

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.C (P2A0) 6 JAM
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI
SEROTINUS DI RUANG ZADE
RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

YESILIA PRATIWI
KHGA 19045



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D-3 KEPERAWATAN
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. C P2A0 DENGAN
POST *SECTIO CAESAREA* POD 0 ATAS INDIKASI
SEROTINUS DI RUANG ZADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : YESILIA PRATIWI

NIM : KHGA 19045

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disetujui untuk disidangkan
Dihadapan Tim Penguji Program Diploma III Keperawatam
STIKes Karsa Husada Farut

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. C P2A0 POST
SECTIO CAESAREA POD 0 ATAS INDIKASI SEROTINUS
DI RUANG ZADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : YESILIA PRATIWI

NIM : KHGA 19045

Garut, Juli 2022

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

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

Eti Suliyawati, S.Kep.,MSi

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah

K. Dewi Budiarti, M.Kep

K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

Terdiri IV BAB, 10 tabel, 93 halaman.

Angka kejadian post section caesarea atas indikasi serotinus diruang Zade RSUD dr. Slamet Garut menduduki peringkat ke-13 dengan persentase 1%, meskipun merupakan peringkat ke-13 tapi memerlukan penanganan yang tepat salah satunya dilakukan pembedahan Sectio Caesarea untuk menghindari kematian pada ibu dan janin. Tujuan karya tulis ini bertujuan untuk mendapatkan pengalaman yang nyata dan melaksanakan asuhan keperawatan dalam masalah post sectio caesarea secara langsung dan komprehensif. Metode yang digunakan metode deskriptif yang berbentuk kasus dan pendekatan proses keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup semua masalah yang timbul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisi, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif. Adapun intervensi dan implementasi dalam post section caesarea atas indikasi serotinus nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik intervensi utamanya adalah manajemen nyeri salah satu rencananya yaitu berikan tektik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin). Untuk diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri intervensi utamanya adalah dukungan ambulasi salah satu rencananya identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi intervensi untamanya adalah pencegahan infeksi salah satu rencananya tindakannya monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Dan untuk diagnosa yang keempat Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidadakadekuatan suplay asi utamanya adalah edukasi menyusui salah satu rencananya tindakannya identifikasi tujuan atau keinginan menyusui. Kesimpulan dalam karya tulis ini yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 30 Mei sampai 03 Juni 2022 adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan dari tahap pengkajian sampai evaluasi.

Kata Kunci : *Sectio Caesarea, Post Partum, Serotinus*

Daftar Pustaka : 16 buah (2012-2021)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. C 6 JAM POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI SEROTINUS DI RUANG ZADE RSUD dr. SLAMET GARUT”** yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H.D 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 Husada Garut.
4. K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
5. K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Seluruh staf dosen Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga bagi penulis di masa yang akan datang.
7. Kepada kedua orang tua yang saya cintai ibu dan ayah terimakasih telah membesarkan saya dengan penuh cinta dan kasih sayang, yang selalu mengerti saya, selalu mendoakan saya dan selalu memberikan dukungan tanpa sampai terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada kakak saya A Gilang dan Teh Cici yang senantiasa memberikan dukungan selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, yang memberikan motivasi dan semangat.
9. Kepada sahabat saya, Friyenda, Puri, Kamel, Desta, Diana, Febby, Nolan, Jihan, Sulis, Afni dan Irma yang selalu memberi dukungan dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada Faisal M Sidiq yang selalu memberikan dukungan dan semangat yang tiada henti.
11. Seluruh teman seperjuangan angkatan XXVI D-III Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu-satu yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Kepada Ny. C beserta keluarganya yang telah bekerjasama sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Mudah –mudahan segala kebaikan dan bantuan yang telah di berikan kepada penulis di balas oleh Allah SWT. Akhirnya, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak. Amin ya robbal’alamin.

Garut, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK

LEMBAR PERSETUJUANi

LEMBAR PENGESAHANError! Bookmark not defined.

KATA PENGANTAR.....iii

DAFTAR ISI.....viii

DAFTAR TABELviii

BAB I..... 1

PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan 4

C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data..... 5

D. Manfaat 6

E. Sistematika Penulisan 7

BAB II..... 9

TINJAUAN TEORI 9

A. Serotinus..... 9

B. Sectio Caesarea 13

C. Post partum 20

D. PATHWAY	30
E. Dampak Post Sectio Caesarea terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	32
F. Pendekatan Proses Keperawatan.....	33
1. Tahap pengkajian	33
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul.....	45
3. Intervensi keperawatan.....	46
4. Implementasi dan pelaksanaan	57
5. Evaluasi.....	57
BAB III	58
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	58
A. Tinjauan Kasus.....	58
1. Pengkajian	58
2. Diagnosa yang muncul	70
3. Intervensi keperawatan.....	71
4. Implementasi keperawatan	74
5. Catatan Perkembangan	80
B. Pembahasan.....	84
1. Tahap pengkajian	84
2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	85

3. Tahap Perencanaan	87
4. Tahap Implementasi	87
5. Tahap Evaluasi	88
BAB IV	90
KESIMPULAN DAN SARAN	90
A. Kesimpulan	90
B. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Kasus	3
Tabel 2.1 Analisa Data.....	39
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan	45
Tabel 3.1 Riwayat Obsteri.....	59
Tabel 3.2 Pola Aktivitas	62
Tabel 3.3 Data Penunjang	64
Tabel 3.4 Analisa Data	65
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan	69
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan	72
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan	77

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan bayi merupakan salah satu bentuk investasi di masa depan. Keberhasilan upaya kesehatan ibu dan bayi, diantaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Di Indonesia pada tahun 2020 sudah menunjukkan penurunan AKI dan AKB meskipun tren penurunannya masih sangat lambat, bahkan masih jauh dari target Millenium Development Goals (MDGs) yang mana AKI mencapai 102 per 100.000 kelahiran dan AKB mencapai 21 kematian per 100.000. (Mufidayati, 2021)

Faktor penyebab langsung kematian ibu pada tahun 2020 diantaranya perdarahan, eklamsi dan infeksi. Kematian pada tahun 2020 disebabkan perdarahan sebanyak 12 kasus, hipertensi dalam kehamilan/eklamisa sebanyak 12 kasus, gangguan sistem peredaran darah sebanyak 10 kasus, gangguan metabolik sebanyak 9 kasus serta penyebab lain-lainnya 15 kasus. Dari seluruh kasus kematian ibu tersebut, sebanyak 9 kasus terjadi pada saat ibu hamil, 15 kasus terjadi pada saat bersalin dan sebanyak 34 kasus terjadi pada saat nifas. Adapun penyebab kematian bayi pada tahun 2019 disebabkan oleh berat badan bayi rendah (BBRL) sebanyak 1.256 kasus, asfiksia sebanyak 102 kasus, kelainan bawaan

sebanyak 34 kasus, pneumonia sebanyak 4 kasus, diare sebanyak 2 kasus, sepsis sebanyak 6 kasus, infeksi 4 kasus, tetanus neonatorum sebanyak 2 kasus dan disebabkan oleh lain-lain sebanyak 41 kasus. (Dinkes Jabar, 2020)

Salah satu kasus yang menyebabkan kematian pada ibu dan janin adalah serotinus. Pengaruh kehamilan serotinus terutama adalah terhadap janin dan bisa mempengaruhi terhadap perkembangan janin sampai kematian janin. Ada janin yang dalam masa kehamilan 42 minggu atau lebih berat badannya meningkat terus, ada yang tidak bertambah, lahir dengan berat badan kurang dari semestinya dan bisa terjadi meninggal dalam kandungan karena kekurangan zat makanan dan oksigen (Prawirohardjo, 2012).

Kehamilan serotinus merupakan permasalahan yang sering terjadi pada ibu hamil dan diperlukan pengelolaan yang tepat. Salah satu pengelolaan yang sering dilakukan pada ibu dengan kondisi tersebut yaitu induksi. Induksi merupakan usaha untuk menambahkan kekuatan, frekuensi dan durasi kontraksi uterus karena di nilai terlalu lemah dan tidak efektif untuk menyebabkan kemajuan persalinan. Jika tidak terjadi kemajuan persalinan maka dilakukan penanganan yang selanjutnya yaitu sectio caesarea. Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, adapun indikasi section caesarea diantaranya indikasi ibu dan indikasi janin, didalam indikasi janin terdapat letak bokong, gemelly,

kelainan tali pusat, janin abnormal, letak sungsang, serotinus dan bayi besar (NANDA, 2015).

Berdasarkan data yang diperoleh di Garut, khususnya di RSUD dr. Slamet Garut, bahwa jumlah klien yang mengalami *Sectio Caesarea* pada bulan Januari sampai bulan Desember 2021 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1.1

Kasus post Sectio Caesarea dari bulan Januari sampai Desember 2021 di RSUD dr. Slamet Garut

No.	Kasus	Jumlah	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 data: *Medical Record RSUD* dr, Slamet Garut, 2021)

Berdasarkan data tabel di atas dapat dilihat bahwa angka kejadian Sectio Caesarea dengan berbagai indikasi dari bagian pelaporan dan pencatatan di RSUD dr. Slamet Garut tahun 2021, mengingat komplikasi perdarahan karena atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum (Broad Ligamen), infeksi pada saluran genetalia, pada daerah insisi, dan pada saluran perkemihan. Pada bayi dapat terjadi kematian perinatal pasca section caesarea (Prawirohardjo, 2012). Untuk menghindari komplikasi maka perlu perawatan intensif. Disinilah peran perawat sangat diperlukan, perawat harus memberikan perawatan komprehensif, teliti penuh kesabaran.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis mengambil kasus untuk Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. C P2A0 Post Sectio Caesarea hari ke-1 dengan Indikasi Serotinus di Ruang Zade Rumah Sakit dr. Slamet Garut”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus di ruang zade rumah sakit

umum dr. Slamet Garut dengan pendekatan manajemen keperawatan dan dokumentasi keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus di ruang zade rumah sakit umum dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus di ruang zade rumah sakit umum dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus di ruang zade rumah sakit umum dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus di ruang zade rumah sakit umum dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus di ruang zade rumah sakit umum dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan hasil tindakan keperawatan pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus di ruang zade rumah sakit umum dr. Slamet Garut.

C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data

1. Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan adalah study kasus dengan menggunakan proses keperawatan.

2. Teknik Pengumpulan Data

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

a. Anamnesa

Dilakukan dengan cara: wawancara, observasi, pemeriksaan fisik

b. Study Dokumentasi

Dilakukan dengan cara mempelajari catatan dan buku status klien

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk menambah pengetahuan dan bahan informasi bagi perkembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan dengan post section caesarea atas indikasi serotinus

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Dengan melakukan asuhan keperawatan pada Ny. C P2A0 6 jam post section caesarea atas indikasi serotinus diharapkan dapat menambah pengetahuan, meningkatkan keterampilan dan kemampuan penulis serta sebagai pengalaman nyata dalam

melaksanakan asuhan keperawatan post sectio caesarea atas indikasi serotinus.

b. Bagi Lahan Praktik

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak di pelayanan kesehatan terutama bagi bidan dalam rangka meningkatkan kualitas dalam melaksanakan asuhan keperawatan post sectio caesarea atas indikasi serotinus.

c. Bagi Instituti Pendidikan

Diharapkan hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian informasi untuk pendidikan serta mendapatkan referensi yang dapat dijadikan bahan acuan bagi mahasiswa keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan post sectio caesarea atas indikasi serotinus.

