

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y (P₂ A₀) 30 MENIT
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI
PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

RANI PERMATASARI

KHGA 20103



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL :ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.Y (P₂ A₀) 30 MENIT
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PREEKLAMPSIA
BERAT (PEB) DI RUANG DELIMA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH CIAMIS

NAMA : RANI PERMATASARI

NIM : KHGA 20103

Telah disetujui untuk disidangkan

Pada Sidang Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing



(K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Y (P₂ A₀)
30 MENIT POST SECTIO CAESAREA ATAS
INDIKASI PREEKLAMPSIA BERAT (PEB) DI
RUANG DELIMA RSUD CIAMIS

NAMA : RANI PERMATASARI

NIM : KHGA 20103

Garut, Agustus 2023

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II



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

Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing

STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

ABSTRAK

Terdiri dari IV BAB, 116 Halaman, 14 Tabel, 2 Bagan, 6 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini dilatarbelakangi oleh tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) yang disebabkan oleh beberapa komplikasi paling utama yang menyebabkan 75% kematian ibu yaitu pendarahan, infeksi, preeklampsia dan eklampsia. Angka kejadian preeklampsia berat di RSUD Ciamis salah satu kasus kegawatdaruratan yang menempati urutan pertama dengan presentase 17,3 %. Preeklampsia Berat adalah kondisi dimana hipertensi disertai dengan adanya proteinuria yang terjadi pada usia kehamilan 20 minggu, kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi yang serius pada ibu dan janin. Sehingga mengharuskan dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Adapun program pemerintah terhadap ibu hamil menganjurkan untuk periksa kehamilan minimal 6x selama masa kehamilan dan melakukan deteksi dini faktor preeklampsia sebagai bentuk pencegahan kematian ibu. Tujuan umum karya tulis ilmiah ini yaitu mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan dengan menggunakan proses keperawatan dengan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus melalui proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny.Y terdapat beberapa masalah yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, menyusui tidak efektif. Kesimpulan karya tulis ilmiah ini sangat efektif yaitu penulis dapat melaksanakan pengkajian secara komprehensif, membuat rencana tindakan, melaksanakan keperawatan, mengevaluasi setiap tindakan keperawatan dan melibatkan peran keluarga. Rekomendasi penulis bagi perawat dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kesterilan dan kebersihan alat yang harus terjaga dan diharapkan dapat ditingkatkan, pelaksanaan asuhan keperawatan harus memandang standar operasional prosedur (SOP).

Kata kunci : *Preeklampsia Berat, Sectio Caesarea, Post Partum*

Daftar Pustaka : 31 Sumber

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada Ny. Y P2A0 Post Sectio Caesarea POD I atas Indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Delima RSUD Ciamis “ ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis menyadari bahwa dalam menulis Karya Tulis Ilmiah ini dapat memperoleh bimbingan, asuhan serta dorongan dari banyak pihak baik moral maupun materi. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan Hidayah-Nya Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik.
2. Kepada Dr. H. Hadiat selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Kepada Dr. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
4. Kepada H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Pimpinan STIKes Karsa Husada Garut
5. Kepada K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan dan pembimbing 1 yang telah memberikan arahan dan bimbingan dengan sabar sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik.

6. Kepada klien Ny. Y yang telah bekerjasama dan memberikan informasi pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan
7. Kepada CI ruang delima yang telah memberikan izin dan arahan kepada peneliti untuk melakukan Asuhan Keperawatan.
8. Kepada dosen-dosen beserta staf Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
9. Kepada orangtua saya yang selalu mendukung, mendoakan dan membiayai saya selama ini sehingga semua dapat berjalan dengan lancar, keluarga besar yang senantiasa selalu memberikan semangat serta doa kepada penulis.
10. Kepada diri sendiri yang selalu berusaha keras dan semangat berjuang untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
11. Kepada sahabat saya Nisa Wulandari Nurochman, Nita Agustina, Neng Maudy Yulianti dan Rindi Septian yang selalu memberikan bantuan, masukan serta motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Kepada rekan-rakan kelas 3C yang selalu memberi semangat dan mendoakan satu sama lain.
13. Kepada seluruh teman seperjuangan DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, semoga kita semua menjadi orang yang berhasil dan sukses di masa yang akan datang.
14. Kepada semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang telah begitu banyak membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Hal ini tidak luput dari kekurangan maupun keterbatasan dalam kemampuan, pengalaman, serta literature yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya penulis serta bermanfaat di bidang ilmu keperawatan.

Garut, Juni 2023

Rani Permatasari

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan penulisan	4
C. Metode Telaah.....	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Preeklampsia.....	8
1. Pengertian	8
2. Klasifikasi.....	9
3. Etiologi	9
4. Manifestasi klinis	10
5. Patofisiologi.....	11
6. Komplikasi	12
7. Faktor Resiko Preeklampsia.....	14
8. Penatalaksanaan.....	15
9. Pemeriksaan Penunjang.....	16
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	17
1. Pengertian	17
2. Klasifikasi.....	17
3. Patofisiologi.....	19
4. Indikasi	20
5. Komplikasi	20
6. Pemeriksaan penunjang	20
7. Penatalaksanaan Sectio Caesarea	21
8. Keuntungan dan kerugian sectio caesarea.....	23
9. Patways.....	24
C. Konsep Post Partum.....	25

1. Pengertian	25
2. Tahapan Masa Post Partum	26
3. Perubahan Fisiologis pada Ibu Post Partum	26
4. Perubahan Psikologis Ibu Post Partum.....	31
5. Patofisiologi.....	33
6. Kebutuhan Masa Post Partum	34
D. Dampak Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	36
E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	38
1. Pengkajian keperawatan	38
2. Diagnosa keperawatan.....	48
3. Perencanaan.....	48
4. Implementasi Keperawatan	54
5. Evaluasi Keperawatan	54
BAB III TINJAUAN KASUS.....	56
A. Pengkajian	56
B. Analisa Data	70
C. Diagnosa Keperawatan menurut Prioritas Masalah	71
D. Proses Asuhan Keperawatan.....	74
E. Catatan Perkembangan.....	82
F. Pembahasan.....	88
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	100
A. Kesimpulan	100
B. Rekomendasi	101
DAFTAR PUSTAKA	103
LAMPIRAN.....	106

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 10 Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Indikasi Preeklampsia Berat dengan Kasus SC Lainnya di RSUD Ciamis dari bulan Januari-Maret 2023	3
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	27
Tabel 2.2 Analisa data	47
Tabel 2.3 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1	49
Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2	52
Tabel 2.5 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3	51
Tabel 2.6 Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4	52
Tabel 3.1 Riwayat kehamilan yang lalu	61
Tabel 3.2 Pola aktivitas sehari-hari	68
Tabel 3.3 Pemeriksaan laboratorium	69
Tabel 3.4 Terapi Medis	69
Tabel 3.5 Analisa data	70
Tabel 3.6 Perencanaan Keperawatan	76
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan	83

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patways SC atas Indikasi Preeklampsia Berat	24
Bagan 3.1 Genogram Keluarga Ny.Y	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Luka Post Operasi Dirumah

Lampiran 2 Leaflet Perawatan Luka Post Operasi Dirumah

Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan Pijat Oksitoksin

Lampiran 4 Leaflet Pijat Oksitoksin

Lampiran 5 Format Bimbingan

Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah indikator penting yang mungkin menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Pada tahun 2018 Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Barat mencapai 700 kematian ibu per 878.472 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2019 jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) menurun menjadi 684 kematian ibu per 873.575 kelahiran hidup. Menurut WHO Angka Kematian Ibu (AKI) disebabkan oleh beberapa komplikasi selama atau setelah kehamilan dan pada saat persalinan. Komplikasi yang paling utama dan menyebabkan hampir 75% kematian ibu yaitu pendarahan, infeksi, preeklampsia dan eklampsia, komplikasi dari persalinan dengan aborsi yang berbahaya dan beberapa disebabkan oleh penyakit kronis seperti jantung dan diabetes (WHO, 2019)

Preeklampsia merupakan darah tinggi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau selesai persalinan dengan adanya tanda meningkatnya tekanan darah menjadi 140/90 mmHg (Sitomorang & dkk, 2016). disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak (Shahid et al, 2021). Preeklampsia dibagi menjadi dua golongan, yaitu preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Pada kasus preeklampsia penyebabnya adalah akibat dari kelainan perkembangan dan fungsi plasenta yang dimana kelainan ini menyebabkan pembuluh darah menyempit dan

timbulnya reaksi yang berbeda dari tubuh ibu hamil terhadap perubahan hormon yang akan terjadi gangguan pada ibu dan janin. Preeklampsia memiliki kompleksitas yang tinggi.

Program pemerintah terhadap preeklampsia yaitu dengan menganjurkan untuk memeriksakan kehamilan minimal 6x selama masa kehamilan dan melakukan deteksi dini faktor preeklampsia atau eklampsia sebagai bentuk pencegahan kematian ibu..

Adapun penatalaksanaan preeklampsia yaitu dengan pemberian obat antihipertensi dengan tujuannya untuk menurunkan tekanan darah serta mencegah komplikasi serebrovaskular pada ibu. Penatalaksanaan konservatif dapat dilakukan dengan rawat jalan dengan catatan harus ada observasi ketat terhadap kondisi ibu dan janin dan melakukan pemantauan dengan pengukuran tekanan darah ,detak jantung janin (DJJ), USG. Apabila keadaan ibu dan janin semakin memburuk maka persalinan diupayakan untuk dilakukan sesegera mungkin setelah kondisi ibu stabil. Cara persalinan pervaginam tetap diutamakan kecuali jika terdapat indikasi lain maka disarankan untuk *sectio caesarea*.

Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) merupakan proses persalinan yang dilakukan secara pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding rahim dan dinding perut ibu. Persalinan *sectio caesarea* memiliki resiko kematian 25 kali lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Cara ini merupakan alternatif terbaik bagi ibu hamil yang mengalami risiko tinggi dalam proses persalinan untuk menyelamatkan nyawa ibu ataupun janinnya.

Berdasarkan data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan angka kelahiran dengan metode *Sectio caesarea* sebesar 17,6% dari total 78.736 dan provinsi Jawa Barat adalah urutan ke-20 dengan angka kejadian *sectio caesarea* yaitu 15,5% . Angka kejadian sc dari data Rekam Medis RSUD Ciamis tahun 2023 adalah sebagai berikut.

Tabel 1.1 Presentasi angka kejadian kasus SC atas Indikasi Preeklampsia dengan indikasi lainnya di RSUD Ciamis Periode Januari-Maret 2023

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 Ketubah 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 di RSUD Ciamis Tahun 2023

Berdasarkan data yang didapat dari bagian Rekam Medik RSUD Ciamis bahwa jumlah persalinan dengan *sectio caesarea* adalah 202 dan *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat ini menempati urutan pertama dengan presentase 17,3 % (Rekam Medik RSUD Ciamis tahun 2018). Mengingat jumlah kasus sc atas indikasi PEB yang sangat banyak, komplikasi

yang dapat ditimbulkan dari post sectio caesarea yaitu bisa terjadinya infeksi luka operasi, perdarahan, gangguan traktus urinarius, dan kejadian tromboemboli. Adapun dampak yang terjadi pada anak adalah adanya keterbatasan dalam melakukan perawatan pada anak juga adanya keterlambatan inisiasi menyusui sehingga dapat mengganggu ibu dalam proses pendekatan antara ibu dan anak. Untuk menghindari komplikasi tersebut maka peran perawat sangat diperlukan, perawat harus memberikan perawatan yang komprehensif dengan memberikan asuhan keperawatan pada ibu pasca persalinan (Rusniati, 2017)

Berdasarkan uraian diatas saya sangat tertarik untuk melakukan penelitian pada kasus asuhan keperawatan yang **berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y P2A0 Post Sectio Caesarea Hari ke-1 atas indikasi Preeklampsia Berat Di Ruang Delima RSUD Ciamis “.**

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan preeklampsia dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual pada pasien dengan post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis dapat melakukan pengkajian terhadap data dasar pada Ny.Y P2A0 post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.
- b. Penulis dapat menegakan diagnosa masalah berdasarkan interpretasi data dasar pada Ny. Y post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.
- c. Penulis dapat menyusun intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Ny. Y post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.
- d. Penulis dapat melakukan tindakan keperawatan secara efisien pada Ny. Y post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat.
- e. Penulis dapat mengevaluasi penatalaksanaan asuhan keperawatan secara efisien pada Ny. Y post *sectio caesarea* atas indikasi preeklampsia berat
- f. Penulis dapat mendokumentasikan semua pengkajian dan tindakan yang telah diberikan pada Ny. Y post section caesarea atas indikasi preeklampsia berat.

C. Metode Telaah

Metode penulisan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus, dan pengumpulan data pada studi kasus ini meliputi :

1. Wawancara

Penulis berkomunikasi langsung dengan metode tanya jawab atau diskusi yang dilakukan dengan klien, keluarga dan perawat yang memberikan informasi yang dibutuhkan.

2. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

3. Dokumentasi

Mempelajari status klien yang bersumber dari catatan buku status pasien seperti catatan dokter dan perawat.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah cara mendapatkan informasi dan teori-teori yang relevan dari literatur buku dan internet yang berhubungan dengan kasus sebagai dasar acuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Partisipasi Aktif

Klien dan keluarga bersedia bekerjasama selama pelaksanaan proses keperawatan dan berpartisipasi aktif klien dalam perawatan yang dijalani dapat meningkatkan motivasi dan kepatuhan terhadap konsumsi obat-obatan.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika laporan studi kasus ini terdiri dari 4 BAB dengan sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan, merupakan bab pertama yang menguraikan tentang : Latar belakang, rumusan masalah, tujuan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis, berisi tentang teori medis meliputi : Konsep dasar preeklampsia, konsep dasar *sectio caesarea*, konsep dasar post partum, serta proses asuhan keperawatan.

BAB III, Tinjauan Kasus, berisi tentang pengkajian, intervensi, implementasi, evaluasi dan pembahasan.

BAB IV Kesimpulan dan Saran, berisi tentang kesimpulan pada pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran mengenai masalah yang ditemukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Preeklampsia

1. Pengertian

Preeklampsia merupakan darah tinggi yang terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu atau selesai persalinan dengan adanya tanda meningkatnya tekanan darah menjadi 140/90 mmHg (Sitomorang & dkk, 2016)

Preeklampsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru ada setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu (Lokki & Heikkinen Elontara, 2021), disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak (Shahid et al, 2021)

Preeklampsia adalah kondisi yang terjadi akibat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil. Kondisi preeklampsia pada ibu hamil harus segera ditangani jika tidak akan beresiko bagi ibu maupun janin (Winancy, 2019). Disertai adanya gangguan organ, salah satu indikator terjadinya gangguan organ sebagian besar adanya protein urin, sehingga dikatakan preeklampsia apabila ditemukan protein urin dan hipertensi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 20 minggu. (POGI, 2016)

Dari ketiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian preeklampsia adalah meningkatnya tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg dan biasa terjadi pada usia kehamilan diatas 20 minggu dengan ditandai penambahan berat badan yang cepat akibat adanya pembengkakan di area

tubuh dan adanya protein urin. apabila tidak segera ditangani maka preeklampsia ini akan beresiko tinggi bagi ibu dan janin.

2. Klasifikasi

Menurut (Sukarni, 2017) dalam buku menjelaskan bahwa hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 2 golongan, yaitu :

1) Preeklampsia ringan

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dengan posisi pengukuran tekanan darah pada ibu baik duduk maupun terlentang. Proteinuria 0,3 gr/lit atau +1/+2 . edema pada ekstremitas dan muka serta diikuti kenaikan berat badan > 1 kg/minggu.

2) Preeklampsia berat

Kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih. Proteinuria 5 gr/lit atau lebih, terdapat oliguria (jumlah urine kurang dari 500 cc per 2 jam) serta adanya edema pada paru serta cyanosis. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium.

