 tahun. Memiliki tiga anak dari suami pertama dan anak keempatnya dari suami kedua.

c) Riwayat keluarga berencana

Menurut penuturan klien, klien pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan sekali, keluhan siklus haid jadi tidak teratur. Setelah melewati masa persalinan operasi SC klien berencana tidak ingin mempunyai anak lagi sehingga memutuskan untuk menggunakan kb permanen atau kb MOW.

d) Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan ini kehamilan yang keempat, keluhan selama kehamilan mual muntah. Pemeriksaan kehamilan dilakukan ke bidan secara teratur setiap bulannya.

e) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 04 April 2023 pukul 20.00 WIB klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Bayi lahir pada pukul 22.33 WIB dengan jenis kelamin perempuan, panjang badan 51 cm, dengan berat 3300 gram. Sejak lahir klien belum memberikan bayinya ASI karena bayi belum di pindahkan keruangan yang sama dengan ibunya.

f) Riwayat persalinan dahulu

Ny. E mempunyai 3 orang anak dengan Riwayat persalinan normal dibantu bidan, berjenis kelamin perempuan dan ketiga anaknya dalam keadaan sehat. Di bawah ini adalah tabel Riwayat persalinan berdasarkan data yang dikaji.

Tabel 3.1**Riwayat Persalinan**

No	Tempat	Penolong	Melahirkan	Bb lahir	JK	Usia	keadaan
1.	Bidan	Bidan	Normal	3200 gr	P	17 th	Sehat
2.	Bidan	Bidan	Normal	3100 gr	P	15 th	Sehat
3.	Rumah sakit	Bidan	Normal	2500 gr	P	7 th	Sehat
4.	Rumah sakit	Dokter	SC	3300 gr	P	1 hari	Sehat

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan : Klien tampak meringis dan lemah

GCS : 15 (E=4, V=5, M=6)

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 110/80 mmHg

Nadi : 60x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,5° C

3) Pemeriksaan Antropometri

Tinggi badan : 152 cm

BB sebelum hamil : 53 kg

BB sekarang : 62 kg

4) Pemeriksaan *Head to toe*

a) Rambut dan Kepala

Penyebaran rambut merata, warna rambut klien hitam, rambut tidak rapih, rambut klien tampak berminyak, karakteristik rambut lurus, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, tidak terdapat lesi maupun nyeri tekan, kulit kepala klien kotor, terdapat cloasma pada wajah klien.

b) Mata

Bentuk kedua mata simetris kanan dan kiri, sklera putih, konjungtiva terlihat pucat, kornea jernih, refleks pupil ketika diberi rangsangan cahaya mengecil, pupil isokor, bola mata dapat di Gerakan ke segala arah, tidak ada nyeri tekan.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, lubang hidung bersih, tidak ada secret, fungsi penciuman klien bisa membedakan bau kayu putih dan alcohol dengan mata tertutup, tidak ada nyeri tekan,

d) Telinga

Letak telinga simetris kiri dan kanan, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, fungsi pendengaran klien dapat menjawab pertanyaan tanpa diulang, tidak ada nyeri tekan.

e) Mulut

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, warna bibir pucat, gigi rapih dan lengkap terlihat sedikit kuning, fungsi pengecapan klien dapat membedakan rasa asin dan manis.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pergerakan leher baik dapat menengok kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan.

g) Dada

(1) Jantung

Irama regular, tekanan darah 110/80mmHg, frekuensi nadi 88x/menit. Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

(2) Paru-paru

Bunyi paru-paru vesikuler, tidak terdapat nyeri tekan, respirasi 21x/menit.

(3) Payudara

Simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan, puting susu menonjol keluar, areola hitam, ASI sudah keluar, tidak ada nyeri tekan, payudara tampak bersih.

h) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat nyeri tekan di daerah abdomen pada saat palpasi dengan skala nyeri 6 (0-10), terdapat luka bekas operasi *sectio caesarea* dengan panjang 12 cm, luka

tampak bersih, luka tertutup perban, terdapat linea nigra dan striae gravidarum, bising usus 10x/menit, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat, pada saat di palpasi uterus teraba keras.

i) Genetalia

Keadaan genetalia kotor, penyebaran rambut pubis merata, labia minora simetris antara kiri dan kanan, tidak terdapat oedema. Klien terpasang DC, terdapat 400 cc urine yang keluar dalam urine bag, terdapat lochea rubra, mengganti pembalut dua kali dalam sehari.

j) Kulit

Warna kulit sawo matang, CRT <2 detik, turgor kulit dapat kembali <2 detik, kulit klien teraba lengket dan sedikit bau, tidak ada nyeri tekan.

k) Ektremitas

(1) Atas

Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, tangan kiri terpasang infus RL 20 tetes/menit, jumlah jari lengkap, kuku tampak bersih, tidak ada nyeri tekan dan dapat di gerakan ke segala arah, kekuatan otot 5/5.

(2) Bawah

Kedua kaki simetris antara kiri dan kanan, jumlah jari lengkap dan keadaan kuku panjang tapi bersih, Gerakan terbatas karena post op, sendi tampak kaku, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, reflek human sign (+), kekuatan otot 4/4.

d. Riwayat psikososial

1) Aspek psikologis

a) Konsep diri

(1) Identitas diri

Klien merasa sebagai perempuan yang sempurna karena bisa mengandung dan melahirkan 4 anak yang ia sayangi.

(2) Peran diri

Klien mengatakan belum dapat menjalankan perannya sebagai seorang istri dari Tn. A dan ibu dari anak-anak nya karena klien harus menjalani perawatan pasca operasi sehingga perannya juga ikut terganggu.

(3) Ideal diri

Klien menyadari bahwa dalam keadaannya sekarang sangat membutuhkan bantuan dan

dukungan dari keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Klien juga berharap cepat sembuh dan segera bisa merawat anaknya dan menyusuinya.

