

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.W P₂A₀ POST SECTIO
CAESAREA POD 1 ATAS INDIKASI LETAK SUNGSANG DI
RUANGAN DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH :

PUTRI MIRAZ NURJANAH
NIM: KHGA20102



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.W P₂A₀
POST SECTIO CAESAREA POD 1 ATAS
INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG
DELIMA RSUD CIAMIS**

NAMA : PUTRI MIRAZ NURJANAH

NIM : KHGA20102

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

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing

Eti Suliyawati,S.Kep.,M.Si

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E P₂A₀
POST SECTIO CAESAREA POD 1 ATAS
INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG
DELIMA RSUD CIAMIS**

NAMA : PUTRI MIRAZ NURJANAH

NIM : KHGA20102

Garut, Juni 2023

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, M.Kep

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

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Eti Suliyawati, S.Kep., MSi

ABSTRAK

IV BAB, 105 halaman, 12 tabel, 1 bagan, 4 lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini di latar belakang oleh tingginya angka kejadian Sectio Caesarea di RSUD Ciamis dengan peringkat ke 2 dari 10 kasus yang ada. Adapun Tujuan Karya Tulis Ini Yaitu memperoleh pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada klien dengan Post Op Sectio Caesarea atas Indikasi Letak Sungsang yang meliputi aspek biologi, psikologi, social dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Letak sungsang merupakan janin yang letaknya memanjang (membujur) di dalam rahim dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada di bawah. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan pada kehamilan dengan letak Sungsang adalah Sectio Caesarea. Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Hasil pengkajian yang dilakukan ditemukan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi . Perencanaan dan implementasi yang dibuat ditujukan pada masalah keperawatan yang muncul. Adapun intervensi dan implementasi dalam *post section* atas indikasi sungsang yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis, memberikan therapy analgetik, mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi, memberikan therapy antibiotic, mengidentifikasi kemampuan klien beraktivitas, melatih mobilisasi sesuai tahapan mobilisasi. Hasil evaluasi terhadap Ny.W 3 diagnosa keperawatan, dengan 1 diagnosa teratasi dan 2 diagnosa teratasi sebagian. Kesimpulan karya tulis ilmiah ini sangat efektif yaitu penulis dapat melaksanakan pengkajian secara komprehensif, membuat rencana tindakan keperawatan, melaksanakan keperawatan, mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan, dan melibatkan peran aktif keluarga. Diagnosa yang dapat teratasi dan kriterianya tercapai yaitu gangguan mobilitas fisik karena klien sudah mampu melakukan mobilisasi sesuai tahapan mobilisasi sedangkan yang teratasi sebagian dengan beberapa kriteria yang belum tercapai yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Hal ini terjadi karena nyeri akut dan resiko infeksi memerlukan waktu untuk penyembuhan.

Kata Kunci: Letak Sungsang dan Sectio Caesarea : 37 sumber (2013-2023)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT. Yang telah melimpahkan Rahmat dan karunia-nya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.W P2A0 Post op Sectio Caesarea POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang Di Ruangan Delima Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis”**. Shalawat serta salam semoga terlimpah curahkan kepada nabi Muhammad SAW yang mana telah memberikan ketauladaan yang baik kepada kita semua selaku umatnya.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan,namun berkat dukungan,bimbingan,bantuan dan pengarahn dari berbagai pihak akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Untuk itu pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr.H. Hadiat,M.A., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi , S.Kep., M.Kes., selaku ketua Stikes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Stikes Karsa Husada Garut
4. Ibu Eti Suliyawati,S.Kep.,MSi Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan bimbingan,masukan, dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini

5. Ibu K. Dewi Budiarti M.Kep., Selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah
6. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd. Selaku penguji II Karya Tulis Ilmiah.
7. Seluruh dosen pengajar yang telah memberikan bimbingan keilmuan dan nasihat-nasihat yang berharga selama menjalani perkuliahan. Semoga segala ilmu dan amal baik Bapak dan Ibu mendapatkan balasan yang tak terhingga dari Allah SWT. Amin ;
8. Kepada ayahanda Jaya Atmaja dan Ibunda Mimin Nurhayati sebagai sumber inspirasi bagi penulis, yang senantiasa memberikan dorongan baik moril maupun materil serta seluruh do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ;
9. Rekan-rekan seperjuangan yang telah membantu dan memberikan semangat serta memberikan semangat serta memberikan saran-saran yang bermanfaat bagi penulis.
10. Untuk sahabat Yeni Puspitawati, Vina Oktaviani, Resa Fauziyah, Serli Marlian, Riza Septiani, Sri Mustika, Windi Mega, Terimakasih kalian sudah menjadi teman main, teman gabut, teman gila – gilaan , teman yang selalu ada dan telah memberikan moment indah di perkuliahan.
11. Untuk yang terkasih Pipin Aripin yang telah menguatkan, memberikan berbagai macam kebahagiaan terimakasih untuk selalu kebersamaan dalam suka dan duka.
12. Teman seperjuangan Kelas C D3 Keperawatan yang telah banyak memberikan motivasi dan dukungan satu sama lain, semangat dan kerjasamanya semoga kitab isa sukses bareng-bareng. Amin.