3. Etiologi

Penyebab preeklampsia dapat dihubungkan dengan beberapa faktor. Para ahli mempercayai bahwa preeklampsia disebabkan oleh plasenta. Ibu hamil dengan preeklampsia memiliki pembuluh darah yang tidak berfungsi dengan normal karena bentuknya lebih sempit dan memiliki reaksi terhadap hormon yang berbeda, sehingga menyebabkan aliran darah dapat

masuk ke plasenta menjadi terbatas. Menurut Khairani (2017) penyebab dari pembentukan yang abnormal antara lain :

- 1) Ketidalcukupan aliran darah menuju rahim
- 2) Kerusakan pada sel-sel darah
- 3) Masalah pada system imunitas
- 4) Gen keluarga

4. Manifestasi klinis

Menurut Bothamley (2013) ada beberapa tanda gejala preeklampsia, yaitu :

- 1) Tekanan darah tinggi (yang diukur selama 30 menit setelah pasien beristirahat) dengan tekanan darah $> 140/90$ mmHg.
- 2) Terjadinya kenaikan berat badan.
- 3) Timbulnya pembengkakan akibat berat badan meningkat, pembengkakan pada kaki, muka dan pergelangan tangan.
- 4) Adanya proteinuria, dalam urine sebesar 0,3 gram/liter per hari atau pemeriksaan kualitatif senilai $+1/=2$ b. kadar proteinuria 1 g/L yang dikeluarkan melalui kateter yang diambil sebanyak 2 kali setiap 6 jam.
- 5) Tanda gejala lainnya adalah gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, sakit kepala, mual dan muntah, penurunan gerakan janin dan ukuran janin lebih kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu.

5. Patofisiologi

Pada preeklampsia terjadi spasme pembuluh darah yang disertai dengan retensi air dan garam. Pada biopsi ginjal ditemukan spasme hebat arteriola glomerulus. Pada beberapa kasus, lumen arteriola sedemikian sempitnya sehingga nyata dilalui oleh satu sel darah merah. Jadi jika semua arteriola di dalam tubuh mengalami spasme maka tekanan darah naik, sebagai usaha untuk mengatasi kenaikan tekanan perifer agar oksigen jaringan dapat dicukupi. Sedangkan kenaikan berat badan dan edema yang disebabkan oleh penumpukan air yang berlebih dalam ruangan interstisial belum diketahui penyebabnya, mungkin karena retensi air dan garam. Proteinuria dapat disebabkan oleh spasme arteriola sehingga terjadi perubahan pada glomerulus.

Vasokonstriksi merupakan dasar patogenesis preeklampsia yang dapat menimbulkan peningkatan total perifer resisten dan menimbulkan hipoksia pada endotel setempat, sehingga terjadi kerusakan endotel, kebocoran arteriola disertai pendarahan mikro tempat endotel.

Pada preeklampsia serum antioksidan kadarnya menurun dan plasenta menjadi sumber terjadinya peroksidase lemak sedangkan pada wanita hamil normal serumnya mengandung transferin, ion tembaga dan sulfhidril yang berperan sebagai antioksidan yang cukup kuat. Peroksidase lemak beredar dalam aliran darah melalui ikatan lipoprotein. Peroksidase lemak ini akan sampai ke semua komponen sel yang dilewati, termasuk sel-sel endotel tersebut.

Rusaknya sel-sel endotel tersebut akan mengakibatkan antara lain, adhesi dan agregasi trombosit, gangguan permeabilitas lapisan endotel terhadap plasma, terlepasnya enzim lisosom, tromboksan dan serotonin sebagai akibat rusaknya trombosit. Produksi tetraliskin terhenti, terganggunya keseimbangan prostaglandin dan tromboksan, terjadi hipoksia plasenta akibat konsumsi oksigen dan peroksidase lemak (Nuraini, 2011).

6. Komplikasi

Komplikasi yang terberat dari preeklampsia adalah kematian ibu dan janin, namun beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah sebagai berikut (Marianti, 2017) :

- 1) Bagi ibu
 - a) Sindrom HELLP (*Haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count*) adalah sindrom rusaknya sel darah merah, meningkatnya enzim liver dan rendahnya jumlah trombosit.
 - b) Eklampsia, pada preeklampsia ini bisa berkembang menjadi eklampsia yang ditandai dengan kejang kejang.
 - c) Penyakit kardiovaskuler, risiko terkena penyakit yang berhubungan dengan fungsi jantung dan pembuluh darah akan meningkat jika mempunyai riwayat preeklampsia.
 - d) Kegagalan organ, preeklampsia bisa menyebabkan disfungsi beberapa organ seperti ginjal, paru dan hati.
 - e) Gangguan pembekuan darah, komplikasi yang timbul ini dapat berupa perdarahan karena kurangnya protein yang diperlukan

untuk pembekuan darah, atau sebaliknya terjadi penggumpalan darah yang menyebar karena protein tersebut terlalu aktif.

- f) Solusio plasenta, lepasnya plasenta dari dinding rahim sebelum kelahiran dapat mengakibatkan pendarahan serius dan kerusakan plasenta yang akan membahayakan keselamatan wanita hamil dan janin.
 - g) Stroke hemoragik, kondisi ini ditandai dengan pecahnya pembuluh darah otak akibat tingginya tekanan darah di dalam pembuluh tersebut. Ketika seseorang mengalami pendarahan di otak, sel-sel otak akan mengalami kerusakan karena adanya penekanan dari gumpalan darah dan juga karena tidak mendapatkan pasokan oksigen akibat terputusnya aliran darah, kondisi inilah yang menyebabkan kerusakan otak atau bahkan kematian.
- 2) Bagi janin
- a) Prematuritas
 - b) Kematian janin
 - c) Terhambatnya pertumbuhan janin
 - d) Asfiksia neonatorum.

7. Faktor Resiko Preeklampsia

Menurut Norma & Mustika (2013) terdapat beberapa faktor resiko terjadinya preeklampsia yaitu :

1) Primigravida atau kehamilan pertama

Ibu yang pertama kali sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida akan menyebabkan peningkatan pelepasan corticotropic-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus yang kemudian akan menyebabkan peningkatan kortisol. (Nur & Arrifudin, 2017)

2) Obesitas

Obesitas dapat mengakibatkan kolesterol meningkat, bahkan mengakibatkan jantung lebih cepat dan bekerja berat. Semakin banyak jumlah darah yang terkandung berarti akan semakin parah jantung dalam memompa darah sehingga dapat menyebabkan preeklampsia.

3) Usia kehamilan

Preeklampsia muncul setelah ibu dengan usia kehamilan 20 minggu dengan gejala kenaikan tekanan darah. Jika terjadi preeklampsia dibawah 20 minggu masih dikategorikan hipertensi kronik. Sebagian besar preeklampsia terjadi pada > 37 minggu dan semakin tua usia kehamilan maka semakin beresiko untuk terjadinya preeklampsia.

4) Riwayat hipertensi

Orang dengan riwayat hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki resiko 4-5 kali terjadi preeklampsia pada kehamilannya.

5) Usia

Ibu dengan usia > 35 tahun akan rentan mengalami masalah kesehatan, salah satunya adalah preeklampsia. Karena adanya perubahan jaringan rahim dan saluran lahir yang tidak fleksibel seperti halnya pembuluh darah, disebabkan oleh peningkatan tekanan darah. Seiring bertambahnya umur semakin mudah terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah ibu, proteinuria dan edema.

8. Penatalaksanaan

Menurut (Pratiwi, 2017) Penatalaksanaan pada preeklampsia adalah :

- 1) Tirah baring miring ke satu posisi
- 2) Monitor tanda-tanda vital, reflex dan DJJ.
- 3) Diet tinggi kalori, tinggi protein, rendah karbohidrat lemak dan garam.
- 4) Pemenuhan kebutuhan cairan : jika jumlah urine < 30 ml/jam pemberian cairan infuse ringer laktat 60-125 ml/jam
- 5) Pemberian obat-obatan sedatif, anti hipertensi dan diuretik
- 6) Monitor keadaan janin dengan melakukan pemeriksaan aminoscopy dan USG.

- 7) Monitor tanda-tanda kelahiran persiapan kelahiran dengan induksi partus pada usia kehamilan diatas 37 minggu.

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Syaifudin (2016) pemeriksaan laboratorium preeklampsia berat sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan darah lengkap

Biasanya ditandai dengan hemoglobin menurun, kadar normal Hb pada ibu hamil adalah 12-14 gram%. Peningkatan hematokrit dengan nilai 37-43 vol% dan trombosit mengalami penurunan dengan nilai 150.000-450.000/mm³.

- 2) Tes urin

Pada preeklampsia biasanya ditemukan proteinuria.

- 3) Tes fungsi hati

Ditemukan bilirubin mengalami peningkatan (nilai normal <1 mg/dl), serum glutamate piruvat transaminase mengalami peningkatan dari nilai normal (nilai normal :15-45 u/ml), aspartate aminotransferase (AST) > 60 ul, SGOT juga mengalami peningkatan (nilai normal : <13 u/l) maka total protein serum menurun.

- 4) Tes asam urat

- 5) Radiologi

- a) Ultrasonografi (USG)

- b) Kardiografi, ditemukan DJJ mengalami kelemahan.

B. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu tindakan pembedahan guna melahirkan anak melalui insisi dinding perut abdomen dan uterus (Oxorn dan Forte, 2010).

Persalinan dengan *sectio caesarea* dilakukan atas indikasi medis baik dari sisi ibu maupun janin yang dapat membahayakan nyawa ibu dan janin (Cunningham, 2018).

sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawiharjo, 2013)

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *section caesarea* adalah suatu tindakan persalinan buatan dengan cara dilakukan pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut guna untuk mengeluarkan janin yang dilakukan atas indikasi medis yang dapat membahayakan ibu dan janin.

2. Klasifikasi

Menurut Oxorn (2010) ada beberapa jenis *sectio caesarea* :

1) Sectio caesarea klasik

Sectio caesarea klasik yaitu dengan melakukan sayatan vertikal sehingga memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi, akan tetapi jenis ini sudah sangat jarang dilakukan karena sangat beresiko terhadap terjadinya komplikasi.

2) Segmen bawah (insisi membujur)

Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi. Keuntungan tipe ini yaitu dapat memperlebar insisi keatas apabila bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau adanya anomali janin seperti kehamilan kembar yang menyatu. Kerugiannya adalah perdarahan dari tepi sayatan yang lebih banyak karena terpotongnya otot.

3) Segmen bawah (insisi melintang)

Tipe Sectio Caesarea ini memungkinkan abdomen dibuka dan uterus disingsingkan. Lipatan vesicouterina (bladder flap) yang terletak dengan sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih di dorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapang pandang. Keuntungan tipe ini adalah otot tidak dipotong tetapi dipisah kesamping sehingga dapat mengurangi perdarahan, kepala janin biasanya dibawah insisi sehingga mudah di ekstraksi. Kerugiannya adalah apabila segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dilakukan.

4) Sectio caesarea Histerektomi

Sectio caesarea diikuti dengan pengangkatan rahim, hal ini dilakukan dalam kasus-kasus dimana pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

5) Sectio caesarea extraperitoneal

Sectio caesarea berulang pada seorang pasien yang sebelumnya melakukan sectio caesarea. Biasanya dilakukan dengan insisi dinding dan fasis abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum.

3. Patofisiologi

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukannya tindakan untuk gawat ibu ini seperti distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsi jaringan lunak, plasenta previa, preeklampsia-eklampsia dan lain-lain. Sedangkan untuk gawat janin seperti janin besar dan letak lintang (Syarifuddin & Prawijo, 2013). Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi, bisa bersifat regional maupun umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu, sehingga kadang bayi lahir dalam keadaan apneu yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruh anestesi pada ibu sendiri yaitu darah banyak keluar akibat dari tonus uteri berupa atonia uteri, untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. (Syarifudin dan Prawiroharjo, 2013 dalam Aspiani 2013).

4. Indikasi

Menurut Manuaba (2013) mengatakan indikasi *Sectio Caesarea* yaitu partus lama, disproporsi cervalopelvic, panggul sempit, gawat janin, malpresentasi janin (letak lintang, sungsang, letak defleksi, presentasi rangkap jika reposisi tidak berhasil dan gemeli), ruptur uteri mengancam dan indikasi lainnya. Indikasi klastik dapat dikemukakan sebagai dasar dari tindakan section caesarea adalah ruptur uteri mengancam, berat janin melebihi 400 gram, perdarahan antepartum, indikasi yang menambah tingginya angka *sectio caesarea* adalah kehamilan premature, kehamilan resiko tinggi, kehamilan kembar dan kelainan letak janin.

5. Komplikasi

Menurut Khasanah (2014) Komplikasi yang timbul akibat dilakukannya tindakan *sectio caesarea* adalah :

- a. Komplikasi pada ibu yaitu adanya infeksi luka insisi, perdarahan dan perdarahan, dan luka kandung kemih
- b. Komplikasi pada janin yaitu kematian perinatal dan hipoksia janin.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilkaukan untuk tindakan *sectio caesarea* adalah :

- 1) Pemeriksaan Laboratorium meliputi :
 - a. Hemoglobin atau hematokrit untuk mengkaji perubahan dari kada pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan
 - b. Leukosit (WBC) untuk mengidentifikasi adanya infeksi

- c. Tes golongan darah, lama pendarahan, waktu pembekuan darah.
- d. Urinalisis atau kultur urine
- e. Pemeriksaan elektrolit
- f. Pemeriksaan ECG
- g. Pemeriksaan USG
- h. Pemeriksaan amniosentesis terhadap maturitas pada janin sesuai indikasi.
- i. Pemantauan terhadap kesehatan janin.

7. Penatalaksanaan Sectio Caesarea

Menurut Ramadanty (2019) penatalaksanaan *sectio caesarea* adalah sebagai berikut :

1) Pemberian cairan

Pada 24 jam pertama klien puasa 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 Dextrose 10 %, garam fisiologi (NaCl) dan Ringer Laktat secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfusi darah sesuai kebutuhan.

2) Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan dan kiri dapat di mulai sejak 6 sampai 10 jam setelah operasi. Hari kedua operasi, klien dapat berlatih duduk selama 5 menit dan diminta untuk nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri ketika

bergerak. Selanjutnya selama berturut-turut klien dianjurkan untuk belajar duduk, berjalan sendiri pada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.

3) Kateterisasi

Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada klien, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan pendarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan klien.

4) Pemberian obat-obatan

Pemberian antibiotik dan analgetik sesuai indikasi, untuk meningkatkan vitalitas dan keadaan umum klien dapat diberikan caboransia seperti neurobion/vitamin C.

5) Pemeriksaan rutin

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan adalah suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan.

6) Perawatan luka

Kondisi balutan luka dapat dilihat pada hari ke-3 post operasi, bila basah dan berdarah harus dibuka dan diganti untuk mengurangi resiko infeksi.

7) Perawatan Panyudara

Pemberian ASI dapat dimulai setelah melahirkan, namun ada beberapa kendala pengeluaran ASI pada ibu setelah melahirkan. Sehingga diharuskan melakukan perawatan panyudara untuk

membantu merangsang pelepasan hormon prolaktin dan oksitoksin untuk melancarkan pengeluaran ASI dengan dilakukannya pemijatan oksitoksin.

8. Keuntungan dan kerugian sectio caesarea

1) Keuntungan

Adapun keuntungan tindakan *sectio caesarea* menurut Sartika (2014) adalah :

- a) Menghindari terjadinya kerusakan pada alat kelamin
- b) Rasa takut dalam persalinan
- c) Waktu persalinan bisa di atur.