(4) Harga diri

Klien sangat senang dengan kelahiran anaknya yang keempat dan merasa di hargai oleh suami, anak-anak, dan keluarganya. Namun klien juga merasa sedih karena tidak bisa melahirkan secara normal.

(5) Citra diri

Klien menerima rasa sakit dan luka pada tubuhnya dan tidak malu dengan keadaannya. Merasa senang dengan kelahiran anaknya yang lahir tanpa ada kecacatan.

2) Psikologis post partum

Klien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung 1-3 hari setelah melahirkan ditandai dengan klien focus perhatian pada dirinya sendiri.

e. Aspek Sosial dan Spiritual

1) Pola Peran dan Hubungan Sosial

Klien mengatakan hubungan dengan orang terdekat tidak ada masalah dan hubungannya sangat baik. Interaksi dengan tenaga medis, keluarga dan pasien lain terjalin dengan baik, klien pun tampak kooperatif, komunikasi dengan orang lain lancar tidak ada konflik dalam hubungannya dengan orang lain.

2) Pola Koping dan Stress

Apabila klien mengalami stress karena mempunyai masalah, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah dengan suaminya.

3) Aspek Spiritual

Klien beragama islam dan selalu melaksanakan sholat 5 waktu, tetapi untuk sekarang klien mengalami kesulitan. Dengan keadaanya yang seperti ini klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

f. Pola aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2

Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Pola nutrisi Jenis makanan Porsi makanan Frekuensi Jenis minuman Frekuensi Cara	Nasi, lauk pauk, sayur 1 porsi 3x sehari Air putih 6-7 gelas Mandiri	Bubur, sayur, lauk pauk ½ porsi 3x sehari Air putih 4-5 gelas Dibantu
2.	Pola eliminasi 1) BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau Keluhan Cara 2) BAK Frekuensi Warna Bau Keluhan Cara	1-2x/sehari Lembek Kuning khas Khas feses Tidak ada Mandiri 4-5x/sehari Kuning jernih Khas urine Tidak ada mandiri	Belum BAB - - - - - 400 ml Kuning kecoklatan Khas urine Tidak ada Terpasang DC
3.	Pola istirahat tidur 1) Tidur siang Keluhan Kualitas 2) Malam Keluhan Kualitas	1-2 jam/hari Tidak ada Nyenyak 7-8 jam/hari Tidak ada Nyenyak	1 jam/hari Tidak ada Nyenyak 6-7 jam/hari Tidak ada Nyenyak

4.	Personal hygiene		Klien mengatakan belum mandi sudah 2hari sebelum op dan belum mampu ke kamar mandi, maka dilakukan perawatan diri dengan cara
	Mandi	2x/sehari	Spon dan vulva hygiene
	Gosok gigi	2x/sehari	1x/hari
	Cuci rambut	3x/seminggu	-
	Ganti pakaian	2x/hari	1x/hari
	Cara	mandiri	Dibantu

g. Data Penunjang

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Ny. E

NO.RM : 100823501

Tanggal : 05 April 2023

Tabel 3.3

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
	Hemoglobin rutin :			
1.	HGB, Hemoglobin	10,9	g/dL	12,0-16,0
2.	HCT, Hematokrit	32,6	%	35 - 45
3.	WBC, Leukosit	15,0	/ml	Dws : 5-10 Bayi : 7-17
4.	PLT, Trombosit	273	/uL	150-450 10 ⁶ /uL

h. Terapi Medis

Tabel 3.4

Terapi Medis

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
Infus RL	20tts/menit	IV
Cefotaxime	3x1gr	IV
Plasminex	3x500mg	Oral
Cefadroxil	3x500mg	Oral
Asmef	3x500mg	Oral
Hemafort	2x1	Oral
Kaltrofen sup	3x100mg	Suppositoria

2. Analisa Data

Tabel 3.5

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi SC, pada daerah perut bagian bawah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 6 (0-10) - Terdapat luka post operasi SC, pada daerah perut bagian bawah dengan ukuran 12cm - Klien tampak meringis kesakitan - TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD : 110/80 mmHg Nadi : 60x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,5°C 	<p>terdapat luka post operasi yang menyebabkan terputusnya dan merangsang area sensorik sebagai reseptor nyeri kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke thalamus dan di persepsikan sebagai nyeri.</p>	Nyeri akut

2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada luka post section caesarea <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi SC, pada daerah perut bagian bawah dengan ukuran 12 cm yang masih tertutup perban - Leukosit 15.00/mm³ 	<p>Luka post operasi menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang, lalu terjadinya invasi bakteri yang mnyebabkan resiko infeksi.</p>	Resiko Infeksi
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum mandi sudah 2 hari sebelum operasi. - Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rambut klien tampak berminyak - Kulit klien teraba lengket dan sedikit bau - Genetalia kotor - Aktivitas kebersihan dibantu 	<p>Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan pendarahan, hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O₂ oksigen sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri.</p>	Defisit Perawatan Diri
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri saat bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Rentang gerak menurun - Aktivitas dibantu keluarga 	<p>Kelemahan fisik yang di akibatkan post operasi section caesarea menyebabkan respon klien tidak efektif dan aktivitas klien terbatas, klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka post sc sehingga menghambat mobilitas.</p>	Gangguan Mobilitas Fisik

3. Diagnosa Keperawatan

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

DS :

- Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi SC, pada daerah perut bagian bawah abdomen

DO :

- Skala nyeri 6 (0-10)
- Terdapat luka post operasi SC, pada daerah perut bagian bawah dengan ukuran 12 cm
- Klien tampak meringis kesakitan
- TTV :

TD : 110/80 mmHg

RR : 20x/menit

Nadi : 60x/menit

Suhu : 36,5°C

- b. Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit

DS :

- Klien mengeluh nyeri pada luka post sc

DO :

- Terdapat luka post operasi SC, pada bagian perut bagian bawah dengan panjang 12 cm yang masih tertutup perban

- Leukosit $1500/\text{mm}^3$

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan belum mandi
- Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi

DO :

- Rambut klien tampak berminyak
- Kulit klien teraba lengket dan sedikit bau
- Genetalia kotor
- Aktivitas kebersihan dibantu oleh keluarga dan perawat

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya nyeri ditandai dengan :

DS :

- Klien mengeluh nyeri saat bergerak
- Enggan melakukan pergerakan atau merasa cemas saat bergerak

DO :

- Klien tampak lemah
- Gerakan klien terbatas
- Rentang gerak menurun
- Aktivitas dibantu keluarga dan perawat

4. Proses Keperawatan

Tabel 3.6
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
1.	<p>Nyeri akut b.d agen cedera fisik</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada luka post SC, pada bagian bawah abdomen <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 6 (0-10) - Terdapat luka post operasi SC, pada daerah perut bagian bawah dengan panjang 12 cm 	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Tampak meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 	<p>Manajemen nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui keadaan umum klien 2. Untuk mengetahui karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 	<p>Tanggal 4 April 2023 jam 08:00WIB</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi TTV 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri <p>Hasil :</p> <p>TD : 110/80x/menit Nadi : 60x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,5°C</p>	<p>Tanggal 4 April 2023 Jam 13:20 WIB</p> <p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi SC</p> <p>P : luka operasi</p> <p>Q : nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk jarum</p> <p>R : abdomen bawah</p> <p>S : 6 (0-10)</p> <p>T : hilang timbul</p>

1	2	3	4	5	6	7
	<ul style="list-style-type: none"> - TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 60x/menit RR 20x/menit Suhu : 36,5°C - Klien tampak menolak saat dilakukan palpasi abdomen 		<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien 4. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien 	<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nyeri dirasakan apabila klien banyak bergerak -Nyeri seperti tertusuk-tusuk jarum -Nyeri hilang timbul -Nyeri tidak menyebar ke daerah lain <p>Jam 08:15WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil : Skala nyeri 6 (0-10)</p> <p>Jam 08:20WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <p>Hasil : Klien tampak meringis</p> <p>Terapeutik</p> <p>Jam 08:25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post SC di daerah perut bagian bawah dengan panjang 12 cm - Klien tampak meringis - Skala nyeri 6 (0-10) - TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 60x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,5°C A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Observasi TTV - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon non verbal - Ajarkan Teknik

1	2	3	4	5	6	7
			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan)</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p>	<p>2. Untuk menurunkan rasa nyeri agar klien nyaman dan aman</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar klien dapat mengetahui penyebab, periode, dan pemicu dari nyeri</p>	<p>Hasil : Klien mampu melakukan relaksasi nafas dalam saat nyeri dirasakan Jam 08:35 WIB</p> <p>2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan)</p> <p>Hasil : Keluarga yang menunggu klien maksimal 2 orang</p> <p>Edukasi</p> <p>Jam 08: 40 WIB</p> <p>1. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>Hasil : Klien paham tentang penyebab,periode dan pemicu nyeri</p>	<p>Nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) - Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>(Putri Jihan J)</p>

1	2	3	4	5	6	7
			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetic (asam mefenamat 3x500mg, kaltrofen supp 3x 100 mg) 	<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membantu proses penyembuhan klien pasca operasi atau untuk mengurangi nyeri 	<p>Kolaborasi</p> <p>Jam 08 : 50WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan analgetic (asam mefenamat 500 mg) <p>Hasil : Klien kooperatif, mau diberikan terapi obat analgetic asam mefenamat 1x500 mg.</p> <p>(Putri Jihan J)</p>	
2.	<p>Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit</p> <p>DS : - klien mengeluh Nyeri pada luka sc</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi SC didaerah perut bagian bawah berukuran 12 cm yang masih tertutup 	<p>Tingkat infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bebas dari tanda-tanda infeksi - Jumlah leukosit 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui ada dan tidak adanya tanda gejala infeksi 	<p>Tanggal 4 April 2023 Jam 08 : 55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Hasil : luka tertutup perban, tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>Tanggal 4 April 2023 Jam 13:25</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka insisi pada abdomen - Luka tertutup perban

1	2	3	4	5	6	7
	perban - Leukosit 15.00/mm ³	Menurun	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Batasi jumlah pengunjung Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Meminimalkan interaksi antara klien dengan orang lain supaya tidak terjadi penyebaran infeksi Untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan pengetahuan 	<p>(rubor, kalor, dolor, tumor, fungsi laesa)</p> <p>Terapeutik Jam 09:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Membatasi jumlah pengunjung <p>Hasil : yang membesuk klien dibatasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memcuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien <p>Hasil : melakukan cuci tangan 6 langkah</p> <p>Edukasi Jam 09:05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Hasil : klien paham tentang tanda dan gejala infeksi</p>	<p>- Leukosit 15.00/mm³</p> <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien</p> <p>- Kolaborasi pemberian antibiotic</p> <p>(Putri Jihan J)</p>

1	2	3	4	5	6	7
			<p>2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotic (cefotaxime 3x1gr/IV, cefadroxil 500 mg/oral)</p>	<p>2. Untuk meningkatkan energi dan daya tahan tubuh</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Untuk membunuh mikroorganisme penyebab infeksi</p>	<p>Jam 09:12 WIB</p> <p>2. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>Hasil : klien mengatakan makan buah-buahan dan sayuran</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Jam 09 :16 WIB</p> <p>1. Memberikan obat antibiotic (cefotaxime 1gr/IV).</p> <p>Hasil: klien mau diberikan obat antibiotic cefotaxime 1x1gr/IV (Putri Jihan J)</p>	
3.	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum mandi - Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi 	<p>Perawatan diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1) Kemampuan</p>	<p>Dukungan perawatan diri (L.11348)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tingkat kemandirian</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien</p>	<p>Tanggal 4 April 2023</p> <p>Observasi</p> <p>Jam 09:20 WIB</p> <p>1. Memonitor tingkat kemandirian</p> <p>Hasil : klien belum bisa melakukan perawatan</p>	<p>Tanggal 4 April 2023</p> <p>Jam 13:35WIB</p> <p>S :</p> <p>Klien belum mampu ke kamar mandi</p> <p>O :</p> <p>- Klien terlihat</p>