E. Sistematika Penulisan

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

BAB I: PENDAHULUAN

Dalam BAB ini berisi latar belakang, tujuan khusus dan umum, metode dan teknik pengumpulan data dan sistematika penulisan

BAB II: TINJAUAN TEORITIS

Menjelaskan konsep dasar, pendekatan proses keperawatan

BAB III: TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Melaporkan penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan post sectio caesarea meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pembahasan berisi tentang penjelasan kesenjangan antara teori dan kesenjangan yang ada dilahan praktek disertai dengan alternative pemecahan masalah.

BAB IV: KESIMPULAN DAN SARAN

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Serotinus

1. Pengertian

Serotinus adalah kehamilan yang telah berlangsung selama 42 minggu (294 hari) atau lebih, pada siklus haid teratur 28 hari, dan hari pertama haid terakhir diketahui pasti. (Nugroho, 2012). Kehamilan postterm atau disebut juga kehamilan lewat waktu atau serotinus, kehamilan lewat bulan, *prolonged pregnancy*, *extended pregnancy*, *postdate/post datisme* atau pasca maturitas, adalah kehamilan yang berlangsung 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus neagle dengan siklus haid rata-rata 28 hari. (Prawirohardjo, 2012). Kehamilan serotinus adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus neagle dengan siklus haid 28 hari. (Sarwono, 2016).

Kesimpulannya kehamilan lewat bulan atau serotinus adalah kehamilan yang melewati waktu yang seharusnya, pada umumnya kehamilan normal akan berlangsung antara 38-42 minggu dan merupakan persalinan normal. Sedangkan pada kehamilan serotinus

berlangsung selama 42 minggu (294 hari) atau lebih, lengkap dihitung dari hari pertama haid terakhir dengan siklus haid rata-rata 28 hari.

2. Etiologi

Menurut Nugroho (2012) penyebab terjadinya kehamilan lewat bulan yaitu tidak timbulnya his karena kurangnya air ketuban, insuefisiensi plasenta, dan kerentanan akan stress. Dan penyebab terjadinya kehamilan lewat bulan pada umumnya tidak diketahui secara pasti, beberapa factor yang diduga sebagai penyebab, antara lain:

- a. Cacat bawaan : anencefalus
- b. Defisiensi sulfatase plasenta
- c. Pemakaian obat-obatan yang berpengaruh pula sebagai tokolitik anti prostaglandin: albutanol, asam mefenamat, dan sebagainya
- d. Tidak diketahui penyebabnya

Hal ini juga bisa disebabkan karena terjadinya kehamilan lewat bulan:

- a. Penurunan kadar estrogen, pada kehamilan normal umumnya tinggi.
- b. Pada kasus insufisiensi plasenta/adrenal janin, hormon prekursor yaitu isoandrosteron sulfat diekresikan dalam cukup tinggi konversi menjadi estradiol dalam secara langsung estriol dalam plasenta, contoh klinik mengenai defisiensi prekursor estrogen adalah anensefalus.

- c. Faktor hormonal yaitu kadar progesteron tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang.
- d. Faktor lain adalah hereditas, karena post matur/serotinus, seiring dijumpai pada suatu keluarga tertentu.

3. Patofisiologi

Serviks yang akan mengalami persalinan normal secara bertahap akan melunak, menipis, mudah berdilatasi, dan bergerak ke arah anterior mendekati waktu persalinan. Serviks pada wanita multipara lebih cepat

matang dibandingkan nulipara, dan pemahaman mengenai paritas penting dalam menentukan saat yang tepat untuk melakukan pemeriksaan serviks pada kehamilan lanjut (Varney, 2013).

Kehamilan lewat waktu yang disebabkan karena faktor hormonal, kurangnya produksi oksitosin akan menghambat kontraksi otot uterus secara alami dan adekuat, sehingga mengurangi respons serviks untuk menipis dan membuka. Akibatnya kehamilan bertahan lebih lama dan tidak ada kecenderungan untuk persalinan pervaginam (Varney, 2013).

Kehamilan Aterm (normal) Progesteron turun, oksitosin naik terjadi kontraksi uterus Penipisan dan pembukaan serviks Persalinan pervaginam Serotinus (patologis) Progesteron tidak turun, oksitosin tidak naik tidak ada kontraksi uterus tidak ada penipisan dan pembukaan tidak ada tanda-tanda persalinan.

4. Faktor Predisposisi Kehamilan Serotinus

Beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab kehamilan serotinus antara lain:

- a. Cacat bawaan (an encefalus),
- b. Defisiensi Sulfatase plasenta,
- c. Pemakaian obat yang berpengaruh pula sebagai tokolitik anti prostaglandin (albutamol, progestin, asam mefenamat dan sebagainya)
- d. Tidak diketahui penyebabnya (Nugroho, 2012).

5. Faktor Risiko Kehamilan Serotinus

Faktor risiko yang diketahui untuk kehamilan serotinus adalah ibu dengan kehamilan serotinus sebelumnya, dan apabila ibu melahirkan anak perempuan maka anak perempuannya tersebut memiliki risiko dua hingga tiga kali lipat untuk mengalami kehamilan serotinus. Nulliparitas dan ibudengan indeks masa tubuh ≥ 25 sebelum kehamilan juga mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kehamilan serotinus (Cunningham, 2012).

6. Keluhan Subjektif Kehamilan Serotinus

Keluhan subjektif yang biasa muncul pada ibu bersalin dengan kehamilan serotinus yaitu rasa cemas karena kehamilannya telah melampaui taksiran perkiraan lahir (Prawirohardjo, 2012). Gerakan

janin yang dirasakan semakin berkurang dan kadang-kadang berhenti sama sekali (Manuaba, 2012).

7. Tanda Klinis Kehamilan Serotinus

Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan serotinus bila didapat 3 atau lebih dari 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut:

- a. Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif.
- b. Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan doppler.
- c. Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan gerak janin pertama kali.
- d. Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop leannec (Prawirohadjo, 2012).

8. Pemeriksaan Penunjang Kehamilan Serotinus

Pemeriksaan penunjang apabila dana dan sarana memenuhi antara lain (Nugroho, 2012):

- a. Sitologi vagina yaitu dengan indeks kariopiknotik meningkat ($>20\%$).
- b. USG yaitu menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, derajat maturitas plasenta, besarnya janin, keadaan janin.
- c. Kardiotokografi yaitu menilai kesejahteraan janin dengan Non Stress test (NTS) relaktif atau tidak, maupun Contraction Stress Test (CTS) negatif atau positif.
- d. Amniostropi yaitu warna air ketuban.

B. Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut dan vagina (Nurjanah dkk, 2013)

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau suatu *histerotomi* untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Aspiani, 2017)

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus sehingga janin dapat lahir secara utuh dan sehat (Jitowiyono, 2012)

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan atau pembedahan dimana janin di lahirkan melalui suatu insisi dinding perut dan dinding Rahim. Dengan cara membuat sayatan pada dinding uterus depan perut.

2. Jenis-jenis Operasi *Sectio Caesarea*

Menurut (Aspiani, 2017), yaitu:

a. *Sectio transperitonealis profunda*

Section transperitoneaslis profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Insisi pada bawah rahim, bisa dengan melintang atau memanjang.

b. *Sectio koproral* atau klasik

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

c. *Sectio Caesarea peritoneal*

Dilakukan tanpa membuka peritoneum parietalis, dengan demikian tidak membuka kavum abdominal. Dulu dilakukan 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. *Section Caesarea* Histerektomi dengan indikasi:

- 1) Anterior uteri
- 2) Plasenta accrete
- 3) Mioma uteri
- 4) Infeksi intra uteri berat

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015)

a. Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai kelainan letak ada, disproporsi janin/panggul, ada sejarah dan kehamilan buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa, terutama pada primigravida, solutio plasental tingkat I-II, kehamilan lewat bulan/serotinus, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi – eklamsi, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (Jantung, Diabetes Melitus), gangguan perjalanan persalinan.

b. Etiologi yang berasal dari janin

Stress atau gawat janin, malpresentasi dan malposisi kedudukan janin, prolapse tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi (Nurarif dan Kusuma, 2015)

4. Patofisiologi

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini untuk ibu yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distosia jaringan lunak, plasenta previa, kehamilan lewat bulan/serotinus dan lain-lain. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang. Setelah dilakukan SC ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan akibat informasi dan dari aspek fisiologis

yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka insisi akan menjadi post desentris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik 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 *apnea* yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya akan menyebabkan kematian, 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 sekret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Aspiani, 2017)

5. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada ibu *sectio caesarea* menurut (Aspiani, 2017) yaitu:

a. Infeksi puerperal (nifas)

- 1) Ringan, dengan kenaikan suhu beberapa hari saja.
- 2) Sedang, dengan kenaikan suhu lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
- 3) Berat, dengan peritonis, sepsis dan ileus paralitik.

- b. Perdarahan disebabkan karena:
 - 1) Banyak pembuluh darah yg terputus dan terbuka
 - 2) Anomali uteri
 - 3) Perdarahan pada plasenta bed
- c. Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonelisasi terlalu tinggi.
- d. Kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang.

6. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis post *sectio caesarea* menurut Manuba (2012), beberapa hal yang dapat dilakukan sebagai penatalaksanaan pada ibu post *sectio caesarea* antara lain:

- a. Pemberian cairan: Karena 24 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan per intravena cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya. Cairan yang biasa diberikan biasanya DS 1%, garam fisiologi dan RL, secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung kebutuhan. Bila kadar Hb rendah diberikan transfuse darah sesuai kebutuhan.
- b. Diet: pemberian cairan perinfus biasanya dihentikan setelah penderita flatulensi lalu mulailah pemberian minuman dan makanan peroral. Pemberian minuman dengan jumlah yang sedikit sudah

boleh dilakukan pada 6-10 jam pasca operasi berypa air putih dan air teh.