2) Kerugian

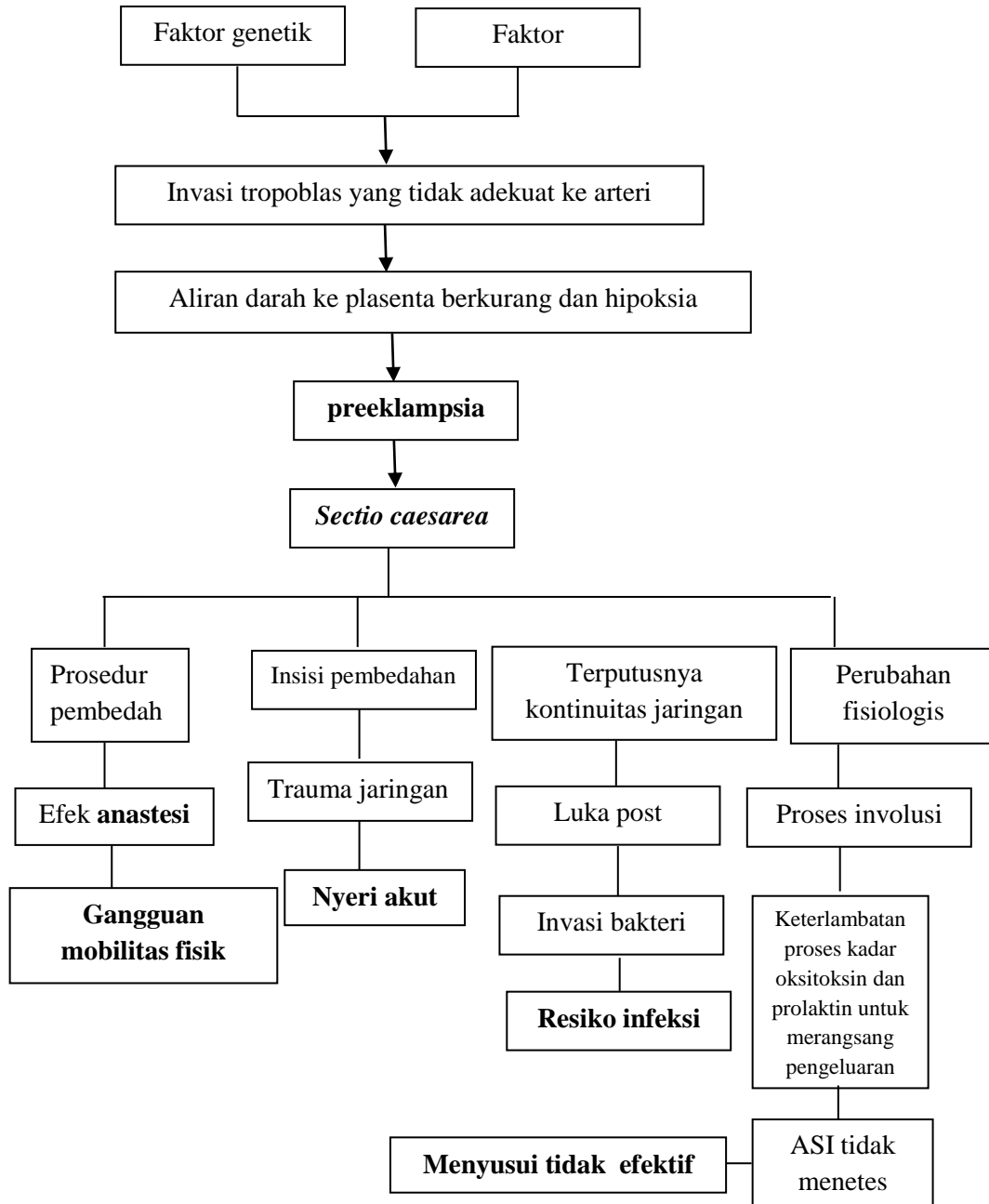
Adapun kerugian pada tindakan *sectio caesarea* menurut Dani (2013) adalah :

- a) Beresiko kematian 20 kali lebih besar dari persalinan normal
- b) Beresiko infeksi 80 kali lebih besar dai persalinan normal.

9. Pathways

Bagan 2.1

Patway sc atas indikasi preeklampsia



Sumber : Marlina & Hani, 2018

C. Konsep Post Partum

1. Pengertian

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berahir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Siti Saleha, 2013).

Post partum adalah masalah sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Supriyanti, 2017).

Post partum atau masa nifas (puerperium) adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis. Perubahan tersebut sebenarnya sebagian besar bersifat fisiologis (Maritalia, 2017).

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa sesudah persalinan yaitu setelah pengeluaran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu yang berlangsung kurang lebih 6 minggu atau 42 hari. Dan juga pada masa nifas ini ibu akan mengalami banyak perubahan baik dari segi fisik maupun psikologis yang merupakan perubahan yang bersifat fisiologis.

2. Tahapan Masa Post Partum

Menurut Wahyuni (2019) ada beberapa tahapan masa post partum diantaranya :

a. *Immediate Post Partum* (Setelah plasenta lahir-24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.

b. *Early Post Partum* (24-1 minggu)

Harus dipastikan involusio uteri normal, tidak ada pendarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. *Late Post Partum* (1 minggu-6 minggu)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling atau pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB).

3. Perubahan Fisiologis pada Ibu Post Partum

Menurut Risa dan Rika (2014) Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu akan mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain seperti :

a. Involusi uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus

Uteri (TFU). Pada akhir kala III persalinan, uterus akan berada digaris tengah kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besae uterus kira-kira sama dengan besar uterus pada waktu kehamilan usia 16 minggu dengan berat 1000 gram. Peningkatan kadar esterogen dan prohesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan massif uterus selama masa hamil.

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Ari Lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 Minggu	½ pusat <i>sympisis</i>	500 gr
2 Minggu	Tidak teraba	350 gr
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 Minggu	Normal	30 gr

b. Lochea

Lochea adalah ekstresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea berbau amis dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita, lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Ada beberapa macam lochea berdasarkan warna dan waktu pengeluarannya yaitu diantaranya :

1) Lochea Rubra

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-empat masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Pengeluaran lochea ini berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 masa post partum.

3) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Pengeluaran lochea ini pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lochea alba

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum. Lochea alba atau serosa yang berlanjut akan dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi akan keluar caoran nanah berbau yang disebut dengan lochea purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut "lochea stasis".

c. Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil; dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

d. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena kurangnya aktivitas tubuh karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

e. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurang aktivitas tubuh.

f. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil (BAK) dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung

kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut dinamakan diuresis.

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pada saat setelah partus otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan pendarahan ligament-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang. Pada waktu persalinan secara berangsur-angsur menjadi kecil dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada waktu 6-8 minggu setelah persalinan.

h. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah pasca persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba, volume darah bertambah sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordial. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokompensasi sehingga volume darah kembali seperti semula. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 post partum.

i. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas ini tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu tubuh

Pada waktu 24 jam post partum, suhu tubuh akan naik sedikit kurang lebih (37,5-38 C) hal ini akibat dari kerja keras waktu

melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Lalu pada hari ke-3 suhu tubuh akan meningkat dikarenakan adanya pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak menurun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Denyut Nadi

Denyut nadi normal pada dewasa adalah 60-80 x per menit. Biasanya denyut nadi setelah melahirkan akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, dan harus waspada kemungkinan ibu mengalami dehidrasi, infeksi atau pendarahan post partum.

3) Tekanan Darah

Tekanan darah kemungkinan tidak berubah dan mungkin akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena adanya pendarahan. Tekanan darah yang tinggi pada saat melahirkan yang menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu tidak normal maka pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran pernafasan. Bila pernafasan pada masa post partum lebih cepat kemungkinan adanya tanda-tanda syok.

4. Perubahan Psikologis Ibu Post Partum

Setelah persalinan yang merupakan pengalaman unik yang dialami ibu, masa nifas juga merupakan salah satu fase yang memerlukan adaptasi psikologis. Ikatan antara ibu dan bayi yang sudah lama terbentuk sebelum

kelahiran akan semakin mendorong wanita untuk menjadi ibu yang sebenarnya. Inilah pentingnya rawat gabung atau rooming in pada ibu nifas agar ibu dapat leluasa menumbuhkan rasa kasih sayang kepada bayinya tidak hanya dari segi fisik seperti menyusui, mengganti popok saja tapi juga dari segi psikologis seperti menatap, mencium, menimang sehingga kasih sayang ibu dapat terus terjaga.

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut :

1) *Fase taking in* Periode ketergantungan

Fase ini dimulai hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Pada fase ini Ibu juga membutuhkan perlindungan dan pelayanan.

2) *Fase taking hold*

Fase yang berlangsung antara 3 - 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai 33 perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

3) *Fase letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya ini dimulai 10 hari setelah kelahirannya, ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan

ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan percaya diri dalam menjalani peran barunya. Sistem keluarga telah menyesuaikan diri dengan anggotanya yang baru. Tubuh pasien telah sembuh, perasaan rutusnya telah kembali dan kegiatan hubungan seksualnya telah dilakukan kembali (Setyaningrum, 2015).

5. Patofisiologi

Pada kasus post partus spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi yang menyebabkan terjadi peningkatan kadar oksitoksin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut, dan perubahan pada vagina dan perineum terjadi ruptur jaringan terjadi trauma mekanis, personal hygiene yang kurang baik, pembuluh darah rusak menyebabkan sehingga muncul masalah keperawatan resiko infeksi. Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter panyudara. Laktasi di pengaruhi oleh hormone esterogen dan peningkatan prolaktin, sehingga terjadi pembentukan ASI, tetapi terkadang terjadi juga aliran darah di panyudara berurai dari uterus (involusi dan retensi darah di pembuluh panyudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada duktus intiverus, sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif.

6. Kebutuhan Masa Post Partum

Menurut Wahyuningsih (2019) menegaskan kebutuhan masa post partum yaitu sebagai berikut :

a. Nutrisi dan cairan

Kebutuhan nutrisi perlu diperhatikan karena apabila kebutuhan nutrisi terpenuhi dan baik akan dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pengelolaan ASI. Berikut adalah kebutuhan gizi yang baik saat ibu menyusui :

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori setiap hari
- 2) Diet seimbang, protein, mineral dan vitamin
- 3) Minum sedikitnya 2 liter/hari (kurang lebih 8 gelas)
- 4) Konsumsi tablet tambah darah sampai 40 hari pasca persalinan.
- 5) Konsumsi vitamin A 200.000 unit.

b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah proses penyembuhan dengan cara tenaga kesehatan membimbing ibu post partum untuk bangun dari tidur sampai berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam pasca persalinan. Hal ini harus dilakukan secara bertahap. Ambulasi dini tidak disarankan pada ibu post partum dengan masalah misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan lainnya. Adapun keuntung dari ambulasi dini yaitu :

- 1) Ibu merasa lebih sehat
- 2) Fungsi usus dan kandung kemih lebih baik

- 3) Memungkinkan untuk mengajarkan ibu cara merawat bayi
- 4) Tidak ada pengaruh buruk terhadap proses pasca persalinan, tidak mempengaruhi penyembuhan luka, tidak menyebabkan pendarahan, tidak memperbesar kemungkinan prolaps atau retrotextio uteri.

c. Eliminasi

Setelah 6 jam post partum, diharapkan ibu dapat berkemih. Jika kandung kemih belum penuh atau lebih dari 8 jam belum berkemih disarankan melakukan katektisasi. Hal-hal ini yang menyebabkan kesulitan berkemih (retensi urine) pada post partum seperti :

- 1) Berkurangnya tekanan intrakranial
- 2) Otot-otot perut masih lemah
- 3) Edema dan uretra
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitif
- 5) Ibu post partum diharapkan bias defekasi atau buang air besar setelah hari ke-2 post partum, jika hari ke-3 belum bias defekasi bisa diberi obat pencahar oral atau rektal.

d. Kebersihan diri

Pada masa post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu keberhasilan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan yang sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah :

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum

- 2) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang.
- 3) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin.
- 4) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi luka jahit pada kelamin, menyarankan untuk tidak menyentuh daerah tersebut.

e. Istirahat dan Tidur

Ibu post partum dianjurkan beristirahat cukup dan melakukan kegiatan rumah secara bertahap. Kurangnya istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan.

D. Dampak Sectio Caesarea Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Maryunani (2015) tindakan sectio caesarea ini sangat berdampak pada kebutuhan dasar manusia seperti :

1) Nyeri

Ibu dengan post operasi sectio caesarea akan merasakan nyeri pada area pembedahan atau di area abdomen yang terdapat adanya bekas luka operasi.

2) Eliminasi

Adanya efek dari anastesi pada saat tindakan operasi ini membuat BAB tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan dan untuk BAK biasanya akan mengalami kesulitan sesudah pemasangan kateter.

3) Nutrisi dan Cairan

Setelah 6 jam pasca pembedahan maka ibu diberikan minum sedikit demi sedikit, klien dapat makan makanan yang lunak atau biasa pada hari pertama.

4) Mobilisasi

Ibu dengan post operasi sectio caesarea sudah disarankan mobilisasi dini dengan dapat menggerakkan kaki, tangan serta tubuhnya, kemudian dapat duduk pada jam ke 8-12 dan dapat berjalan setelah 24 jam pasca operasi.

5) Personal hygiene

Kebersihan diri ibu akan mengurangi sumber infeksi, member rasa nyaman, kebersihan yang harus dilakukan untuk menjaga kebersihan yaitu mandi, perawatan luka post operasi, perawatan gigi dan mulut, ibu post operasi sectio caesarea akan terbatas melakukan kebersihan diri.

6) Istirahat dan Tidur

Ibu dengan post operasi sectio caesarea di sarankan istirahat yang cukup.

7) Seksual dan reproduksi

Pada ibu post operasi sectio caesarea hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika lochea sudah berhenti kurang lebih 40 haru setelah persalinan dan ibu dengan post sectio caesare dapat hamil kembali dengan jarak kurang lebih 2 tahun.

E. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode organisasi yang sistematis dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Dengan metode ini perawat dapat mendemonstrasikan tanggung gugat dan tanggung jawab pada pasien, sehingga praktek keperawatan dapat berkualitas (Budiyono, 2015).

Pendekatan proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu, teknik dan keterampilan interpersonal dan di tunjukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga. Dalam proses keperawatan ada 5 tahapan dipisahkan dan saling berhubungan, tahap ini secara bersama-sama membentuk suatu pemikiran dan tindakan *continue*. Adapun langkah-langkah proses keperawatan :

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas klien

Terdiri dari identitas klien, pengkajian identitas meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal masuk, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal pengkajian, diagnose medis, nomor rekam medik.

b. Identitas penanggung jawab

Pada bagian ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan kepada ibu dengan post operasi sectio caesarea hari ke-1 biasanya akan mengeluh nyeri pada luka post operasi yaitu dibagian abdomen.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada bagian ini menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post operasi sectio caesarea dengan menggunakan PQRST. Dengan keterangan :

P : (*Provokatus-Paliatif*) yaitu tidak banyak gerak dan memberatkan pada klien post sc adalah ketika klien banyak melakukan aktivitas.

Q : (*Qualitas-Quantitas*) yaitu kualitas keluhan yang dirasakan klien. Pada klien post operasi sc keluhan yang dirasakan nyeri pada luka post operasi sectio caesarea.

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

S : (*Skala*) yaitu intensitas nyeri yang dirasakan pada klien sc dari rentang 0-10. Dengan keterangan : tidak nyeri (0), nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10).

T : (*Time*) yaitu kapan mulai timbulnya nyeri, bisa kadang-kadang, terus menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul atau konstan.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Berisi tentang penyakit yang pernah di derita sebelumnya dan ada hubungan dengan penyakitnya yang sekarang, pernah di rawat di rumah sakit atau tidak, kaji tentang alergi terhadap makanan dan obat-obatan. Pada klien post sectio caesarea biasanya memiliki riwayat post sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien mungkin di temukan adanya penyakit yang sama dengan penyakit dengan pasien penyakit yang diderita pasien saat ini, atau adanya penyakit menular atau turunan dalam keluarga.

5) Riwayat obstetric dan ginekologi

a) Riwayat ginekologi

Mengkaji kandungan diluar kehamilan seperti Menarche atau menstruasi, siklus haid, banyaknya haid, keluhan apakah ada dismenore atau tidak, sifat darah, kemudia riwayat pernikahan, lamanya pernikahan, pernikahan keberapa, riwayat kontrasepsi, apakah sebelumnya pernah memakai KB atau belum, dan jenis Kb apa yang digunakan. (Atin, 2016)

b) Riwayat Obstetri

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat persalinan sebelumnya, kehamilan beberapa, usia melahirkan, usia kehamilan, BB/PB, anak beberapa, tempat persalinan.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Pada umumnya pada klien dengan post operasi tidak dijumpai dengan penurunan kesadaran, kemungkinan ditemui klien tampak meringis, gelisah karena nyeri serta penampilan biasanya lemah.

2) Tanda-tanda vital

Pada klien post sectio caesarea, 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 di waspadai kemungkinan adanya pendarahan.

3) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

a) Kepala

Inspeksi apakah simetris atau tidak, apakah ada benjolan atau tidak, apakah ada nyeri tekan atau tidak. Kaji warna rambut, keadaan rambut, dan kebersihannya.

b) Wajah

1. Mata

Mengkaji kesimetrisan antara mata sebelah kanan dan kiri, fungsi penglihatan, konjuntiva apakah anemis atau tidak, sclera apakah ikterik atau tidak, dan bentuk pupil saat dirangsang cahaya, apakah ada edema periorbital atau tidak.

2. Hidung

Mengkaji bentuk hidung sebelah kanan dan sebelah kiri, fungsi penciuman, terdapat polif atau tidak, bagaimana kebersihannya, terdapat nyeri atau tidak, terdapat sumbatan atau secret atau tidak.

3. Telinga

Mengkaji bentuk kesimetrisan antara telinga kanan dan kiri, fungsi pendengaran serta kebersihannya apakah ada serumen atau tidak.

4. Mulut dan gigi

Inspeksi kelembapan mulut dan keadaan gigi, lalu lihat gigi berlubang atau tidak karena jika berlubang dapat menjadi pintu masuk mikroorganisme dan bisa beredar secara sistemik selain itu mulut dapat menjadi kering dan bau.

c) Leher

Inspeksi warna kulit, bentuk leher, lalu palpasi apakah ada pembesaran tyroid dan peningkatan vena jugularis (JVP).

d) Dada

1. Jantung

Auskultasi bunyi jantung S1 S2 (Lup/dup/ Mur-mur) ada bunyi tambahan atau tidak, kaji bunyi jantung, irama dan nadi.