1	2	3	4	5	6	7
	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rambut klien tampak berminyak - Kulit klien lengket - Genetalia kotor - Aktivitas kebersihan dibantu oleh keluarga dan perawat 	<p>Mandi meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan ketoilet meningkat 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang teraeutik (rileks, privasi) 2. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri (vulva hygiene dan memandikan klien dengan cara spon) 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan kenyamanan terhadap klien 2. Agar klien tidak bergantung sepenuhnya ketika klien melakukan kebersihan diri 	<p>Diri secara mandirian</p> <p>Terapeutik</p> <p>Jam 09:25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang rileks, privasi) <p>Hasil : klien tampak merasa nyaman dan aman</p> <p>Jam 09:28 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memfasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri (vulva hygiene dan memandikan klien dengan cara spon) <p>Hasil : klien terlihat nyaman dan bersih setelah dilakukan vulva hygiene dan spon</p> <p>Jam 09:36 WIB</p>	<p>Segar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genetalia klien bersih karena sudah ganti balutan - Badan klien tidak berbau - Klien masih terpasang DC <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p>(Putri Jihan J)</p> <p>7</p>

1	2	3	4	5	6	
			<p>3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	<p>3. Untuk Memudahkan klien mengetahui waktu pelaksanaan personal hygiene</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri</p>	<p>3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Hasil : klien bersedia melaukan jadwal perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>Jam 09:40 WIB</p> <p>1. Meganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p> <p>Hasil : klien akan melakukan perawatan diri 2x sehari</p> <p>(Putri Jihan J)</p>	
4.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri saat bergerak <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah 	<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p>	<p>Observasi</p> <p>1. untuk mengetahui keluhan klien dan rencana tindakan</p>	<p>Tanggal 4 April 2023</p> <p>Jam 09:44 WIB</p> <p>Observasi</p> <p>1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p>	<p>Tanggal 4 April 2023</p> <p>Jam 13:43 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri saat bergerak

1	2	3	4	5	6	7
	<ul style="list-style-type: none"> - Gerakan klien terbatas - Rentang gerak menurun - Aktivitas dibantu keluarga 	<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri menurun 2) Pergerakan ekstremitas meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Kelemahan fisik menurun 5) Gerakan terbatas menurun 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) 2. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 	<p>Selanjutnya</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/sakit saat berpindah 2. Keluarga dapat secara mandiri membantu klien melakukan Latihan pergerakan 	<p>Hasil : klien mengatakan nyeri ketika bergerak Jam 09:49 WIB</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (menaikan pagar tempat tidur) <p>Hasil : klien menggunakan pagar tempat tidur untuk pegangan ketika bangun di tempat tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan <p>Hasil : keluarga tampak membantu klien ketika bergerak</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Gerakan klien masih terbatas - klien masih merasakan nyeri saat miring kiri miring kanan <p>A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan - Anjurkan mobilisasi dini yang harus dilakukan sesuai tahapan mibilisasi

1	2	3	4	5	6	7
			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan post sc : <ol style="list-style-type: none"> a. 0-6 jam menggerakkan tangan, kaki dan jari-jari b. 6-12 jam miring kanan dan kiri c. 12-24 jam duduk semi fowler d. >24 jam berjalan 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien mengetahui tentang mobilisasi 2. Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi 	<p>Edukasi</p> <p>Jam 09:52 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tentang tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Hasil : klien tampak mengerti tentang mobilisasi</p> <p>Jam 09:55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengajarkan mobilisasi dini bagi post sc dengan tahapan mobilisasi <p>Hasil: klien mulai belajar miring kiri dan kanan</p> <p>(Putri Jihan J)</p>	<p>(Putri Jihan J)</p>

5. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. E

Umur : 40 tahun

No.RM : 100823501

Diagnosa Medis : Post Operasi Sectio Caesarea Atas indikasi Partus Lama

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1.	5 April 2023 Jam 09:00 WIB	1	<p>S : klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - Terdapat luka post op SC 12 cm jahitan didaerah abdomen - TTV : TD : 110/70 mmHg RR : 21x/menit Nadi : 65x/menit Suhu : 35,7°C <p>A : Nyeri Akut</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon non verbal - Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetic (asam mefenamat 3x500mg/oral dan 3x100mg kaltrofen supp) <p>I : Jam 09:20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : 4 (0-10) - Mengidentifikasi respon non verbal Hasil : klien tampak tenang - Mengobservasi TTV 	Putri Jihan Juliana

1	2	3	4	5
			<p>Hasil: TD : 110/70 mmHg Nadi : 65x/menit RR : 21x/menit Suhu : 36,7⁰C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik nafas dalam) <p>Hasil : klien selalu melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melanjtkan therapy analgetic asam mefenamat 1x500 mg/oral <p>E : Masalah Teratasi Sebagian</p>	
2.	5 April 2023 Jam 09:35 WIB	2	<p>S : - O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post op yang masih tertutup perban - Leukosit 15.00/mm³ <p>A : Resiko Infeksi P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda dan gejala infeksi - Berikan therapy antibiotic (cefotaxime 3x1gr/IV dan cefadroxil 3x500mg/oral) - Ajarkan keluarga dan klien melakukan vulva hygiene - Anjurkan keluarga dan klien untuk menjaga kebersihan <p>I : Jam 09:45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien - Mengobservasi suhu tubuh Hasil : suhu klien 36,7⁰C - Mengobservasi tanda-tanda infeksi Hasil : luka klien tidak tampak merah pada daerah sekitar abdomen - Memberikan perawatan luka Hasil : luka masih tampak basah - Memberikan therapy obat antibiotic 	Putri Jihan Juliana