- c. Mobilisasi: Mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi, miring kanan dan kiri dapat dimulai sejak 6-10 jam setelah operasi, latihan pernafasan dapat dilakukan penderita sambil tidur terlentang sedini mungkin setelah sadar. Hari kedua post operasi penderita dapat didudukan selama 5 menit dan diminta untuk bernafas dalam lalu menghembuskannya. Kemudian posisi tidur terlentang dapat diubah menjadi posisi setengah duduk. Selanjutnya selama berturut-turut, hari demi hari, pasien dianjurkan belajar duduk selama sehari, belajar jalan, dan kemudian berjalan sendiri [ada hari ke-3 sampai hari ke-5 pasca operasi.
- d. Kateterisasi: Kandung kemih yang penuh menimbulkan rasa nyeri dan tidak enak pada penderita, menghalangi involusi uterus dan menyebabkan perdarahan. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau lebih lama lagi tergantung jenis operasi dan keadaan penderita.
- e. Pemberian obat-obatan
 - 1) Antibiotik
 - 2) Analgetik dan obat untuk memperlancar kerja saluran pencernaan
 - 3) Obat-obatan lain

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

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

C. Post partum

1. Pengertian

Masa nifas (post partum) adalah masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal post partum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patofisiologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik. (Yuliana dan Hakim, 2020)

Post partum atau puerperium 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, 2013)

2. Tahapan Masa Nifas (Post Partum)

Menurut Wulandari (2020) ada beberapa tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut:

a. Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan, ibu telah diperbolehkan berdiri atau jalan-jalan

b. Early puerperineum, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan, pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung 6 minggu later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

3. Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas (Post Partum)

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum menurut Sutanto (2019):

a. *Fase Taking In* (setelah melahirkan sampai hari ke-2)

- 1) Perasaan ibu berfokus pada dirinya.
- 2) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain.
- 3) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- 4) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
- 5) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
- 6) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi
- 7) Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian tubuh tidak berlangsung normal

b. *Fase Taking Hold* (Hari ke-3 sampai 10)

- 1) Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih.
- 2) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
- 3) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
- 4) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
- 5) Ibu cenderung terbuka menerima nasihat bidan dan kritikan pribadi.
- 6) Kemungkinan ibu mengalami depresi post partum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya
- 7) Wanita pada masa ini sangat sensitive akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung, dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran.

c. *Fase Letting Go* (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)

- 1) Ibu merasa percaya diri merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
- 2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

4. Adaptasi Fisiologi Post Partum

Menurut (Jannah, 2013), adaptasi fisiologis dan sebagai berikut:

a. Perubahan system reproduksi

1) Uterus

Involusi uterus adalah suatu proses yang menyebabkan uterus kembali pada posisi semula seperti sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea

2) Lochea

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

a) Lochea rubra

Lochea ini muncul pada hari ke-1 samapai hari ke-3 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah robekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium.

b) Lochea sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir, hari ke-4 sampai ke-7 post partum.

c) Lochea serosa

Berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, pada hari ke-7 sampai ke-14 post partum.

d) Lochea alba

Cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang nanti setelah 2 minggu sampai 6 minggu post partum.

3) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks adalah merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil.

4) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormone estrogen pada masa post partum berperan dalam

penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4.

5) Perineum

Setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

b. Perubahan sistem perkemihan

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

c. Perubahan sistem pencernaan

Buang air besar spontan bisa tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah ibu melahirkan. Buang air besar tidak lancar di sebabkan karena tonus otot usu menurun selama proses persalinan dan awal masa pasca persalinan, diare sebelum persalinan, kurang makan, atau dalam keadaan dehidrasi. Kebiasaan buang air besar

teratur perlu dicapai setelah tonus usus kembali pada keadaan normal.

d. Perubahan sistem endokrin

- 1) Hormon plasenta: hormone plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.
- 2) Hormon pituitary: prolactin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita tidak menyusui, prolactin menurun dalam 2 minggu. FSH dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.
- 3) Hypotalamik pituitary ovarium: lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Menstruasi pertama ini sering bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.
- 4) Kadar estrogen: terjadinya penurunan kadar estrogen yang bermakna setelah persalinan sehingga aktivitas prolactin juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kadar kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

e. Perubahan sistem musculoskeletal

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang merenggang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi reflofleksi karena ligamentum menjadi

kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

f. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu badan

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

2) Nadi

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

3) Tekanan darah

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

4) Pernafasan

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

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

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

h. Perubahan system hematologi

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

i. Perubahan pola istirahat tidur

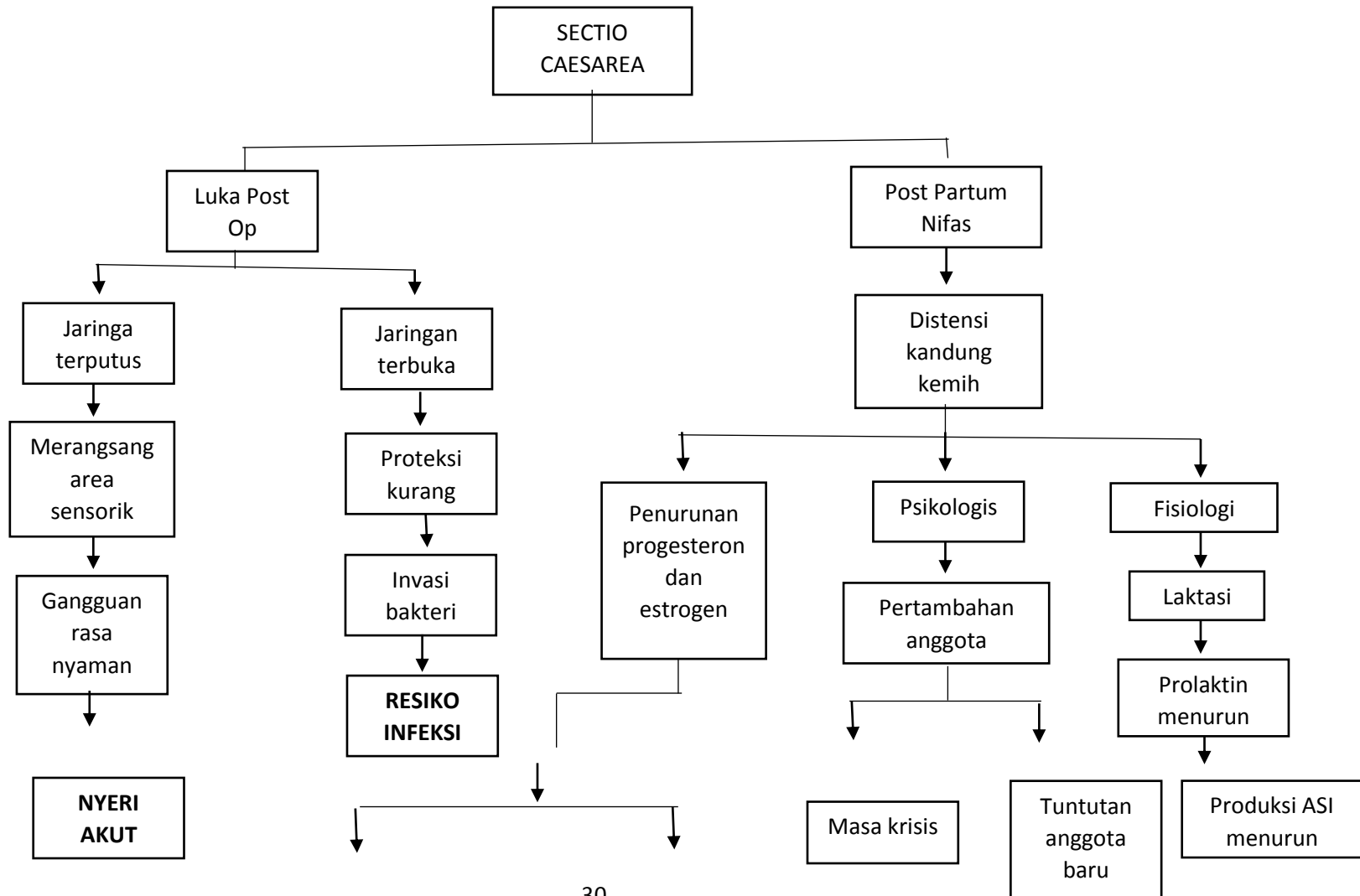
Adanya implus nyeri pada klien post SC akan merangsang susunan saraf otonom mengaktifasi neurophine mengakibatkan saraf simpatis terangsang untuk mengaktifasi RAS mengakibatkan kerja organ tubuh selalu dijaga, maka klien akan terjaga terus yang mengakibatkan kebutuhan tidur terganggu.

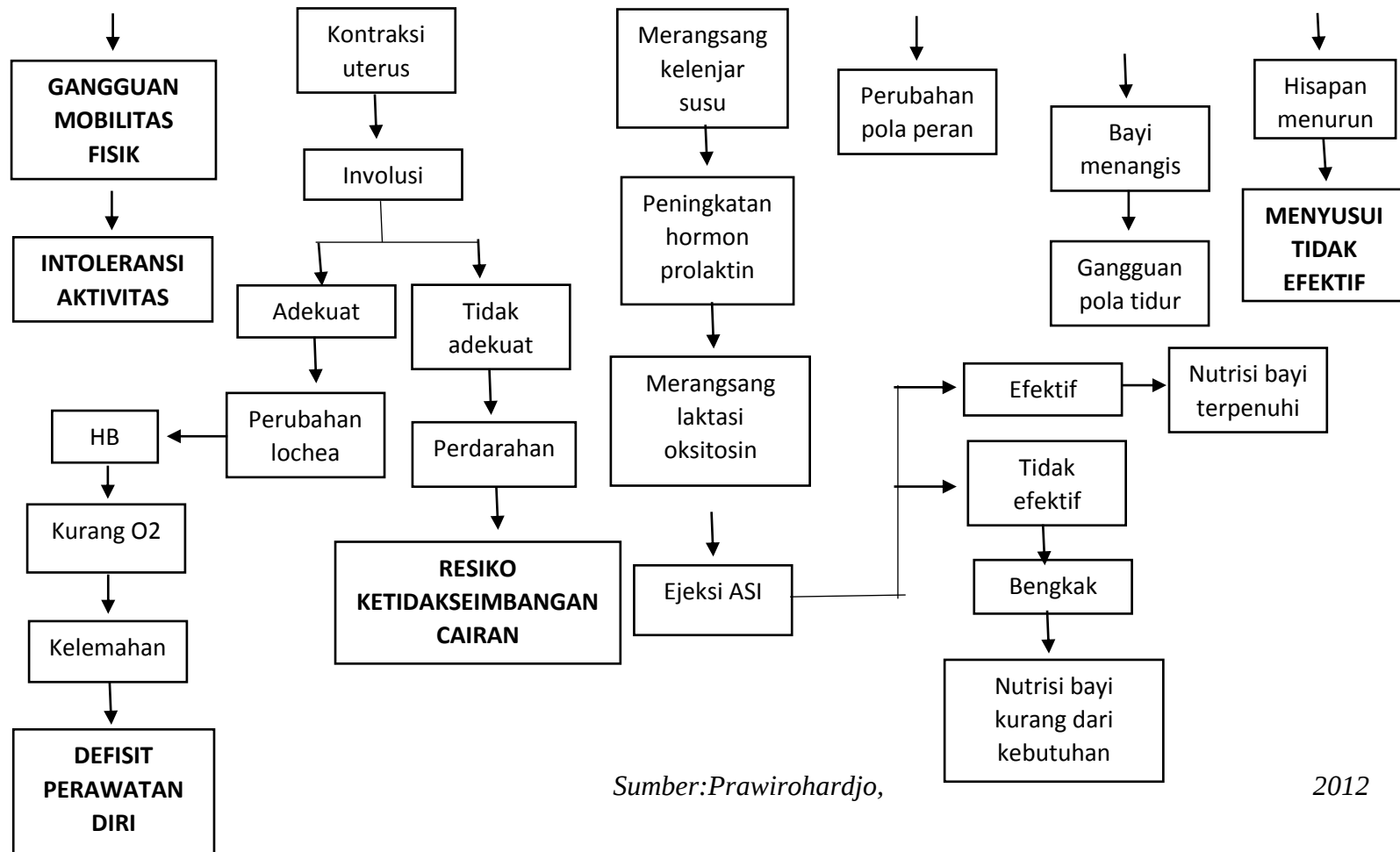
j. Perubahan pemenuhan kebutuhan defisit perawatan diri

