

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I P₃A₂ DENGAN POST
OPERASI SECTIO CAESAREA HARI KE-1 ATAS INDIKASI
CEPHALO PELVIC DISPROPORTION DI RUANG MARJAN
BAWAH RSU dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Menyelesaikan Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

ASTY AOLIANSYAH

KHGA 19093



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I P3A2 POST
SECTIO CAESAREA HARI KE-1 ATAS INDIKASI
CEPHALO PELVIC DISPROPORTION DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : ASTY AOLIANSYAH

NIM : KHGA 19093

KARYA TULIS ILMIAH

Telah disetujui untuk disidangkan
Pada sidang Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I P3A2 POST
SECTIO CAESAREA HARI KE-1 ATAS INDIKASI
CEPHALO PELVIC DISPROPORTION DI RUANG
MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : ASTY AOLIANSYAH

NIM : KHGA 19093

Garut, Juli 2022

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II



K. Dewi Budiarti, M.Kep



Eti Suliyawati, S.Kep.,MSi

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah



K. Dewi Budiarti, M.Kep



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

ABSTRAK

IV BAB + 123 Halaman + 14 Tabel + 1 Bagan + 4 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada NY.I P3A2 *Post Sectio Caesarea* hari ke-1 atas indikasi *Chepalo Pelvic Disproportion* di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Latar belakang dilakukannya karya tulis ilmiah ini karena jumlah kematian ibu melahirkan di Jawa Barat sebanyak 684 kasus pada tahun 2019. Kasus perdarahan sebagai penyebab utama kematian ibu dapat terjadi pada masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Salah satu penyebab perdarahan yang terjadi adalah *Chepalo Pelvic Disproportion*. Untuk menghindari hal tersebut perlu tindakan yang tepat yaitu dengan tindakan *Sectio Caesarea*. Pada data riset kesehatan dasar, 2018 angka kejadian persalinan *sectio caesarea* terdapat 15,3 %. Namun tindakan *sectio caesarea* memiliki resiko yang dapat membahayakan bagi ibu yaitu puerperal (nifas), perdarahan, luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi, kemungkinan *rupture uteri* spontan pada kehamilan mendatang. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada klien *post section caesarea* atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion*. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. *Cephalo Pelvic Disproportion* adalah ketidakmampuan janin untuk melewati panggul sehingga harus dilakukan tindakan *section caesarea*. *Sectio Caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri Akut, Resiko Infeksi, Defisit Perawatan Diri, Gangguan Mobilitas Fisik, Menyusui Tidak Efektif. Untuk intervensi dan implementasi sebagian besar diambil dari konsep dasar pada BAB II. Hasil evaluasi yang dilakukan selama penulis melaksanakan asuhan keperawatan sejak tanggal 31 mei-2 juni 2022, dari 5 masalah yang muncul 4 masalah teratasi dan 1 masalah teratasi sebagian. Secara umum dapat disimpulkan bahwa penulis dapat melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif, yang meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual.

Kata Kunci : *Sectio Caesarea*, *Cephalo Pelpic Disproportion*
Daftar Pustaka buah

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan yang berjudul:” **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.I P3A2 DENGAN POST OPRASI SECTIO CAESAREA HARI KE-1 ATAS INDIKASI CEPHALO PELVIC DISPROPORTION DI RUANG MARJAN BAWAH RSU dr.SLAMET GARUT**”.

Laporan ini sebagai salah satu pernyataan guna menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan kasus ini masih jauh dari sempurna baik ditinjau dari segi teknik penulisannya ataupun dari segi pengkajiannya. Untuk itu kirtik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk perbaikan dan penyusunan laporan dimasa yang akan datang.

Dalam penyusunan laporan ini, penulis mendapat banyak pengarahan, dorongan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan rasa hormat dan terimakasih kepada :

1. Dr. H. Hadiat M.A., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Saepudin, S.,Sos., M.Mkes., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M,Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Huasada Garut

4. K Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep., selaku ketua Kaprodi DIII Keperawatan dan selaku pembimbing, saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, kasih sayang, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
5. Seluruh dosen beserta staf Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu serta mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.
6. Keluarga pasien NY.I yang telah bersedia menjadi klien dalam pengambilan kasus karya tulis ilmiah ini, semoga sehat selalu.
7. Kepada yang tersayang kedua orang tua tercinta, dan adik tercinta yang dengan ketulusan hatinya tidak pernah lelah, dan tidak putus asa serta terus menerus mendoakan, memberikan semangat, dan memberikan dukungan baik moral maupun materi.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i seperjuangan Program DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khusus nya kelas A yang telah memberikan masukan dan motivasi.
9. Seluruh pihak terkait yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang turut membantu, sehingga laporan ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan karya tulis ini.

Akhir kata tiada gading yang tak retak. Penulis selalu berharap agar karya tulis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta selalu mendapatkan ridho-Nya.

Aamiin

Garut, Juli 2022

Diana Nurfadilah

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang masalah.....	1
B. Tujuan penulisan	4
C. Metode penulisan	5
D. Sistematika penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Dasar Teori.....	9
1. Cephalo Pelvic Disproportion	9
B. Konsep Dasar Sectio Caesarea	14
C. Post Partum.....	24
D. Pendekatan Proses Asuhan Keperawatan.....	33
BAB II TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	58
A. Tinjauan Kasus.....	58
B. Pembahasan	83

1. Tahap pengkajian	84
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	85
3. Tahap Perencanaan	87
4. Tahap Implementasi.....	88
5. Tahap Evaluasi.....	89

BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan	92
B. Rekomendasi	93

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN – LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Kasus Post Sectio Caesarea atas Indikasi Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) dengan SC lain diruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.....	3
Tabel 2.1 Analisa Data	43
Tabel 2.2 Perencanaan diagnose keperawatan Nyeri	46
Tabel 2.3 Perencanaan diagnose keperawatan Resiko Terjadinya Infeksi	48
Tabel 2.4 Perencanaann diagnose keperawatan Resiko Ketidakseimbangan Cairan	50
Tabel 2.5 Perecanaan Diagnose Keperawatan Defisit Perawatan Diri	51
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnose keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik	52
Tabel 2.7 Perencanaan diagnosa menyusui tidak efektif	54
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.....	61
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari – hari	67
Tabel 3.3 Data Penunjang	66
Tabel 3.4 Analisa Data.....	66
Tabel 3.5 Proses Keperawatan	66
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan.....	74

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	18
------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: SAP Leftet
Lampiran II	: SAP Lefleat
Lampiran III	: Lembar Bimbingan
Lampiran IV	: Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang masalah

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

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (AKI) didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. Angka Kematian Ibu (AKI) di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020). Menurut Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007-2012. Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan pada tahun 2012-2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 yaitu sebanyak 4.221 kasus (Kemenkes RI, 2019).

Angka kematian ibu per di Jawa Barat pada tahun 2019 mencapai 684 kasus. Penyebab yaitu perdarahan sekitar 226 kasus, hipertensi sekitar 218 kasus, infeksi sekitar 23 kasus, gangguan system peredaran darah 65 kasus, gangguan metabolic sekitar 12 kasus, dan lainnya 140 kasus (Profil Kesehatan

Indonesia). Sedangkan jumlah Angka Kematian ibu di kabupaten Garut mencapai 55 kasus 29 % penyebab kematian ibu itu kasus perdarahan pasca persalinan (Dinkes Kabupaten Garut,2018).

Kasus perdarahan sebagai penyebab utama kematian ibu dapat terjadi pada masa kehamilan,persalinan ,dan masa nifas.Salah satu penyebab perdarahan yang terjadi adalah Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) (Prawirohardjo,2010). Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) Adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami (Aspiani,2017).

CPD dapat beresiko terhadap ibu dan janin. Bahaya pada ibu dapat berupa partus lama yang dapat menimbulkan dehidrasi serta asidosis, dan infeksi intrapartum, ruptur uteri mengancam serta resiko terjadinya fistula vesikoservikalis, atau fistula vesikovaginalis karena tekanan yang lama antara kepala janin dengan tulang panggul.Sedangkan bahaya pada jaringan di atas tulang kepala janin bahkan bisa menimbulkan fraktur os parietalis (Reza,dkk,2017). CPD disebabkan karena bentuk tubuh atau postur dan bentuk panggul ibu yang kecil sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan persalinan normal.sectio caesarea dilakukan untuk mencegah hal-hal yang membahayakan nyawa ibu. (Prawiharjo,2016)

Sectio caesarea merupakan tindakan bedah operasi yang dilakukan oleh dokter spesialis bedah dan dokter kandungan lokasi pembedahan berada pada perut dalam rahim ibu kemudian dibuatkan jalan keluarnya bayi.(fatma haryani et al.,2021). Indikasi sectio caesarea terdiri dari indikasi absolut dan relatif.

Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi basolut. Indikasi relatif, indikasi pervaginam dapat terlaksana tetapi keadaan lewat operasi sectio caesarea akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya (Prawiroharjo,2016).

Berdasarkan data yang diperoleh di ruang marjan bawah RSUD dr.Slamet Garut, persentase kasus kehamilan sectio caesarea atas indikasi CPD dari bulan Juli-Desember 2021 dengan persentase sebagai berikut :

Tabel 1.1
Perbandingan Kasus Post Sectio Caesarea atas Indikasi Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) dengan SC lain di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut

No	Kasus	Jumlah kasus	Persentase
1	SC Indikasi PEB	90	20%
2	SC Indikasi CPD	81	18%
3	SC Indikasi Gawat Janin	72	16%
4	SC Indikasi Letak Sungsang	53	12%
5	SC Indikasi Plasenta Previa	45	10%
6	SC Indikasi Ketuban Pecah Dini	26	6%
7	SC Indikasi Prematur	23	5%
8	SC Indikasi Partus Lama	19	4%
9	SC Indikasi Eklamsi	12	3%
10	SC Indikasi PPT	9	2%
11	SC Indikasi Bayi Besar	4	1%
12	SC Indikasi Gagal Induksi	3	1%
13	SC Indikasi Serotinus	3	1%
14	SC Indikasi Lintang	3	1%
	Jumlah	443	100%

Sumber : Pelaporan dan pencatatan di RSUD dr. Slamet Garut,2021

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa penderita post sectio caesarea atas indikasi Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) berada pada urutan ke dua dengan jumlah persentase 18% mengingat komplikasi dari post sectio caesarea yaitu seperti pendarahan,infeksi nifas, luka kantung kemih dan ruftur uteri

maka diperlukan penanganan secara intensif sehingga perlu memiliki ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien post Sectio Caesarea dengan indikasi Cephalo Pelvic Disproportion (Indriani, 2019).

Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan komprehensif pada klien post operatif sectio caesarea dengan menggunakan proses keperawatan dan didokumentasikan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul: **”Asuhan keperawatan pada NY.I P3A2 Dengan Post Sectio Caesarea Hari ke-1 Atas indikasi Cephalo Pelvic Disproportion di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut.”**

B. Tujuan penulisan

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis menyusun tujuan sebagai berikut:

1. Tujuan umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu dengan *post Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) secara langsung dan komprehensif meliputi Bio-Psiko-Sosial dan Spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian pada NY.I P3A2 dengan *Post Sectio Caesarea* hari ke -1 atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut

- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. I P3A2 dengan *post Sectio Caesarea* hari ke -1 atas indikasi *Cephalo Pelvic Dispropotion* di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- c. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan pada Ny. I P3A2 dengan *Post Sectio Caesarea* hari ke-1 atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. I P3A2 dengan *Post Sectio Caesarea* hari ke -1 atas indikasi *Cephalo Pelvic Diproportion* di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatn pada Ny. I P3A2 dengan *Post Sectio Caesarea* hari ke-1 atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- f. Mampu mendokumentasikan hasil tindakan keperawatan pada Ny. I P3A2 dengan *Post Sectio Caesarea* hari ke -1 atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut

C. Metode penelaahan

1. Adapun yang digunakan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode analisis deskriptif melalui studi kasus yang dilaksanakan terhadap seorang klien berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari hasil pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang dilaksanakan terhadap salah seorang klien dengan *Post Sectio Caesarea* (SC) di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut.

2. Teknik pengumpulan data :

a. Wawancara

Penulis melakukan pendekatan teknik wawancara secara langsung dengan klien, keluarga klien, perawat dan pihak lain yang bersangkutan, guna memperoleh informasi yang akurat dan komprehensif, dan melakukan asuhan keperawatan yang meliputi bio-psiko-sosial-dan spiritual.

b. Observasi

Penulis melakukan observasi atau pengamatan selama kurang lebih 3 hari dengan memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dan keluarga klien secara langsung.

c. Studi dokumentasi

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

d. Pemeriksaan fisik

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

e. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah data yang di dapatkan dari sumber- sumber yang menunjang terhadap kasus post operasi secara caesarea atas indikasi partus lama.

D. Sistematika penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 4 bab : yaitu pendahuluan, tinjauan pustaka, tinjauan kasus dan pendahuluan, kesimpulan dan rekomendasi.

Adapun sistematika penulisannya :

Bab 1 : Pendahuluan

Bab ini berisi tentang uraian yang melatar belakangi masalah yang mendorong penulis dalam pengambilan kasus, tujuan penulisan yang mencakup tujuan umum dan tujuan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.