1	2	3	4	5
			cefadroxil 1x500 mg/oral E : Masalah Teratasi Sebagian	
3.	5 April 2023 Jam 10:00 WIB	4	S : klien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak O : <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah bisa duduk ditempat tidur dan sisi tempat tidur - Klien sudah bisa miring kiri miring kanan - Aktivitas klien masih dibantu keluarga A : Gangguan Mobilitas Fisik P : Lanjutkan Intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Anjurkan klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi I : Jam 10:30 WIB <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : klien masih merasakan sedikit nyeri pada luka bekas operasi - Melanjutkan mobilisasi sederhana Hasil : klien sudah bisa miring kiri miring kanan, klien sudah bisa duduk ditempat tidur dan sudah bisa pergi ke kamar mandi dengan bantuan keluarga E: Masalah Teratasi Sebagian	Putri Jihan Juliana

1	2	3	4	5
4.	6 April 2023 Jam 09:00 WIB	1	<p>S : klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 (0-10) - Klien tampak lebih tenang - TTV : TD : 110/80 mmHg Nadi : 75x/menit RR : 21x/menit Suu : 36,8^oC <p>A : Nyeri Akut</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi Dirumah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan therapy obat oral anti nyeri sesuai anjuran asam mefenamat 3x500mg/oral - Anjurkan melakukan teknik nafas dalam bila nyeri terasa <p>I : Jam 09:15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri menurun 3 (0-10) - Mengidentifikasi respon non verbal Hasil : klien tampak tenang - Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg Nadi : 75x/menit RR : 21x/menit Suhu : 36,8^oC - Melanjutkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam) Hasil : klien sudah membiasakan melakukan teknik nafas dalam jika nyeri terasa - Melanjutkan therapy analgetic asam mefenamat 1x500mg/oral <p>E : Masalah Teratasi Sebagian</p>	Putri Jihan Juliana

1	2	3	4	5
5.	6 April 2023 Jam 10:00 WIB	2	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi SC berukuran 12 cm di daerah perut bagian bawah - Leukosit 15.00/mm³ - Klien sudah up DC dan up infus - Luka tertutup perban <p>P : Lanjutkan intervensi di rumah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien dan keluarga klien untuk tetap memperhatikan tanda gejala infeksi - Anjurkan klien dan keluarga klien untuk memperhatikan perawatan luka sesuai anjuran - Berikan therapy antibiotic sesuai anjuran cefadroxil 3x500mg/oral <p>I : Jam 10:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien - Mengobservasi suhu tubuh Hasil : suhu klien 36,8⁰C - Mengobservasi tanda-tanda infeksi Hasil : luka klien tidak tampak merah pada daerah abdomen - Melanjutkan therapy obat antibiotic sesuai anjuran cefadroxile 1x500mg/oral 	Putri Jihan Juliana
6.	6 April 2023 Jam 10:45WIB	4	<p>S : klien mengatakan nyeri berkurang ketika bergerak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah bisa duduk ditempat tidur dan berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi - Klien sudah bisa miring kiri miring kanan tanpa bantuan - Klien sudah bisa ke toilet - Aktivitas dibantu Sebagian <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	Putri Jihan Juliana

B. Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Ny. E P₄A₀ POD 1 Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis yang dilaksanakan pada tanggal 4 April 2023 sampai 6 April 2023. Selama melaksanakan asuhan keperawatan kesenjangan tahapan asuhan keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan evaluasi. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan yang penulis lakukan kepada Ny. E yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, dimana tahap ini kita akan mengumpulkan data-data dari klien, keluarga, petugas Kesehatan maupun dari pendokumentasian yang ada diruangan. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan data objektif yang kemudian dianalisis dan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan.

Selama pengkajian ditemukan data pada Ny.E post *sectio caesarea* atas indikasi partus lama yaitu klien mengeluh nyeri yang diakibatkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi, hal ini yang menimbulkan rangsangan pada area sensorik sehingga menyebabkan adanya rasa nyeri pada klien. Dari rasa nyeri

tersebut terjadi kelemahan fisik yang berdampak pada aktivitas dan gerak klien. (Nurarif,2015)

Adanya luka post op *sectio caesarea* di abdomen bagian bawah dan terjadi invasi kuman sehingga menimbulkan resiko infeksi. Akibat post op *sectio caesarea* juga, Ny.E tidak mampu untuk membersihkan diri secara mandiri, hal ini disebabkan karena adanya luka post operasi yang menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas, sehingga *personal hygiene* harus dibantu. (Nurarif,2015)

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Dari teori ditemukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post op *sectio caesarea* sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b. Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit
- c. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan pembedahan mayor
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan kesenjangan diagnosa dari teori dengan kenyataan, maka diagnosa yang muncul pada Ny.E dengan post op *sectio*

caesarea POD 1 atas indikasi partus lama adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (SDKI,2017)

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa tersebut. Dengan skala nyeri 6 (0-10), terdapat luka post op sectio caesarea sepanjang 12 cm diabdomen, klien tampak meringis,nyeri saat bergerak.

- b. Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (SDKI,2017)

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa kedua yaitu leukosit $15.00/\text{mm}^3$.

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (SDKI,2017)

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa tersebut antara lain, klien mengatakan belum mandi setelah operasi, rambut berminyak, kulit teraba lengket dan sedikit bau, genitalia kotor dan aktivitas kebersihan dibantu oleh keluarga dan perawat.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (SDKI,2017)

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa tersebut antara lain, klien mengatakan nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan/cemas saat bergerak, aktivitas klien tampak dibantu keluarga, klien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

Adapun diagnosa yang tidak muncul pada Ny.E dengan post op sectio caesarea atas indikasi partus lama adalah :

- a. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan proses pembedahan mayor (SDKI,2017)

Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat karena penulis tidak menemukan tanda dan gejala mual muntah atau diare yang bisa menyebabkan resiko ketidakseimbangan cairan pada klien.