13. Kepada Rekan-rekan satu bimbingan Putri Jihan, Lilin, Lutvi, Lafifah, Diantika, Melsa yang sudah memberikan dukungan dan dorongan satu sama lainnya.
14. Semua pihak yang tidak tertulis terima kasih atas jasa yang telah diberikan, semoga Allah SWT meridhoi dan memberikan balasan yang berlipat ganda, Amin.

Penulis sangat sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun serta bermanfaat guna perbaikan pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN LEMBAR PERSETUJUAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

BAB I..... 9

PENDAHULUAN 9

A. Latar Belakang 9

B. Tujuan 13

C. Metode Telaahan 14

D. Sistematika Penulisan 15

BAB II 17

TINJAUAN TEORITIS..... 17

A. KONSEP DASAR TEORI..... 17

1. Letak Sungsang..... 17

2. Sectio Caesarea 24

3. Post Partum 31

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN 38

2. Analisa Data..... 47

3. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul. 49

4. Perencanaan Keperawatan 50

5. Implementasi..... 55

6. Evaluasi..... 55

BAB III..... 56

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN..... 56

A. TINJAUAN KASUS..... 56

1. Pengkajian..... 56

2. Analisa Data..... 65

3. Diagnosa Keperawatan 67

4. Proses Keperawatan 69

5. Catatan Perkembangan..... 78

A. PEMBAHASAN 83

1. Tahap pengkajian 83

2. Tahap Diagnosa Keperawatan.....	84
3. Tahap Perencanaan.....	84
4. Tahap implementasi	86
5. Tahap Evaluasi	87
BAB IV	89
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	89
A. Kesimpulan	89
B. Rekomendasi.....	90
DAFTAR PUSTAKA	92
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.9 Catatan Perkembangan ke – 3	77
Tabel 1.1 Tabel Angka Kejadian SC Atas Indikasi Letak Sungsang....	12
Tabel 2.1 Analisa Data	45
Tabel 2.2 Perencanaan.....	48
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.....	57
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-Hari.....	60
Tabel 3.3 Data Penunjang	63
Tabel 3.4 Therapy Obat.....	63
Tabel 3.5 Analisa Data	63
Tabel 3.6 Proses Keperawatan	67
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan ke – 1	73
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan ke – 2	75

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Letak Sungsang	23
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: SAP
Lampiran II	: Leaflet
Lampiran III	: Lembar Bimbingan
Lampiran IV	: Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio caesarea merupakan persalinan buatan yang dilakukan melewati proses insisi dengan melakukan pembelahan pada bagian dinding perut serta dinding uterus ibunya (Rosliana,2021). *Sectio caesarea* merupakan Tindakan yang bertujuan menyelamatkan ibu atau bayi. Setiap pembedahan SC harus di dasarkan indikasi seperti pertimbangan-pertimbangan yang menentukan bahwa Tindakan tersebut perlu dilakukan untuk kepentingan ibu dan janin (Dermawan,2016).

Menurut *World Health Organisation* (WHO) pada tahun 2015, angka persalinan SC terus meningkat di seluruh dunia hingga melebihi kisaran 10%-15% per 1000 kelahiran di dunia (Febrianti & Machmudah 2021). Angka prevelensi SC tertinggi di Amerika Latin dan Kaliba,yaitu (40,5%), Eropa (19,2%) Asia(19,2) dan Afrika (7,3%.). Berdasarkan data riset Kesehatan Dasar,prevelensi SC di indonesia tahun 2018 adalah (17,6%), dan prevelensi tertinggi yaitu provinsi DKI Jakarta (31,3%) dan terendah yaitu Papua (6,7%). Peningkatan ini disebabkan adanya hambatan pada janin maupun ibu, sebagian operasi SC dilakukan atas permintaan ibu yang tidak ingin menjalani persalinan normal karena adanya rasa takut (Febrianti & Machmudah,2021).

Persalinan secara SC dilakukan berdasarkan indikasi bayi, indikasi ibu, dan adanya penyakit penderita. Berdasakan indikasi bayi diketahui lebih dari

separuh (52,3 %) persalinan *caesarea* dilakukan karena letak sungsang/malposisi (Kemenkes, 2021).