Bab II : Tinjauan Pustaka

Bab ini berisikan tentang gambaran permasalahan secara keseluruhan yang didalamnya terdapat konsep-konsep dasar mengenai Sectio Caesarea (SC), penyebab dilakukannya caesar, dan teori yang berkaitan dengan konsep asuhan keperawatan pada klien dengan post sectio caesarea.

Bab III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Bab ini berisi tentang gambaran hal hal yang terjadi dilapangan selama pelaksanaan asuhan keperawatan klien dengan post *Sectio Caesarea* yang meliputi : pengkajian dan guna memperoleh informasi tentang klien, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab IV : Kesimpulan dan Rekomendasi

Bab ini berisi tentang kesimpulan hal hal yang mengenai apa yang telah ditulis sesuai tujuan penyusun Karya Tulis Ilmiah dan memberi rekomendasi kepada pihak yang bersangkutan, seperti perawat, pelayanan kesehatan, institusi, yang bertujuan untuk meningkatkan proses asuhan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR TEORI

1. *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD)

Cephalo Pelvic Disproportion adalah hambatan persalinan akibat ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dengan pelvis (Prajoko, 2019).

Cephalo Pelvic Disproportion adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan rongga panggul menjadi asimetris antara ukuran panggul menjadi abnormal (Aspiani, 2017).

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) adalah ketidakselarasan atau ketidakseimbangan antara kepala janin dan pelvis ibu. (Reeder, J., Martin, L., & Griffin, K., 2016).

Cephalo pelvic disproportion yaitu suatu keadaan yang timbul karena tidak adanya keseimbangan antara panggul ibu dengan kepala janin disebabkan oleh panggul sempit, janin yang besar sehingga tidak dapat melewati panggul ataupun kombinasi keduanya (Cunningham, et al., 2014).

Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa pengertian CPD adalah ketidaksesuaian antara ukuran janin dan ukuran pelvis, itu terjadi

dikarenakan janin terlalu besar atau panggul yang terlalu sempit, sehingga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami dan harus dilakukan tindakan operasi.

2. Etiologi

Etiologi CPD menurut Aspiani (2017), adalah sebagai berikut :

- a. Faktor ibu
 - 1. Adanya panggul sempit
- b. Faktor janin
 - 1. Bayi yang besar
 - 2. Kelainan janin
 - 3. Hydramnion

3. Patofisiologi

Kesempitan panggul bukan factor satu-satunya yang menentukan apakah persalinan akan berjalan aman atau tidak untuk ibu. Kesempitan panggul dapat ditentukan pada satu bidang atau lebih, hal ini bisa menimbulkan tiga kemungkinan sebagai berikut:

a. Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

Terjadi karena diameter anteroposterior (Conjugata obstetrica) kurang dari 10 cm atau diameter transversa kurang dari 12 cm. Kesempitan PAP dapat merupakan akibat ricketsia atau pertumbuhan menyeluruh yang jelek (oxom,2010).

b. Kesempitan Pintu Tengah Panggul (PTP)

Pada dasarnya merupakan penyempitan bidang dengan ukuran terkecil, yakni bidang yang melalui apex dari acus publis, spina ischidica, dan sacrum, biasanya pada hubungan anatar segmen ke empat dan ke lima. Apabila distantia intersoinarum kurang dari 9,0 cm atau apabila distantia interspinarum (normal 4,5 – 5,0 cm) kurang dari 13,5 cm (normal 15,0 – 15,5 cm) maka kemungkinan ada kesempitan PTP (Oxom,2010)

c. Kesempitan Pintu Bawah Panggul (PBP)

Terjadi apabila distantia intertuberosum kurang dari 8 cm. Distosia dapat diharapkan akan terjadi kalua diameter intertuberosom ditambah dengan diameter sagitalis posterior kurang dari 15 cm. Pengurangan distantia intertuberosum dan angulus subpubicus akan mendorong kepala ke belakang, dengan demikian prognosis nya tergantung kepada kapasitas segmen posterior dan kemampuan jaringan lunak untuk mengakomodasikan anak. Sisi-sisi tiga posterior tidak terbentuk dari tulang (oxom,2010)

4. Pengaruh CPD pada persalinan

Menurut padila (2015), pengaruh CPD pada persalinan yaitu :

a. Pengaruh pada persalinan

- 1) Persalinan lebih lama dari biasa
- 2) Pada panggul sempit sering terjadi kelainan presentasi atau posisi
- 3) Dapat terjadi rupture uteri apabila his menjadi terlalu kuat dalam usaha mengatasi rintangan yang ditimbulkan oleh panggul sempit

- 4) Jika otot rahim menjadi lelah karena rintangan oleh panggul sempit dapat terjadi infeksi intra partum. infeksi ini dapat membahayakan ibu dan dapat menyebabkan kematian janin di dalam rahim.

b. Pengaruh pada janin

1. Partus lama lebih dari 20 jam atau kala II yang lebih dari 3 jam dapat menambah kematian perinatal apalagi keluar ketuban pecah sebelum waktunya.
2. Prolapses foeniculli dapat menimbulkan kematian pada janin
3. Moulage yang kuat dapat menimbulkan perdarahan otak.

5. Prognosa

Prognosa persalinan dengan CPD menurut Padila (2015), tergantung pada beberapa factor diantaranya:

- a. Bentuk panggul
- b. Ukuran panggul jadi derajat kesempitan
- c. Kemungkinan pergerakan dalam sendi sendi panggul
- d. Besarnya kepala dan kesanggupan moulage kepala
- e. Presentasi dan pisisi kepala
- f. His

Diantara factor-factor tersebut yang dapat di ukur secara pasti sebelum berlangsungnya persalinan adalah ukuran-ukuran panggul. Tidak ada janin yang cukup bulan yang dapat lahir dengan selamat pervaginam kalau CV kurang dari 8 1/2 cm di dilakukan SC primer.

6. Komplikasi

Menurut sarwono [2010] apabila persalinan dengan CPD di biarkan sendiri tanpa mengambil tindakan yang tepat, timbulah bahaya komplikasi bagi ibu dan janin, yaitu :

E. Pada ibu

- 1) Partus lama yang sering disertai pecahnya ketuban pada pembukaan kecil dapat menimbulkan dehidrasi serta asidosis dan infeksi intrapartum.
- 2) Dengan his yang kuat, sedang kemajuan janin dalam jalan lahir tertahan dapat timbul regangan segmen bawah uterus dan pembukaan (Bandl). Keadaan ini disebut rupture uteri mengancam.
- 3) Dengan persalinan tidak maju karena CPD jalan lahir pada suatu tempat mengalami tekanan yang lama antara kepala janin dan tulang punggung. Hal ini menimbulkan gangguan sirkulasi dengan akibat terjadinya iskemik dan kemudian nekrosis pada tempat tersebut. Beberapa hari post partum akan terjadi fistula vesiko servikalis, atau fistula vesiko vaginalis atau fistula rekto vaginalis.

F. Pada janin

- 1) Partus lama dapat meningkat kematian perinatal, apabila ditambah dengan infeksi intra partum.
- 2) *Prolapsus funikuli*, apabila terjadi, mengandung bahaya yang sangat besar bagi janin dan memerlukan kelahiran dengan SC apabila janin masih hidup.

- 3) Dengan adanya CPD kepala janin dapat melewati rintangan pada panggul dengan mengadakan moulage dapat dialami oleh kepala janin tanpa akibat yang jelek sampai batas-batas tertentu. Akan tetapi apabila batas-batas tersebut dilampaui, terjadi sobekan pada tentorium serebelli dan perdarahan intrakranial.
- 4) Tekanan promontorium atau kadang-kadang oleh simfiksi pada panggul picak menyebabkan perlukaan pada jaringan diatas tulang kepala janin, malahan dapat pula menimbulkan fraktur pada osparietalis.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan tindakan bedah oprasi yang dilakukan oleh dokter spesialis bedah dan dokter kandungan lokasi pembedahan berada pada perut dalam rahim ibu kemudian dibuatkan jalan keluarnya bayi.(fatma haryani et al.,2021).

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan. Sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari,2019)

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melaui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2016).

Sectio caesarea adalah persalinan untuk melahirkan janin dengan berat 500 gram atau lebih, melalui pembedahan di perut dengan menyayat dinding rahim. 11 *Sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. Definisi lain *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Fadhilah Fanny,2015).

Dapat disimpulkan *sectio caesarea* adalah suatu tindakan operasi yang bertujuan untuk melahirkan bayi melalui pembedahan dinding perut dan uterus.

2. Etiologi Operasi SC

Menurut nuratif dan kusuma (2015):

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak pada *disproporsi sefalo pelvik* (disporposi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusi plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia-eklampsia,atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (Jantung, Diabetes Mellitus) gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Stress atau gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan, vakum atau forceps ekstraksi.

3. Patofisiologi

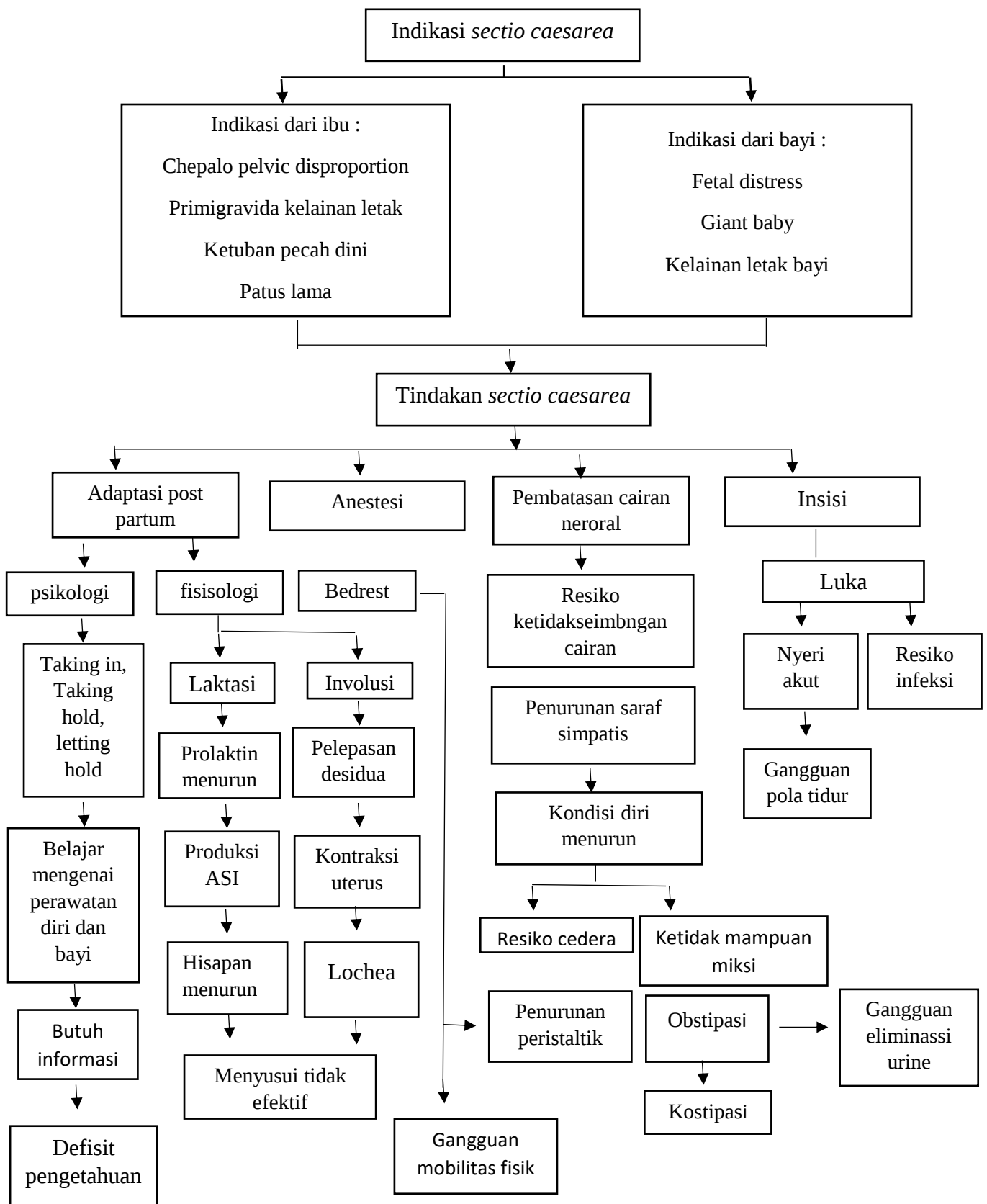
Sectio caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat diatas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini untuk ibu yaitu distrosia kepala panggul, disfungsi uterus, distonsia jaringan lunak, plasenta previa, dan lain-lain. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post desentris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotic dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah satu utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman (Aspiani, 2017).

Sebelum dilakukan operasi pasien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu sehingga kadang-kadang bayi lahir dengan keadaan unpoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruh anestesi bagi ibu sendiri

yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas yang tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Aspiani,2017).