Keadaan fisik yang lemah akibat sectio caesarea menyebabkan kemampuan untuk beraktivitas di batasi karena pasien khawatir pergerakannya akan menjadi fatal terhadap luka

operasi sehingga aktivitas klien akan sangat terbatas terutama aktivitas dalam kebersihan diri

D. PATHWAY





Sumber: Prawirohardjo,

2012

E. Dampak Post Sectio Caesarea terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

1. Nyeri akut

Disebabkan terputusnya kontinuitas jaringan akibat insisi pembedahan sectio caesarea yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan serta pengeluaran zat perangsang reseptor nyeri ke serabut saraf yang berdiameter kecil sehingga dipersepsikan rasa nyeri dan nyaman terganggu (Dongoes, 2015).

2. Kebutuhan Nutrisi

Sebagai efek post sectio caesarea biasanya beberapa klien mengalami perdarahan dikarenakan involusi uterus tidak adekuat. Pada klien post SC nutrisi sangat diperlukan saat penyembuhan luka, jika tidak dapat terpenuhi dapat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka (Dongoes, 2015).

3. Kerusakan integritas kulit

Adanya luka post sectio caesarea yang menyebabkan gangguan sirkulasi perifer bentuk insisi dan luka drain mempengaruhi integritas kulit (Dongoes, 2015).

4. Gangguan pola tidur

Pada klien post sectio caesarea akan mengalami gangguan pola istirahat tidur, hal ini berhubungan dengan respon-respon hormonal dan psikologis, kegembiraan hebat, ansietas dan kesenangan, nyeri ketidaknyamanan, proses kelelahan persalinan, kebutuhan atau tuntutan keluarga (Dongoes, 2015).

F. Pendekatan Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu, teknik dan keterampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien/keluarga. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu: pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Aspiani 2017)

1. Tahap pengkajian

Tujuan pengkajian adalah untuk memberikan gambaran yang terus menerus mengenai kesehatan klien yang kemungkinan tim perawat merencanakan suatu asuhan keperawatan kepada klien secara perorangan.

Langkah-langkah pengkajian meliputi:

a. Identitas klien

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

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan klien saat operasi sectio caesarea biasanya klien akan mengeluh nyeri pada luka post operasi sectio caesarea.

b. Riwayat penyakit sekarang

Menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post SC dengan menggunakan P,Q,R,S,T.

P: yaitu tidak banyak gerak dan memberatkan pada pasien SC adalah ketika klien banyak melakukan aktivitas.

Q: kualitatif/kuantitatif, yaitu kualitas keluhan yang dirasakan klien. Pada klien post SC keluhan yang dirasakan nyeri pada luka post operasi.

R: Region, yaitu daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran daerah lain. Pada klien SC keluhan yang dirasakan nyeri pada bagian abdomen 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 nyeri, bisa kadang-kadang, terus-menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan berlangsung bisa hilang timbul atau konsisten.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Berisi tentang penyakit yang pernah di derita sebelumnya dan hubungan dengan penyakitnya yang sekarang, pernah di rawat di rumah sakit atau tidak, kaji tentang alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pada pasien SC dengan indikasi serotinus biasanya anggota keluarganya ada yang memiliki riwayat SC akibat serotinus.

e. Riwayat obstetrik dan ginekologi

Kaji riwayat menstruasi, menarche, siklus menstruasi dan lamanya, sifat darah menstruasi, hari pertama haid terakhir (HPHT), kaji riwayat perkawinan dan riwayat keluarga berencana.

3. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

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

b. Tanda-tanda vital

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

- 1) Nadi dan suhu di atas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi.

- 2) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan keletihan, tekanan darah yang menurun perlu di waspadai kemungkinan adanya perdarahan post partum.

c. Kepala dan wajah

- 1) Mata

Kedua mata klien simetris, tidak ada oedema pada kedua mata, sklera ikterik, konjungtiva anemis, kantung mata terlihat hitam, tidak ada pernonjolan pada kedua mata klien dan penglihatan mata normal.

- 2) Hidung

Keadaan bersih, tidak ada radang, tidak ada polip, tidak ada cairan maupun benjolan pada hidung klien, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman klien normal.

- 3) Telinga

Keadaan telinga klien simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran normal, klien tidak menggunakan alat bantu.

- 4) Mulut dan gigi

Keadaan mulut bersih, tidak ada karang gigi ataupun karies, tidak menggunakan gigi palsu, gusi merah dan tidak ada radang, lidah agak kotor, bibir kering.

d. Leher

Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada nyeri tekan.

e. Dada

1) Jantung

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

2) Paru-paru

Biasanya bunyi nafas teratur tidak terdengar wheezing (-), ronchi (-).

3) Payudara

Inspeksi kesimetris, ada tidaknya benjolan dan nyeri tekan, dan biasanya terdapat hiperpigmentasi aerola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI, mammae tegang, biasanya terdapat pengeluaran kolostrum pada hari ke-1 sampai hari ke-3 melahirkan, kemudian ASI peralihan setelah kolostrum yaitu hari ke-4 sampai ke-10, setelah itu ASI matur pada hari ke-10 dan seterusnya.

f. Abdomen

Inspeksi: biasanya pada ibu post partum bentuk perut nya buncit, terdapat luka Sectio Caesarea, terdapat linea nigra dan striae livide

Auskultasi: terdengar suara bising usus (nilai normal 5-30x/menit)

Palpasi: ada nyeri tekan, kontraksi uterus kuat, TFU 2 jari di bawah pusat

Perkusi: tidak ada distensi abdomen

g. Genitalia

Biasanya pada ibu post partum hari ke-1 sampai ke-3 terdapat lochea rubra, terpasang atau tidaknya kateter dan vagina kotor atau tidak

h. Ekstremitas

Atas: palpasi apakah ada oedema, inspeksi kesimetrisan, kekuatan otot, terpasang infus

Bawah: inspeksi kesimetrisan, palpasi ada tidaknya oedema dan varises, kekuatan otot, kaji reflek patella (jika reaksi negatif maka ibu mengalami kekurangan vitamin B1) dan *homan sign* (untuk mengetahui adanya thrombosis vena dalam).

4. Pola aktivitas sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari akan menimbulkan perubahan dan gangguan. Biasanya insomnia, kelelahan/keletihan, kateter urinarius indwelling mungkin terpasang, perubahan frekuensi berkemih, defekasi kurang dari biasanya, mengejan saat defekasi, mengeluh ra

penuh pada abdomen atau rektal, adanya mual. Biasanya mempunyai keterbatasan aktivitas sehingga tidak dapat melakukan perawatan diri.

5. Aspek Psikologis, Sosial, dan Spiritual

- a. Pada pasien post partumbiasa mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus 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.
- b. Klien dengan post SC akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitasnya sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakit terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.
- c. Dikaji klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya, selama perawatan di rumah sakit.

6. Data penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-hal yang mendukung terhadap keadaan penyakit. Seperti pemeriksaan darah dan urin.

7. Analisa Data

Tabel 2.1

Analisa data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1	2	3	4
1.	DS: Mengeluh nyeri DO: - Tampak meringis - Bersikap proaktif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya sectio casarea. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka	Nyeri akut

1	2	prostaglandin	4
		terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan	
2.	Faktor resiko: - Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus) - Efek prosedur invasi - Malnutrisi - Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: a. Gangguan peristaltic	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya SC. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengaibatkan adanya pintu masuk kuman	Resiko infeksi
1		3	4

	2 b. Kerusakan integritas kulit c. Merokok		
3.	DS: Mengeluh lelah DO: - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya SC. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan klien mengalami kelemahan saat melakukan aktivitas.	Intoleransi aktivitas
4.	DO: Menolak melakukan perawatan diri DS: - Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya SC. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang	Defisit perawatan diri

1	2	3	4
	- toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang	mengakibatkan penurunan motivasi/minat dalam melakukan perawatan diri	
5.	DS: Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas DO: - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya SC. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus dan menyebabkan nyeri. Karena terdapat nyeri klien mengalami	Gangguan mobilitas fisik

1	2	3	4
		kesulitan dalam melakukan mobilitas	
6.	Faktor resiko: - Prosedur pembedahan mayor - Trauma/pembedahan - Apheresis - Penyakit ginjal dan kelenjar - Disfungsi intestinal	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya SC. setelah dilakukan SC terjadinya involusi tidak adekuat yang mengakibatkan perdarahan	Resiko ketidak-seimbangan cairan
7.	DS: - Klien mengatakan ASI belum keluar DO: - Aerola mammae warna hitam - Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui tidak efektif

8. Diagnosa keperawatan

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

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077).
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (D.0142).
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas (D. 0056).
- d. Defisit perawatan diri berhubungan kelemahan fisik (D. 0109).
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054).
- f. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan dengan prosedur pembedahan (D. 0036).
- g. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplay ASI (D. 0029).