2. Paru-paru

Mengkaji irama nafas, bunyi nafas, frekuensi nafas, biasanya pada ibu post operasi sectio casarea dengan tidak adanya penyakit penyerta akan ditemukan bunyi paru jelas dan vesikuler.

3. Panyudara

Mengkaji keadaan panyudara, apakah ada pembengkakan atau tidak, bentuk hiperpigmentasi aerola, keadaan puting susu menonjol atau terbenam dan kesimetrisan bentuk panyudara serta pengeluaran ASI.

e) Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen, kaji luka pembedahan apakah terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, lalu lihat kondisi balutan apakah kotor atau tidak, apakah ada linea nigra dan striae gravidarum serta kebersihan abdomen, auskultasi bising usus. Pada ibu post sc terdapat nyeri pada luka bekas operasi, raba tinggi fundus uteri pada 24 jam pertama satu atau dua jari dibawah pusat. (Wahyuningsih, 2019).

f) Genetalia

Kaji apakah ada kelainan, pembengkakan atau lesi di area sekitar, lihat kebersihan vulva, lalu cek pengeluaran lochea pada hari ke-1 biasanya terdapat lochea rubra, banyaknya keluar dan baunya seperti apa, lalu cek apakah terpasang kateterisasi atau tidak.

g) Ekstremitas

1. Ekstremitas atas

kaji kesimetrisan tangan, ujung jari sianosis atau tidak, kaji adanya edema, biasanya terpasang infuse sehingga adanya keterbatasan gerak, kekuatan otot 3 masih bisa digerakan namun terbatas.

2. Ekstremitas bawah

Kaji kesimetrisan kaki, ada atau tidaknya edema pada area kaki, biasanya keterbatasan gerak atau enggan gerak karena masih terasa sakit akibat luka post operasi sectio caesarea, kekuatan otot 3 masih bisa digerakan namun terbatas.

e. Pola aktivitas sehari-hari (ADLs)

Pola aktivitas sehari-hari akan mengalami perubahan dan gangguan. Biasanya terjadi insomnia, kelelahan atau keletihan, perubahan frekuensi berkemih, defekasi kurang dari biasanya, mengeluh rasa penuh abdomen, adanya mual. Dan biasanya mempunyai keterbatasan aktivitas sehingga tidak dapat melakukan aktivitas sendiri.

f. Aspek Psikologis, Sosial, dan Spiritual

1) Aspek psikologis

Pada ibu post sectio caesarea biasanya mengalami fase talking in. fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua pasca melahirkan. Pada saat itu, ibu fokus perhatiannya terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan dan membuat ibu harus cukup istirahat tujuannya untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi positif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi dengan baik.

2) Aspek social

Memperhatikan segala kelebihan yang dimiliki klien, dan menanyakan bagaimana sosialisasi dengan anggota keluarga, masyarakat yang lain. (Wahid & Hanifah, 2019)

3) Spiritual

Mencari tahu atau menanyakan kepercayaan agama yang dianut klien. (Wahid & Hanifah, 2019)

g. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap keadaan penyakitnya.

1) Hemoglobin

Dalam pemeriksaan ini mungkin hasil akan rendah dari nilai normal karena akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.

2) Leukosit

Dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.

3) Trombosit

Dalam pemeriksaan ini tujuannya untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah

2. Analisa Data

Analisa data merupakan tingkat akhir dalam tahap pengkajian setelah dilakukan validasi data, melalui identifikasi pola atau masalah dapat diketahui gangguan atau masalah keperawatan yang terdapat pada fungsi kesehatan, seperti pada persepsi, tatalaksana kesehatan, pada aktivitas, pola nutrisi metabolisme, dll.

Tabel 2.2
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	2	3	4
1.	DS : mengeluh nyeri DO : 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis; waspada posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nafas meningkat 5) Sulit tidur 6) Tekanan darah meningkat 7) Pola nafas berubah	<i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan insisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengerluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	(D. 0077) Nyeri Akut
2.	DS : 1) mengeluh sulit menggerakan ekstremitas 2) nyeri saat bergerak 3) enggan melakukan pergerakan - merasa cemas saat bergerak DO : 1) kekuatan otot menurun 2) rentang gerak (ROM) menurun 3) gerakan terbatas 4) fisik lemah	Tindakan <i>sectio caesarea</i> menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan saraf ekstremitas bawah sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik
3.	DS : - DO : -	Luka post op <i>sectio caesarea</i> menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	(D.0142) Resiko Infeksi
4.	DS : 1) Kelelahan maternal 2) Kecemasan maternal DO : 1) ASI tampak tidak menetes	Tindakan <i>sectio caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga asi tidak keluar dan terjadi Menyusui tidak efektif	(D.0029) Menyusui Tidak Efektif

3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilain klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung, actual, maupun potensial (SDKI, 2017). Menurut SDKI (2017) Kemungkinan diagnose yang muncul pada pasien dengan post operasi *sectio caesarea* adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 3) Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif
- 4) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

4. Perencanaan

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Tampak meringis menurun
- c. Sikap protektif menurun

(SLKI, 2018)

Tabel 2.3
Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 1

Intervensi	Rasional
1	2
<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Tindakan</p> <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 budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan obat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis; suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk menentukan dan membedakan karakteristik khususnya nyeri 2) Untuk mengetahui tingkat nyeri 3) Untuk mengetahui bagaimana respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Untuk mengetahui budaya terhadap respon nyeri 7) Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Untuk mengetahui dan menilai keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Untuk melihat dan mengetahui efek samping penggunaan obat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengalihkan perhatian dan sensasi nyeri sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dirasa 2) Agar lingkungan dapat terkontrol dan dapat memberikan kenyamanan 3) Untuk memberikan istirahat tidur 4) Untuk mengetahui perbedaan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Untuk mengetahui strategi meredakan

1	2
3) Anjurkan memonitor nyeri secara berkala 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. (SIKI, 2018)	nyeri 3) Dapat meempercepat dan konsisten dalam proses terapi 4) Dapat mengetahui teknik untuk meredakan nyeri secara non farmakologis Kolaborasi 1) Untuk membantu meredakan nyeri

2) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- a. kekuatan otot meningkat
- b. rentang gerak (ROM) meningkat
- c. nyeri menurun
- d. kelemahan fisik menurun
- e. gerakan terbatas menurun

(SLKI, 2018)

Tabel 2.5
Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 3

Intervensi	Rasional
1	2
Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Tindakan Observasi 1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) monitor frekuensi jantung dan tekanan	Observasi 1) untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 2) untuk mengetahui toleransi aktivitas fisik dalam melakukan pergerakan 3) untuk melihat dan mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum

1	2
<p>darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal pagar, tempat tidur</p> <p>2) fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>3) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) jelaskan tujuan mobilisasi dini</p> <p>2) anjurkan melakukan mobilisasi dini ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis; susuk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (SIKI 2018)</p>	<p>aktivitas</p> <p>4) untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) dapat memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu</p> <p>2) dapat mempermudah dalam melakukan pergerakan</p> <p>3) agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi</p> <p>2) untuk mempercepat proses penyembuhan</p> <p>3) agar pasien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri</p>

4) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka

diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- a. nyeri menurun
- b. kultur area luka membaik
- c. kerusakan jaringan menurun
- d. kadar sel darah putih membaik

(SLKI, 2018)

Tabel 2.6
Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 4

Intervensi	Rasional
1	2
<p>Perawatan luka : I.14564</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor karakteristik luka 2) Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 4) Pasang balutan sesuai jenis luka 5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu. 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui karakteristik luka 2) Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk membantu proses perawatan luka 2) Untuk membantu membersihkan luka 3) Untuk membantu proses pemulihan luka 4) Untuk membantu melindungi luka 5) Untuk mencegah infeksi pada area luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk memberikan informasi mengenai infeksi 2) Untuk membantu proses pemulihan 3) Untuk membantu perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri

5) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidadaekuatan suplai ASI

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil :

- a. Tetesan atau pancaran ASI meningkat
- b. Suplai ASI adekuat meningkat
- c. Intake bayi meningkat (SLKI, 2018)

Tabel 2.4
Rencana Asuhan Keperawatan Diagnosa 2

Intervensi	Rasional
1	2
<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui 5) Libatkan system pendukung suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan konseling menyusui 2) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 4) Ajarkan perawatan panyudara antepartum dengan mengkompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa 5) Ajarkan perawatan panyudara postpartum (mis; memerah ASI, pijat penyudara, pijat oksitoksin) <p>(SIKI,2018)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi 2) Untuk menjelaskan tujuan dan manfaat menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk memberikan edukasi kepada klien 2) Untuk mengetahui kesediaan klien menerima informasi Untuk memberikan kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan 3) Untuk member motivasi ibu dalam menyusui 4) Untuk membantu ibu dalam melakukan proses menyusui <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk memberikan informasi kepada ibu tentang menyusui 2) Untuk memberikan informasi kepada ibu mengenai manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 3) Untuk mengajarkan ibu posisi menyusui yang benar 4) Untuk mengajarkan ibu mengenai perawatan panyudara 5) Mengajarkan ibu mengenai perawatan panyudara untuk merangsang pengeluaran ASI

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Bruno, 2019). Tahap ini akan muncul bila perencanaan diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang dibuat pada perencanaan sesuai dengan kondisi pasien. Implementasi keperawatan akan sukses sesuai dengan rencana apabila perawat mempunyai kemampuan kognitif, kemampuan hubungan interpersonal, dan ketrampilan dalam melakukan tindakan yang berpusat pada kebutuhan pasien (Akib, 2012).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Dra.Rosinta, Drs.Asrul, 2014). Format yang dapat digunakan untuk evaluasi keperawatan menurut Dinarti et al., (2009) yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. Subjektif, yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien.
- b. Objektif, yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.
- c. *Assesment*, yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). Ketika menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat dapat menarik satu dari tiga kemungkinan simpulan :

- 1) Tujuan tercapai
- 2) Tujuan tercapai sebagian
- 3) Tujuan tidak tercapai

Kriteria perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan, dan merevisi data dasar dan perencanaan meliputi menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, bekerjasama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan, mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasikan perencanaan (Nursalam, 2007). Ada dua macam evaluasi yaitu menurut Nursalam (2007) yaitu :

- 1) Evaluasi formatif, evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan dimana evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi pada saat itu.
- 2) Evaluasi somatif, yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan pada tujuan keperawatan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien

Nama : Ny. Y
Umur : 30 tahun
Alamat : Cireong, RT 25/RW 10, Ciamis
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Suku bangsa : Sunda
Status perkawinan : Kawin
Tanggal masuk : 8 April 2023
Tanggal pengkajian : 9 April 2023
Tanggal Operasi : 9 April 2023
Diagnosa medis : Post SC Preeklampsia
No Rekam Medik : 100823649
Gravida : G2P1A0

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. R
Umur : 31 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Buruh
Agama : Islam
Alamat : Cireong, RT 25/RW 10, Ciamis
Pendidikan : SD
Status perkawinan : Kawin
Hubungan dengan klien : Suami

2. Riwayat kesehatan

1) Alasan masuk Rumah Sakit

Pada tanggal 7 april 2023 klien mengatakan mual muntah dan merasa pusing dan juga klien sudah merasa ada kontraksi lalu klien dibawa oleh keluarga ke bidan terdekat untuk melakukan pemeriksaan. Setelah dilakukan pemeriksaan tekanan darah 170/110 mmHg sehingga bidan menyarankan untuk dibawa ke rumah sakit. Pada tanggal 8 April 2023 klien datang ke RSUD Ciamis dan dilakukan pemeriksaan di ponok lalu dipindahkan ke ruang VK. Ketika klien sedang dalam proses persalinan ternyata klien mengalami kelemahan otot-otot rahim akibat persalinan yang lama (inersia uteri sekunder) sehingga harus segera dilakukan tindakan persalinan dengan operasi *sectio caesarea*. Pada tanggal 9 April 2023 klien dilakukan tindakan *sectio caesarea* pada jam 09.00 WIB.

2) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada luka post sc dibagian abdomen bawah

3) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dikaji pada tanggal 9 April 2023 pukul 11.30 WIB, klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC, pada saat dikaji klien mengatakan nyeri bertambah apabila klien banyak bergerak dan berkurang apabila klien tidak banyak bergerak. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat di bagian bawah abdomen dengan sayatan vertikal diatas umbilikus dengan skala nyeri 7 (0-10) dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Klien tampak protektif terhadap luka nya dan tampak meringis.

4) Riwayat kesehatan dahulu

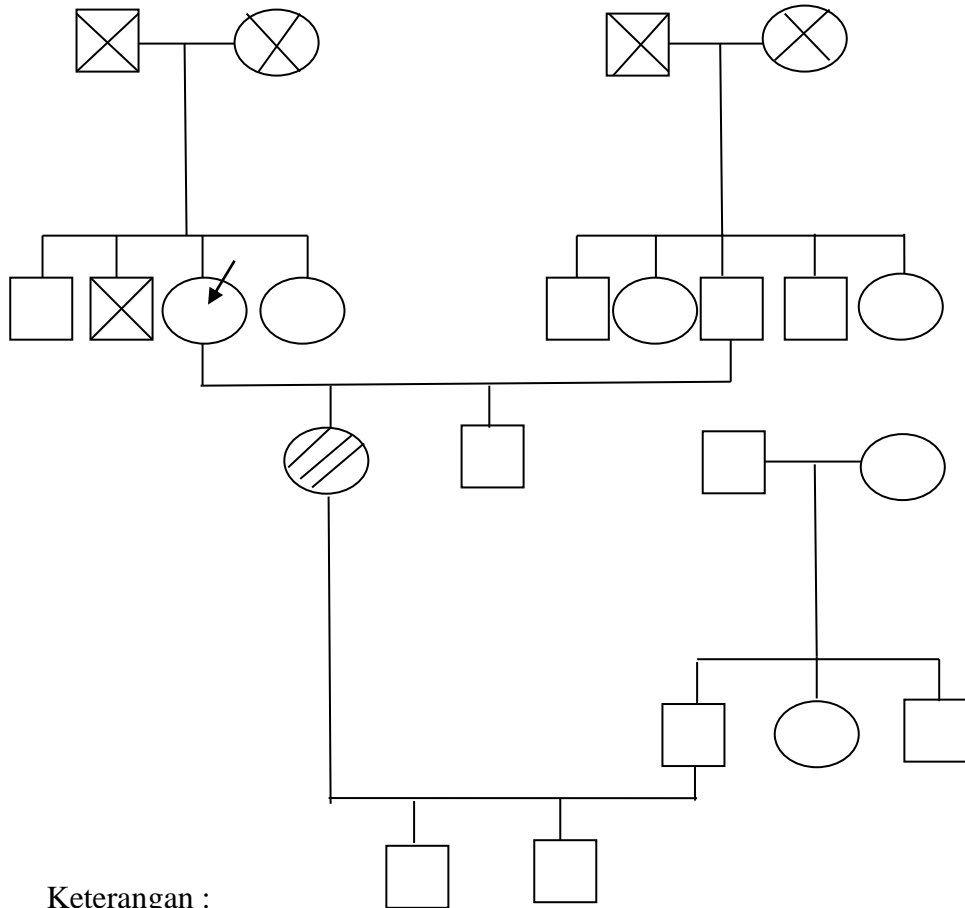
Klien mengatakan sebelumnya klien belum pernah mengalami operasi secar dan juga tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, stroke, dan juga tidak memiliki riwayat penyakit menular.

5) Riwayat penyakit keluarga

Menurut penuturan klien bahwa anggota keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi yaitu ibu dari klien, untuk anggota lainnya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dan juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular. Klien juga mengatakan bahwa dalam keluarga tidak ada yang pernah mengalami operasi secar.

3. Genogram

Bagan 3.1
Genogram Keluarga Ny.Y



Keterangan :

□ : Laki-laki

⊘ : klien

○ : Perempuan

↙ : Riwayat penyakit hipertensi

⊗ : Meninggal

— : Garis perkawinan

| : Garis keturunan

4. Riwayat obstetri dan ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Menarche : 12 tahun
Lama : 6-7 hari
Siklus : 28 hari
Banyaknya : normal
Teratur atau tidak : teratur
HPHT : 6 Juli 2022
Taksiran Partus : 13 April 2023

2) Riwayat perkawinan

Pernikahan ke : pernikahan ke-1
Usia suami : 31 tahun
Usia istri : 30 tahun
Lama perkawinan : 11 tahun

3) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang P2A0 dengan usia kehamilan 9 bulan.
Berat badan sebelum hamil 63 Kg dan berat badan saat hamil 71 Kg,
klien mengalami kenaikan berat badan sebesar 8 Kg dan tinggi badan
klien 150 cm.