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltic usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energy. Akibat dari morbiditas yang menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk maka reflek untuk batuk juga akan menurun. Maka pasien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu mobilitas yang menurun juga akan berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu konstipasi (Aspiani,2017).

Bagan 2.1 Pathway
Pathway sectio caesarea atas indikasi CPD



4. Jenis-jenis Sectio Caesarea

Jenis jenis sectio caesarea menurut Aspiani (2017) yaitu:

a. *Sectio Transperitonealis Profunda*

Dengan insisi di segmen bawah uterus, insisi pada bawah rahim, bisa dengan teknik melintang atau memanjang

b. *Sectio Korporal* atau klasik

Insisi ini dibuat pada korpus uteri, pembedahan ini yang lebih mudah dilakukan, hanya diselenggarakan apabila ada halangan untuk melakukan section transperitoneal profunda. Misalnya, melekat erat uterus pada dinding perut karena sectio yang sudah atau insisi segmen bawah uterus yang mengandung bahaya perdarahan yang banyak.

c. *Sectio Caesarea Peritoneal*

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

d. *Sectio Caesarea Histerotomi*

Setelah SC, dilakukan *histerektomi* dengan indikasi:

- 1) Atonia uteri
- 2) Plasenta accrete
- 3) Mioma uteri

- 4) Infeksi intra uteri berat

5. Indikasi

Adapun indikasi dilakukannya SC menurut nurarif dan kusuma (2015) yaitu:

a. Pada ibu

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- 2) Panggul sempit
- 3) CPD
- 4) Ruptur uteri mengancam
- 5) Partus lama(prolonged labor)
- 6) Partus tak maju(obstruksi labor)
- 7) Distosia serviks
- 8) Pre eklampsia dan hipertensi

b. Pada janin

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

6. Komplikasi

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

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

7. Pemeriksaan penunjang

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

- 3. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
- 4. Pemantauan EKG
- 5. Elektrolit
- 6. Hemoglobin
- 7. Golongan darah
- 8. Urinalisis
- 9. Amniosentesis terhadap maturitas pada janin sesuai indikasi
- 10. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- 11. Ultrasound sesuai pesanan

8. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis menurut jitowiyono & kritiyanasari (2012), yaitu:

a. Analgesi

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75% mg meperedin (intramuscular) setiap 3 jam sekali, bila di perlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin.

b. Tanda-tanda vital

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

c. Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian, jika output urin jauh di bawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

d. Vesika urinaria dan usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesoakn paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah, dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga

e. Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan

f. Perawatan luka

Luka di insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternative ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan. Paling lambat hari ke tiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

g. Laboratorium

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

h. Perawatan payudara

Pemberian ASI bisa langsung diberikan setelah operasi pada bayi dengan Insiasi Menyusui Dini (IMD) terlebih dahulu.

i. Memulangkan pasien dari rumah sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari ke empat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk keperawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

C. Post Partum

1. Pengertian Post Partum

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2013). Post partum adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari selama masa nifas organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil (Maritalia, 2012). Post partum adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan, dan pengembalian alat-alat kandungan / reproduksi seperti sebelum hamil yang lamanya 6 minggu atau 40 hari pasca persalinan (Jannah, 2011).

Masa Nifas (Puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010). Masa Nifas atau Puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011). Masa nifas atau post partum atau disebut juga masa puerperium merupakan waktu yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ reproduksinya seperti saat sebelum hamil atau disebut involusi terhitung dari selesai persalinan hingga dalam jangka waktu kurang lebih 6 Minggu atau 42 hari (Maritalia, 2017).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa Post partum adalah masa mulai pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya sekitar 6 minggu.

2. Tahapan masa post partum

Menurut wahyuningsih (2019) terdapat 3 tahapan post partum,yaitu :

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. Perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uteri uterus, pengeluaran lokhea, tekanan darah dan suhu.

b. Early post partum (24 jam-1 minggu)

Harus dipastikan involusi uteri normal,tidak ada perdarahan,lokhea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik

c. Late postpartum (1 minggu-6 minggu)

Tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling/pendidikan kesehatan keluarga berencana (KB).

3. Adaptasi Fisiologi Post Partum

Perubahan-perubahan fisiologi post partum menurut wahyuningsih (2019), adalah sebagai berikut:

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus akan mulai mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus berangsur-angsur mengecil sampai keadaan sebelum hamil

1. Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
2. Pada saat akhir uri lahir, TFU teraba dua jari dibawah pusat dengan berat 750 gram.
3. Pada 1 minggu post partu, TFU teraba perengahan pusat simfisis dengan berat 500 gram.
4. Pada 2 minggu post partum, TFU tidak teraba dengan berat 350 gram
5. Pada 6 minggu post partum, TFU bertambah kecil dengan berat 50 gram
6. Pada 8 minggu post partum, TFU normal dengan berat 30 gram.

b. Lochea

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

1) *Lochea lubra*/merah

Lochea ini muncul pada hari ke 1 sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan keluar berwarna merah karena berisi darah segar,

Jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan meconium.

2) *Lochea sanguinolenta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung di hari ke-4 sampai ke-7.

3) *Lochea serosa*

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

4) *Lochea alba*/putih

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

c. Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implamasi plasenta. Bekas implamasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari pertama endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ketiga.

d. Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui satu jari, setelah empat minggu rongga bagian luar kembali normal.

e. Vagina dan Perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nulipari, hypemen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil dan berubah menjadi karunkula mitiformis. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat laterasi atau jahitan serta udem akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi. oleh karena itu vulva hygiene perlu dilakukan.

f. Mamae/payudara

Semua wanita setelah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. ada 2 mekanisme : produksi susu, sekresi susu atau letdown, selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ke tiga setelah melahirkan efek prolactin pada payudara mulai dirasakan, sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit let down (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI.

g. Sistem pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian, akan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka jahit perineum.

h. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal teregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal akhir minggu ke 4 setelah melahirkan. Kurang dari 40% wanita post partum mengalami proteinuria non patologis, kecuali pada kasus preeklamsi.

i. Sistem muskuloskeletal

Ligamen, fascia, diafragma pelvis meregang saat kehamilan, berangsur-angsur mengecil seperti semula.

j. Sistem Endokrin

hormon-hormon yang berperan:

- 1) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- 2) Proklatin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolactin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.
- 3) Estrogen dan progesterone, setelah melahirkan estrogen menurun, progesterone meningkat.

k. Perubahan tanda-tanda vital

- 1) Suhu tubuh saat post partum dapat naik 0,5 c, setelah 2 jam post partum normal.

- 2) Nadi dan pernafasan, nadi dapat bradikardi kalau takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- 3) Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai. BB turun rata-rata 4,5 kg.
- l. Setelah partus/melahirkan, adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans)
- m. Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastansis (derajat pemisahan otot rektus abdomen makin terpisah dalam linea alba makin mulur ke samping dan menjadi sangat tipis, pemisah otot ini disebut diastansis.

4. Adaptasi psikologi post partum

Adaptasi psikologis menurut Jannah (2015), dapat di klasifikasikan menjadi 3 antara lain :

1) *Fase Taking In*

Merupakan periode ketergantungan ketika ibu mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi orang lain. berlangsung selama 1-2 hari setelah melahirkan, ketika focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pada fase ini, ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan oleh factor kelelahan. Oleh karena itu, ibu perlu istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur.

Disamping itu, kondisi tersebut perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) *Fase Taking Hold*

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

3) *Fase Letting Hold*

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

5. Dampak post sectio caesarea atas indikasi CPD terhadap kebutuhan dasar manusia

Menurut Maryunani (2015), dampak post sectio caesarea atas indikasi CPD terhadap kebutuhan dasar manusia yaitu:

a. Nyeri

Biasanya dirasakan pada daerah abdomen akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada klien maka anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam. Serta memberikan therapy obat analgetik.

b. Nutrisi dan cairan

Pada ibu post partum sectio caesarea masih dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum flatus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Sebagai pengganti dari makanan dan cairan, maka klien diberikan infus RL, apabila klien sudah flatus dan bising usus normal, maka klien diperbolehkan untuk minum 1 sendok tiap jam kemudian setelah itu dicoba untuk diet lunak tinggi kalori tinggi protein (TKTP).

c. Aktivitas

Klien paca bedah mengalami gangguan aktivitas, hal ini disebabkan karena rasa nyeri yang ditimbulkan dari luka dan adanya penurunan dari kekuatan dan ketahanan otot, sehingga aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

d. Personal hygiene

Kebutuhan personal hygiene pada ibu post partum sectio caesarea tidak terpenuhi karena keadaan klien yang lemah. untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene tersebut maka dilakukan bantuan membersihkan tubuh klien, membersihkan mulut, membersihkan rambut, dan membersihkan vulva. Manfaat pemenuhan kebutuhan personal hygiene yaitu memberikan kenyamanan pada klien.

e. Eliminasi urine

Kebanyakan pasien berkemih secara spontan dalam waktu & jam setelah melahirkan. Selama kehamilan terjadi peningkatan cairan

50% setelah melahirkan cairan ini di eliminasi sebagai urine. Mungkin terdapat aseton dalam urine pada klien mengalami dehidrasi.

f. Emosi

Ketika saat-saat kelahiran telah dekat, Wanita akan mengalami peningkatan kegembiraan mencapai klimaks dengan kelahiran bayi. Seringkali emosi yang tinggi menurun dengan cepat setelah kelahiran. klien akan kelelahan karena persalinan dan mereka mengalami nyeri perineum serta pembengkakan payudara.

g. Istirahat tidur

Pada ibu post sectio caesarea biasanya mengalami kurang tidur akibat dari adanya rasa nyeri yang dirasakan pada daerah abdomen. Untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur klien, maka ajarkan untuk melakukan latihan teknik relaksasi dan distraksi seperti latihan nafas dalam, tidur miring kiri dan kanan. Sedangkan dalam teknik distraksi klien diajarkan untuk mengalihkan perhatian seperti mengobrol.

D. Pendekatan Proses Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien sebagai tatanan pelayanan kesehatan, proses keperawatan terdiri dari pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi.

Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain (Budiono,2015).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan, bertujuan untuk mengumpulkan data tentang pasien agar dapat mengidentifikasi dan menganalisa masalah pasien. Pengkajian menurut Aspiani (2017), adalah sebagai berikut:

a. Identifikasi klien

Lebih berisiko terjadi pada ibu dengan masalah tinggi badan kurang dari 148 cm, usia ibu hamil 35 tahun atau lebih, ukuran panggul ibu yang cenderung lebih kecil kurang dari 9,5 cm, ibu mengalami obesitas saat hamil, mengalami postmaturity dan multyparitas.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pada klien post operasi keluhan utama yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi, juga menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post SC dengan menggunakan format P,Q,R,S,T, yaitu :

P: Paliatif/provokatif, yaitu kualitas dan kuantitas keluhan yang dirasakan klien yang memberatkan dan yang meringankan. Meringankan dengan klien dengan SC adalah ketika klien istirahat atau tidak banyak gerak dan yang memberatkan pada pasien SC adalah ketika klien banyak melakukan aktifitas.

Q: Kualitatif/kuantitatif, yaitu kualitas atau kuantitas keluhan yang dirasakan klien. pada klien post SC keluhan yang dirasakan nyeri pada luka post op.

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

S: Skala intensitas nyeri yang dirasakan pasien SC dari rentang 0-5, tidak nyeri 1, nyeri ringan 2-3, nyeri berat 4-5.

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

Pada klien post sc hari pertama biasanya didapati keadaan umum yang masih lemah, biasanya klien post SC hari pertama mengeluh nyeri dibagian perut bawah akibat adanya luka SC. Sifat keluhan biasanya hilang timbul, upaya untuk mengtasi keluhan itu biasanya dengan istirahat (berbaring dalam posisi terlentang).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah klien mempunyai penyakit menular atau pembedahan

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

5) Riwayat Obsetri dan Ginekologi

a) Keluhan haid

Perlu ditanyakan kapan datangnya menarche seklus haid, hari pertama haid terkhir untuk dapat diketahui yang keluar darah muda atau darah tua, encer atau menggumpal, lamanya nyeri atau tidak, berbau atau tidak, dimana untuk mengetahui gambaran-gambaran tentang keadaan alat kandungan.

b) Perkawinan

Berapa lama kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang

c) Kehamilan

Riwayat kehamilan pada klien yang partus bisa terdapat pada primi/multigravida

d) Riwayat kelahiran dan persalinan yang lalu

Ditannya kelangsungan dari kehamilan dari persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, kelahirannya normal atau tidak, siapa yang menolong persalinan dan dimana melahirkannya, sehingga

mendapat gambaran yang jelas tentang riwayat kehamilan, persalinan yang lalu.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

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

2) Tanda-tanda vital

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

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

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

3) Kepala dan wajah

a) Mata

Inspeksi,terkadang adanya pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva, dan kadang-kadang keadaan selaput mata pucat (anemia) karena proses persalinan yang mengalami perdarahan, sklera kuning.

b) Hidung

Inspeksi, apakah adanya polip atau tidak, dan apabila pada post partum kadang-kadang ditemukan pernafasan cuping hidung.