3. Tahapan perencanaan

Pada tahap perencanaan penulis menyusun rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan permasalahan yang timbul. Penyusunan rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan situasi klien. Berikut ini adalah perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan setiap diagnosa keperawatan :

- a. Nyeri akut rencana tindakan yang akan penulis lakukan yaitu:
 - 1) Observasi TTV
 - 2) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - 3) Identifikasi skala nyeri
 - 4) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - 5) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
 - 6) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
 - 7) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
 - 8) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
 - 9) Kolaborasi pemberian analgetic
- b. Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit
 - 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
 - 2) Batasi jumlah pengunjung
 - 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien
 - 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - 6) Kolaborasi pemberian antibiotic ataupun imunisasi
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

- 1) Monitor tingkat kemandirian
 - 2) Sediakan lingkungan yang terapeutik
 - 3) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
 - 4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri
 - 5) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - 2) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
 - 3) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan
 - 4) Anjurkan mobilisasi dini
 - 5) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

4. Tahap implementasi

Dalam tahap ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan.

Nyeri akut setelah post op sectio caesarea dilakukan sesuai dengan masalah yang dialami klien, mengobservasi TTV, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri 6 (0-10),

mengidentifikasi respon nyeri non verbal klien tampak meringis kesakitan, memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan menggunakan relaksasi nafas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri misalnya kebisingan, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara relaksasi nafas dalam, berkolaborasi pemberian obat analgetic asam mefenamat 500 mg, kaltrofen supp 100 mg. Setelah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan, respon klien baik, TTV dalam keadaan normal dan nyeri berkurang masalah teratasi.

Resiko infeksi, implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, berkolaborasi pemberian antibiotic (cefotaxime 1 gr/IV dan cefadroxil 500 mg/oral). Setelah dilakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan nyeri klien menurun, tidak terdapat adanya tanda-tanda infeksi.

Defisit perawatan diri, penulis memonitor tingkat kemandirian klien dalam melakukan perawatan diri, (vulva hygiene dan memandikan dengan cara spon) untuk memenuhi

kebutuhan personal hygiene pasien, menjadwalkan rutinitas perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Respon klien baik, klien terlihat segar, klien sudah tidak bau, klien terlihat rapih, masalah teratasi.

Gangguan mobilitas fisik, implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misalnya menaikkan pagar tempat tidur, melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini miring kiri miring kanan, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi. Respon klien baik, klien mau melakukan mobilisasi, klien sudah bisa beraktivitas mandiri Sebagian.

5. Tahap Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien, setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari. Pada tahap ini, penulis tidak mendapatkan hambatan yang berarti karena kriteria evaluasi dapat dinilai jelas melalui observasi atau ungkapan yang diberikan oleh klien. Setelah melaksanakan asuhan

keperawatan pada Ny. E penulis menemukan 4 masalah keperawatan, diantaranya : nyeri akut, resiko infeksi, defisit perawatan diri, dan gangguan mobilitas fisik. Dari keempat masalah keperawatan itu tidak semua masalah teratasi. Diagnosa yang dapat diatasi dan kriterianya tercapai yaitu defisit perawatan diri dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan diagnosa yang teratasi Sebagian dengan beberapa kriteria yang belum tercapai yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Hal ini terjadi karena dalam proses penyembuhan memerlukan waktu yang cukup lama. Untuk keperawatan selanjutnya diserahkan pada keluarga yang telah mendapatkan pendidikan Kesehatan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarean* POD 1 atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis, pada tanggal 3 April 2023 masalah klien dapat teratasi sebagian. Maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Penulis telah mampu melakukan pengkajian pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
2. Penulis telah mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
3. Penulis telah mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
4. Penulis telah mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.
5. Penulis telah mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis. Dari keempat masalah yang muncul,

hanya defisit perawatan diri dan gangguan mobilitas fisik yang teratasi, sedangkan nyeri akut dan resiko infeksi teratasi Sebagian karena disebabkan oleh proses penyembuhan yang membutuhkan waktu lama.

6. Penulis telah mampu membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny. E (P₄A₀) Post Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 atas Indikasi Partus Lama di Ruang Delima RSUD Ciamis.

B. Rekomendasi

1. Untuk Tenaga Keperawatan di Ruangan

Khusus untuk perawat dalam hal ini, kesterilan alat sudah terjaga diharapkan dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan, pelaksanaan asuhan keperawatan hendaknya memandang klien secara menyeluruh yaitu : bio, psiko, sosial dan spiritual khususnya pada klien post op SC atau kasus lainnya untuk menghindari komplikasi yang mungkin terjadi sehingga dapat meningkatkan derajat Kesehatan ibu dan anak.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Post Op SC atas Indikasi Partus Lama secara komprehensif, perlu didukung oleh literatur dan buku sumber yang menunjang. Oleh karena itu, hendaknya pihak perpustakaan lebih memperbanyak buku sumber mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Post Op SC atas Indikasi Partus Lama demi kelancaran peserta didiknya dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif. Study kasus ini dapat

digunakan sebagai data dasar untuk penelitian lanjut khususnya tentang perawatan Post Operasi *Sectio Caesarea* atas Indikasi Partus Lama.

3. Untuk Klien dan Keluarga

Klien dapat memahami terkait pengetahuan yang telah disampaikan oleh penulis dan perawat, serta dapat melakukan perawatannya dirumah. Begitupun keluarga klien diharapkan dapat membantu dan meningkatkan dukungan kepada klien dalam proses penyembuhan baik psikologis maupun fisiologis dalam masa post partum SC untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi.

4. Untuk Rumah Sakit

Untuk Rumah sakit hendaknya meningkatkan peraturan yang telah ditetapkan tentang pembatasan jumlah pengunjung dan prosedur mencuci tangan sebelum dan sesudah mengunjungi pasien sehingga infeksi dari luar dapat dicegah. Menetapkan prosedur tetap dalam setiap tindakan berdasarkan teknik aseptik dan atiseptik sehingga infeksi nasokomial dapat dicegah terutama dalam teknik perawatan luka.