9. Intervensi keperawatan

Tabel 2.2
Intervensi keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan dan Kriteria hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI	Rasional
1	2	3	4	5
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Tampak meringis menurun 3) Sikap protektif menurun	Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	1. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak. 2. Mengetahui skala nyeri klien dari 1-10 3. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien 4. Mengetahui hal-hal yang memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien 5. Mengetahui sejauh mana pengetahuan dan keyakinan pasien tentang nyeri 6. Mengetahui pasien ekspresif atau tidak dalam mengungkapkan nyeri

1	2	3	4	5
			7. Identifikasi pengaaruh nyeri pada kualits hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Teurapetik: 10. Berikan tektik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terimbing, kompres hangat/dingin terapi bermain) 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) 12. Fasilitasi istirahat dan tidur	7. Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup 8. Untuk mengetahui rasa nyeri yang di alami pasien sudah berkurang 9. Mengetahui efek samping agar dapat segera ditangani 10. Dengan memberikan teknik nonfarmakologi diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri klien 11. Diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang 12. Mengalihkan dan memenuhi kenutuhan tidur pasien

1	2	3	4	5
			13. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 14. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri 16. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 18. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	13. Mengetahui sumber nyeri supaya tindakan yang dilakukan bisa meredakan nyeri 14. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien 15. Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul 16. Pasien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab dan lokasi saat nyeri muncul 17. Untuk mengurangi rasa nyeri 18. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri secara sederhana 19. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pada klien
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil: 1) Kebersihan tangan meningkat	Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Teurapetik: 2. Batasi jumlah pengunjung	1. Dengan monitor tanda dan gejala infeksi diharapkan infeksi dapat diketahui secara dini 2. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa

1	2	3	4	5
		2) Kebersihan badan meningkat 3) Nyeri menurun	3. Berikan perawatan kulit pada daerah oedema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi: 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 12. Kolaborasi pemberian imunisasi (jika perlu)	3. pengunjung yang dapat menyebabkan infeksi pada klien 4. Diharapkan dapat mengurangi oedema 5. Diharapkan dapat mempertahankan lingkungan aseptik pada klien 6. Mengurangi kontaminasi mikroorganisme 7. Diharapkan klien mengerti tentang tanda dan gejala infeksi 8. Untuk mengurangi resiko kontaminasi mikroorganisme 9. Mencegah penyebaran mikroorganisme saat batuk 10. Mencegah terjadinya infeksi pada luka 11. Untuk mempercepat penyembuhan luka 12. Untuk menjaga kelembapan pada kulit 13. Untuk mengurangi gejala

1	2	3	4	infeksi (jika ada) 5
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat. Kriteria hasil: 1) Kemudahan dalam aktivitas sehari-hari meningkat 2) Kecepatan berjalan meningkat 3) Jarak berjalan meningkat 4) Perasaan lemah menurun	Observasi: 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Teurapetik: 5. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau pasif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 9. Anjurkan tirah baring	1. Untuk mengetahui jarak yang bisa ditempuh suatu sendi dan arah pergerakannya 2. Diharapkan dapat mengurangi aktivitas pada saat klien merasa kesakitan dan tidak nyaman 3. Diharapkan bisa lebih beristirahat dengan nyaman 4. Supaya klien merasa nyaman dalam melakukan aktivitas 5. Diharapkan dapat memberikan rasa nyaman 6. Untuk mempertahankan energi saat bergerak 7. Untuk mengalihkan rasa nyeri dalam melakukan aktivitas 8. Untuk mempermudah pasien saat melakukan aktivitas 9. Untuk mengurangi kelelahan

1	2	3	4	pada pasien 5
			10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi: 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	10. Diharapkan pasien dapat beraktivitas secara bertahap sesuai kenyamanannya 11. Untuk mengetahui tindakan yang harus dilakukan selanjutnya 12. Mengetahui cara sederhana mengurangi kelelahan 13. Diharapkan dapat meningkatkan energi pada pasien dengan asupan makanan
4.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat. Kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan berpakaian secara mandiri meningkat	Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Teurapetik:	1. Mengetahui tingkat kemandirian pasien 2. Diharapkan kemandirian pasien meningkat 3. Membantu klien dalam melakukan perawatan diri

1	2	3	4	5
		3) Mempertahankan kebersihan diri meningkat	4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	4. Memberikan kenyamanan pada pasien untuk melakukan perawatan diri 5. Mempermudah pasien melakukan perawatan diri 6. Dapat menimbulkan perasaan nyaman dan pasien merasa lebih segar 7. Pasien dapat menerima keadaan ketergantungan 8. Dapat memotivasi pasien dalam melakukan perawatan diri 9. Pasien dapat mempertahankan kebersihan diri 10. Diharapkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri meningkat
5.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan	Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Dengan mengidentifikasi adanya nyeri diharapkan nyeri dapat berkurang

1	2	3	4	5
		mobilitas fisik meningkat. Kriteria hasil: 1) Nyeri menurun 2) Kelemahan fisik menurun 3) Kekuatan otot meningkat 4) Gerakan terbatas meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik: 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi: 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini	2. Mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan atau gerak yang akan dilakukan berikutnya 3. Mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah pasien 4. Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi 5. Agar dapat memudahkan klien dalam melakukan aktivitas 6. Meningkatkan status mobilitas pasien 7. Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan 8. Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot

1	2	3	4	yang berkepanjangan 5
			10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	10. Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien
6.	Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan prosedur pembedahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat. Kriteria hasil: 1) Asupan cairan meningkat 2) Kelembaban membran mukosa meningkat 3) Membran mukosa membaik 4) Turgor kulit membaik	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 dialysis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematocrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 5. Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika	1. Untuk mengetahui status hidrasi klien 2. Mengetahui dan mengontrol penurunan dan kenaikan berat badan signifikan 3. Mempertahankan berat badan yang ideal 4. Mengetahui apakah hasil pemeriksaan laboratorium normal atau tidak 5. Untuk mengontrol status hemodinamik agar dalam keadaan normal

1	2	3	tersedia) 4	5
			Terapeutik: 6. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 7. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 8. Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi: 9. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu	6. Diharapkan dapat mnjaga keseimbangan cairan pada tubuh pasien 7. Diharapkan asupan cairan meningkat 8. Untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien 9. Untuk menambah kecepatan pembentukan urine
7.	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplay ASI	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam menyusui tidak efektif teratasi. Kriteria hasil: 1) Pendekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3) Kepercayaan diri ibu	Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampun menerima informasi 2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya	1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi 2. Untuk mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui 3. Untuk membantu pasien atau keluarga dalam memahami materi 4. Memberikan penkes secara terjadwal 5. Mengetahui sejauh mana pemahaman pasien atau

1	2	meningat 3	4	5
			6. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri Edukasi: 7. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 8. Ajarkan perawatan payudara post partum	keluarga tentang materi yang disampaikan 6. Kepercayaan ibu dalam menyusui meningkat 7. Supaya mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 8. Klien dapat mengetahui perawatan payudara

10. Implementasi dan pelaksanaan

Implementasi adalah pelaksanaann dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Nursalam, 2014)

11. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian terakhir proses keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dan kriteria yang ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu. (Nursalam, 2014)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. C
Umur	: 29 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kp. Cilame RT/RW 04/04 Ds. Sukajadi Kec. Tarogong kaler
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Mengurus Rumah Tangga
Status perkawinan	: Kawin
Tanggal masuk	: 30 Mei 2022
Diagnosa medis	: Sectio Caesarea
No. rekam medik	: 01315061

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. W
Umur	: 41 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki

Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan dengan klien : Suami

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka post *sectio caesarea*

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dikaji tanggal 30 Mei 2022 jam 16.30 WIB terdapat luka post SC tertutup, klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi section caesarea dibagian abdomen klien tampak meringis menahan sakit, klien juga mengatakan takut untuk bergerak dan terlihat berhati-hati saat bergerak, nyeri dirasakan apabila klien bergerak dan berkurang apabila klien beristirahat, rasanya seperti ditusuk-tusuk, dirasakan pada daerah abdomen, nyeri dirasakan pada skala 6 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan ada riwayat persalinan section caesarea pada kehamilan sebelumnya dengan indikasi BBLR 1800 gram.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengidap penyakit hipertensi, diabetes mellitus, jantung dan penyakit menular.

e. Riwayat obstetri

1) Riwayat menstruasi

- a) Menarche : ketika usia 13 tahun (kelas 2 SMP)
- b) Lamanya haid : 4 hari
- c) Siklus : 28 hari (normal)
- d) Banyaknya : normal
- e) Sifat darah : cair, warna merah, bau khas darah
- f) HPHT : 27 Juli 2021
- g) Taksiran persalinan : 04 Mei 2022

2) Riwayat perkawinan

- a) Usia saat kawin : 22 tahun
- b) Lama perkawinan : 5 tahun
- c) Perkawinan yang ke: 1

3) Jenis kontrasepsi

- a) Jenis kontrasepsi sebelum hamil : Tidak menggunakan
- b) Waktu dan lama penggunaan : Tidak menggunakan
- c) Jenis kontrasepsi setelah melahirkan : IUD

4) Riwayat obsteri

Table 3.1

Riwayat obsteri

Kehamilan	Tempat	Penolong	Lama lahir	Cara persalinan	BBL	Jenis kelamin
1	RS	Dokter	7 bulan	Sectio Caesarea	1800 gram	Laki- laki

3. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : klien tampak lemah

b. Tanda-tanda vital

TTD : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,6°C

c. Kepala dan wajah

1) Mata

Pada saat di inspeksi bentuk kedua mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera putih, refleks pupil baik terbukti ketika diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik terbukti dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak kurang lebih 30cm.

2) Hidung

Pada saat di inspeksi kedua lubang hidung simetris antara kanan dan kiri. Fungsi penciuman baik terbukti dapat membedakan minyak wangi dan kayu putih dengan mata tertutup.

3) Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat serumen fungsi pendengaran baik terbukti dapat menjawab pertanyaan mahasiswa tanpa diulang

4) Mulut

Mukosa bibir merah muda, gigi tampak bersih dan lengkap, reflex menelan baik terbukti klien tidak mengeluh pada saat mencoba menelan.

5) Leher

Bentuk leher simetris dan bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pergerakan leher normal terbukti klien dapat menengok ke kanan dan kiri.

6) Dada

a) Jantung

Bunyi jantung regular, tidak ada bunyi tambahan

b) Paru-paru

Bunyi nafas vesikuler tidak terdengar bunyi tambahan

c) Payudara

Payudara terba hangat dan keras, puting susu menonjol, ada pengeluaran ASI, areola coklat kehitaman, mengatakan nyeri pada payudara, ada nyeri tekan pada payudara.

7) Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen cembung, terdapat luka pembedahan SC 15cm horizontal dibawah abdomen, terdapat linea nigra dan striae livide

Auskultasi : bising usus 12x/menit

Palpasi : terdapat nyeri tekan, kontraksi uterus kuat, TFU 2 jari dibawah pusat

Perkusi : tidak ada distensi abdomen

8) Genitalia

Terdapat lochea rubra keluar dari vagina

9) Ekstremitas

Atas : pada saat diinspeksi bentuk ekstermitas atas simetris antara kanan dan kiri, kedua tangan bisa digerakan kesegala arah dengan bebas, kekuatan otot 5/5.

Bawah : pada saat diinspeksi bentuk kedua kaki simetris antara kanan dan kiri, kaki bisa di gerakan namun

lemas, kekuatan otot 4/4, refleks patella positif,
human sign negative.