Palpasi, apakah adanya nyeri tekan atau tidak.

c) Telinga

Inspeksi, apakah bentuk telinga simetris atau tidak, lihat kebersihannya, adakah cairan yang keluar dari telinga atau tidak.

d) Mulut dan gigi

Inspeksi, apakah keadaan mulut bersih atau tidak, adakah karang gigi ataupun karies, apakah menggunakan gigi palsu atau tidak, keadaan lidah kotor atau tidak, bibir kering atau tidak.

4) Leher

Inspeksi, mengenai warna kulit, kaji adakah pembengkakan dan pergerakan kelenjar tiroid.

Palpasi, mengenai kelenjar limfe dan kelenjar getah bening lalu lanjutkan dengan pemeriksaan mobilitas leher,

5) Jantung

Auskultasi, bunyi jantung lup dub, irama reguler, denyut jantung normal

6) Paru-paru

Perkusi, bunyi sonor

Asukultasi, biasanya bunyi nafas teratur tidak terdengar suara tambahan wheezing (-), ronkhi (-).

7) Payudara

Inspeksi, apakah bentuk payudara kanan dan kiri simetris, biasanya terdapat hiperpigmentasi aerola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI, mammae tampak tegang atau bengkak, pengeluaran ASI sedikit atau bahkan belum ada, lihat apakah puting susu menonjol keluar atau tidak.

8) Abdomen

Inspeksi, pada hari pertama didapati striae livide dan linniae nigra. Kaji keadaan abdomen dan kebersihannya. Biasanya inspeksi dilakukan pertama kali dengan tujuan untuk mengetahui bentuk perut, biasanya pada ibu post partum bentuk perutnya cembung.

Palpasi, TFU 1 jari dibawah pusat, adanya nyeri pada luka post operasi SC, uterus teraba keras, apakah ada distensi kandung kemih atau tidak.

Perkusi, biasanya bunyi timpani yang disebabkan karena adanya gas dalam lambung, usus halus dan kolon.

Auskultasi, dengarkan berapa banyak bunyi bising usus dalam 1 menit.

9) Genetalia

Inspeksi, lihat kebersihan vagina, pada hari pertama terdapat lochea rubra berwarna merah, lihat jumlah perdarahan yang keluar, perdarahan lebih dari 500 cc bisa terjadi anemia.

10) Ekstremitas

Pada pemeriksaan kaki apakah ada : varises, oedema, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan dilakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

e. Aspek psikologis, sosial, dan spiritual

- 1) Pada pasien hari ke 1 biasa pasien mengalami fase taking in. Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi positif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.
- 2) Klien dengan post section caesarea akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktifitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.
- 3) Dikaji bagaimana dengan agama yang dianut, bagaimana aktifitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

f. Pola kebiasaan sehari-hari

f. Pola nutrisi

Mengkaji kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah dirawat di RS, mencakup frekuensi makan, jenis serta jumlahnya. Biasanya pasien dengan post op sectio caesarea merasa mual.

g. Pola eliminasi BAB dan BAK

Adapun yang dikaji pada klien post operasi section caesarea mencakup defekasi dan berkemih, biasanya klien mengeluh rasa penuh di abdomen/rektal, defekasi bias tertunda selama 2 jam sampai 3 hari disebabkan karena tonus otot usus menurun dan juga akan terjadi gangguan dalam berkemih disebabkan karena penurunan fungsi ginjal, kemungkinan terpasang kateter urinalis indwelling dan terjadi perubahan frekuensi berkemih.

h. Pola istirahat tidur

Meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak. Biasanya pasien dengan dengan post op sectio caesarea mengeluh sulit tidur, kelelahan/keletihan. Pola tidur akan terganggu karena nyeri pada luka.

i. Personal hygiene

Mencakup kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene. Biasanya klien mempunyai keterbatasan aktivitas sehingga tidak dapat melakukan perawatan diri.

j. Pola aktivitas

Mencakup kegiatan klien sebelum dan sesudah dirawat di RS.

Biasanya aktivitas klien di bantu karena keadaan masih lemah, aktivitas klien juga masih terbatas.

g. Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostic dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap keadaan penyakit.

- 1) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
- 2) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjad sepsis.
- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta peranannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- 4) Pemeriksaan jumlah tiroksin terjadi akibat pengaruh dari hormone estrogen.

h. Analisa Data

Analisis data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan (C sitorus 2019).

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS : - klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah setelah operasi DO : - Skala nyeri (0-10) - Klien tampak meringis kesakitan - Terdapat luka post op - Terdapat nyeri tekan	Terdapat luka post OP yang menyebabkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik sebagai reseptor nyeri kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke thalamus dan dipresepsikan sebagai nyeri	Nyeri akut
2	DS : - DO : - Terdapat luka post op pada abdomen - Terdapat luka insisi pada abdomen	Luka post op menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang, terjadinya invasi bakteri dan terjadilah resiko infeksi	Resiko infeksi
3	DS : - DO: - klien tampak lemah - membran mukosa kering - Turgor kulit jelek - Akral dingin	Penurunan progesteron dan estrogen menyebabkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi tidak ade kuat dan pendarahan sehingga terjadi resiko ketidak seimbangan cairan	Resiko ketidakseimbangan cairan

1	2	3	4
4	DS : - Klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu - Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi DO : - Rambut klien tampak lepek - Badan klien tampak berkeringat - Aktivitas klien sepenuhnya di bantu oleh keluarga dan perawat	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan perdarahan, hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Difisit perawatan diri
5	DS: - Klien mengatakan nyeri saat bergerak pada bagian perut. yang terdapat luka insisi - Klien mengatakan cemas saat akan bergerak DO: - Klien tampak lemah - Gerakan terbatas	Kelemahan fisik yang diakibatkan post section caesarea menyebabkan respon klien tidak efektif dan aktivitas klien terbatas klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka post sc sehingga menghambat mobilitas	Gangguan mobilitas fisik
6	DS: - Klien mengatakan kelelahan maternal - Klien mengatakan kecemasan maternal DO: - ASI tidak menetas/memancar	Post partum atau SC menyebabkan hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli mammae belum efektif mengeluarkan ASI, menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif

Sumber: tim pokja SDKI DPP PPNI (2017)

2. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien. (Dokumentasi Keperawatan, 2017). Masalah yang mungkin muncul sebagai berikut :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b) Resiko infeksi ditandai dengan tindakan infasif
- c) Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan prosedur pembedahan mayor
- d) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- e) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan
- f) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan (Dinarti dan Mulyanti, 2017). Standar asuhan keperawatan memiliki tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran

(*outcome*) keperawatan. Sebelum menentukan rencana keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*) keperawatan (PPNI, 2019). Perencanaan yang mungkin muncul pada klien post sc menurut SDKI (2018), adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077)
 - 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun
 - 2) Kriteria hasil :

Tingkat nyeri (L.08066)

 1. Keluhan nyeri menurun
 2. Tampak meringis menurun
 3. Sikap protektip menurun
 4. Frekuensi nadi membaik

tabel 2.2

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri akut

Intervensi	Rasional
1	2
Menejemen nyeri (I.08238) Observasi : 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	Untuk mengetahui karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari klien Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien Untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul Untuk dapat mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan dari nyeri

1	2
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik	Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan klien tentang nyeri Untuk mengetahui apakah budaya dapat mempengaruhi nyeri Untuk mengetahui apakah nyeri bisa mempengaruhi kualitas hidup Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik
Terapeutik : 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hiptonis, akupresure, terapi musik, terapi pijat, aroma terapi, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi pemilihan nyeri	Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien Agar lingkungan yang memperberat rasa nyeri dapat terkontrol dengan baik Agar pasien dapat beristirahat dan tidur dengan baik Agar dapat mempertimbangkan dalam pemilihan strategi dalam meredakan nyeri
Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	Agar klien dapat mengetahui penyebab, periode, dan pemicu dari nyeri Untuk mengetahui strategi dalam meredakan nyeri Agar pasien dengan mandiri dapat mengetahui nyeri Agar pemberian analgetik secara tepat Agar klien dapat melakukan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

1	2
Kolaborasi : a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Untuk membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi atau untuk mengurangi nyeri

Sumber: Tim pokja SIKI PPNI, 2018

b. Resiko Infeksi ditandai dengan tindakan infasif (D.0142)

g. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun

h. Kriteria hasil :

Tingkat Infeksi (L.14137)

- I. Demam menurun
- II. Kemerahan menurun
- III. Nyeri menurun
- IV. Bengkak menurun
- V. Sel darah putih membaik
- VI. Jumlah leukosit dalam batas normal
- VII. Kebersihan tangan meningkat

Tabel 2.3

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
1	2
Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Pantau tanda-tanda vital	Agar mempermudah untuk penangana jika infeksi terjadi Peningkatan suhu lebih $>38^{\circ}\text{C}$ menandakan infeksi

1	2
Terapeutik : 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area oedema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	Agar klien tidr dengan nyaman dan cukup Untuk mencegah terjadinya infeksi yang lebih luas Untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial Meminimalkan kesempatan untuk kontaminasi
Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	Memberkan pengetahuan kepada klien tanda dan gejala infeksi Mengurangi kontaminasi organisme Agar klien mengetahui cara memeriksa kondisi luka Agar meningkatkan energi dan daya tahan tubuh Untuk mencegah terjadinya dehidrasi
Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antibiotik ataupun imunisasi, jika perlu	Agar dapat mebunuh mikroorgsnisme penyebab infeksi

Sumber: Tim pokja SIKI PPNI, 2018

c. Resiko Ketidak Seimbangan Cairan ditandai dengan proses pembedahan mayor (D.0036)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat

2) Kriteria hasil :

Keseimbngan cairan (L.03020)

- a. Asupan cairan meningkat
- b. Kelembaban membran mukosa meningkat
- c. Tekanan darah membaik
- d. Membran mukosa membaik
- e. Turgor kulit membaik

Tabel 2.4
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Resiko Ketidakseimbangan Cairan

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen cairan (I.03098) Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)	Memantau jika terjadi perubahan pada membran mukosa, denyut nadi, dan tekanan darah Perubahan dapat menunjukkan keparahan dari edema klien Untuk memastikan volume cairan yang berlebih ditubuh sudah kembali normal Hasil laboratorium dapat menjadi acuan intervensi
Terapeutik 1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan	Untuk mengetahui adanya ketidakseimbangan cairan Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit
Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu	Obat diuretik dapat mengurangi asites

Sumber: Tim pokja SIKI PPNI, 2018

d. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat

2) Kriteria hasil:

Perawatan diri (L.11103)

- a. Kemampuan mandi meningkat
- b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- c. Kemampuan ke toilet meningkat
- d. Minat melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2.5

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
1	2
Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan kemandirian klien Untuk mengetahui aktivitas harian/ADL klien Untuk mengetahui apa saja alat-alat yang diperlukan klien saat melakukan kebersihan diri
Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan kebutuhan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun)	Untuk memberikan kenyamanan terhadap klien Untuk memfasilitasi klien dalam meningkatkan personal hygiene

1	2
3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Untuk membantu klien dalam melakukan perawatan diri
4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	Untuk mempermudah klien dalam melakukan perawatan diri
5. Fasilitas kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	Agar klien tidak bergantung sepenuhnya ketika melakukan kebersihan diri
6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	Agar klien mau melakukan perawatan diri sendiri

Sumber : Tim pokja SIKI PPNI, 2018

e. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat
- 2) Kriteria hasil :

Mobilitas fisik (L.05042)

 - a. Nyeri menurun
 - b. Kelemahan fisik menurun
 - c. Kekuatan otot meningkat
 - d. Gerakan terbatan menurun

Tabel 2.6

Perencanaan Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
1	2
Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi	
1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Mengetahui keluhan klien dan rencana tindakan selanjutnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	Mengeathui kemampuan dan batasan klien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya

1	2
3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah klien Untuk mengetahui kondisi terkini klien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi
Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/sakit saat berpindah Meningkatkan status mobilisasi fisik klien Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan
Edukasi 1. Jelaskan dan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Memberikan informasi kepada klien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

Sumber: Tim pokja SIKI PPNI, 2018

f. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung (D.0029)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x 24 jam diharapkan status menyusui membaik

2) Kriteria hasil :

Status menyusui (L.03029)

- a. Tetesan/pancaran ASI
- b. Kelelahan maternal
- c. Kecemasan maternal

Tabel 2.7**Perencanaan diagnosa menyusui tidak efektif**

Intervensi	Rasional
1	2
Edukasi menyusui (I.12393) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui	Agar klien mendapatkan informasi dengan baik Untuk mengetahui seberapa antusias keinginan ibu untuk menyusui
Terapeutik 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 sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	Dapat memberikan materi penyuluhan kesehatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing untuk mengetahui sejauh mana klien dapat menerima materi Agar ibu percaya diri Untuk menjadi sistem pendukung klien

1	2
Edukasi	
1. Berikan konseling menyusui	Agar klien mengetahui cara menyusui yang baik dan benar
2. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	Agar klien mengetahui manfaat menyusui
3. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (latch on) dengan benar	Membantu bayi menerima asi dengan benar
4. Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan mengompres dengan kapas yang telah diberikan minyak kelapa	Minyak kelapa untuk mengtasi puting lecet
5. Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	Agar klien mengetahui cara perawatan payudara

Sumber: Tim pokja SIKI PPNI, 2018

4. Implementasi

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

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien

(Dokumentasi keperawatan,2017).Adapun tahap evaluasi menurut hidayat (2014) adalah sebagai berikut :

a. Evaluasi Formatif

Adalah evaluasi yang berfokus pada aktivitas proses keperawatan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah perawat mengimplemmentasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah di laksanakan. Perumusan evaluasi formatif meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP yakni S: subjektif (data berupa keluhan klien), O:objektif(data hasil pemeriksaan) A:analisis data perbandingan dengan teori,dan p : perencanaan.

b. Evaluasi Sumatif

Adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan, evaluasi sumatif bertujuan menilai kualitas tindakan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang digunakan pada jenis evaluasi ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan keperawatan,mengadakan pertemuan diakhir layanan.