5. Untuk Mahasiswa

Dalam melakukan asuhan keperawatan praktek lapangan, mahasiswa diharapkan menerapkan teori yang telah didapatkan selama pendidikan DIII Keperawatan. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Sehingga akan menambah pengetahuan dan wawasan untuk mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Ns. Reny Yuli. 2017. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Cunningham, F. G. (2018). *Obstetri Williams. Edisi 23. Volume 1*. Jakarta : EGC
- Dinkes Jawa Barat. (2022). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat*.
- Fatmawati, 2017. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Partus Lama Di Puskemas Jumpang Baru Makassar Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia*. 1(1):27-36.
- Fitria , N Puspitasari, A. 2015. Hubungan Dan Faktor Risiko Partus Lama Riwayat Pendarahan Post Partum Dan Berat Bayi Lahir Besar Dengan Kejadian Pendarahan Post Partum. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*. 4(2):118-124.
- https://diskes.jabarprov.go.id/informasirepublik/detail_berita/YIBxMFkySOY3Z1BZZkRhdXdIUVgrdz09
- KEMENKES RI, (2021). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Maryunani dan Eka.2013. *Insisi Menyusui Dini, Asi Eksklusif dan management laktasi*. Jakarta : EGC
- Nurarif Huda Amin, Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis Nanda Dan NIC-NOC Jilid 3*. Yogyakarta : Mediactios Publishing.
- Nurjanah,S,N. Maemunah, A,S. Badriah, D,L. 2013. *Asuhan Kebidanan Post Partum*. Bandung : Refika Aditama.
- Oxorn,2010. *Ilmu Kebidanan Patologi dan Persalinan*. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika.
- Padila,2015. *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Prawirohardjo, S. 2016. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 4 Cetakan 5. Jakarta : Bina Pusaka
- RSUD Ciamis, 2023. *Rekam Medik RSUD Ciamis Angka Kejadian Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Ciamis*.
- Tim Pokja SDKI PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.

- Tim Pokja SIKI PPNI. 2018. *Standar intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Implementasi Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI
- Tom Pokja SLKI PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- Wahyuningsih, Sri. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Di Lengkapi Dengan Panduan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Yogyakarta : Deepublish Publisher.
- WHO (World Health Statistics). 2019. *Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*. World Bank, 2019.
- Yuliana, W., dan Hakim, B. N. (2020). *Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.

LAMPIRAN I

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PERAWATAN LUKA POST SECTIO CAESAREA

Masalah	: Kurangnya pengetahuan tentang perawatan luka sc
Pokok Bahasan	: Perawatan luka SC
Sasaran	: Klien Dan Keluarga
Waktu	: 20 menit, 06 April 2023
Tempat	: Ruangan Nifas Delima RSUD CIAMIS
Pemberi Materi	: Putri Jihan Juliana

A. Latar Belakang

Berdasarkan data yang di peroleh , diketahui bahwa luka post operasi sc ini sangat beresiko terkena infeksi bila kurang memahami cara perawatan luka yang benar.

B. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan keluarga Ny. E mampu memahami tentang perawatan luka SC

C. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan diharapkan mampu:

1. Mengetahui pengertian tentang perawatan luka sc
2. Mengetahui penyebab infeksi
3. Mengetahui tanda gejala infeksi

4. Mengetahui cara perawatan luka dirumah

D. Materi (terlampir)

Perawatan Luka SC

E. Metode

1. Ceramah

2. Diskusi

F. Media/alat

Leaflet

G. Kegiatan penyuluhan

No.	Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Sasaran
1.	Pembukaan	3 menit	<ul style="list-style-type: none">- Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam- Memperkenalkan diri- Menjelaskan tujuan dari penyuluhan- Menyebutkan materi yang akan disampaikan	<ul style="list-style-type: none">- Menjawab salam- Mendengarkan- Memperhatikan- Mendengarkan dan memperhatikan
2.	Penyampaian materi	10 menit	<ul style="list-style-type: none">- pengertian tentang perawatan luka SC- Penyebab infeksi- Tanda dan Gejala infeksi- Perawatan Luka di Rumah	<ul style="list-style-type: none">- Mendengarkan- Memperhatikan dan mendengarkan- Memperhatikan dan mendengarkan

3.	Evaluasi	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Mempersilahkan Ny. E untuk mengajukan pertanyaan - Menjawab pertanyaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan pertanyaan - Mendengarkan
4.	Penutup	2 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menyimpulkan materi yang telah disampaikan Bersama Ny. E - Menutup penyuluhan dengan salam 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam

H. Evaluasi

1. Proses : selama penyuluhan berlangsung

2. Hasil : Dapat secara subyektif (lisan) menyebutkan
 - a. Mengetahui pengertian tentang penyakit perawatan luka SC
 - b. Mengetahui penyebab infeksi
 - c. Mengetahui tanda gejala infeksi
 - d. Mengetahui cara perawatan luka di rumah

LAMPIRAN II

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Perawatan Luka

Perawatan luka adalah suatu teknik dalam membersihkan luka dengan tujuan untuk mencegah infeksi luka, melancarkan peredaran darah sekitar, dan mempercepat proses penyembuhan luka.