4. Pola aktivitas

Tabel 3.2

Pola aktivitas

No.	Aktivitas sehari-hari	Dirumah	Dirumah sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x1 hari	Masih puasa
	Jenis	Nasi, lauk pauk	
	Porsi	1 porsi	
	Cara	Mandiri	
	b. Minum		
	Frekuensi	1500cc-1700cc/hari	Sedikit
	Jenis	Air putih, air the	Ari putih
	Cara	Mandiri	Dengan bantuan
2.	Pola Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x/hari	Belum BAB
	Konsistensi	Padat	
	Bau	Khas feses	
	warna	Kuning	

	Cara b. BAK Frekuensi Bau Cara Warna	Mandiri 3-4x/hari Khas urine Mandiri Kuning jernih	 1000cc Khas urine Terpasanh DC Kuning jenuh
3.	Pola Istirahat Tidur a. Tidur siang b. Tidur malam c. Kualitas	 Jarang tidur siang 6-8 jam Nyenyak	 1-2 jam 4-5 jam Nyenyak
4.	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Berpakaian	 2x/hari 2x/hari 2x/hari	 Belum pernah Belum pernah 1x/hari

5. Aspek Psikologis,Sosial dan Spiritual

a. Psikososial

Klien dan semua keluarganya merasa sangat bahagia atas kelahiran anaknya, berdasarkan pengkajian klien berada pada fase taking in karena saat ini klien mulai terfokus pada dirinya.

b. Sosial

Klien dapat berkomunikasi dengan keluarga dan perawat.

c. Spiritual

Klien beragama islam dn selalu mengerjakan sholat 5 waktu. Ketika masih sehat klien selalu berdoa dan meminta kepada yang maha kuasa agar diberi kelancaran dalam persalinannya, ia dan bayinya dalam keadaan sehat

d. Data penunjang

Tabel 3.3

Data penunjang

Tanggal 31 Mei 2022

No.	Pemeriksaan	Hasil	Normal
1.	HEMATOLOGI		
	Darah rutin		
	Hemoglobin	14,2 gr/dl	12,0gr/dl
	Hematokrit	42%	35-47%
	Leukosit	11.770/mm ³	3800-10.000/mm ³
	Trombosit	258.000/mm ³	130ribu-440ribu/mm ³
	Eritrosit	4,7 juta/mm ³	3,6-5,8 juta/mm ³

e. Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa data

No.	Data	Penyebab	Masalah
1	2	3	4
1.	DS: - Klien mengatakan nyeri pada bekas operasi - Nyeri seperti ditusuk-tusuk - Dengan skala nyeri 6 DO: - TTV TD: 120/80mmHg N : 80x/menit R : 20x/menit S : 36,6°C - Klien tampak	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya sectio casarea. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglandin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat	Nyeri akut

1	meringis menahan nyeri	dipersepsikan. 3	4
	2 - Klien tampak berhati-hati saat bergerak - Terdapat luka post SC tertutup		
2.	DS: - Klien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri - Klien mengatakan aktivitas dilakukan ditempat tidur dan dibantu oleh keluarga DO: - Klien tampakmelakuka	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya SC. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus dan menyebabkan nyeri. Karena terdapat nyeri klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilitas	Gangguan Mobilitas Fisik

1	n aktivitas seminimal mungkin 2	3	4
3.	DS: - DO: - Terdapat luka SC tertutup perban - Leukkosit 11.770/mm ³	Serotinus merupakan satu indikasi dilakukannya SC. Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengaibatkan adanya pintu masuk kuman	Resiko Infeksi
4.	DS: - Nyeri pada payudara DO: - Aerola coklat kehitaman - Ada pengeluaran ASI - Putting susu menonjol	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, terjadi ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui Tidak Efektif

f. Diagnosa yang muncul

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
- 4) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplay ASI

g. Intervensi keperawatan

Tabel 3.5
Intervensi keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
1.	Nyeri akut ditandai dengan DS: a. Klien mengatakan nyeri pada luka post <i>sectio caesarea</i> b. Nyeri seperti ditusuk-tusuk c. Skala nyeri 6 DO: a. Klien tampak meringis menahan nyeri 2	Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Tampak meringis menurun 3) Sikap protektif menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan tektik nonfarmakologi (Tarik nafaas dalam, kompres hangat atau dingin) 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) 5. Kolaborasi pemberian analgetik	1. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak. 2. Mengetahui skala nyeri klien dari 1-10 3. Dengan memberikan teknik nonfarmakologi diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri klien 4. Diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang 5. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pada klien

1	b. Klien tampak berhati-hati saat bergerak c. Terdapat luka post <i>sectio caesarea</i> tertutup	3	4	5
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi) dibuktikan dengan fisik lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat. Kriteria hasil: 1) Nyeri menurun 2) Kelemahan fisik menurun 3) Kekuatan otot meningkat 4) Gerakan terbatas meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	1. Dengan mengidentifikasi adanya nyeri diharapkan nyeri dapat berkurang 2. Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi 3. Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien
3.	Resiko infeksi ditandai dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Dengan monitor tanda dan gejala infeksi
1	2	3	4	5

	DS: - DO: a. Terdapat luka <i>sectio caesarea</i> tertutup perban b. Leukosit 11.770mm^3	diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil: 1) Kebersihan tangan meningkat 2) Kebersihan badan meningkat 3) Nyeri menurun	2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Kolaborasi pemberian antibiotic (jika perlu)	2. diharapkan infeksi dapat diketahui secara dini 3. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung yang dapat menyebabkan infeksi pada klien 4. Diharapkan dapat mempertahankan lingkungan aseptik pada klien 5. Diharapkan klien mengerti tentang tanda dan gejala infeksi 6. Untuk mengurangi gejala infeksi (jika ada)
4.	Menyusui Tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplay ASI	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam menyusui tidak efektif teratasi Kriteria hasil: 1) Pendekatan bayi pada payudara ibu meningkat	1. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui 2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	1. Mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui 2. Kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat
1				5

	2	3	4	
		2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3) Kepercayaan diri ibu meningkat	3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Ajarkan perawatan payudara post partum	3. Pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Pasien mengetahui perawatan payudara

h. Implementasi keperawatan

Tabel 3.6
Implementasi keperawatan

Tanggal dan jam	DX	Implementasi	Evaluasi	pelaksana
1	2	3	4	5
31 Mei 2022 08.00	I	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon pasien: nyeri pada bagian abdomen dirasakan 5 menit sekali nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas, nyeri seperti ditusuk-tusuk	JAM 12.00 S: - Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian perut - Rasanya seperti ditusuk-tusuk - Nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas - Nyeri dirasakan 5 menit sekali - Nyeri dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6 (0-10)	Yesilia
08.10		2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon pasien: skala nyeri 6 (0-10)	O: - TD : 120/80mmHg N : 87x/menit	
08.15		3. Memberikan teknik nonfarmakologi (Tarik nafaas dalam, kompres hangat atau dingin)		
1	2	3	4	5

08.35		Respon pasien: setelah melakukan Tarik nafas dalam pasien tampak rileks dan nyaman dan nyeri berkurang saat dilakukan kompres hangat menggunakan cairan RL dalam labu 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) mengatur suhu ruangan dengan membuka jendela, mengatur pencahayaan yg terang menggunakan lampu, mengurangi kebisingan. Respon pasien: Klien tampak lebih nyaman 5. Memberikan analgetik ketorolac 30mg IV Respon pasien: setelah diberikan analgetik pasien mengatakan nyeri berkurang	R : 21x/menit S : 36,7°C - Pasien terlihat meringis kesakitan ketika bergerak A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
09.00				
31 Mei 2022 09.15	II	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon pasien: tidak ada keluhan fisik yang lainnya	Jam 12.15 S: - Pasien mengatakan belum mampu bergerak karena masih nyeri	Yesilia
1	2	3	4	5

09.20		2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Respon pasien: setelah dijelaskan mengenai tujuan mobilisasi yaitu untuk memenuhi kebutuhan dasar termasuk aktivitas sehari-hari agar tidak terjadi kekakuan pada otot, pasien mengerti dengan apa yang di jelaskan	- Pasien mengatakan sudah mencoba miring kanan dan kiri O: - Aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
09.30		3. Menjarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) Respon pasien: setelah diajarkan mobilisasi sederhana pasien melakukannya dengan hati-hati dan tampak meringis kesakitan		
31 Mei 2022 10.00	III	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon pasien: tidak ada kenaikan suhu, tidak ada kemerahan disekitar luka 2. Membatasi jumlah pengunjung Respon pasien: mengurangi kontak dengan membatasi pengunjung	Jam 12.30 S: - O: - Suhu pasien 36,7°C - Tidak tampak kemerahan disekitar luka A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Yesilia
10.10	2			5
1		3	4	

10.20		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon pasien: setelah melakukan cuci tangan dapat mengurangi kontaminasi mikroorganisme pada pasien dan perawat		
10.25		4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi yaitu demam, kemerahan disekitar luka, diare, luka basah Karena muncul nanah atau cairan luka Respon pasien: setelah dijelaskan mengenai tanda dan gejala infeksi pasien mengerti dengan yang dijelaskan.		
10.40		5. Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic (jika perlu) Diberikan infus metrodinazole 100ml IV		
31 Mei 2022 11.00	IV	1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon pasien: keinginan menyusui kurang	S: - Pasien mengatakan sudah ada keinginan menyusui - Pasien mengatakan nyeri berkurang	Yesilia
1	2	3	4	5

11.05		2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Respon pasien: setelah mendapatkan dukungan dan motivasi menyusui, pasien ada keinginan untuk menyusui	O: - klien paham dengan yang di sampaikan A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
11.10		3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi yaitu dapat memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi, mencegah berbagai penyakit, menurunkan resiko depresi pada ibu dan untuk mempercepat pemulihan rahim pasca persalinan. Respon pasien: setelah dijelaskan tentang manfaat menyusui pasien mengerti tentang manfaat ASI		
11.20		4. Ajarkan perawatan payudara post partum yaitu: - Kompres aerola mammae dengan kapas yang diberikan oil 2-3 menit untuk mengangkat kerak diarea puting - Tuang minyak ke telapak tangan, simpan tangan ditengah payudara urut keatas kesamping, kebawah dan melintang lalu lepaskan ulang 5-20 kali		
1	2	3	4	5

		- Urut kiri dengan tangan kiri lalu tangan kanan mengepal dan urut dari atas ke depan aerola, lalu dari samping kanan dan kiri kedepan dan dari bawah kedepan. Dilakukan pada payudara kanan juga. - Kompres payudara dengan air hangat menggunakan waslap atau handuk dilakukan 2-3 menit - Lalu bersikan payudara Pasien mengerti tentang perawatan payudara Respon pasien: Respon pasien: setelah diajarkan perawatan payudara post partum, pasien mpaham dengan apa yang dijelaskan.		
--	--	--	--	--

i. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7
Catatan perkembangan

Tanggal/jam	DX	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4
01 Juni 2022 14.30	I	S: - Pasien mengatakan nyeri berkurang O: - Pasien tampak meringis - Nyeri skala 5 (0-10) - TD : 120/80mmHg - N : 80x/menit - R : 20x/menit - S : 36,6°C A: nyeri akut P: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologi (Tarik nafaas dalam, kompres hangat atau dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) - Kolaborasi pemberian analgetik I: jam 15.00 - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) - Melakukan kolaborasi pemberian analgetik	Yesilia