4) Keadaan saat hamil

- a. Trimester I : klien mengatakan tidak ada keluhan
- b. Trimester II : klien mengatakan tidak ada keluhan

- c. Trimester III : klien mengatakan pada trimester ini mengalami nyeri kepala dan mual muntah.
- d. Riwayat Antenatal Care (ANC) : klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan.

5) Riwayat KB

Klien mengatakan sebelumnya pernah memakai KB suntik/1 bulan dan setelah melahirkan anaknya ini berencana untuk melakukan pemasangan KB suntik lagi.

6) Riwayat Obstetri

- a) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Tabel 3.1
Riwayat kehamilan yang lalu

No	Tanggal	Penolong	Persalinan	BB Lahir	JK	Usia	Keadaan
1	2	3	4	5	6	7	8
1	03-03-2015	Bidan	Spontan	38 gram	L	8 tahun	Sehat

b) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 9 April 2023 klien dibawa ke ruangan operasi untuk melakukan tindakan sear. Bayi yang lahir ini berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3,1 gr dan panjang badan 50 cm. sejak bayi lahir klien belum memberikan bayi nya ASI karena bayi di rawat di ruang perinatologi dan ibu di ruang nifas.

5. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran	: Composmentis
GCS	: 15 (E=4, V=5, M=6)
Keadaan	: Lemah
BB saat hamil	: 71 Kg
Tinggi badan	: 150 cm

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah	: 140/80 mmHg
Nadi	: 80 x/menit
Suhu	: 36,5 C
Respirasi	: 20 x/menit
SPO2	: 98%

3) Pemeriksaan fisik head to toe

a. Kepala

Bentuk kepala simetris antara bahu kanan dan kiri, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, warna rambut hitam, panjang dan lembap, penyebaran rambut merata, kulit tampak bersih, bentuk kepala bulat, ekspresi wajah meringis,

b. Wajah

1. Mata

Bentuk mata sipit dan simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sclera putih, bola mata dapat

digerakan kesegala arah, refleks pupil baik ketika dirangsang cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik, keadaan mata bersih, tidak ada kotoran, tidak ada nyeri tekan, edema periorbital (-).

2. Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak ada secret, fungsi penciuman baik, tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada nyeri tekan, keadaan hidung bersih.

3. Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik terbukti pada saat dikaji klien dapat menjawab pertanyaan langsung, tidak ada serumen.

4. Mulut dan gigi

Mukosa bibir lembap, warna bibir merah kehitaman, gigi tampak bersih, reflek menelan baik, tidak ada gigi yang berlubang.

5. Leher

Warna kulit sawo matang, bentuk leher normal, keadaan umum bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan JVP, fungsi menelan baik, tidak ada nyeri tekan.

c. Dada

1. Paru-paru

Pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, nafas teratur, bunyi nafas vesikuler, respirasi 20x/menit.

2. Jantung

Bunyi jantung reguler, terdengar bunyi s1 dan s2 lup dup, cyanosis (-), tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 80 x/menit.

3. Panyudara

Bentuk panyudara simetris antara kanan dan kiri, puting menonjol, panyudara tampak bersih, aerola berwarna coklat kehitaman, tidak ada benjolan, ASI belum keluar, tidak ada nyeri tekan, panyudara teraba hangat.

d. Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat linea nigra dan tidak terdapat striae gravidarum, terdapat luka operasi di bagian abdomen dengan panjang ± 10 cm, luka tertutup perban dengan sayatan luka vertikal, tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, bising usus 6x/menit.

e. Genitalia

Klien terpasang kateter, keadaan genitalia kotor, terpasang pampers terdapat lochea rubra, urine berwarna kuning pekat dengan banyak 100 cc, pada anus tidak terdapat hemoroid.

f. Ekstremitas

1. Ekstremitas atas

Tangan simetris antara kanan dan kiri, pergerakan tangan baik, tidak ada edema, tangan kanan tersang infus dengan cairan RL 20 tpm. Kekuatan otot 4 masih bisa digerakan namun terbatas.

2. Ekstremitas bawah

Kaki simetris antara kanan dan kiri, tidak ada edema, pergerakan sedikit kaku tidak ada nyeri tekan, tidak ada varises. Kekuatan otot 4 masih bisa digerakan namun terbatas, rentang gerak (ROM) menurun, human sign (-), refleks patella +/+.

Kekuatan otot :

5	4
4	4

6. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien seorang perempuan dengan usia 31 tahun, klien beragama islam dan klien merasa senang dengan kelahiran anak keduanya.

2) Peran diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anak-anaknya.

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat bertemu dengan anaknya dan ingin segera pulih agar cepat pulang dan bisa merawat anak-anaknya.

4) Harga diri

Klien merasa dirinya dihargai oleh suaminya, keluarganya maupun lingkungan disekitarnya, terbukti banyak yang menengok dan peduli.

5) Gambaran diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya, perubahan pada bentuk tubuh seperti peningkatan BB, perubahan lainnya seperti sekarang memiliki bekas luka operasi. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku terhadap merawat bayi.

7. Aspek psikologis

1). *Talking in*

Pada hari ke 1-2, aktivitas klien bergantung pada keluarga.

2) Persepsi diri

Klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang ke rumah.

3) Pola pikir

Klien mengatakan kurang tahu cara perawatan panyudara dan luka operasi dirumah.

4) Respon ibu terhadap kelahiran bayi

Klien mengatakan sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran bayi yang sehat

5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi

Keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkam dengan selamat dan bayi nya sehat.

8. Aspek sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti keluarga selalu menjaga klien, pola komunikasi klien baik dan sopan.

9. Aspek spiritual

Klien adalah seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya. Klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

10. Kecemasan

Klien terlihat tampak tenang.

11. Pola koping

Klien mengatakan apabila klien mempunyai masalah, klien selalu mencari jalan keluar dengan bermusyawarah dan sharing solusi dengan suaminya.

12. Kebiasaan seksual

Sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri terlebih dahulu dan selesai masa nifas klien akan menggunakan alat kontrasepsi KB suntik.

13. Pola aktivitas sehari-hari (ADLs)

Tabel 3.2
Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis aktivitas	Sebelum masuk RS	Setelah masuk RS
1	2	3	4
1.	Nutrisi a. Makan Jenis menu Frekuensi Porsi Keluhan Cara b. Minum Jenis Frekuensi Jumlah Keluhan	Nasi+lauk pauk+sayur 3x1 hari 1 porsi Tidak ada Mandiri Air putih Sesuai keinginan \pm 7-8 gelas Tidak ada	- - - Puasa post operasi - - - -
2.	Istirahat dan tidur a. Malam Lama Kesukaran tidur b. Siang Lama Kesukaran tidur	\pm 8 jam Tidak ada \pm 2 jam Tidak ada	\pm 6 jam sering terbangun \pm 3 jam Tidak ada
3.	Eliminasi a. BAK Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan b. BAB Frekuensi Jumlah Warna Bau Kesulitan	\pm 3-4x/hari Normal Kuning jernih Khas urine Tidak ada 2x/hari Normal Kuning kecoklatan Khas feses Tidak ada	Terpasang DC 100 cc Kuning pekat Khas urine - - - - Belum BAB
4.	Personal Hygiene a. Mandi	2x/hari	-

1	2	3	4
	b. Gosok gigi c. Berpakaian	2x/hari 2x/hari	- 1x/hari
5.	Mobilitas dan Fisik Aktivitas yang dilakukan Kesulitan	Normal Tidak ada	Kurang aktivitas Keterbatasan gerak

14. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 08 April 2023 jam 13.40 WIB

Tabel 3.3
Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	2	3
Hematologi rutin : Hemoglobin Hematokrit Leukosit Trombosit	13,7 37,9 11,6 202	P = 12-16 g/dl P = 35-45 % Dws = 5-10 Bayi = 7-17 150-450 $10^6/uL$

15. Terapi medis

Tabel 3.4
Terapi medis

Jenis obat	Dosis	Golongan	Kegunaan
1	2	3	4
Infus Ringer Laktat	20 tpm/ IV	Kristaloid	Untuk memenuhi kebutuhan cairan.
Cefotaxime	3x1 gr/IV	antibiotik sefalosporin	Untuk mencegah infeksi bakteri.
Plasminex	3x1 mg/oral	Anti fibrinolitik	Untuk membantu menghentikan pendarahan.
Amplodipine	1x10 mg/oral	<i>calcium-channel blockers</i> (CCBs)	Untuk menurunkan tekanan darah.

1	2	3	4
		atau antagonis kalsium.	
Kaltrofen sup	3x1	Anti inflamasi nonsteroid	Untuk meredakan nyeri

B. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Symptoms	Etiologi	Problem
1	2	3	4
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka post sc b. skala nyeri 7 (0-10) c. nyeri seperti di sayat- d. sayat e. nyeri hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. klien tampak meringis b. klien bersikap protektif terhadap nyeri c. Terdapat luka post sc dibagian abdomen bawah d. TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 140/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5°C R : 20 x/menit SPO2 : 98% 	<p><i>Sectio caesarea</i> adalah tindakan insisi jaringan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan yang merangsang reseptor nyeri untuk kemudian mengerluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri</p>	<p>(D. 0077)</p> <p>Nyeri Akut</p>
2.	<p>DS : klien mengatakan nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak lemah 	<p>Tindakan <i>sectio caesarea</i> menggunakan anastesi spinal dan adanya penurunan saraf ekstremitas bawah</p>	<p>(D.0054)</p> <p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>

	1	2	3
	b. Rentang gerak (ROM) menurun c. Gerakan terbatas d. Kekuatan otot menurun (4)	sehingga mengakibatkan gangguan mobilitas fisik	
3.	DS : klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bawah yang terdapat luka post sc DO : a. Terdapat luka dibagian bawah abdomen +- 10 cm b. Luka tertutup perban c. Sayatan luka vertikal d. Tidak tampak pus e. Tidak ada rembesan darah f. Tidak ada kemerahan g. Tidak ada tanda-tanda infeksi h. Leukosit 11,6/mm	Luka post op <i>sectio caesarea</i> menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadi invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	(D.0142) Resiko Infeksi
4	DS : klien mengatakan ASI belum keluar DO : a. ASI belum keluar b. Aerola berwarna hitam c. Puting menonjol Panyudara tidak tampak bengkak	Post <i>sectio caesarea</i> ini akan mengalami keterlambatan proses kadar oksitoksin dan prolaktin untuk merangsang pengeluaran ASI sehingga asi tidak keluar dan terjadi Menyusui tidak efektif	(D.0029) Menyusui Tidak Efektif

C. Diagnosa Keperawatan menurut Prioritas Masalah

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai

dengan :

DS :

1. klien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka post sc

2. skala nyeri 7 (0-10)
3. nyeri seperti di sayat-sayat
4. nyeri hilang timbul

DO :

1. klien tampak meringis
2. klien bersikap protektif terhadap nyeri
3. Terdapat luka post sc dibagian abdomen bawah
4. TTV :

TD : 140/80 mmHg

N : 80 x/menit

S : 36,5°C

R : 20 x/menit

SPO2 : 98%

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan :

DS : klien mengatakan nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan

DO :

1. Klien tampak lemah
2. Rentang gerak (ROM) menurun
3. Gerakan terbatas
4. Kekuatan otot menurun (4)

- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif ditandai dengan :

DS : klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bawah yang terdapat luka post sc

DO :

1. Terdapat luka dibagian bawah abdomen
2. Luka tertutup perban
3. Sayatan luka vertikal \pm 10 cm
4. Tidak tampak pus
5. Tidak ada rembesan darah
6. Tidak ada kemerahan
7. Tidak ada tanda-tanda infeksi
8. Leukosit 11,6/mm

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidaadekuatan suplai ASI ditandai dengan :

DS : klien mengatakan ASI belum keluar

DO :

1. ASI belum keluar
2. Aerola berwarna hitam
3. Puting menonjol
4. Panyudara tidak tampak bengkak

D. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny.Y No.RM : 100823649
 Usia : 30 Tahun ruangan : Delima/5
 Tanggal operasi : 9 April 2023 Tanggal pengkajian : 9 April 2023

Tabel 3.6
Perencanaan Keperawatan

Diagnosa	Perencanaan Keperawatan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik akibat prosedur operasi ditandai dengan : DS : 1. klien mengatakan nyeri pada abdomen bawah yang terdapat luka sc	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun 3. Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1) Monitor skala nyeri 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 3) Berikan teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam)	10) Untuk mengetahui tingkat nyeri 11) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 12) Dapat mengetahui teknik untuk meredakan	Tgl : 9 April 2023 Pukul : 11.30 WIB 1) memonitor skala nyeri respon : skala nyeri 7 (0-10), klien meringis nyeri	Tgl : 9 April 2023 Pukul : 15.30 WIB S : klien mengatakan nyeri pada luka post sc

1	2	3	4	5	6
<p>2. skala nyeri 7 (0-10)</p> <p>3. nyeri seperti di sayat-sayat</p> <p>4. nyeri hilang timbul</p> <p>DO :</p> <p>1. klien tampak meringis</p> <p>2. klien bersikap protektif terhadap nyeri</p> <p>3. Terdapat luka post sc dibagian abdomen bawah</p> <p>4. TTV : TD: 140/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5°C R : 20 x/menit SPO2 : 98%</p>		<p>Edukasi :</p> <p>4) Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5) Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>13) nyeri secara non farmakologi</p> <p>14) membantu meredakan nyeri</p> <p>15) untuk membantu proses pemulihan</p>	<p>Pukul : 11.30 WIB</p> <p>2) mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meemperingan nyeri</p> <p>respon : klien mengatakan nyeri bertambah apabila klien banyak bergerak dan nyeri berkurang apabila klien beristirahat dan tidak banyak bergerak.</p> <p>Pukul : 11.40 WIB</p> <p>3) mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam)</p>	<p>O :</p> <p>1. klien tampak meringis 6</p> <p>2. skala nyeri 6 (0-10)</p> <p>3. klien tampak protektif terhadap nyeri pada luka dibagian abdomen</p> <p>4. TTV : TD:140/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,5°C R : 20 x/menit SPO2 : 98%</p>

1	2	3	4	5	6
					A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1,3,5
<p>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri ditandai dengan : DS : klien mengatakan nyeri saat bergerak dan enggan melakukan pergerakan DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Gerakan terbatas 4. Kekuatan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kelemahan fisik menurun 6. Gerakan terbatas menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan pada fisik lain 2) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5) 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 kiri 	<ol style="list-style-type: none"> 5) untuk mengetahui adanya nyeri pada pasien 6) untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi 7) agar keluarga berperan dalam membantu proses penyembuhan 8) agar klien mengetahui tujuan dalam mobilisasi 9) agar pasien 	<p>Pukul : 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan pada fisik lain <p>respon : klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc dibagian abdomen bawah</p> <p>Pukul : 13.00 WIB</p>	<p>Pukul : 15.50 WIB</p> <p>S : klien mengatakan nyeri saat bergerak dan masih enggan melakukan pergerakan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien masih tampak lemah

1	2	3	4	5	6
otot menurun (4)		c. 12-24 jam duduk semi fowler d. > 24 jam berjalan	mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri	2) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan respon : keluarga sangat berantusias membantu klien dalam mobilisasi Pukul : 13.10 WIB 3) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi respon klien : klien mengerti setelah di beri tahu penting nya mobilisasi untuk proses penyembuhan	2) Kekuatan otot menurun 3) ROM menurun 4) Gerakan masih terbatas karena nyeri A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 2,3,5

1	2	3	4	5	6
				<p>Pukul : 13.15 WIB</p> <p>4) mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (menggerakkan kaki, tangan dan jari-jari dan miring kanan dan kiri)</p> <p>respon klien : klien dapat menggerakkan kaki, tangan dan jari-jari tetapi belum mampu melakukan pergerakan miring kanan kiri)</p>	