B. Penyebab Infeksi

1. Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam luka
2. Luka terbuka dan kotor
3. Gizi buruk
4. Daya tahan tubuh yang lemah
5. Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

C. Tanda dan Gejala Infeksi

1. Terjadi bengkak di sekitar luka
2. Panas badan yang meningkat
3. Kemerahan di sekitar luka
4. Nyeri
5. Perubahan fungsi organ
6. Cairan yang berupa nanah pada luka
7. Luka berbau tidak sedap

D. Cara Perawatan Luka Di Rumah

Persiapan alat :

1. Kapas
2. Kassa steril
3. Cairan infus NaCl 0,9 % atau air matang yang sudah dingin
4. Kayu putih/ alcohol swab
5. Plester
6. Gunting
7. Kantong plastik

E. Langkah-langkah :

- 1) Atur posisi senyaman mungkin
- 2) Siapkan alat yang diperlukan dan dekatkan kepada pasien
- 3) Keluarga yang akan melakukan ganti balutan sebelumnya mencuci tangan terlebih dahulu dengan sabun
- 4) Buka plester/perban (dengan menggunakan kapas alcohol)
- 5) Balutan lama dibuka dan dibuang ke kantong plastic
- 6) Bersihkan luka :
 - Cuci luka terlebih dahulu dengan kapas yang dibasahi NaCl 0,9% atau kapas lembab yang telah dibasahi air matang yang telah dingin

- Keringkan luka dengan kassa kering steril
- Untuk luka yang masih basah, kompres luka dengan kassa yang telah dibasahi NaCl 0,9%
- Tutup luka yang telah dikompres kassa NaCl 0,9% dengan kassa kering
- Plester balutan tersebut agar tidak mudah lepas atau perban menggunakan perban gulung

7) Bereskan peralatan

8) Setelah melakukan tindakan cuci tangan kembali

9) Apabila ditemukan tanda-tanda infeksi segera kontrol ke dokter.

DAFTAR PUSTAKA

<https://mpitsjournal.wordpress.com/2020/05/13/satuan-acara-penyuluhan-perawatan-luka-post-operasi/>

LAMPIRAN III

Leaflet



Tanda dan Gejala Infeksi

Terjadi bengkak di sekitar luka
Panas badan yang meningkat
Kemerahan di sekitar luka
Nyeri
Perubahan fungsi organ
Cairan yang berupa nanah pada luka
Luka berbau tidak sedap

APA ITU PERAWATAN LUKA?

Pengertian Perawatan Luka

Perawatan luka adalah suatu teknik dalam membersihkan luka dengan tujuan untuk mencegah infeksi luka, melancarkan peredaran darah sekitar, dan mempercepat proses penyembuhan luka.

PENYEBAB INFEKSI

Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam luka
Luka terbuka dan kotor
Gizi buruk
Daya tahan tubuh yang lemah
Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

PERAWATAN LUKA POST OPERASI SECTIO CAESAREA



PUTRI JIHAN JULIANA
KHGA20101



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
KarsaHusada



Cara Perawatan luka dirumah persiapkan alat

- Kapas
- Kassa steril
- Cairan infus NaCl 0,9 % atau air matang yang sudah dingin
- Kayu putih
- Plester
- Gunting
- Kantong plastik

LANGKAH-LANGKAH :

- 1) Atur posisi senyaman mungkin
- 2) Siapkan alat yang diperlukan dan dekatkan kepada pasien
- 3) Keluarga yang akan melakukan ganti balutan sebelumnya mencuci tangan terlebih dahulu dengan sabun
- 4) Buka plester/perban (dengan menggunakan kayu putih)
- 5) Balutan lama dibuka dan dibuang ke kantong plastik

6) Bersihkan luka :

Cuci luka terlebih dahulu dengan kapas yang dibasahi NaCl 0,9% atau kapas lembab yang telah dibasahi air matang yang telah dingin

Keringkan luka dengan kassa kering steril Untuk luka yang masih basah, kompres luka dengan kassa yang telah dibasahi NaCl 0,9%

Tutup luka yang telah dikompres kassa NaCl 0,9% dengan kassa kering Plester balutan tersebut agar tidak mudah lepas atau perban menggunakan perban gulung

7) Bereskan peralatan

8) Setelah melakukan tindakan cuci tangan kembali

9) Apabila ditemukan tanda-tanda infeksi segera kontrol ke dokter

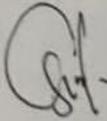
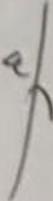
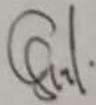


LAMPIRAN IV

LEMBAR PEMBIMBING

LEMBAR PEMBIMBING

Nama : Putri Jihan Juliana
NIM : KHGA20101
Pembimbing : Bu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E P4A0 Post
Operasi *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Partus
Lama Ruang Delima RSUD Ciamis

No	Tanggal	Materi	Saran pembimbing	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
1	24 Mei 2023	Judul KTI	- Sesuaikan dengan permasalahan dan sesuaikan dengan juknis		
2	29 Mei 2023	BAB I	- Revisi penulisan kata harus lebih rapih - Data yang digunakan harus data yang terbaru		
3	6 Juni 2023	BAB I dan BAB II	ACC BAB I lanjut BAB II		

4	8 Juni 2023	BAB II dan BAB III	ACC BAB II penulisan sesuaikan dengan juknis ACC lanjut BAB III	<i>ef.</i>	<i>Qul.</i>
5	14 Juni 2023	BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi riwayat persalinan dahulu - Lengkapi pemeriksaan head to toe - Lengkapi pola aktivitas sehari-hari klien - Lengkapi proses keperawatan dan - Lengkapi pembahasan 	<i>ef.</i>	<i>Qul.</i>
6	15 Juni 2023	BAB III dan BAB IV	ACC BAB III, lanjut BAB IV	<i>ef.</i>	<i>Qul.</i>
7	16 Juni 2023	BAB IV	ACC BAB IV	<i>ef.</i>	<i>Qul.</i>
8.	27 Juni 2023	Abstrak, kata pengantar, daftar isi, SAP, leaflet	ACC untuk sidang	<i>ef.</i>	<i>Qul.</i>

LAMPIRAN V

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Putri Jihan Juliana
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 06 Juli 2001
Agama : Islam
Alamat : Perum Jati Putra Asri Blok A No. 7 Desa Cibunar

B. Riwayat Pendidikan

- a. TK AISIYAH
- b. SDN CIBUNAR
- c. SMPN 3 TAROGONG KIDUL
- d. SMKN 1 GARUT
- e. STIKES KARSA HUSADA GARUT