1	2	3	4
		E: Masalah teratasi sebagian	
01 Juni 2022 15.00	II	S: - Pasien mengatakan suda bisa miring kanan dan kiri O: - Pasien masih terlihat lemas A: Gangguan mobilitas fisik P: - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) I: jam 15.30 - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Menjarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan dan kiri) E: Masalah teratasi sebagian	Yesilia
01 Juni 2022 15.30	III	S: - Pasien mengatakan ada luka bekas operasi O: - Terdapat luka post operasi SC - Luka tertutup perban - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Lingkungan klien bersih - Suhu 36,5°C A: Masalah teratasi	Yesilia

1	2	3	4
01 Juni 2022 15. 45	IV	S: - Pasien mengatakn payudara sudah tidak nyeri - Ada keinginan menyusui O: - Pasien tampak menyusui bayinya A: Masalah teratasi	Yesilia
02 Juni 2022 14.20	I	S: - Klien mengatakan nyeri masih ada O: - Skala nyeri 4 - TD : 120/80mmHg - N : 83x/menit - R : 20x/menit - S :36,5°C A: nyeri akut P: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Berikan tektik nonfarmakologi (Tarik nafaas dalam, kompres hangat atau dingin) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan) - Kolaborasi pemberian analgetik I: jam 14.50 - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan teknik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin) - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, pencahayaan, kebisingan)	Yesilia

1	2	3	4
		- Melakukan kolaborasi pemberian analgetik E: Masalah teratasi sebagian	
02 Juni 2022 14.50	II	S: - Pasien mengatakan sudah bisa duduk - Pasien mengatakan sudah bisa ke toilet dengan cara dibantu keluarga atau perawat O: - Klien terlihat sudah lebih segar dan tidak lemas A: Masalah teratasi	
03 Juni 2022 09.00	I	S: - Klien mengatakan nyeri masih ada tapi sudah berkurang O: - Skala nyeri 3 - TD : 120/80mmHg - N : 80x/menit - R : 21x/menit - S : 36,3°C A: Masalah teratasi sebagian	Yesilia

B. Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dengan menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. C. asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan yaitu tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan, dan tahap evaluasi.

Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 30 Mei 2022 sampai 02 Juni 2022. Selama dilakukan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan apapun.

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Pada kasus Ny. C dengan post sectio caesarea hari ke-1 atas indikasi serotinus ditemukan adanya nyeri pada luka sectio caesarea, luka 15cm horizontal, adanya nyeri tekan, skala nyeri 5, klien tampak meringis. Luka post sectio caesarea mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merangsang pelepasan enzim serotonin, bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang merangsang reseptor nyeri (Wilkinson, 2012).

Pada kasus Ny. C dengan post sectio caesarea hari ke-1 atas indikasi serotinus ditemukan bahwa aktivitas klien dibantu oleh keluarga sebagian, klien tampak berbaring, kekuatan otot 4/4, klien tampak meringis saat melakukan aktivitas, karena adanya luka post

sectio caesarea yang merangsang reseptor nyeri sehingga mengakibatkan kemampuan untuk beraktivitas dibatasi karena klien khawatir pergerakannya akan membahayakan terhadap luka operasi.

Pada kasus Ny. C dengan post sectio caesarea hari ke-1 atas indikasi serotinus ditemukan luka post sectio caesarea dibagian perut bawah 15cm horizontal, suhu 36,6°C, leukosit 11.770/mm³. dilakukan tindakan sectio caesarea dan terdapat luka post section caesarea dan terdapat luka post operasi yang mengakibatkan jaringan terbuka akibat proses pembedahan insisi dan proteksi akan menimbulkan invasi bakteri.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada Ny. C P2A0 post sectio caesarea hari ke-1 atas indikasi serotinus di Ruang Zade Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI (2017)

a. Nyeri akut

Diagnosa yang muncul yaitu nyeri akut akibat terdapat luka insisi yang menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus, hal ini akan merangsang pengeluaran histamine, bradikinin, dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri.

b. Gangguan mobilitas fisik

Diagnosa ini muncul karena ada nya luka insisi yang mengakibatkan nyeri sehingga klien mengalami kelemahan saat melakukan aktivitas.

c. Resiko infeksi

Diagnosa ini muncul karena terdapat luka insisi yang menyebabkan adanya pintu masuk kuman sehingga dapat mengakibatkan terjadinya resiko infeksi pada luka.

d. Menyusui tidak efektif

Menyusui tidak efektif disebabkan karena prolactin menurun dan mengakibatkan pengeluaran ASI pun menurun sehingga berpengaruh pada hisapan bayi dan menyebabkan menyusui tidak efektif.

Masalah yang ada pada teori tetapi tidak ada pada klien yaitu:

a. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas terjadi karena adanya luka insisi yang mengakibatkan jaringan terputus sehingga merangsang nyeri dan menimbulkan intoleransi aktivitas.

b. Defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri terjadi karena setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan kelemahan dan penurunan motivasi melakukan perawatan diri.

c. Resiko ketidakseimbangan cairan

Resiko ketidakseimbangan terjadi karena involusi tidak adekuat yang menyebabkan perdarahan sehingga klien akan mengalami resiko ketidakseimbangan cairan.

3. Tahap Perencanaan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu untuk nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik intervensi utamanya adalah manajemen nyeri salah satu rencana tindakannya yaitu berikan tektik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin). Untuk perencanaan diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri intervensi utamanya adalah dukungan ambulasi salah satu rencana tindakannya identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Perencanaan diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi intervensi utamanya adalah pencegahan infeksi salah satu rencana tindakannya monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Dan perencanaan diagnosa yang keempat Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidadkadekuatan suplay asi intervensi utamanya adalah edukasi menyusui salah satu rencana tindakannya identifikasi tujuan atau keinginan menyusui.

4. Tahap Implementasi

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan tindakan yang telah direncanakan. Implementasi yang dilakukan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik adalah salah satunya dengan memberikan tektik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin. Kemudian diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri salah satu tindakan yang dilakukan

yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Untuk diagnosa yang ke tiga Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi salah satu tindakan yang dilakukan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Dan untuk diagnosa yang ke empat Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplay ASI salah satu tindakan yang dilakukan yaitu dengan mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui.

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang membandingkan antara kriteria tujuan dengan hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Dalam mengevaluasi hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. C selama 5 hari dari tanggal 30 Mei 2022 sampai 03 Juni 2022, penulis secara langsung melakukan perkembangan klien. Dari 4 permasalahan yang timbul, diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik dengan standar luaran keperawatan Indonesia ekspektasi keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun, sikap protektif menurun dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nyeri menurun (3) maka masalah teratasi sebagian dan dilanjutkan dengan *home visit*. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dengan standar luaran keperawatan Indonesia ekspektasi nyeri menurun, kelemahan fisik menurun, kekuatan otot meningkat, gerakan terbatas

menurun setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari kelemahan fisik menurun (5), kekuatan otot meningkat (5) maka masalah teratasi. Diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi dengan standar luaran keperawatan Indonesia kebersihan tangan meningkat kebersihan badan meningkat, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 hari kebersihan tangan meningkat (5), kebersihan badan meningkat (5) maka masalah teratasi. Diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplay ASI dengan standar luaran keperawatan ekspektasi pendekatan bayi pada payu dara ibu meningkat, kemampuan kemampuan ibu memposisikan bayi meningkat, kepercayaan diri ibu meningkat, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 hari pendekatan bayi pada payudara ibu meningkat (5), kemampuan ibu memposisikan bayi meningkat (5), kepercayaan diri ibu meningkat (5) maka masalah teratasi. Perencanaan yang disusun dapat dilaksanakan, klien juga dapat menerima semua implementasi yang diberikan dan bersedia menerima terapi sesuai advis dokter. Pada tanggal 03 Juni 2022 klien diperbolehkan untuk pulang kerumah dan dalam 1 masalah yang belum teratasi dilanjutkan dengan *home visit*.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. C P2A0 dengan Post Sectio Caesarea Hari ke-1 atas Indikasi Serotinus Di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut pada tanggal 30 Mei sampai 03 Juni 2022 maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi bio, psiko, sosio dan spiritual pada Ny. C P2A0 6 jam Post Sectio Caesarea atas Indikasi Serotinus Di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut. Penulis mendapatkan data klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi, klien merasa aktivitasnya terganggu karena luka operasi, leukosit $11.770/\text{mm}^3$.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny. C P2A0 6 jam Post Sectio Caesarea atas Indikasi Serotinus Di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut. Adapun diagnosa yang muncul pada klien yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif serta disesuaikan dengan kebutuhan yang dihadapi berdasarkan prioritas masalah.

3. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan dengan tujuan yang ingin dicapai pada Ny. C P2A0 6 jam Post Sectio Caesarea atas Indikasi Serotinus Di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu mengimplementasikan tindakan yang telah direncanakan untuk Ny. C P2A0 6 jam Post Sectio Caesarea atas Indikasi Serotinus Di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut. Pada tahap ini penulis melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari setiap tindakan yang dilakukan pada Ny. C P2A0 6 jam Post Sectio Caesarea atas Indikasi Serotinus Di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut. Dari 4 masalah yang muncul nyeri akut teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik teratasi, resiko infeksi teratasi, menyusui tidak efektif teratasi.
6. Penulis mampu melakukan dokumentasi dari setiap tindakan yang dilakukan pada Ny. C P2A0 6 jam Post Sectio Caesarea atas Indikasi Serotinus Di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut.

B. Saran

1. Perawat

Diharapkan dapat terus melakukan pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada klien Post Sectio Caesarea dalam meningkatkan derajat kesehatan bagi kesejahteraan ibu dan anak.

2. Institusi Rumah Sakit

Untuk memberikan pelayanan kesehatan harus lebih ditingkatkan dengan mengadakan pelatihan tindakan untuk para perawat dengan tujuan agar menambah wawasan dan ilmu pengetahuan bagi perawat kedepannya.

3. Klien

Klien mampu mempraktekan anjuran perawat atau dokter saat dirumah sakit, memperbanyak pengetahuan khususnya tentang post sectio caesarea.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, Reni Yuli,. (2012). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Medika.
- Buku Register Bidang Pendataan Dan Pelaporan Data Umum Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut 2021.
- Cynningham, F.G., 2012. Obsteri Williams. Cetakan 23, EGC, Jakarta. PP.774-797.
- Doengoes, Marilyn, E. 2015. Rencana asuhan keperawatan. Ahli bahasa: I Made Kariasi, S. Kep. Ni Made Sumawarti, S. Kep. Jakarta: EGC.
- Jannah, N. 2013. Asuhan Kebidanan Ibu Hamil. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Jitowiyono, S dan Kristiyanasari, W. 2012. Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Pendekatan Nanda, NIC, NOC. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Manuaba, I. 2012. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB. Jakarta: EGC.
- Nanda. (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017. Edisi 10 Editor T Heather Hermand, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A.H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa dan Nanda NIC NOC. Jilid 1. Jogjakarta: Mediacion.
- Nurjanah, S.N., Maemunah, A.S., & Badriah, D.L. (2013). Asuhan Kebidanan Post Partum dengan Asuhan Kebidanan Post Sectio Caesarea. Bandung: PT. Refrika Aditama.
- Nugroho, T. (2012). Obgyn: Obsteri dan Ginekologi. Yogyakarta: Nuha Medika.