6. Dokumentasi

Menurut nursalam (2013), dokumentasi keperawatan adalah dokumentasi tertulis berisi segala aktifitas proses keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien yang berguna bagi pasien,perawat dan tim kesehatan lainnya dan dapat dijadikan bukti hukum sewaktu-waktu

dibutuhkan yang mencakup pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny. I
Umur	: 29 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Tanjung Lawung, Tarogong Kaler
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMP
Suku bangsa	: Indonesia
No.CM	: 01317240
Tanggal masuk	: 31 Mei 2022
Tanggal pengkajian	: 1 Juni 2022
Diagnosa medis	: Post SC atas indikasi <i>Cephalo Pelvic Disproportion</i>
Gravida	: P3A2

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn.A
------	--------

Umur : 32

Jenis kelamin : Laki - laki

Alamat : Tanjung Lawung, Tarogong Kaler

Agama : Islam

suku bangsa : Sunda

pendidikan : Smp

Pekerjaan : Buruh

Hubungan dengan klien : Suami

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri di bagian bawah perut pada luka operasi

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 1 juni 2022, klien mengeluh nyeri pada luka operasi SC. Nyeri dirasakan bertambah apabila klien bergerak, berkurang apabila klien beristirahat/tidur. Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat pisau di seluruh area abdomen tetapi tidak menjalar sampai ke punggung atau lainnya. Klien mengatakan nyeri pada rentang 7 (rentang nyeri 0-10) secara hilang timbul, klien tampak meringis.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah melakukan operasi sectio caesarea. Klien tidak pernah mempunyai penyakit menular

seperti TB dan penyakit degenerative seperti diabetes mellitus dan hipertensi.

d. Riwayat kesehatan keluarga

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

e. Riwayat obsetri dan Genikologi

1) Riwayat menstruasi

Menurut penuturan klien waktu pertama kali haid pada usia 12 tahun, siklus haid 21 hari, lamanya haid 6-7 hari. Keluhan selama haid klien sering nyeri atau dismenore ketika haid.

HPHT 31 Mei 2021, Taksiran Partus 2 Juni 2022

2) Riwayat pernikahan

Klien mengatakan ini pernikahan yang pertama. Usia saat menikah 28 tahun dan suaminya 31 tahun. Usia pernikahan kurang lebih 9 tahun.

3) Riwayat keluarga berencana

Menurut penuturan klien, klien belum pernah menggunakan alat kontrasepsi suntik dan setelah melakukan operasi SC langsung memakai alat kontrasepsi IUD.

4) Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan ini kehamilan yang pertama, keluhan selama kehamilan mual-muntah. Pemeriksaan kehamilan dilakukan ke

bidan secara teratur setiap bulannya. Klien mengatakan mendapatkan imunisasi TT.

5) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 31 mei 2022 pukul 06.00 WIB klien di bawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan Sectio Caesarea. Bayi lahir pukul 07.00 WIB dengan jenis kelamin perempuan, panjang badan 45 cm, dengan berat 2970 gram. Sejak lahir klien belum memberi bayinya ASI karena bayi dirawat di ruang perinotology dan ibu terpisah ruangan

Tabel 3.1
Riwayat Persalinan

No	Tanggal partus	Umur kehamilan	Jenis partus	Tempat /penolong	Jenis kelamin	BB Lahir Bayi	kondisi
1	01-06-2022	36 Minggu	SC	Dokter kandungan	Laki-laki	2970 Gr	Hidup

3. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Kesadaran : Compos Mentis

Keadaan : Klien tampak lemah

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

b) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/90 mmHg

Nadi : 112 x/menit

Respirasi : 22x/menit

Suhu : 36,9 °C

c) Pemeriksaan antropometri

Tinggi badan : 159 cm

Berat badan sebelum hamil : 56 kg

Berat badan sekarang : 70 kg

d) Pemeriksaan Head to toe

1) Rambut dan kepala

Inspeksi, kepala klien simetris antara bahu kanan dengan bahu kiri, bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, kulit kepala sedikit kotor, tekstur halus dan tidak terdapat lesi. Penyebaran rambut klien tampak merata, warna rambut klien hitam, rambut klien tampak kusut.

2) Mata

Inspeksi, mata kiri dan kanan klien simetris, fungsi penglihatan baik terbukti klien dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak 30 cm, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflex pupil baik terbukti mengecil ketika diberi rangsangan cahaya, konjungtiva merah muda, sklera putih, kelopak mata tidak oedema.

3) Hidung

Inspeksi, bentuk lubang hidung simetris, penciuman baik, terbukti klien dapat membedakan bau kayu putih dan minyak wangi, tidak ada pernafasan cuping, keadaan bersih, tidak ada secret.

Palpasi, tidak terdapat nyeri tekan.

4) Telinga

Inspeksi, telinga simetris antara kiri dan kanan, fungsi pendengaran baik terbukti klien dapat menjawab pertanyaan perawat atau tim medis lainnya, warna telinga sama dengan kulit sekitar, tekstur halus, keadaan bersih, tidak ada serumen.

5) Mulut

Inspeksi, gigi klien bersih, tidak ada caries, warna putih kekuning-kuningan, bibir lembap, warna merah muda, lidah bersih, fungsi pengecapan baik terbukti klien dapat membedakan rasa manis (gula pasir) dan rasa asin (garam)

6) Leher

Inspeksi warna kulit sama dengan kulit, posisi simetris dengan kedua bahu, fungsi menelan baik terbukti klien diberi minum klien dapat menelan dengan baik, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher normal, keadaan kotor.

7) Dada

Inspeksi, pergerakan dada simetris antara kiri dan kanan.

Palpasi, tidak terdapat nyeri tekan.

a) Jantung : irama jantung reguler, bunyi jantung S1-S2, tidak terdengar kelainan atau suara tambahan pada bunyi jantung.

b) Paru-paru : bunyi paru-paru vesiculer, respirasi 22x/menit.

c) Payudara : tampak simetris antara kiri dan kanan, payudara tampak bersih, puting susu menjol, areola mammae berwarna hitam, ASI belum keluar, payudara teraba keras, tidak ada penjolan ataupun nyeri tekan.

8) Abdomen

Inspeksi bentuk perut cembung, terdapat luka operasi dengan panjang 10 cm, luka tertutup perban dan tampak terlihat bercak darah disekitar perban, terdapat striae livide dan linea nigra. Kulit klien berwarna sawo matang, kulit tampak kotor dan lengket, turgor kulit klien baik terbukti pada saat dicubit kulit kembali dalam waktu <2 detik. Auskultasi terdapat bising usus 10x/menit.

Palpasi, terdapat nyeri tekan dibagian kuadran bawah abdomen, tinggi fundus uteri satu jari di bawah pusar, uterus teraba keras, tidak terdapat distensi kandung kemih.

Perkusi, bunyi timpani.

9) Genetalia

Inspeksi, keadaan genetalia kotor, klien terpasang dower kateter, terdapat 100 cc urine yang keluar dalam urine bag, terdapat lochea rubra, mengganti pembalut dua kali dalam sehari..

10) Anus

Tidak ada haemoroid dan benjolan, keadaan kotor.

11) Ekstremitas

Atas : bentuk simetris, tangan kanan terpasang infus, pergerakan tangan kanan terbatas, tangan kanan dapat digerakan dengan bebas, kekuatan otot 4/4

Bawah : kedua kaki dapat digerakan dengan bebas, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, jumlah jari lengkap, refleks patella (-), varises (-), kekuatan otot 4/4

4. Riwayat psikososial

a) Aspek psikologis

1) Konsep diri

a) Identitas diri

Klien merasa merasa sebagai perempuan yang sempurna karena bisa hamil dan mempunyai anak

b) Peran diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya, sebagai ibu dari anaknya, tapi sementara ini klien berperan sebagai pasien di rumah sakit yang sedang mendapatkan perawatan.

c) Ideal diri

Klien ingin cepat sembuh dan ingin segera pulang ke rumah.

d) Harga diri

Klien merasa sangat dihargai

e) Citra diri

Klien bersyukur dan menerima dengan penampilan tubuhnya.

2) Psikologis post partum

Klien mengalami fase taking in. Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan ditandai dengan klien focus perhatian pada dirinya sendiri.

b) Aspek sosial

1. Pendidikan

Pendidikan terakhir klien SMP.

2. Hubungan sosial

Hubungan klien dengan perawat dan lingkungan sekitar baik.

3. Pola interaksi

Klien dapat berinteraksi dengan baik, baik dengan perawat maupun dengan orang lingkungan sekitar.

4. Pola coping

Apabila klien mempunyai masalah klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah.

5. Aspek spritual

Klien beragama islam, klien selalu berdoa untuk kesembuhannya dan klien yakin sakit yang dirasakan klien saat ini merupakan cobaan Allah SWT.

5. Pola aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2
Pola aktivitas sehari-hari

No	Kegiatan	Di rumah	Di rumah sakit
1	2	3	4
1	Pola nutrisi Jenis makanan Porsi makanan Frekuensi Jenis minuman Frekuensi	Nasi, laukpauk, sayur 1 porsi 3 x/hari Air putih, susu, teh 7-8 gelas/hari	Nasi, laukpauk, sayur 1 porsi Air putih 5-6 gelas/hari
2	Pola eliminasi 1) BAB Frekuensi Konsistensi Warna 2) BAK Frekuensi Warna	1x/hari Padat Khas fases 5-6 x/hari Kuning jernih	Klien mengatakan belum merasa ingin BAB Klien terpasang kateter dengan jumlah urin 500 cc/hari Kuning pekat
3	Pola istirahat tidur Siang Malam	1-2 jam 7-8 jam	1 jam 6-7 jam
4	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Keramas Potong kuku	2 x/hari 2x/hari 3x/minggu 1x/minggu	Klien belum mandi sejak masuk rumah sakit klien hanya di spon, gosok gigi hanya satu kali dan belum potong kuku

6. Data penunjang

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Nama : NY.I

No RM : 01315292

Tanggal : 31 mei 2022

Tabel 3.3
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

NO	Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
1	Hemoglobin	12,6	g/Dl	12,0-16,0
2	Hematokrit	38	%	35-47
3	Lekosit	27,210	/mm ³	3,800-10,600
4	Trombosit	234.000	/mm ³	150.000-440.000
5	Eritrosit	4,29	Juta/mm ³	3,6-5,8

7. Terapi Medis

Tabel 3.4
Terapi Medis

Nama therapy obat	Dosis	Cara pemberian
Infus RL	20 tts/menit	IV
Cefotaxime	2 x 1 gr	IV
Metronidazole	3 x 500 ml	IV
Keterolac	2 x 30 mg	IV

8. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	2	3	4
1	DS: - Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah bekas operasi DO: - Skala nyeri 7 (0-10) - Klien tampak meringis kesakitan - Terdapat luka post op - TTV: TD: 110/90 mmHg Nadi: 112 x/menit RR: 22x/menit Suhu: 36,9 °C	Terdapat luka post OP yang menyebabkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik sebagai reseptor nyeri kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke thalamus dan dipresesepsikan sebagai nyeri	Nyeri akut

1	2	3	4
2	DS: - DO: - Terdapat luka insisi pada abdomen - Luka tertutup verban 10 cm - Leukosit : 27,210/mm ³	Luka post op menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadinya invasi bakteri yang menimbulkan resiko infeksi	Resiko infeksi
3	DS : - Klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu - Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi DO : - Rambut klien tampak lepek - Badan klien tampak berkeringat - Aktivitas klien sepenuhnya di bantu oleh keluarga dan perawat	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan perdarahan, hemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri
4	DS : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak pada bagian perut yang terdapat luka insisi - Klien mengatakan cemas saat akan bergerak DO : - Klien tampak lemah - Gerakan terbatas	Kelemahan fisik yang diakibatkan post sectio caesarea menyebabkan respon klien tidak efektif dan aktifitas klien terbatas klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka post SC sehingga menghambat mobilitas	Gangguan mobilitas fisik
5	DS: - Klien mengatakan kelelahan - Klien mengatakan kecemasan DO: - ASI belum keluar - Payudara terasa bengkak - Bayi belum menyusui	Post partum atau SC menyebabkan hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli mammae belum efektif mengeluarkan ASI, menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif

9. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077)

ditandai dengan:

DS : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi

DO:

- Skala nyeri 7 (0-5)
- Klien tampak meringis
- Terdapat luka post op
- TTV

TD : 111/90 mmHg

Nadi : 82x/menit

RR : 22x/menit

Suhu : 36,6 °C

b. Resiko infeksi di tandai dengan tindakan invasif (D.0142)

DS: -

DO:

- Terdapat luka insisi pada abdomen
- Luka tertutup verban 10 cm
- Leukosit $27,210/\text{mm}^3$

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

ditandai dengan :

DS :

- Klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu

- Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi

DO :

- Rambut klien tampak lepek
- Badan klien tampak berkeringat
- Aktivitas klien sepenuhnya di bantu oleh keluarga dan perawat

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

DS :

- Klien mengatakan nyeri saat bergerak pada bagian perut yang terdapat luka insisi
- Klien mengatakan cemas saat akan bergerak

DO :

- Klien tampak lemah
- Gerakan terbatas

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung (D.0029)

DS :

- Klien mengatakan kelelahan
- Klien mengatakan kecemasan

DO:

- Asi belum keluar
- Payudara terasa bengkak
- Bayi belum menyusui

10. Proses keperawatan

Tabel 3.6
Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	PERENCANAAN			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077) DS : - Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen bagian bawah bekas operasi DO : - Skala 7 (0-10) - Klien tampak meringis kesakitan - Terdapat luka post op - TTV: TD : 110/90 mmHg Nadi : 112x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36,9 °C	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil : - keluhan nyeri menurun - Tampak meringis menurun - Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri	1. Untuk mengetahui karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien	Tanggal 1 juni 2022 Pukul 08.00 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Nyeri seperti tersayat-sayat, nyeri dirasakan pada abdomen bekas luka post operasi Tanggal 1 juni 2022 jam 08.10 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: hasil skala nyeri 7 (0-10)	Tanggal 1 juni 2022 Pukul 12.00 WIB S : Klien masih mengeluh nyeri pada luka operasi P: luka operaso Q: tersayat-sayat R: perut bawah S: 7 (0-10) T: hilang timbul O : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 7 TD : 110/90 mmHg Nadi : 112x/menit

			3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetik	3. Untuk mengetahui mimik wajah yang di perlihatkan 4. Agar klien dapat melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 5. Untuk membantu proses penyembuhan klien pasca operasi atau untuk mengurangi nyeri	Tanggal 1 juni 2022 jam 08.15 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: klien tampak meringis Tanggal 1 juni 2022 jam 08.20 4. Melakukan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri(teknik nafas dalam) Hasil : klien melakukan tarik nafas dalam saat nyeri di rasakan Tanggal 1 juni 2022 jam 09.00 5. Memberikan analgetik (katerolac 30 mg,IV) Hasil : klien kooperatif, mau diberikan therapy obat analgetik.	RR : 22x/menit Suhu : 36,9 °C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5
--	--	--	---	--	--	--

					(Asty)	
2	Resiko infeksi ditandai dengan adanya tindakan invasif DS:- DO: - Terdapat luka insisi pada abdomen - Luka tertutup verban 10 cm - Leukosit : 27,210/mm³	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun : - Bebas dari tanda-tanda infeksi - Jumlah leukosit menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal infeksi 2. Pantau tanda-tanda vital 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien	1. Agar mempermudah untuk penanganan jika infeksi terjadi 2. Peningkatan suhu lebih dari 38°C peningkatan infeksi 3. Untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial	Tanggal 1 juni 2022 jam 09.15 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan iskemik Hasil : Klien tidak temukan tanda dan gejala infeksi Tanggal 1 juni 2022 jam 09.20 2. Menngobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD :110/90 mmHg Nadi : 112x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36,9 °C Tanggal 1 juni 2022 jam 09.25 3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien Hasil : menerapkan cuci tangan 6 langkah	Tanggal 1 juni 2022 jam 12.15 S:- O: - Luka tertutup verban, tidak ada drainase - Suhu : 36,7 - Leukosit : 27,210/mm³ - Klien tampak antusias ketika diberi penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 2,3,5

			4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Kolaborasi pemberian antibiotik ataupun imunisasi	4. Memberikan pengetahuan kepada klien tentang tanda dan gejala infeksi 5. Untuk membunuh mikroorganisme penyebab infeksi	Tanggal 1 juni 2022 jam 09.30 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien mengerti setelah di jelaskan tanda dan gejala infeksi Tanggal 1 juni 2022 jam 09.35 5. Memberikan obat antibiotic (Metronidazole 500 mg/ IV, cefotaxime 1 gr/IV Hasil: : klien kooperatif, mau diberikan therapy obat antibiotik (Asty)	(Asty)
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109) DS : - Klien mengatakan belum mandi sejak 2 hari yang lalu	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan perawatan diri	Dukungan perawatan diri (I.11348) 1. Monitor tingkat kemandirian	1. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan	Tanggal 1 juni 2022 jam 09.40 1. Memonitor tingkat kemandirian Hasil: klien tampak belum mandiri	Tanggal 1 juni 2022 jam 12.30 S: - klien mengatakan belum mampu ke kamar

	- Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi DO : - Rambut klien tampak lepek - Badan klien tampak berkeringat - Aktivitas klien sepenuhnya di bantu oleh keluarga dan perawat	meningkat Kriteria hasil : - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan ke toilet meningkat - Minat melakukan perawatan diri meningkat	2. Fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri 4. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	kemandirian klien 2. Agar klien tidak bergantung sepenuhnya ketika melakukan kebersihan diri 3. Untuk memudahkan klien mengetahui waktu melaksanakan personal hygiene 4. Melatih kemandirian sesuai kemampuan pasien	Tanggal 1 juni 2022 jam 09.45 2. Memfasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Hasil: klien bersedia melakukan (vulva hygiene, memandikan dengan cara di spon) Tanggal 1 juni 2022 jam 09.55 3. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri Hasil: Klien mengatakn bersedia melakukan jadwal runitas perawatan diri Tanggal 1 juni 2022 jam 09.60 4. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil:	mandi O : - Badan terlihat bersih dan segar - Baju klien bersih - Rambut klien rapih - Genetalia klien bersih A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,3 (Asty)
--	---	--	---	--	--	---

					Klien akan melakukan perawatan diri 2x sehari (Asty)	
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054) DS : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak pada bagian perut bekas luka OP - Klien mengatakan cemas saat akan bergerak DO : - Klien tampak gelisah - Gerakan terbatas	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria hasil : - Nyeri menurun - Kelemahan fisik menurun - Kekuatan otot meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	1. Mengetahui tingkat kemandirian klien 2. Memberikan rasa tenang dan aman pada emosional klien	Tanggal 1 juni 2022 jam 10.00 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Klien mengatakn masih nyeri Tanggal 1 juni 2022 jam 10.05 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Aktivitas klien dalam meningkatkan pergerakan masih di bantu oleh keluarga Tanggal 1 juni 2022 jam 10.10	Tanggal 1 juni 2022 jam 12.35 S : - Klien mengatakan masih nyeri saat bergerak O : - keluarga klien antusias dalam membantu meningkatkan pergerakan - Klien tampak belajar duduk di tempat tidur - Klien sudah bisa miring kanan dan miirng kiri A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,4

			3. Anjurkan mobilisasi dini	3. Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan	3. Menganjurkan mobilisasi dini Hasil:klien tampak meringis saat bergerak, klien miring kiri, miring kanan Tanggal 1 juni 2022 jam 10.15 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil:, Klien tampak belajar duduk di tempat tidur (Asty)	(Asty)
5.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung (D.0029) DS: - Klien mengatakan kelelahan maternal - Klien mengatakan kecemasan maternal DO:	Status menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan satus menyusui membaik Kriteria hasil:	Edukasi menyusui (I.12393) 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	1.Agar klien mendapatkan informasi dengan baik	Tanggal 1 juni 2022 jam 10.20 1.Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: Klien mengatakan siap	Tanggal 1 juni 2022 jam 12.40 S: - Klien mengatakan sudah paham tentang menyusui

	- ASI tidak menetes/memancar	- Tetesan asi meningkat - Kelelahan maternal menurun - Kecemasan maternal menurun - Kepercayaan diri ibu	2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya	2. Untuk mengetahui seberapa antusias keinginan ibu untuk menyusui 3. Dapat memberikan materi penyuluhan kesehatan 4. Untuk mengetahui sejauh mana klien dapat menerima materi	menerima informasi Tanggal 1 juni 2022 jam 10.25 2. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Hasil: Ibu mengatakan ingin menyusui untuk memperlancar ASI Tanggal 1 juni 2022 jam 10.30 3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Hasil: memberikan materi dan media leaflet Tanggal 1 juni 2022 jam 10.35 4. memberikan kesempatan untuk bertanya Hasil: klien menanyakan apa saja nutrisi yang meningkatkan produksi	O: - Klien terlihat nyaman saat diberikan pijatan oksitosin - ASI tampak belum keluar A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan perawatan payudara post partum (pijat oksitosin) (Aty nf)
--	--	---	--	---	---	--

			5. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	5. Agar klien mengetahui manfaat menyusui	Tanggal 1 juni 2022 jam 10.45 5. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi Hasil: klien mengatakan sudah tahu manfaat menyusui	
			6. Ajarkan perawatan payudara post partum (mis. memerah ASI, pijat oksitosin)	6. Agar klien mengetahui cara perawatan payudara	Tanggal 1 juni 2022 jam 11.50 6. mengajarkan dan melakukan perawatan payudara (pijat oksitosin) Hasil: klien mengatakan nyaman (Asty)	

11. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. I No.CM : 01315292

Umur : 29 Tahun Ruang : Marjan Bawah

Jenis kelamin : Perempuan Diagnosa Medis : Post SC a/I CPD

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	2 juni 2022 jam 14.00 WIB	1	S : - Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi SC sedikit berkurang O : - Klien masih tampak meringis - Skala nyeri 6 (0-10) - TTV TD : 120/80 N : 80x/menit R : 22x/menit S : 36,8 °C A : Nyeri akut P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri - Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik I : Jam 14.30 - Mengidentifikasi skala nyeri Hasil 5 (0-10) - Mengobservasi TTV TD : 120/80 N : 80x/menit R : 22x/menit S : 36,8 °C - Melanjut teknik non farmakologis (Teknis nafas dalam) - Memberikan therapy analgetik keterolac 30 mg E : - Masalah teratasi sebagian	Asty

1	2	3	4	5
2	02 juni 2022 jam 15.00	2	S:- O: - suhu tubuh 36,8°C - Leukosit 10,600 /mm ³ A: Resiko infeksi P : Haentikan intervensi	Asty
3	02 juni 2022 jam 15.00	2	S : - Klien mengatakan sudah mampu ke kamar mandi O : - Klien tampak segar - Rambut klien rapih - Genetalia tampak bersih - Aktivitas klien sudah mandiri tanpa dibantu sepenuhnya A : Defisit perawatan diri P : Hentikan intervensi	Asty
4	02 juni 2022 jam 15.30	3	S : - Klien mengtakan masih sedikit nyeri saat bergerak O : - Klien masih tampak berhati-hati ketika bergerak - Klien sudah bisa duduk di tempat tidur dan sisi tempat tidur - Aktifitas klien masih dibantu keluarga A : - Gangguan mobilitas fisik P : Lanjutkan intervensi I : Jam 16.00 - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan E : - Masalah teratasi sebagian	Asty
5	02 juni 2022	5	S : - Klien mengatakan sudah paham tentang menyusui O: - Klien terlihat nyaman saat diberikan pijatan oksitosin - ASI tampak keluar A: - Menyusui tidak efektif teratasi P: Hentikan intvervensi	

1	2	3	4	5
4	03 juni 2022 jam 08.00	1	S : - Klien mengatakan nyeri berkurang O : - Skala nyeri 3 (0-10) TTV TD : 110/80 mmHg N : 80x/menit R : 22x/menit S : 36,5 °C A : - Nyeri akut P : lanjutkan Intervensi I : Jam 08.30 - Melanjutkan teknik nonfarmakologis (relaksasi nafas dalam) E : Masalah teratasi sebagian	Asty
	03 juni 2022 jam 09.00	3	S : - Klien mengatakan rasa nyeri berkurang O : - Klien sudah merasa nyaman ketika bergerak - Klien sudah bisa duduk dan berpindah dari tempat tidur ke kursi - Aktivitas klien sudah mandiri A : - Gangguan mobilitas fisik P : - Hentikan intervensi	Asty

B. Pembahasan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada NY.I dengan *post sectio caesarea* atas indikasi CPD di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut yang dilaksanakan pada tanggal 31 mei 2022 sampai 02 juni 2022. Selama melaksanakan asuhan keperawatan kesenjangan tahapan asuhan keperawatan yaitu tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan evaluasi. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan yang penulis lakukan kepada NY.I yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan yang meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual. Sebelum mengkaji, penulis melakukan pendekatan dengan cara memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan asuhan keperawatan pada klien, pengumpulan data ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data secara objektif dan hasil observasi dan subjektif yang di lontarkan oleh klien dan keluarga serta data sekunder yang di dapat dari status klien selama dirawat.