1	2	3	4	5	6
<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif ditandai dengan :</p> <p>DS : klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bawah yang terdapat luka post sc</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka dibagian bawah abdomen ± 10 cm 2. Luka 3. tertutup perban 4. Sayatan luka vertikal 5. Tidak tampak pus 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam derajat tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Kultur area luka membaik 3. Kerusakan jaringan menurun 4. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) monitor tanda-tanda infeksi 2) monitor karakteristik luka <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Lakukan perawatan luka setelah POD 3 <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5) Anjurkan konsumsi tinggi protein tinggi kalori <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Kolaborasi pemberian antibiotik 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi 4) Untuk mengetahui karakteristik luka 5) Untuk membantu proses perawatan luka 6) Untuk membantu membersihkan luka 7) Untuk membantu pemulihan luka 8) Untuk memberikan informasi mengenai tanda infeksi 	<p>Pukul : 13.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) memonitor tanda-tanda infeksi <p>respon klien : area luka tertutup perban, tidak ada rembesan darah ataupun cairan, klien bersedia untuk dilihat area luka di abdomen</p> <p>Pukul : 13.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) menjelaskan tanda dan gejala infeksi <p>respon : klien dan keluarga mengerti mengenai tanda-tanda infeksi pada luka</p>	<p>Pukul : 16.20 WIB</p> <p>S : klien mengatakan nyeri pada luka post sc di bagian abdomen bawah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terdapat luka post sc tertutup perban 2) Tidak ada rembesan darah atau cairan 3) Sayatan luka vertikal panjang luka ± 10 cm

1	2	3	4	5	6
<p>6. Tidak ada rembesan darah</p> <p>7. Tidak ada kemeraha</p> <p>8. Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>9. Leukosit 11,6/mm</p>			<p>10) Untuk membantu proses pemulihan</p> <p>11) Untuk membantu mengurangi infeksi bakteri</p>	<p>luka</p> <p>3) menganjurkan konsumsi tinggi protein tinggi kalori</p> <p>respon : klien mengerti mengenai nutrisi yang baik untuk proses pemulihan</p>	<p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,7,8</p>
<p>Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI ditandai dengan:</p> <p>DS : klien mengatakan ASI belum keluar</p> <p>DO :</p> <p>1. ASI belum keluar</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Tetesan atau pancaran ASI meningkat</p> <p>2. Suplai ASI adekuat meningkat</p> <p>3. Intake bayi meningkat</p>	<p>Edukasi menyusui (I.12393)</p> <p>Observasi :</p> <p>1) identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2) Sediakan materi dan media penkes (pijat oksitoksin)</p> <p>3) Berikan kesempatan untuk bertanya</p>	<p>3) Untuk mengetahui kesiapan klien untuk menerima informasi</p> <p>4) Untuk memberikan edukasi kepada klien</p> <p>5) Untuk memberikan</p>	<p>Pukul : 14.00 WIB</p> <p>1) mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Respon : klien bersedia diberikan penkes</p>	<p>Pukul : 16.40 WIB</p> <p>S : klien mengatakan ASI belum keluar</p> <p>O :</p> <p>1. ASI belum keluar</p>

1	2	3	4	5	6
<p>2. Aerola berwarna hitam</p> <p>3. Puting menonjol</p> <p>4. Panyudara tidak tampak bengkak</p>		<p>Edukasi :</p> <p>4) Ajarkan perawatan panyudara (pijat oksitoksin)</p>	<p>kesempatan untuk klien jika ada yang belum mengerti mengenai materi yang sudah dipaparkan</p> <p>6) Mengajarkan ibu mengenai perawatan panyudara untuk merangsang pengeluaran ASI</p>	<p>Pukul : 14.00 WIB</p> <p>2) menyediakan materi dan media untuk penyuluhan kesehatan</p> <p>respon : klien bersedia jika besok diberi penkes mengenai pijat oksitoksin</p>	<p>2. Aerola berwarna hitam</p> <p>3. Puting menonjol</p> <p>4. Panyudara tidak tampak bengkak</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 2,3,4</p>

E. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.Y

Usia : 30 tahun

Tanggal : 10 April 2023 s/d 11 April 2023

Tabel 3.8
Catatan Perkembangan

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4
10 April 2023	Dx 1	<p>S : klien mengatakan nyeri yang dirasakan masih terasa namun berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak meringis 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Klien masih bersikap protektif terhadap nyeri <p>A : nyeri akut</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi skala nyeri 2. anjurkan teknik non farmakologi (teknik nafas dalam) 3. kolaborasi pemberian analgetik kaltrofen supp/anal <p>I :</p> <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tanda-tanda vital Respon : TD : 130/90 mmHg N : 89 x/menit S : 36°C R : 20 x/menit SPO2 : 97 % 2. Mengkaji skala nyeri Respon : skala nyeri 5 (0-10) 3. Menganjurkan melakukan teknik relaksasi (nafas dalam) Respon : Klien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam 4. berkolaborasi pemberian obat kaltrofen supp (pukul 10.15) <p>E : masalah teratasi sebagian</p>	Rani Permatasari

1	2	3	4
10 April 2023	Dx 2	<p>S : klien mengatakan nyeri saat bergerak tetapi sudah bisa melakukan pergerakan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu melakukan teknik mobilisasi (miring kanan miring kiri) 2. Kekuatan otot meningkat (4) 3. Rentang otot meningkat dari sebelumnya 4. Gerakan terbatas menurun <p>A : gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan mobilisasi sederhana (duduk/semifowler) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>I :</p> <p>Pukul : 10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan mobilisasi sederhana (duduk/semifowler) Respon : klien dapat melakukannya (dibantu) 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : keluarga dapat membantu klien dalam melakukan mobilisasi <p>E : masalah teratasi sebagian</p>	Rani Permatasari
10 April 2023	Dx 3	<p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc di bagian abdomen bawah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka tertutup perban 2. Tidak ada rembesan darah atau cairan 3. Sayatan luka vertikal panjang luka ± 10 cm 	Rani Permatasari

1	2	3	4
		<p>4. Leukosit 11.6/mm A : resiko infeksi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein 3. Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 1x1gr (pukul 10.15 WIB) <p>I :</p> <p>Pukul : 10.40</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Respon : luka klien tampak bagus, tidak ada rembesan darah ataupun cairan 2. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein <p>E : masalah belum teratasi</p>	
10 April 2023	Dx 4	<p>S : klien mengatakan ASI sudah keluar namun sedikit</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI keluar sedikit 2. Aerola berwarna hitam 3. Putting menonjol 4. Panyudara tidak tampak bengkak <p>A : menyusui tidak efektif</p> <p>P : : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media penyuluhan kesehatan 2. Ajarkan perawatan panyudara (pijat oksitoksin) 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>I :</p> <p>Pukul : 10.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai pijat oksitoksin Respon klien : klien mampu mengikuti cara pijat oksitoksin 	Rani Permatasari

1	2	3	4
		<p>2. Mengajarkan perawatan panyudara (Pijat oksitoksin) Respon klien : klien dapat mengikuti cara mengenai pijat oksitoksin</p> <p>3. Memberikan kesempatan klien untuk bertanya Respon klien : klien mampu bertanya mengenai beberapa hal yang kurang dimengerti</p> <p>E : masalah teratasi sebagian</p>	
11 April 2023	Dx 1	<p>S : klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak tenang 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. Klien sudah tidak bersikap protektif terhadap nyeri <p>A : nyeri akut</p> <p>P : lanjutkan intevensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Anjurkan teknik non farmakologi (teknik nafas dalam) <p>I :</p> <p>Pukul : 08.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tanda-tanda vital Respon klien : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/menit S : 36,3°C R : 20 x/menit SPO2 : 97 % 2. Mengkaji skala nyeri Respon klien : skala nyeri 4 (0-10) 3. Menganjurkan melakukan teknik relaksasi (nafas dalam) Respon klien : klien dapat melakukannya ketika merasakan nyeri <p>E : masalah teratasi sebagian</p>	Rani Permatasari

1	2	3	4
11 April 2023	Dx 2	<p>S : klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu duduk dan berjalan secara mandiri meskipun sedikit sedikit 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat <p>A : gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan mobilitas sederhana <p>I :</p> <p>Pukul 08.50 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan mobilitas sederhana (duduk dan berjalan) <p>Respon : klien nampak sudah bisa duduk dan berjalan</p> <p>E : masalah teratasi</p>	Rani Permatasari
11 April 2023	Dx 3	<p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian luka post sc di bagian abdomen bawah</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka dibagian abdomen bawah 2. Tidak ada pus, tidak ada edema 3. Luka tampak baik 4. Tidak ada rembesan darah atau cairan 5. Sayatan luka vertikal \pm 10 cm 6. Tidak ada tanda-tanda infeksi 7. Leukosit 11,6/mm <p>A : resiko infeksi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Lakukan perawatan luka 3. Penyuluhan kesehatan mengenai perawatan luka dirumah <p>I :</p> <p>Pukul : 09.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Respon : klien tidak terdapat tanda-tanda infeksi 2. Melakukan perawatan luka Respon : luka klien tampak baik, tidak ada pus, tidak ada rembesan 	Rani Permatasari

1	2	3	4
		<p>darah atau cairan, sayatan luka vertikal ± 10 cm</p> <p>3. Penyuluhan kesehatan mengenai perawatan luka dirumah Respon : klien dan keluarga paham perawatan luka di rumah</p> <p>4. Up DC Respon : klien bersedia dilakukan tindakan up dc</p> <p>5. Up infus Respon : klien bersedia dilakukan up infus</p> <p>E : masalah teratasi sebagian</p>	
11 April 2023	Dx 4	<p>S : klien mengatakan ASI sudah keluar namun belum terlalu banyak</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI sudah keluar 2. Aerola berwarna hitam 3. Putting menonjol 4. Panyudara tidak tampak bengkak 5. Intake bayi meningkat <p>A : Menyusui tidak efektif</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pijat oksitoksin <p>I :</p> <p>Pukul : 10.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan pijat oksitoksin Respon : klien dapat melakukan cara pijat oksitoksin dibantu suaminya untuk memperlancar pengeluaran ASI <p>E : masalah teratasi sebagian</p> <p>(Pasien pulang pada jam 13.30 WIB)</p>	Rani Permatasari

F. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis membandingkan antara teori dan penatalaksanaan asuhan keperawatan di lapangan kepada Ny.Y dengan post sectio caesarea hari ke-1 atas indikasi preeklampsia berat yang dilaksanakan selama 3 hari mulai dari tanggal 9 April 2023 s/d tanggal 11 April 2023 di ruang Delima di RSUD Ciamis. Berikut ini akan diuraikan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. Y sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, dimana dalam tahap ini penulis mengumpulkan data-data dari klien, keluarga, petugas kesehatan maupun dari pendokumentasian yang ada diruangan. Data yang diperoleh merupakan data subjektif dan objektif. Preeklampsia kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor seperti primigravida, obesitas, usia kehamilan, riwayat hipertensi, dan gen keluarga.(Khairani, 2017). Dari hasil pengkajian riwayat keluarga ditemukan ibu Ny.Y memiliki riwayat preeklampsia sehingga penyebab preeklampsia pada Ny.Y disebabkan faktor genetik keluarga.

Pada saat pengkajian pada Ny.Y post *sectio caesarea* atas indikasi Preeklampsia Berat ditemukan data yaitu klien mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri yang dialami pasien post operasi terjadi setelah

pembedahan, hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin, dan histamine. Rangsangan ini akan dihantarkan ke thalamus dan dipersepsikan sebagai nyeri (Putri, 2015). Nyeri yang dirasakan terutama terjadi pada hari pertama, dan juga setelah efek bius sudah habis, tetapi tidak semua wanita mempunyai kadar nyeri yang sama. (Jurnal Ilmiah Bidan, 2012).

Kelemahan otot terjadi karena keadaan fisik lemah akibat adanya nyeri luka post operasi *sectio caesarea* sehingga mengakibatkan aktivitas terganggu dan gerakan menjadi terbatas (Doenges, 2015) menurut Purwanti (2014) pasien yang telah dilakukan SC akan merasakan takut dan malas untuk melakukan mobilisasi atau menggerakkan badan dengan alasan takut jahitan lepas. Pada Ny. Y ditemukan data bahwa klien mengatakan enggan bergerak karena nyeri, aktivitas di bantu oleh keluarganya karena adanya keterbatasan gerak sehingga timbul gangguan mobilitas fisik.

Pada Ny. Y ditemukan adanya luka post operasi di bagian abdomen panjang luka ± 10 cm dengan sayatan vertikal, tidak tampak pus, tidak tampak kemerahan, tidak ada rembesan darah dan tidak ada tanda-tanda infeksi, hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 11,6/mm³. Infeksi adalah invasi tubuh pathogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit.

Menurut Moya & Morison (2013). Persalinan dengan *sectio caesarea* mempunyai resiko 5 kali lebih besar mengalami infeksi pasca persalinan dibandingkan dengan persalinan normal. Infeksi daerah operasi dapat terjadi dengan cepat dengan waktu 24-48 jam post operasi dan bisa sampai 30 hari post operasi. (Setianingsih, 2020).

Pada Ny.Y ditemukan data bahwa ASI belum keluar, hal ini dikarenakan pada tindakan operasi *Sectio Caesarea* akan menyebabkan nyeri dan mengakibatkan perubahan kontinuitas jaringan karena adanya pembedahan. Nyeri tersebut akan menimbulkan berbagai masalah serta mempengaruhi laktasi. Selain itu pada persalinan secar juga terjadi penurunan reflek let down yang dapat menghambat pengeluaran kolostrum. Pada persalinan dengan tindakan secar mungkin belum mengeluarkan kolostrum dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, kadang juga memerlukan waktu hingga 48 jam. Walau demikian, bayi tetap dianjurkan untuk diletakkan pada payudara ibu untuk membantu merangsang produksi ASI (Suradi, 2010; Almatsier, 2011; Nakao, 2008; Pratiwi, 2011).

2. Tahapan Diagnosa

Menurut Dermawan (2012), diagnose keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data. Diagnose keperawatan diambil dari penilaian klini tentang respon individu keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan. Pada kasus *sectio caesarea* tidak semua diagnose keperawatan muncul sesuai dengan teori yang

ada karena dalam merumuskan masalah keperawatan ini harus berdasarkan keluhan-keluhan yang didapatkan dari hasil pengkajian dan pemeriksaan. Adapun diagnosa yang didapat yaitu :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Asuhan keperawatan pada Ny.Y post sectio caesarea hari ke-1 ditemukan data klien mengatakan nyeri pada luka post SC, nyeri yang dirasakan seperti disayat-sayat dengan skala nyeri 7 (0-10). Nyeri yang dirasakan ibu post sectio caesarea berasal dari luka yang terdapat pada abdomen. Post sectio caesarea akan menimbulkan nyeri hebat dan proses pemulihannya berlangsung lebih lama dibandingkan dengan persalinan normal. (Sjamsuhidajat & Jong, 2012). Keluhan utama pada klien post operasi sectio caesarea adalah nyeri pada luka operasi sehingga penulis mengangkat diagnosa nyeri akut.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Asuhan keperawatan pada Ny.Y post sectio caesarea hari ke-1 ditemukan data klien mengatakan enggan untuk bergerak karena nyeri, gerakan terbatas, ROM menurun dan aktivitas di bantu oleh keluarganya. Sejalan dengan teori dalam buku SDKI (2017) dimana menjelaskan tentang gangguan mobilitas fisik yang merupakan suatu keterbatasan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Keluhan yang muncul adalah klien enggan untuk bergerak karena nyeri dan aktivitas dibantu

keluarga sehingga penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik.

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Asuhan keperawatan pada Ny.Y post sectio caesarea hari ke-1 ditemukan data klien terdapat luka operasi dibagian abdomen di atas umbilicus dengan sayatan vertikal panjang ± 10 cm, dan juga ditemukan adanya peningkatan jumlah leukosit 11,600/mm³. Risiko infeksi merupakan sesuatu yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik dengan beberapa faktor risiko yaitu penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI, 2017). Pada klien ditemukan adanya luka operasi dengan ditandai peningkatan jumlah leukosit 11,600/mm³ sehingga penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi.

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Asuhan keperawatan pada Ny.Y post sectio caesarea hari ke-1 ditemukan data klien mengatakan ASI belum keluar, putting susu menonjol, aerola berwarna hitam, penyudara tidak tampak bengkak. Menyusui tidak efektif merupakan kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesulitan pada saat

menyusui (SDKI, 2018). Pada klien dengan persalinan sectio caesarea perubahan kadar hormon oksitosin dan prolaktin dapat berbeda pada ibu dengan persalinan sectio caesarea dengan persalinan normal. hormon oksitosin berperan dalam pengeluaran ASI dan kadar hormon prolaktin hanya naik sedikit pada ibu yang dilakukan persalinan SC sehingga menyebabkan proses pengeluaran ASI terhambat dan penulis mengangkat diagnosa menyusui tidak efektif karena ASI belum keluar.