Prawirohardjo, Sarwono. 2012. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Prawirohardjo.

Varney, Helen. 2013. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI PPNI, 2017

Wilkinson, A, (2012). *Rencana asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan: diagnose keperawatan dan masalah kolaboratif* (edisi 9).

Yuliana wahida, & Hakim, B.N. (2020). Emodemo Dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PIJAT OKSITOSIN



Disusun oleh:

Nama : Yesilia Pratiwi

NIM : KHGA19045

Kelas : 3A

PRODI D3 KEPERAWATAN

STIKES KARSA HUSADA GARUT

TAHUN AJARAN 2020/2021

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PIJAT OKSITOSIN

Topik	: Pijat Oksitosin
Sasaran	: Keluarga Ny. C
Target	: Memahami tentang Pijat Oksitosin
Hari/Tanggal	: Rabu, 01 Juni 2022
Waktu	: 15 menit
Tempat	: Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut
Penyuluh	: Yesilia Pratiwi

A. LATAR BELAKANG

Menyusui sejak dini mempunyai dampak yang positif baik bagi ibu maupun bayinya. Bagi bayi, menyusui mempunyai peran penting untuk menunjang pertumbuhan, kesehatan, dan kelangsungan hidup bayi karena ASI kaya dengan zat gizi dan antibodi. Bagi ibu, menyusui dapat mengurangi mortalitas karena proses menyusui akan merangsang kontraksi uterus sehingga mengurangi perdarahan pasca melahirkan (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin, dan mineral). ASI mengandung kolostrum yang kaya akan antibodi karena mengandung protein untuk daya tahan tubuh dan pembunuh kuman dalam jumlah tinggi sehingga pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi risiko kematian pada bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Data Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2016) masih menunjukkan rata-rata angka pemberian ASI eksklusif di dunia baru berkisar 38 persen. Di

Indonesia meskipun sejumlah besar perempuan (96%) menyusui anak mereka dalam kehidupan mereka, hanya 42% dari bayi yang berusia di bawah 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif. Pada saat anak-anak mendekati ulang tahunnya yang ke dua, hanya 55% yang masih diberi ASI.

Menurut kajian global “The Lancet Braestfeeding Series, 2016 telah membuktikan Menyusui Eksklusif menurunkan angka kematian karena infeksi se banyak 88% pada bayi berusia kurang dari 3 bulan, Sebanyak 31,36% (82%) dari 37,94% anak sakit, karena tidak menerima ASI Eksklusif.

Kolostrum berwarna kekuningan dihasilkan pada hari pertama sampai hari ketiga. Hari keempat sampai hari kesepuluh ASI mengandung immunoglobulin, protein, dan laktosa lebih sedikit dibandingkan kolostrum tetapi lemak dan kalori lebih tinggi dengan warna susu lebih putih. Persentase bayi 0-5 bulan yang masih mendapat ASI eksklusif sebesar 54,0%, sedangkan bayi yang telah mendapatkan ASI eksklusif sampai usia enam bulan adalah sebesar 29,5%. (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Penelitian yang dilakukan oleh (Lestari Humaediah, 2016) di Desa Merbuh Singorojo, menunjukkan pengaruh pijat oksitosin terhadap produksi ASI ibu menyusui sebelum diberikan pijat oksitosin, sebagian besar produksi ASI kurang sebanyak 18 ibu (60%). Sedangkan jumlah produksi ASI sesudah pijat oksitosin pada sebagian besar cukup sebanyak 16 ibu (53,3%). Maka ada pengaruh pijat oksitosin terhadap kelancaran ASI.

B. TUJUAN INTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 15 menit diharapkan keluarga Ny. C dapat mengerti dan memahami tentang pijat oksitosin

C. TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan penyuluhan selama 15 menit masyarakat mampu:

1. Mengetahui pengertian pijat oksitosin
2. Mengetahui tujuan pijat oksitosin
3. Mengetahui manfaat pijat oksitosin
4. Memahami hal yang mempengaruhi produksi oksitosin
5. Mengerti dan memahami langkah-langkah pijat oksitosin

D. MATERI PENYULUHAN

1. Pengertian pijat oksitosin
2. Tujuan pijat oksitosin
3. Manfaat pijat oksitosin
4. Hal yang mempengaruhi produksi oksitosin
5. Langkah-langkah pijat oksitosin

E. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab

F. MEDIA

1. Leaflet

G. EVALUASI

Dilakukan dengan tanya jawab antara penyuluh dan keluarga Ny. C mengenai pijat oksitosin

H. PROSES PELAKSANAAN

No.	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	3 menit	Pembukaan: a. Membuka/memulai kegiatan dengan mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan d. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan disampaikan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan c. Memperhatikan d. Menjawab pertanyaan

		e. Bertanya pada peserta apakah sudah mengetahui tentang etika batuk dan bersin	
2.	7 menit	Pelaksanaan: Penyampaian materi: 1. Menjelaskan pengertian pijat oksitosin 2. Menjelaskan tujuan pijat oksitosin. 3. Menjelaskan manfaat pijat oksitosin 4. Menjelaskan hal yang mempengaruhi produksi oksitosin 5. Menjelaskan angkah-langkah pijat oksitosin	a. Mendengarkan dan memperhatikan materi yang sedang dijelaskan penyuluh
3.	3 menit	Evaluasi: a. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan, dan kepada peserta yang dapat menjawab pertanyaan b. Memberikan kesempatan peserta untuk menanyakan sesuatu yang belum dimengerti	a. Menjawab pertanyaan yang diberikan penyuluh b. Bertanya kepada penyuluh apabila masih ada yang kurang dimengerti
4.	2 menit	Terminasi:	

		a. Mengucapkan terimakasih atas peran sertanya b. Mengucapkan salam penutup	a. Mendengarkan b. Menjawab salam
--	--	---	--------------------------------------

I. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- Satuan acara penyuluhan telah siap sebelum penyuluhan dimulai
- Tempat dan media telah siap sebelum penyuluhan dimulai
- Penyaji materi telah siap memberikan penyuluhan
- Waktu dan tempat sesuai yang telah ditentukan

2. Evaluasi Proses

- Pelaksanaan penyuluhan berpera sesuai dengan perannya
- Penyuluhan berlangsung sesuai dengan jadwal dan waktu yang telah ditentukan
- Adanya sesi Tanya jawab/diskusi
- Media dapat digunakan secara efektif
- Peserta dapat menerima materi penyuluhan yang disampaikan

J. MATERI

1. Pengertian pijat oksitosin

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Pijat oksitosin juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh keluarga, terutama suami pada ibu menyusui yang berupa pijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan produksi hormon oksitosin sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta, mencegah perdarahan,

serta memperbanyak produksi ASI. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau reflex let down. Selain untuk merangsang reflex let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu, 2015).

2. Tujuan pijat oksitosin

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang refleks oksitosin Atau let down reflex. Selain untuk merangsang let down reflex manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, Merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI. (Wulandari, Setyo Retno. 2012)

3. Manfaat perawatan payudara bagi ibu nifas dengan sectio caesarea

Manfaat dari pijat oksitosin diantaranya adalah membantu ibu secara psikologis, memberikan ketenangan, mengurangi stress serta meningkatkan rasa percaya diri dan berfikir positif akan kemampuan diri dalam memberikan Asi. Selain untuk memperlancar pengeluaran Asi pijat/Massage oksitosin juga membantu proses involusi uterus. Dengan pijat oksitosin maka hypofisis posterior akan meningkatkan produksi hormon oksitosin. Hormon ini akan menstimulasi otot polos dalam uterus saat persalinan maupun nifas. Banyak penelitian yang sudah membuktikan bahwa pijat oksitosin berpengaruh dalam proses involusi uterus, sehingga dapat mencegah risiko pendarahan post partum. (Hockenberry 2015)

4. Hal Yang Dapat Mempengaruhi Produksi Oksitosin

Hal yang dapat meningkatkan hormon oksitosin

- a. Ibu dalam keadaan tenang
- b. Mencium dan mendengarkan celotehan bayi atau tangisannya

- c. Melihat dan memikirkan bayinya
 - d. Ayah menggendong bayi dan diberikan pada ibunya saat akan menyusui
 - e. Ayah menggantikan popok dan memandikan.
5. Langkah-langkah pijat oksitosin
- a. Persiapan alat-alat
 - 1) Kursi
 - 2) Meja
 - 3) Minyak aroma terapi / minyak telon aroma terapi
 - 4) BH kusus untuk menyusui.
 - 5) Handuk 2.
 - b. Langkah-Langkah Pijat Oksitosin
 Berikut ini langkah-langkah melakukan pijat oksitosin:
 - 1) Duduklah dengan nyaman sambil bersandar ke depan, bisa dengan cara melipat lengan di atas meja.
 - 2) Letakkan kepala di atas lengan
 - 3) Lepas bra dan baju bagian atas. Biarkan payudara tergantung lepas
 - 4) Lumuri kedua tangan dengan sedikit baby oil
 - 5) Kepalkan kedua tangan dengan ibu jari menunjuk ke depan dimulai dari bagian tulang yang menonjol di tengkuk. Turun sedikit ke bawah kira-kira dua ruas jari dan geser ke kanan ke kiri, setiap kepalan tangan sekitar dua ruas jari
 - 6) Dengan menggunakan kedua ibu jari, mulailah memijat membentuk gerakan melingkar kecil menuju tulang belikat atau daerah dibagian batas bawah bra ibu
 - 7) Lakukan pijat ini sekitar 3 menit dan dapat diulangi sebanyak 3 kali.
 - 8) Setelah selesai memijat sambil membersihkan sisa baby oil, kompres pundak-punggung ibu dengan handuk hangat (Kumalasari, Intan. 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) 2013. *Laporan Nasional* 2013, 46, 1-384.
- Hockenberry, M., Wilson, D. (2015). Wong's nursing care of infants and children, ten edition. USA: Elseveir.
- Kumalasari, Intan. 2015. Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. 2017. *Data dan Informasi Profil Kesehatan 2016*
- Rahayuningsih, F,B. (2015). Pengetahuan Ibu Hamil tentang Perawatan Nifas dan Bayi Baru Lahir. *Prosiding Seminar Nasional Fakultas Ilmu Kesehatan*, 79-83.
- Wulandari, Setyo Retno. (2012), Asuhan Kebidanan Ibu Nifas. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Yesilia Pratiwi

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Tempat, tanggal lahir : Garut, 11 November 2000

Status marital : Belum Menikah

Alamat : Kp. Nagrog RT/RW 01/02 Desa Sindanggalih
Kec. Karangpawitan Kab. Garut.

2. Riwayat pendidikan

- a. MI Al-Khoiriyyah : 2007-2013
- b. SMPN 2 Garut : 2014 -2016
- c. SMA Negeri 11 Garut : 2017-2019
- d. STIKes Karsa Husada garut : 2019 -2022

Demikian daftar riwayat hidup ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Garut, juli 2022

Yesilia Pratiwi