Dalam pengkajian NY.I dengan post sectio caesarea atas indikasi CPD didapatkan klien mengeluh nyeri pada luka *post sectio caesarea*. Keluhan nyeri ini terjadi karena adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotone, histamine dan serotonin rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dan di persepsikan sebagai nyeri. (Nurarif,2015).

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melauai suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2016).

Perubahan fisiologi pada ibu post *sectio caesarea* yaitu kadar estrogen dan progesteron serum menurun sejak 3 hari pasca persalinan san mencapai nilai pra-kehamilan pada hari ke-7. Nilai tersebut akan menetap

bila ibu tidak memberikan ASI maka estradiol akan mulai meningkatkan dan menyebabkan pertumbuhan folikel. Plasenta mengandung penghambat prolactin (hormone plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormone plasenta tidak ada lagi sehingga air susu pun keluar. Sempurna ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, sebelumnya dipayudara sudah terbentuk kolostrum yang bagus sekali untuk bayi karena mengandung zat kaya gizi dan antibody pembunuh kuman. Tidak dilakukannya IMD dan rawat gabung antara ibu dan bayi menyebabkan tidak adanya hisapan bayi saat dilakukan IMD dan pemberian susu menggunakan dot menyebabkan bayi menjadi bingung puting (Hutahaeen, 2010). Pada kasus diatas data klien pada saat hari pertama *post sectio caesarea* mengatakan ASI nya belum keluar, pengeluaran ASI tidak ada, dan payudara terasa keras.

Akibat *post setio caesarea*, NY.I tidak mampu untuk membersihkan diri secara mandiri , hal ini disebabkan karena adanya luka post oprasi yang mnyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas, sehingga personal hygiene harus dibantu. (Nurarif.2015).

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data pegkajian penulis menemukan diagnosa keperawatan, maka diagnosa yang muncul pada NY.I dengan post op sectio caesarea atas indikasi chepalo pelvic disproportion adalah sebagai berikut:

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik adalah pengalaman sensorik atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung (SDKI,2017). Dari data yang di dapatkan NY.I Nyeri akut di akibatkan karena bekas luka post operasi.

Resiko infeksi ditandai dengan tindakan infasif adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2017). Pada NY.I ditemukan faktor-faktor resiko yang mendukung yaitu secara obyektif terdapat luka operasi dengan panjang 10 cm, leukosit $27,210/\text{mm}^3$ dan suhu $36,9\text{ }^{\circ}\text{C}$

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan adalah tidak mampu atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (SDKI,2017). Dari data yang di dapatkan NY.I Defisit perawatan diri di akibatkan karena klien mengeluh belum mandi sejak 2 hari yang lalu, rambut klien tampak lepek, badan klien tampak berkeringat, aktivitas klien sepenuhnya dibantu keluarga dan perawat.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI,2017). dari data tersebut diperoleh pergerakan klien terbatas, ADL dibantu oleh keluarga.

Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui (SDKI,2017). Diagnosa ini terjadi karena

pengeluaran ASI akan terjadi pada hari ke 2-3 setelah melahirkan tetapi pemberian ASI pada saat awal persalinan memberikan rangsangan untuk mempercepat pengeluaran ASI, dan sebaliknya bila ibu tidak memberikan ASI maka estradiol akan mulai meningkat dan menyebabkan pertumbuhan folikel. Dari data yang di dapat pada klien NY.I menyusui tidak efektif karena klien mengatakan ASI belum keluar, pengeluaran ASI tidak ada, payudara terasa keras.

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap perencanaan penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Penyusunan rencana tindakan keperawatan disesuaikan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan memperhatikan klien dan situasi klien. Berikut intervensi yang dapat dilakukan sesuai Standar Keperawatan Indonesia.

Nyeri akut intervensi utama yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgesik kemudian ditambah dengan intervensi pendukung diantaranya pemantauan nyeri, pemberian obat intravena, pengaturan posisi, dan terapi relaksasi.

Resiko infeksi intervensi utama yaitu manajemen imunisasi/vaksinasi dan pencegahan infeksi kemudian ditambah intervensi pendukung yaitu pemantauan tanda-tanda vital, pemantauan nutrisi, pemberian obat intravena, dan perawatan area insisi.

Defisit perawatan intervensi utama yaitu dukungan perawatan diri: BAB/BAK, berhias, berpakaian, makan/minum, mandi kemudian ditambah intervensi pendukung diantaranya manajemen lingkungan, manajemen nyeri, dan perawatan perineum .

Gangguan mobilitas fisik intervensi utama yaitu dukungan ambulasi dan dukungan mobilisasi kemudian ditambah intervensi pendukung diantaranya dukungan perawatan perawatan diri berpakaian, dukungan perawatan diri BAB/BAK, edukasi latihan fisik, dan manajemen nyeri,

Menyusui tidak efektif intervensi utama yaitu edukasi menyusui dan konseling laktasi kemudian ditambah intervensi pendukung diantaranya manajemen nyeri dan pemeriksaan payudara.

4. Tahap Implementasi

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

Untuk mengatasi nyeri akut b.d agen cedera fisik penulis melakukan tindakan mengidentifikasi lokasi nyeri, durasi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri 7 (0-10), melatih klien teknik relaksasi dan distraksi, dan memberikan therapy obat analgetik keterolac 30 mg IV sesuai anjuran..

Untuk mengatasi resiko infeksi b.d tindakan infasif penulis memonitor tanda dan gejala infeksi, memantau TTV terutama suhu krena peningkatan suhu 36,9°C mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak

dengan klien dan lingkungannya, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memberikan terapi antibiotik cefotaxime 1 gr/IV sesuai dengan anjuran.

Untuk mengatasi defisit perawatan diri b.d kelemahan penulis mengkaji tingkat kemandirian klien, membantu memandikan dengan cara di spon dan melakukan vulva hygiene, memandikan dengan cara di spon untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene klien, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Respon klien baik, terlihat nyaman dan segar, vulva hygiene bersih.

Untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik b.d nyeri penulis melakukan tindakan sesuai perencanaan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi aktivitas , melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan.

Untuk mengatasi menyusui tidak efektif b.d tidak rawat gabung penulis melakukan penilaian tentang tingkat pengetahuan klien, menjelaskan pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan memberi motivasi klien tentang perawatan payudara. Respon klien baik.

5. Tahap Evaluasi

Tahapan evaluasi di dasarkan pada standar luaran yang telah di terapkan pada tahap perencanaan. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan, diantaranya:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, standar luaran yang telah ditetapkan adalah tingkat nyeri menurun (L.080866) dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, tampak

meringis menurun, sikap protektif cukup menurun. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari nyeri akut belum teratasi karena dalam proses penyembuhan memerlukan waktu yang cukup lama

2. Resiko infeksi ditandai dengan tindakan invasif , standar luaran yang telah ditetapkan adalah tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil Demam menurun, kemerahan menurun, nyeri sedang, bengkak menurun, jumlah lekosit membaik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam resiko infeksi teratasi
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, standar luaran yang telah ditetapkan adalah tingkat perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil kemampuan ketoilet cukup meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam defisit perawatan diri teratasi
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, standar luaran yang telah ditetapkan adalah mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil nyeri cukup menurun, kelemahan fisik menurun, kekuatan otot meningkat, gerakan terbatas cukup menurun. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam gangguan mobilitas fisik teratasi.
5. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak rawat gabung, standar luaran yang telah ditetapkan adalah status menyusui

membalik (L.03029) dengan kriteria hasil tetesan/pancaran ASI meningkat, kelelahan maternal menurun, kecemasan maternal cukup menurun. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam menyusui tidak efektif teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada NY.I P3A2 dengan *post sectio caesarea* hari ke-1 atan indikasi CPD di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut mulai dari tanggal 31 mei - 2 juni 2022 secara langsung dan komprehensif yang meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual berdasarkan berdasarkan ilmu pengetahuan yang telah di dapatkan selama pendidikan, penulis menarik beberapa kesimpulan yaitu :

- a) Penulis mampu melaksanakan pengkajian pada NY.I *post sctio caesara* atas indikasi *cephalo pelvic disproportion*. Penulis mendapatkan data klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, klien mengeluh aktivitasnya terganggu karena adanya nyeri, leukosit klien mengalami peningkatan, klien mengatakan pengeluaran ASI belum ada, dan mengatakan belum mandi sejak dua hari yang lalu.
- b) Penulis telah mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada NY.I *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalo pelvic disproportion*. Adapun diagnose yang muncul pada klien adalah nyeri akut, resiko infeksi, defisit perawatan diri, gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif.
- c) Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada Ny. I *post sctio caesarea* atas indikasi *cephalo pelvic disproportion* dengan berfokus pada diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. I

- d) Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. I *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalo pelvic disproportion* sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
- e) Penulis mampu mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan pada NY.I *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalo pelvic disproportion*
Dari ke lima masalah yang muncul, resiko infeksi, defisit perawatan diri, gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif. Sedangkan, untuk nyeri akut teratasi sebagian.
- f) Penulis mampu mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. I *post sectio caesarea* atas indikasi *cephalo pelvic disproportion* dalam bentuk study kasus

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada NY.I P3A2 dengan post operasi Sectio Caesarea Hari ke-1 atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut, penulis memberikan rekomendasi berupa :

1. Untuk Institusi Pendidikan

Untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Post OP SC atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* secara komprehensif, perlu didukung oleh literature dan buku sumber mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien post dengan Post Op SC atas indikasi Cephalo Pelvic Disproportion dan demi kelancaran peserta didiknya dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif alat-

alat yang diperlukan, mata kuliah keperawatan maternitas diharapkan lebih ditingkatkan dalam praktek langsung masalah-masalah yang ada pada pasien maternal dan diimbangi dengan teori.

2. Untuk Rumah Sakit

E. Rumah sakit hendaknya memperbanyak penyediaan sarana dan prasarana yang disesuaikan dengan jumlah pasien di ruangan.

F. Meningkatkan peraturan yang telah ditetapkan tentang pembatasan jumlah pengunjung, dan prosedur mencuci tangan sebelum dan sesudah mengunjungi pasien sehingga infeksi dari luar dapat dicegah.

G. Menetapkan prosedur tetap dalam setiap tindakan berdasarkan teknik aseptik dan antiseptik sehingga infeksi nosocomial dapat dicegah terutama dalam teknik perawatan luka.

3. Untuk Tenaga Keperawatan di Ruangan

Khusus untuk perawat dalam hal ini, keseterilan alat sudah terjaga diharapkan dapat dipertahankan bahkan ditingkatkan, pelaksanaan asuhan keperawatan hendaknya memandang klien secara menyeluruh yaitu meliputi : bio, psiko, sosial dan spiritual.

4. Untuk Mahasiswa

Dalam melakukan Asuhan Keperawatan praktek lapangan mahasiswa diharapkan menerapkan teori yang telah didapatkan selama pendidikan DIII Keperawatan. Hal ini merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan.

Sehingga akan menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa itu sendiri.

5. Untuk Klien dan Keluarga

Perlu adanya motivasi yang kuat dan kesabaran dalam merawat klien baik di rumah sakit maupun di rumah klien setelah pulang. Keluarga klien dan klien sebaiknya memiliki bakat keterampilan dalam melakukan perawatan dasar di rumah, seperti menjaga kebersihan lingkungan untuk mencegah infeksi ketika sedang mengganti balutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Ns Reny Yuli.2017. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: CV.Trans Info Media
- Buku Rekam Medik di Ruang Jade 2022
- Data Keadaan Umum Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut 2019
- Nurarif, Amin Huda, Hardi Kusuma, Amru Sofian Dkk, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa medis dan Nanda Nic-Noc*. Ed. Revisi,jilid 1 -3. Jogjakarta:Mediaction.
- Padila,2015. *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Prajoko, Y Wisnu.2019."Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) Early Detection of Malinancy". https://eprints.undip.ac.id/75749/1/Artikel_CPD.
- Pitriani Risa dan Andrayani Rika. 2014. Panduan Lengkap Asuhan Keperawatan (Askeb III). Ed 1,cet.1.Yogyakarta:CV Budi Utama
- Prawihardjo, Sarwono. 2016. Ilmu Kandungan Edisi 4 cetakan 5. Jakarta: Yayasan Bina pustaka
- Wahyuningsih Sri, 2019. Buku Ajar Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan. Yogyakarta: CV Budi Utama.

SATUAN ACARA PENYULUHAN MOBILISASI POST CAESAREA (POST SC)

Topik	: Mobilisasi Post Caesarea (Post SC)
Hari/Tanggal	:
Waktu	: 20 menit
Tempat	: Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut
Sasaran	: Ny. I
Penyuluh	: Asty

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1 x 20 menit, peserta dapat memahami tentang pentingnya mobilisasi dini setelah dilakukan operasi caesar.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 1 x 20 menit, peserta dapat memahami materi tentang pentingnya mobilisasi post SC dengan kriteria :

- a. Peserta dapat menyebutkan pengertian mobilisasi.
- b. Peserta dapat menyebutkan tahap-tahap mobilisasi post SC.
- c. Peserta dapat menyebutkan minimal 2 dari 3 tujuan mobilisasi post SC.
- d. Peserta dapat menyebutkan 3 rentang gerak dalam mobilisasi post SC.
- e. Peserta dapat menyebutkan 2 manfaat dari mobilisasi post SC.
- f. Peserta dapat menyebutkan 3 kerugian dari mobilisasi post SC.