3. Tahapan Perencanaan

Analisis intervensi dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pasien preeklampsia berat post sectio caesarea berdasarkan (SIKI, 2018) adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada asuhan keperawatan Ny.Y intervensi utama yang diberikan penulis yaitu manajemen nyeri nonfarmakologi berupa teknik nafas dalam. Teknik nafas dalam merupakan terapi yang digunakan untuk menurunkan intensitas nyeri yaitu dengan cara menarik nafas melalui hidung dan menghembuskan nafas secara perlahan melalui mulut. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian Agung, Andriyani, & Sari (2013) menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dalam ini mampu dilakukan oleh semua orang kemudian sebagian besar tingkat nyeri yang

dirasakan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam menjadi berkurang.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada asuhan keperawatan Ny.Y intervensi utama yang diberikan penulis yaitu dukungan mobilisasi dengan melakukan tindakan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Mobilisasi adalah kemampuan menggerakkan anggota tubuh secara bebas dan normal sebagai hasil daripada energydan sebagai kebutuhan dasar bagi manusia (Kozier, 2010). Tahap mobilisasi post SC pada 0-6 jam klien menggerakkan tangan, kaki dan jari-jari, 6-12 jam klien duduk/semi fowler, >24 jam klien dapat berjalan secara mandiri. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian Budiarti, K. D., & Marlina, R. (2014) membuktikan bahwa mobilisasi akan membantu proses penyembuhan luka lebih cepat dan rata rata proses penyembuhan luka dengan melakukan mobilisasi 4 hari sedangkan proses penyembuhan luka tanpa mobilisasi yaitu 7 hari.

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Pada asuhan keperawatan Ny.Y intervensi utama yang diberikan penulis yaitu perawatan luka dengan melakukan tindakan lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai kulit, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan

luka. Perawatan luka adalah suatu tindakan untuk membersihkan luka, mengobati luka serta menutup luka dengan balutan basah dan kering sehingga terhindar dari infeksi. Intervensi ini diterapkan karena menurut hasil penelitian Devi & Wijayanti (2013) proses penyembuhan luka pasca operasi akan memiliki risiko terkena infeksi pada luka, hal tersebut menurut Handi et al., (2017) semakin baik perawatan luka dilakukan maka kemungkinan terjadi infeksi dan perdarahan luka post operasi semakin kecil, tetapi sebaliknya semakin buruk perawatan luka dilakukan semakin tinggi kemungkinan terjadinya infeksi dan perdarahan luka operasi.

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidaadekuatan suplai ASI

Pada asuhan keperawatan Ny.Y intervensi utama yang diberikan penulis yaitu edukasi menyusui dengan melakukan tindakan sediakan materi dan media penyuluhan kesehatan, jadwalkan penyuluhan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Intervensi ini diterapkan karena secara teori menurut Rahayu (2016) pijat ASI merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI dan dibuktikan dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa diberikannya pijat oksitoksin sangat berpengaruh terhadap ibu post partum sectio

caesarea untuk meningkatkan produksi ASI (Permana, G. G. S., Budiarti, K. D., & Puspita, T., 2018).

4. Tahap implementasi

Pada tahap implementasi ini adalah pengelolaan dari suatu rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Pada intervensi diagnosa pertama yaitu nyeri akut, penulis memberikan tindakan memberikan teknik nonfarmakologi (teknik nafas dalam) dengan hasil klien mampu melakukan teknik nafas dalam sehingga skala nyeri berkurang.

Pada diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik, penulis memberikan tindakan melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan. Pada klien dengan post operasi dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi pada pasien post sectio caesarea dengan hasil klien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap.

Pada diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi, penulis memberikan tindakan melakukan perawatan luka setelah POD 3. Sebelum dilakukan tindakan perawatan luka keadaan luka tertutup perban, tidak nampak rembesan darah ataupun cairan.

Pada diagnosa keempat yaitu menyusui tidak efektif, penulis memberikan tindakan penyuluhan kesehatan mengenai pemijatan oksitoksin untuk membantu memperlancar pengeluaran ASI dengan

hasil klien mengerti mengenai apa yang disampaikan, dan bertanya mengenai apa yang belum paham dan juga mampu mendemonstrasikan ulang terkait cara pijat oksitoksin.

5. Tahap Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah keperawatan (Meirisa, 2013). Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. Y selama 3 hari mulai tanggal 9 April 2023 sampai 11 April 2023 menunjukkan adanya perkembangan yang baik setiap hari nya dari setiap masalah keperawatan yang ditetapkan. Penulis menemukan 4 masalah keperawatan, diantaranya : nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, dan menyusui tidak efektif.

- a. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, setelah dilakukan intervensi selama 3 hari hasil evaluasi didapatkan klien mengatakan nyeri masih ada namun intensitas nyeri berkurang sehingga dapat disimpulkan bahwa pada diagnosa ini masalah teratasi sebagian. Penyembuhan luka section caesarea selama 1 minggu, rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia (sarung otot) sedangkan lama penyembuhan sectio caesarea berlanjut selama 1 tahun lebih (Damayanti, 2014 dalam buku Zuiatna, 2019).

- b. Pada diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri setelah dilakukan intervensi selama 3 hari hasil evaluasi menunjukkan setelah >24 jam klien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri terbukti bahwa klien sudah mampu duduk dan berjalan-jalan di area sekitar sehingga dapat disimpulkan bahwa pada diagnosa ini masalah teratasi.
- c. Pada diagnosa yang ketiga yaitu resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif, setelah dilakukan intervensi selama 3 hari evaluasi setelah dilakukan perawatan luka didapatkan hasil luka tampak baik, tidak ada kemerahan, tidak ada edema, tidak ada tanda-tanda infeksi, balutan perban sudah diganti, leukosit 11,6/mm. sehingga dapat disimpulkan bahwa pada diagnosa ini masalah teratasi sebagian. Menurut Aminudin (2020) Resiko infeksi dalam jangka waktu 3 hari baru menginjak fase koagulasi dan inflamasi yang membutuhkan waktu 2-24 hari untuk masuk fase proliferasi atau rekontruksi apabila tidak ada infeksi atau kontaminasi pada fase inflamasi ini maka proses penyembuhan selanjutnya memasuki tahapan proliferasi atau rekontruksi atau masuk ke fase remodeling atau maturasi yaitu penyembuhan dari 24 hari-1 tahun. Fase ini merupakan fase terakhir dan terpanjang pada proses penyembuhan luka. Karena klien masih masuk dalam kategori koagulasi dan inflamasi sebagai resiko infeksi kemungkinan masih terjadi, sehingga perawat perlu discharge

planning untuk mencegah terjadinya infeksi dirumah dengan memberikan penyuluhan kesehatan mengenai cara perawatan luka post operasi dirumah.

- d. Pada diagnosa keempat yaitu menyusui tidak efektif, setelah dilakukan intervensi selama 3 hari hasil evaluasi didapatkan klien mengatakan ASI sudah keluar namun belum terlalu banyak, dan dapat disimpulkan bahwa diagnosa ini masalah teratasi sebagian karena pengeluaran suplai ASI belum sepenuhnya karena waktu pengeluaran ASI pada ibu post sectio caesarea lebih lambat dibanding dengan ibu post partum normal. Terlambatnya pengeluaran ASI pada ibu post sectio caesarea tersebut disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya posisi menyusui, nyeri setelah sectio caesarea, mobilisasi, rawat gabung ibu-anak sehingga terjadi hambatan dalam melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini) dan intervensi rolling massage. (Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 7, No. 8, Maret 2013).

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. Y (P2A0) Post *Sectio Caesarea* Hari Ke-1 Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Delima RSUD Ciamis pada tanggal 9 April 2023 sampai dengan 11 April 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan secara umum bahwa asuhan keperawatan klien dengan post *sectio caesarea* hari ke-1 memerlukan tindakan yang cermat cepat dan tepat. Beberapa kesimpulan yang dapat diambil sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif pada Ny. Y (P2A0) Post *Sectio Caesarea* Hari Ke-1 Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Delima RSUD Ciamis.
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Ny. Y P2A0 Post *Sectio Caesarea* Hari Ke-1 Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Delima RSUD Ciamis.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Ny.Y dengan post *sectio caesarea* Hari Ke-1 Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Delima RSUD Ciamis.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.Y post *sectio caesarea* Hari Ke-1 Atas Indikasi Preeklampsia Berat di Ruang Delima RSUD Ciamis.

5. Penulis mampu mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan yang diberikan berdasarkan pada perkembangan kondisi klien terlihat adanya kemajuan secara bertahap dari setiap diagnose keperawatan yang muncul.
6. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.Y dengan *post sectio caesarea* dalam bentuk studi kasus.

B. Rekomendasi

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rekomendasi yaitu :

1. Bagi mahasiswa

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan hendaknya di pandang secara menyeluruh baik meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual, agar dapat menentukan masalah baik aktual maupun potensial. Dan lebih dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penambahan buku-buku sumber terbaru yang khususnya buku tentang keperawatan maternitas sehingga wawasan dan pengetahuan mahasiswa meningkat dan mempermudah dalam menyelesaikan karya tulis ini.

3. Bagi Rumah Sakit

Bagi perawat dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kesterilan dan kebersihan alat harus terjaga dan diharapkan dapat ditingkatkan, pelaksanaan asuhan keperawatan harus memandang standar operasioanl prosedur (SOP).

4. Bagi keluarga

Bagi keluarga dapat memberikan support kepada klien untuk membantu mempercepat proses pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Atin Karjatin, 2016. Modul Buku Ajar Cetak Keperawatan Maternitas, Jakarta.
- Bothamley, J., & Boyle, M. (2013). Buku Ajar Keperawatan Maternitas : Patofisiologi dan Kebidanan (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Budiyono, 2015. Konsep Dasar Keperawatan. Bumi Medika : Jakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Hari Peringatan Preeklampsia Sedunia. Retrieved from : <https://promkes.kemkes.go.id/peringatan-hari-preeklampsia-sedunia-2021>
- Khairani, Y. (2020). Penatalaksanaan Pre eklampsia. Retrieved from <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrikdanginekologi/preeklampsia/penatalaksanaan>
- Manuaba, C. dkk. (2013). Gawat Darurat Obstetri Ginekologi & Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan. Jakarta: EGC.
- Marianti, 2017. Alodokter. Preeklampsia. Retrieved from <https://www.alodokter.com/preeklampsia>.
- Maritalia, 2017. Konsep dasar post partum. Retrieved from : <http://eprints.umpo.ac.id/7335/5/BAB%202.pdf>
- Marliana & Hani, T. (2018). WOC Preeklampsi. Retrieved from <https://www.scribd.com/document/381045484/130854856-PathwayPreeklamsi-doc>
- Maryunani, 2015. Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui. Bogor : in Media
- Norma & Mustika, 2013. Asuhan Kebidanan Patologi Yogyakarta : Nuha Medika
- Nuraini, A. (2011). Pre Eklampsia. Retrieved from [http://repository.ump.ac.id/846/3/Affifah Nur Ariani BAB II.pdf](http://repository.ump.ac.id/846/3/Affifah%20Nur%20Ariani%20BAB%20II.pdf)
- Oxorn & Forte, 2010. Konsep Dasar Preeklampsia. Retrieved from <https://books.google.co.id/books>.
- Oxorn, H. dan W. R. F. (2010). Ilmu kebidanan : Patologi dan Fisiologi Persalinan. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica (YEM).
- POGI, 2016. Kenali Preeklampsiaa Kehamilan Sejak Dini. Jawa Tengah : CV ZT CORPORA.

- Pratiwi, W. 2017. Asuhan Keperawatan Preeklampsia.
- Prawirohardjo, S. (2013). Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rekam Medik RSUD Ciamis, 2023.
- Risa & Rika, 2014. Perubahan Fisiologis post partum. Retrieved from : <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7749/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>
- Saleha Siti, 2013. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan. (2019). (n.p.): Deepublish.
- Sartika, 2014. Karakteristik ibu bersalin dengan Indikasi sectio caesarea. jurnal Wahana Inovasi, 7 (I), 131-136.
- Sarwono, 2011. Konsep Dasar Sectio Caesarea. Nuha Medika : Yogyakarta
- Setyaningrum, W. (2015). Asuhan Keperawatan Post Partum. 9–58. Salemba Medika : Jakarta
- Sitomorang dkk, 2016 konsep dasar preeklampsia retrieved from <https://eprints.umm.ac.id/38901/3/BAB%20II.pdf>
- Sukarni, I. (2017). Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Neonatus Resiko Tinggi. Yogyakarta: Nuha Medika
- Syaifuddin, A.B. 2016. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : YBP-SP
- SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia
- SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia.
- SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Nasional Indonesia

- Wahyuningsih, 2019. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum. Yogyakarta :
CV BUDI UTAMA
- World Health Organization. (2019). A global brief on Hypertension-World Health
Day 2013. World Health Organization, 1-40. Retrieved from :
<http://doi.org/10.1133/bmj.1.4815.882-a/>

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Perawatan Luka Post Operasi Di Rumah
Sasaran	: Ny.Y dan keluarga
Hari/Tanggal	: Selasa, 11 April 2023
Tempat	: Ruang Nifas Delima
Waktu	: 25 Menit
Penyuluh	: Rani Permatasari

A. Latar Belakang

Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Pada ibu yang baru melahirkan, banyak komponen fisik normal pada masa postnatal membutuhkan penyembuhan dengan berbagai tingkat. Pada umumnya, masa nifas cenderung berkaitan dengan proses pengembalian tubuh ibu ke kondisi sebelum hamil, dan banyak proses diantaranya yang berkenaan dengan proses involusi uterus, disertai dengan penyembuhan pada tempat plasenta (“luka” yang luas) termasuk iskemia dan autolysis (Manuaba, 2010).

Seorang wanita yang telah menjalani operasi pasti akan memiliki cacat dan parut pada rahim, yang dapat membahayakan kehamilan dan persalinan berikutnya walaupun bahaya tersebut relatif kecil, adanya penyembuhan luka yang terlalu lama, terjadinya infeksi luka.

Adapun pemberian penkes (pendidikan kesehatan) kepada ibu-ibu hamil mengenai cara perawatan luka post operasi adalah untuk memberikan informasi mengenai betapa pentingnya perawatan luka post operasi guna mencegah terjadinya infeksi post operasi.

B. Tujuan

- **Tujuan Umum**

Setelah mengikuti penyuluhan tentang perawatan luka post operasi diharapkan ibu dapat lebih mengerti dan memahami cara merawat luka post operasi.

- **Tujuan Khusus**

1. Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 25 menit peserta diharapkan dapat :
 - a. Menjelaskan definisi luka operasi dan pengertian luka operasi
 - b. Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka
 - c. Mampu menjelaskan cara merawat luka post operasi
 - d. Mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka post operasi
2. Setelah di berikan penyuluhan tentang perawatan luka post operasi diharapkan ibu dapat mengetahui cara merawat luka post operasi setelah sampai di rumah

C. Sasaran

Sasaran penyuluhan adalah Ny.Y dan keluarga

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

E. Media

1. Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

Tahapan dan Waktu	Kegiatan Pendidikan	Kegiatan Peserta	Metode	Media
Pembukaan (5 MENIT)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuka dengan salam 2. Memperkenalkan diri. 3. Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan 4. Melakukan kontrak waktu. 5. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang akan disampaikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 4. Menjawab pertanyaan 	Ceramah	-
Penyajian (15 MENIT)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan definisi luka operasi 2. Mampu menjelaskan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka 3. Mampu menjelaskan cara merawat luka post operasi di rumah 4. Mampu menjelaskan apa saja makanan yang baik untuk mempercepat proses penyembuhan luka post operasi 5. Memberikan kesempatan bertanya 6. Menjawab pertanyaan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan memberikan tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang di mengerti. 2. Memberikan pemaparan dan penjelasan dengan baik. 	Ceramah, Tanya Jawab	Leaflet
Penutup 5 (MENIT)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pengetahuan pada peserta setelah dilakukan penyuluhan 2. Menyimpulkan hasil kegiatan penyuluhan 3. Menutup dengan salam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Memberikan tanggapan baik 	Ceramah, Tanya Jawab	Leaflet

MATERI PERAWATAN LUKA POST OPERASI DI RUMAH

I. Definisi Luka Operasi

Luka operasi merupakan luka bersih sehingga mudah untuk perawatannya, namun jika salah dalam merawat, maka akan bisa berakibat fatal. Oleh karena itu pastikan Anda tidak salah dalam merawat luka operasi.

II. Tujuan Perawatan Luka

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

III. Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

- 1) Nutrisi yang cukup.
- 2) Perawatan luka yang baik
- 3) Istirahat

IV. Prinsip-Prinsip Dalam Perawatan Luka

- 1) Gunakan tehnik aseptik.
- 2) Ganti balutan bila balutan basah.
- 3) Awasi adanya tanda-tanda infeksi seperti gatal, kemerahan, bengkak, panas, nyeri, dan penurunan fungsi (Novita, 2011).