B. Pelaksanaan Kegiatan

1. Topik Penyuluhan

Mobilisasi post Operasi

2. Sasaran

Ny. I

3. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Diskusi dan Tanya Jawab
- c. Demonstrasi

4. Media dan Peralatan

- a. Leaflet

C. Kegiatan Penyuluhan

Tahap	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan peserta	Metode	Media
Pembukaan	5 menit	• Membuka dengan salam • Memperkenalkan diri • Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan • Kontrak waktu • Menggali pengetahuan peserta sebelum dilakukan penyuluhan	• Mendengarkan • Memperhatikan • Menjawab pertanyaan	Ceramah	-
Penyajian	10 menit	• Menjelaskan tentang: 1. Pengertian Mobilisasi Dini Post Operasi 2. Tujuan Mobilisasi Dini Post Operasi 3. Macam-Macam Mobilisasi Post Operasi 4. Rentang Gerak dalam Mobilisasi 5. Manfaat Mobilisasi Dini 6. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi 7. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini Post • Memberi kesempatan	• Mendengarkan • Memberikan tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang dimengerti	Ceramah ,Tanya jawab	Leaflet

		untuk bertanya/diskusi tentang materi penyuluhan			
Penutup	5 menit	•Menggali pengetahuan peserta setelah dilakukan penyuluhan •Menyimpulkan hasil kegiatan penyuluhan •Menutup dengan salam	•Menjawab pertanyaan •Memberikan tanggapan balik	Ceramah ,Tanya jawab	Leaflet

D. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- Mahasiswa dan audien berada pada posisi yang sudah direncanakan
- Tempat dan alat tersedia sesuai perencanaan
- Pre Planning telah disetujui
- 75% audien menghadiri penyuluhan

2. Evaluasi proses

- Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah direncanakan
- Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan perencanaan
- 75% audien berperan aktif selama kegiatan berjalan

3. Evaluasi hasil

Pada evaluasi hasil diharapkan 75% audien mengerti dan memahami materi penyuluhan.

Materi Penyuluhan

a. Pengertian Mobilisasi Dini Post Operasi

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002).

Menurut Carpenito (2000), Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Konsep mobilisasi dini sebenarnya daalh untuk mencegah komplikasi paska operasi. Dari Kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Mobilisasi dini juga didefenisikan sebagai suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam post/pasca operasi.

b. Tujuan Mobilisasi Dini Post Operasi

Beberapa tujuan dari mobilisasi menurut Susan J. Garrison (2004), antara lain:

- a. Mempertahankan fungsi tubuh
- b. Memperlancar peredaran darah
- c. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- d. Mempertahankan tonus otot
- e. Memperlancar eliminasi alvi dan urine
- f. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
- g. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- h. Memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau berkomunikasi.

c. **Macam-Macam Mobilisasi**

Menurut Priharjo, 2000, mobilisasi dibagi menjadi dua yakni :

a. Mobilisasi secara pasif

Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan cara dibantu dengan orang lain secara total atau keseluruhan.

b. Mobilisasi secara aktif

Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuh dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

d. **Rentang Gerak Dalam Mobilisasi**

Menurut Carpenito (2000) dalam mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu :

a. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

b. Rentang gerak aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

c. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

e. **Manfaat Mobilisasi Dini**

Menurut Mochtar (2005), manfaat mobilisasi bagi anak post operasi adalah :

a. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.

Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian anak merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan, terutama penutupan luka jahitan. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus kembali normal. Aktivitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula.

- b. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli, dengan mobilisasi sirkulasi darah normal/lancar sehingga resiko terjadinya trombosis dan tromboemboli dapat dihindarkan.

f. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi

Berikut beberapa kerugian bila tidak melakukan mobilisasi post operasi :

- a. Penyembuhan luka menjadi lama
- b. Menambah rasa sakit
- c. Badan menjadi pegal dan kaku
- d. Kulit menjadi lecet dan luka
- e. Memperlama perawatan di rumah sakit

g. Indikasi Dilakukannya Mobilisasi Dini Post Operasi

Latihan mobilisasi biasanya diberikan pada pasien dengan :

- a. Fraktur extremitas bawah yang telah diindikasikan untuk latihan mobilisasi
- b. Post pengobatan kompresi lumbal,
- c. Pasien pasca serangan stroke dengan kerusakan mobilitas fisik, serta

- d. Pasien post operasi yang memerlukan latihan mobilisasi, seperti kolostomi atau laparostomi.

h. Kontraindikasi Dilakukannya Mobilisasi Dini :

Pada kasus tertentu istirahat di tempat tidur diperlukan dalam periode tidak terlalu lama seperti pada kasus infark Miokard akut, Disritmia jantung, atau syok sepsis, kontraindikasi lain dapat di temukan pada kelemahan umum dengan tingkat energi yang kurang.

i. Pedoman Pelaksanaan Mobilisasi

Penilaian toleransi aktifitas sangat penting terutama pada klien dengan gangguan kardiovaskuler atau jantung atau pada klien dengan immobilisasi yang lama akibat kelumpuhan. Hal tersebut biasanya dikaji pada waktu sebelum melakukan mobilisasi, saat mobilisasi dan setelah mobilisasi. Tanda - tanda yang dapat di kaji pada intoleransi aktifitas antara lain (Gordon, 1976) :

- a. Denyut nadi frekuensinya mengalami peningkatan, irama tidak teratur
- b. Tekanan darah biasanya terjadi penurunan tekanan sistol/hipotensi orthostatic
- c. Pernafasan terjadi peningkatan frekuensi, pernafasan cepat dangkal
- d. Warna kulit dan suhu tubuh terjadi penurunan
- e. Kecepatan dan posisi tubuh disini akan mengalami kecepatan aktifitas dan ketidak stabilan posisi tubuh
- f. Adanya keluhan pusing atau kelemahan luar biasa
- g. Status emosi labil.

j. Tahap-tahap Mobilisasi Dini

Menurut Kasdu (2003) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini antara lain :

- a. Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu.

Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki

- b. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli
- c. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk
- d. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien belajar berjalan.

Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca operasi akan mempengaruhi luka

operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan, dengan bergerak, masa pemulihan untuk mencapai level kondisi seperti pra pembedahan dapat dipersingkat. Dan tentu ini akan mengurangi waktu rawat di rumah sakit, menekan pembiayaan serta juga dapat mengurangi stress psikis.

Dengan bergerak, hal ini akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah, memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka. Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi di sisi lain akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik. Pengaruh latihan pasca pembedahan terhadap masa pulih ini, juga telah dibuktikan

melalui penelitian penelitian ilmiah. Mobilisasi sudah dapat dilakukan sejak 8 jam setelah pembedahan, tentu setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh dapat digerakkan kembali setelah dilakukan pembiusan regional.

Pada saat awal, pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk atau diluruskan, mengkontraksikan otot-otot dalam keadaan statis maupun dinamis termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan. Pada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil digerak-gerakan. Di hari kedua pasca operasi, rata-rata untuk pasien yang dirawat di kamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya berjalan sendiri ke toilet atau kamar mandi dengan posisi infus yang tetap terjaga.

Bergerak pasca operasi selain dihambat oleh rasa nyeri terutama di sekitar luka operasi, bisa juga oleh beberapa selang yang berhubungan dengan tubuh, seperti; infus, cateter, pipa nasogastrik (NGT=nasogastric tube), drainage tube, kabel monitor dan lain-lain. Perangkat ini pastilah berhubungan dengan jenis operasi yang dijalani. Namun paling tidak dokter bedah akan mengintruksikan susteranya untuk membuka atau melepas perangkat itu tahap demi tahap seiring dengan perhitungan masa mobilisasi ini. Untuk operasi di daerah kepala, seperti trepanasi, operasi terhadap tulang wajah, kasus THT, mata dan lain-lain, setelah sadar baik, sudah harus bisa menggerakkan bagian badan lainnya. Akan diperhatikan masalah jalan nafas dan kemampuan mengkonsumsi makanan jika daerah operasinya di sekitar rongga

mulut, hidung dan leher. Terhadap operasi yang dikerjakan di daerah dada, perhatian utama pada pemulihan terhadap kemampuan otot-otot dada untuk tetap menjamin pergerakan menghirup dan mengeluarkan nafas. Untuk operasi di perut, jika tidak ada perangkat tambahan yang menyertai pasca operasi, tidak ada alasan untuk berlama-lama berbaring di tempat tidur. Perlu diperhatikan kapan diit makanan mulai diberikan, terutama untuk jenis operasi yang menyentuh saluran pencernaan. Yang luka operasinya berada di areal punggung, misalnya pada pemasangan fiksasi pada tulang belakang, kemampuan untuk duduk sedini mungkin akan menjadi target dokter bedahnya. Sedangkan operasi yang melibatkan saluran kemih dengan pemasangan cateter dan atau pipa drainage sudah akan memberikan keleluasaan untuk bergerak sejak dua kali 24 jam pasca operasi. Apalagi operasi yang hanya memperbaiki anggota gerak, seperti operasi patah tulang, sudah menjadi kewajiban pasien untuk menggerakkan otot dan persendian di sekitar areal luka operasinya secepat mungkin.

Sekali lagi, penjelasan di atas diperuntukkan bagi penderita yang menjalani operasi yang memerlukan rawat inap, sudah sadar baik, tidak terganggu keseimbangan cairan dan elektrolitnya dan terlepas dari beban psikis atau subyektifitas rasa nyeri seseorang, beberapa jam pasca operasi. Berbeda dengan pasien yang dirawat di ruang intensif yang memerlukan monitoring ketat. Masa dan cara mobilisasinya tentu sudah diatur dan dikerjakan oleh tenaga medis. Begitu juga sebaliknya, operasi dengan teknik minimal invasif akan memberikan keunggulan dalam hal mobilsasi. Pasien akan bisa lebih cepat dan leluasa bergerak pasca pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner&Suddarth. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah* Vol 1. Jakarta: Egc
- Beyer, Dudes (1997). *The Clinical Practice Of Medical Surgical Nursin* 2nd: Brown Co Biston.
- Manuaba, I.B. 2001. *Kapita Selekt Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi Dan Kb*. Jakarta : Egc
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri, Edisi 2, Jilid 2*. Jakarta : Egc
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Volume 2*. Jakarta : Egc.
- Sarwono, Prawiroharjo,. 2005. *Ilmu Kandungan, Cetakan Ke-4*. Jakarta : Pt Gramedia
- Susan J. Garrison, 2004. *Dasar-dasar Terapi dan Latihan Fisik*. Jakarata: Hypocrates.

Definisi Mobilisasi Dini

Suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan pasien setelah beberapa jam post/pasca operasi.



Tujuan Mobilisasi

- Mempertahankan fungsi tubuh
- Memperlancar peredaran darah
- Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- Mempertahankan tonus otot
- Memperlancar eliminasi alvi dan urine
- Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
- Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- Memberikan kesempatan perawat dan pasien berinteraksi atau berkomunikasi.

Macam-macam Mobilisasi

- Mobilisasi secara pasif**
Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan cara dibantu dengan orang lain secara total atau keseluruhan.
- Mobilisasi secara aktif**
Mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuh dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

- Rentang gerak pasif**
Berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.
- Rentang gerak aktif**
Untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.
- Rentang gerak fungsional**
Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

Manfaat

- Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli

Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi

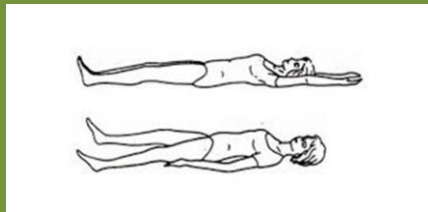
- Penyembuhan luka menjadi lama
- Menambah rasa sakit
- Badan menjadi pegal dan kaku
- Kulit menjadi lecet dan luka
- Memperlama perawatan dirumah sakit

Pedoman Pelaksanaan Mobilisasi

- Denyut nadi frekuensinya mengalami peningkatan, irama tidak teratur
- Tekanan darah biasanya terjadi penurunan tekanan sistol/hipotensi orthostatic
- Pernafasan terjadi peningkatan frekuensi, pernafasan cepat dangkal
- Warna kulit dan suhu tubuh terjadi penurunan
- Kecepatan dan posisi tubuh disini akan mengalami kecepatan aktifitas dan ketidak stabilan posisi tubuh
- Adanya keluhan pusing atau kelemahan luar biasa
- Status emosi labil.

Langkah-langkah

Setelah operasi 6 jam pertama ibu paksa operasi seksio sesaria harus tirah baring. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan tangan, menggerakkan ujung kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki



- Setelah 6 – 10 jam ibu di haruskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan tomo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.



- Setelah 24 jam latihan tubuh untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserlah kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat



- Setelah ibu dapat duduk perlahan-lahan turunkan kedua kaki ke lantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tempat tidur Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit.



MOBILISASI POST CAESAREA (POST SC)



Oleh :

ASTY AOLIANSYAH
KHGA19093

STIKes KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN
2022