V. Cara Perawatan Luka Post Operasi Dirumah

1. Jagalah kebersihan pada luka bekas operasi

Pada dasarnya, luka bekas operasi harus kita jaga kebersihan area bekas luka, kebersihan lingkungan, serta penggunaan benda atau peralatan yang steril agar luka tersebut tidak terinfeksi karena perkembangbiakan bakteri.

2. Rutin membersihkan luka

- Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan saline (seperti NaCl).
- Gantilah verban bila verban terkena basah.
- Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
- Anda bisa membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik.

3. Gunakan pakaian yang longgar dan juga nyaman

Untuk menghindari iritasi sebaiknya Anda menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman dipakai, seperti piyama, baby doll atau daster. Selain itu untuk menghindari iritasi ini juga disarankan dalam membungkus luka bekas operasi sebaiknya juga jangan terlalu ketat.

4. Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter

Tetap konsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter Anda untuk mempercepat penyembuhan luka bekas operasi. Berkonsultasilah dengan dokter jika diperlukan obat untuk menghilangkan rasa nyeri.

5. Minum air putih yang banyak

Dengan mengonsumsi banyak cairan selama proses penyembuhan, maka akan menggantikan volume cairan yang hilang saat melahirkan dan menyusui dan tentu ini dapat mencegah sembelit.

6. Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang

Selain melakukan perawatan luka dari luar sebaiknya Anda juga memperhatikan perawatan luka dari dalam dengan mengonsumsi makanan sehat yang mengandung banyak gizi serta nutrisi yang seimbang yang dapat membantu mempercepat kesembuhan luka bekas operasi tersebut. Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan kandungan protein, mineral, zinc, dan juga vitamin A & C. Apabila Anda dalam masa nifas tidak cukup mengonsumsi makanan berprotein seperti telur, ikan, tahu, tempe, daging dan susu, maka penyembuhan luka bekas operasi akan berlangsung lama dan berpotensi infeksi akibat kekurangan gizi.

7. Lakukan kegiatan olahraga yang ringan

Bukan berarti pasca melakukan operasi Anda diharuskan berdiam diri (istirahat total) tanpa melakukan aktifitas sama sekali. Lakukanlah olahraga ringan seperti berjalan santai dipagi hari untuk mempercepat proses penyembuhan ini. Kenapa demikian? Karena olahraga ringan dapat mencegah konstipasi serta penggumpalan darah sehingga membuat sirkulasi darah pada tubuh meningkat. Olahraga juga bisa membuat sistem imun menjadi meningkat dan membantu untuk mencegah terjadinya pneumonia atau terjadinya gangguan pada kesehatan umum yang di akibatkan oleh operasi.

8. Lakukan pemeriksaan secara berkala

Lakukan kontrol sesuai jadwal untuk memastikan perkembangan dari kesembuhan luka bekas operasi Caesar tersebut, tetapi jangan tunda waktu kunjungan ke dokter jika terdapat gejala-gejala sebagai berikut:

- Luka bekas operasi terlihat kemerahan, bengkak atau terdapat cairan yang keluar.

- Demam lebih dari 38 derajat Celsius.
- Nyeri hebat pada luka bekas operasi. (Novita, 2011).

VI. Makanan yang Baik untuk Mempercepat Proses Penyembuhan Luka Post Operasi

Kita pasti pernah mempunyai luka yang menimbulkan kerusakan permukaan kulit sampai bagian dalam kulit terlihat. Sebagai contoh, dari yang ringan seperti luka di lutut akibat jatuh dan tergores aspal, sampai luka yang parah seperti pasca operasi atau akibat kecelakaan. Sering kita dengar saat kita mempunyai luka-luka tersebut kita tidak diperbolehkan makan telur dan ikan. Jika kita makan makanan tersebut maka luka tidak cepat kering atau lama sembuhnya. Apakah benar statement tersebut? Atau hanya mitos? Untuk lebih jelasnya mari kita ulas di pembahasan di bawah ini. Ikan dan telur mempunyai kandungan nutrisi yang kompleks. Berikut tabel kandungan dan manfaat telur dan ikan.

	Kandungan	Manfaat
Ikan	Protein Omega 3 dan Omega 6 Vitamin B kompleks Taurin dan Selenium	Membantu pembentukan dan perbaikan sel Nutrisi otak Bermanfaat untuk keseimbangan tubuh Bermanfaat sebagai antioksidan dan nutrisi otak.
Telur	Protein Zat besi Kolin	Membantu pembentukan dan perbaikan sel Melancarkan sirkulasi darah karena berfungsi untuk mengangkut oksigen mengedarkannya dalam tubuh. Nutrisi penting bagi otak dan sistem saraf

Dari tabel di atas dapat kita lihat bahwa telur dan ikan sama-sama mengandung protein. Protein mempunyai fungsi utama yaitu membantu pembentukan dan perbaikan sel-sel tubuh. Sebagai zat pembangun, protein merupakan bahan pembentuk jaringan-jaringan baru yang selalu terjadi dalam tubuh. Seperti yang kita ketahui kandungan protein dalam telur dan

ikan cukup tinggi. Kandungan protein yang tinggi ini tentunya sangat membantu dalam penyembuhan luka karena membantu pembentukan jaringan-jaringan baru.

Pada ikan tertentu seperti ikan gabus, sangat dianjurkan untuk dikonsumsi ketika kita mengalami luka. Ikan gabus mengandung Albumin yang tinggi. Albumin merupakan jenis Protein terbanyak dalam plasma mencapai kadar 60%. Manfaatnya untuk membantu jaringan sel baru. Dalam ilmu kedokteran, albumin ini digunakan untuk mempercepat pemulihan jaringan sel tubuh yang terbelah atau rusak. Albumin juga berperan mengikat Obat-obatan serta logam berat yang tidak mudah larut dalam darah. Hampir semua pasien berkadar Albumin rendah yang diberi Sari Ikan Gabus ini, naik lebih cepat dari pada pemberian lewat infus.

Telur juga mempunyai kandungan protein yang cukup tinggi. Protein yang terkandung dalam putih telur rata-rata 6 gram dengan kualitas tinggi. Asam amino yang terdapat dalam telur dapat membantu pemulihan otot. Kandungan putih telur juga dapat mengurangi resiko terjadinya pembekuan darah. Kelebihan lainnya, protein yang ditemukan dalam putih telur mudah diserap dalam tubuh.

Dari paparan di atas jelas bahwa “tidak boleh makan ikan dan telur saat punya luka” hanyalah mitos belaka. Saat kita mengalami luka seperti luka goresan, pasca operasi, luka kecelakaan dan sebagainya, justru kita dianjurkan makan makanan yang banyak mengandung protein. Protein ini akan membantu pembentukan sel-sel baru sehingga luka cepat pulih. Mengonsumsi telur dan ikan adalah cara tepat untuk mensuplai protein guna mempercepat penyembuhan. Jadi, kita tidak perlu takut lagi mengonsumsi ikan dan telur saat mempunyai luka.

DAFTAR PUSTAKA

- Manuaba, Ida Bagus Gde, (2010), Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana, EGC. Jakarta
- Novita, Regina VT. 2011. Keperawatan Maternitas. Bandung : Kapita Selekta
- Sarwono, Prawiroharjo(2010) Ilmu Kebidanan Edisi 2 Revisi II. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka
- Winkjosastro, Hanifa, 2010, Ilmu Kebidanan, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
(SAP)**

Hari / Tanggal : Senin, 10 April 2023
Waktu : 12.20-12.40 WIB
Tempat / Ruang : Ruang Nifas Delima
Sasaran : Ny.Y dan Keluarga
Pelaksana : Rani Permatasari
Topik : Pijat Oksitosin
Diagnosa keperawatan : Kurang pengetahuan klien dan keluarga tentang Pijat oksitosin yang dapat memperlancar produksi ASI.

1. Tujuan Institusional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan Ny.Y dan Keluarganya mampu melakukan pijat oksitosin untuk memperlancar produksi ASI yang telah diajarkan di RS.

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan PENKES selama 20 menit, diharapkan Ny.Y dan Keluarganya akan mampu :

- a. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
- b. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
- c. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
- d. Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

3. Materi

- a. Pokok bahasan:
Pijat oksitosin
- b. Sub pokok bahasan:
 1. Pengertian Pijat oksitosin
 2. Tujuan Pijat Oksitosin

3. Manfaat pijat oksitosin

4. Tehnik / cara melakukan pijat oksitosin

4. Metode

a. Ceramah

b. Simulasi

5. Media

a. Leaflet

6. Kegiatan Belajar Mengajar (KBM)

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan pengajar	Kegiatan sasaran
1.	Pembukaan	5 menit	<ul style="list-style-type: none">• Mengucapkan salam• Memperkenalkan diri• Menyampaikan tentang tujuan pokok materi• Meyampakaikan pokok pembahasan• Menyampaikan kontrak waktu	<ul style="list-style-type: none">• Menjawab salam• Mendengarkan dan menyimak• Bertanya mengenai perkenalan dan tujuan jika ada yang kurang jelas
2.	Isi	10 menit	<ul style="list-style-type: none">• Penyampaian Materi• Menggali pengetahuan peserta didik tentang pijat oksitosin• Menjelaskan pengertian pijat oksitosin• Menjelaskan tujuan pijat oksitosin• Menanyakan kembali persepsi peserta tentang tujuan pijat oksitosin• Menjelaskan manfaat pijat oksitosin• Menjelaskan langkah - langkah pijat oksitosin• Meredemonstrasikan langkah-langkah pijat oksitosin• Tanya Jawab.• Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya	<ul style="list-style-type: none">• Mendengarkan dan menyimak• Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengerti• Melakukan demonstrasi yang diajarkan pengajar
3.	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none">• Melakukan evaluasi• Menyampaikan kesimpulan materi• Memberikan saran kepada klien dan keluarga.• Mengakhiri pertemuan dan menyampaikan salam	<ul style="list-style-type: none">• Sasaran dapat menjawab tentang pertanyaan yang diajukan• Mendengar• Memperhatikan• Menjawab salam

7. Evaluasi

a. Evaluasi Hasil :

Setelah diberikan PENKES Ny.Y dan Keluarganya mampu :

1. Menjelaskan apa itu pijat oksitosin
2. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin
3. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin
4. Mendemonstrasikan teknik pijat oksitosin

b. Evaluasi struktur :

1. Pelaksana siap melakukan Penyuluhan kesehatan

c. Evaluasi Proses :

1. Pelaksana dan sasaran (Ny.Y dan keluarganya) mengikuti PENKES sesuai waktu atau sampai selesai.
2. Ny.Y dan Keluarganya aktif dalam PENKES
3. Ny.Y dan Keluarganya mampu mendemonstrasikan tehnik pijat oksitosin
4. Ny.Y dan Keluarganya mampu menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pelaksana.
5. Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap.

8. Daftar Pustaka

- Bobak IM, Lowdermilk DL, Jensen MD. 1995. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Maternity Nursing) Edisi 4*, Maria A Wijayarti dan Peter Anugerah (penterjemah). 2005. Jakarta: EGC.
- Anonym. 2013. *Pijat Oksitosin*. Diambil dari <http://theurbanmama.com/articles/pijat-oksitosin.html>

Lampiran Materi

A. Definisi Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang *costae* kelima- keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Biancuzzo, 2003; Indiyani, 2006; Yohmi & Roesli, 2009).

B. Tujuan Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex *let down*. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI.

C. Manfaat Pijat Oksitosin

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

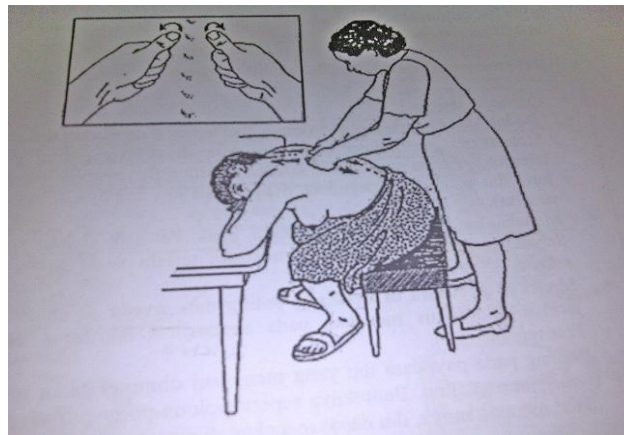
D. Tehnik Pijat Oksitosin

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

- a. Melepaskan baju ibu bagian atas
- b. Ibu miring ke kanan maupun kekiri, lalu memeluk bantal
- c. Memasang handuk
- d. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak telon atau *baby oil* / *air hangat*.

- e. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan
- f. Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya.
- g. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah, dari leher kearah tulang belikat, selama 2-3 menit.
- h. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
- i. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.

E. Gambar Untuk Pijat Oksitosin





STIKes Karsa Husada Garut



Mari sembuhkan luka dengan mengonsumsi makanan yang mencukupi agar pulih dengan cepat

Daftar Pustaka

Manuaba, Ida Bagus Gde, (2010), Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana, EGC. Jakarta Novita, Regina VT. 2011. Keperawatan Maternitas. Bandung ; Kapita Selektta Sarwono, Prawiroharjo(2010) Ilmu Kebidanan Edisi 2 Revisi II. Jakarta:Yayasan Bina Pustaka Winkjosastro, Hanifa, 2010, Ilmu Kebidanan, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka



PERAWATAN LUKA POST OPERASI

Rani Permatasari (KHGA20103)
D3-Keperawatan



PERAWATAN LUKA OPERASI

Luka operasi merupakan luka bersih sehingga mudah untuk perawatannya, namun jika salah dalam merawat, maka akan bisa berakibat fatal. Oleh karena itu pastikan untuk tidak salah dalam merawat luka operasi.

TUJUAN

1. Untuk menghindari infeksi
2. Untuk mempercepat proses penyembuhan
3. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENYEMBUHAN LUKA

1. Nutrisi yang cukup
2. Perawatan luka yang baik
3. Istirahat



PRINSIP-PRINSIP PERAWATAN LUKA

1. Gunakan teknik antiseptik
2. Ganti balutan bila balutan basah
3. Awasi adanya tanda-tanda infeksi seperti gatal, kemerahan, bengkak, panas, nyeri dan penurunan fungsi. (Novita, 2011)

CARA PERAWATAN LUKA POST OPERASI DI RUMAH

1. Jagalah kebersihan pada area luka bekas operasi
2. Rutin membersihkan luka dengan langkah :
 - bersihkan luka dengan cairan saline (NaCl)
 - Ganti perban bila terkena basah
 - Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan dokter
3. Bersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik
3. Gunakan pakaian longgar dan juga nyaman
4. Konsumsi obat dan vitamin sesuai anjuran dokter
5. Minum air putih yang banyak
6. Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang
Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan protein, mineral, zinc dan juga vitamin A dan C
7. Lakukan kegiatan olahraga ringan
8. Lakukan pemeriksaan secara berkala

PIJAT OKSITOKSIN



Disusun oleh :
Rani Permatasari
KHGA20103
3C- D3 KEPERAWATAN

Pijat oksitoksin ?

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima- keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Biancuzzo, 2003; Indiyani, 2006; Yohmi & Roesli, 2009).



Tujuan

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin atau reflex let down. Atau yang biasa disebut sebagai reaksi pengeluaran ASI.

Manfaat pijat oksitoksin

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

Daftar pustaka

Bobak IM, Lowdermilk DL, Jensen MD. 1995. Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Maternity Nursing) Edisi 4, Maria A Wijayarti dan Peter Anugerah (penerjemah). 2005. Jakarta: EGC.

Anonym. 2013. Pijat Oksitosin. Diambil dari <http://theurbanmama.com/articles/pijat-oksitosin.html>

STiKes Karsa Husada Garut

pijat oksitosin rutin dapat merangsang pengeluaran ASI



Teknik pijat oksitosin

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

1. Melepaskan baju ibu bagian atas
2. Ibu miring ke kanan maupun kekiri, lalu memeluk bantal
3. Memasang handuk
4. Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak telon atau baby oil / air hangat.
5. Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan
6. Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya.
7. Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang kearah bawah, dari leher kearah tulang belikat, selama 2-3 menit.
8. Mengulangi pemijatan hingga 3 kali
9. Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rani Permatasari

NIM : KHGA20103

Alamat : Leuwigoong

Riwayat Pendidikan

- 1. TK PGRI**
- 2. SD 3 Leuwigoong**
- 3. SMP 1 Leuwigoong**
- 4. SMA 10 Garut**
- 5. STIKes Karsa Husada Garut**