Angka Kematian Ibu (AKI) atau Maternal Mortality Rate (MMR) menggambarkan besarnya risiko kematian ibu pada fase kehamilan, persalinan dan masa nifas di antara 100.000 kelahiran hidup dalam satu wilayah pada kurun waktu tertentu. Jumlah kematian ibu tahun 2020 berdasarkan pelaporan profil Kesehatan kabupaten atau kota sebanyak 745 kasus atau 85,77 per 100.000. Penyebab kematian ibu masih didominasi oleh 27,92% pendarahan, 28,86% hipertensi dalam kehamilan, 3,76% infeksi, 10,07% gangguan peredaran darah (jantung), 3,49% gangguan metabolic dan 25,91% penyebab lainnya (Dinas provinsi jawa barat, 2020).

Angka kematian bayi pada persalinan letak sungsang lebih tinggi bila dibandingkan letak kepala. Di Indonesia angka kematian perinatal dengan persalinan sungsang mempunyai presentase 16,8-38,5% (WHO, 2017). Angka kematian ibu dan bayi di Indonesia masih sangat tinggi, berdasarkan data *Sampling Registration System* (SRS) tahun 2018, ada sekitar 76% kematian ibu terjadi pada fase persalinan dan juga pasca persalinan dengan perbandingan 24% terjadi pada ibu hamil, 36% pada saat persalinan dan 40% terjadi pada pasca persalinan.

Letak sungsang merupakan janin yang letaknya memanjang (membujur) di dalam Rahim dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada di bawah. Persalinan dengan presentasi letak sungsang dimana letak bayinya sesuai dengan

sumbu badan ibu, kepala berada di bagian pintu atas panggul(Tendean & Suparman,2016).

Pertolongan persalinan letak sungsang melalui jalan vagina memerlukan perhatian yang lebih karena dapat menimbulkan komplikasi kesakitan,cacat permanen dan bisa saja menyebabkan kematian.

Melihat tingginya kasus letak sungsang tersebut merupakan salah satu masalah yang cukup penting mengingat resikonya pada saat persalinan cukup besar dan dapat mengakibatkan nyawa ibu dan bayi-nya dalam bahaya seperti akan mengakibatkan asfiksia janin, dapat menjadi infeksi. Sehingga diperlukan oprasi *caesaria*. Namun dari operasi *caesarea* bukan berarti tidak memiliki dampak salah satu dampak dari operasi caesaria yaitu rentan terkena infeksi. Pemulihan pasca oprasi relative lama dibandingkan dengan persalinan normal. Selain itu dampak dari operasi *caesarea* yaitu nyeri. Nyeri diakibatkan oleh adanya Tindakan insisi atau robekan pada jaringan di dinding perut depan. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual dan potensial tanpa melihat sifat, pola atau penyebab nyeri. Lokasi nyeri yang dirasakan pasca SC adalah area punggung dan tengkuk. Nyeri terjadi karena pengaruh dari efek penggunaan anastesi epidural saat proses oprasi (Febrianti dan Magmudah, 2021).

Konsep solusi yan dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah ibu hamil yang mengalami bedah *caesarea* akibat letak sungsang harus diberikan perawatan dan pengawasan yang *intensive*. Dari sinilah peran perawat sangat diperlukan. Perawat harus mampu memberikan perawatan yang komprehensif,

berkesinambungan, teliti dan penuh kesabaran. Perawat juga dapat memberikan penyuluhan pada ibu post SC dengan indikasi letak sungsang yaitu memberikan *health education* tentang perawatan luka post SC dengan cara menggunakan obseid (plester anti air) untuk mandi agar tidak basah, memperbanyak konsumsi yang mengandung protein tinggi, putih telur hal ini bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka post SC (Octasari et al., 2022).

Berdasarkan data yang diperoleh diperoleh di Ciamis khususnya Di RSUD Ciamis, bahwa jumlah klien yang mengalami *Sectio Caesarea* pada bulan Januari sampai Maret 2023 dapat dilihat tabel 1.1 dibawah ini.

Tabel 1.1

Perbandingan Kejadian Kasus SC atas indikasi Letak Sungsang dengan kasus lainnya di RSUD Ciamis Periode Januari-Maret

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

(Sumber Rekam Medis RSUD Ciamis Tahun 2023)

Berdasarkan tabel di atas angka kejadian SC atas indikasi letak sungsang menduduki peringkat ke 2 dari 10 kasus. Yang terjadi 32 kasus dengan presentase 15,8%. Persalinan Sectio Caesarea memiliki resiko

lebih besar terjadinya komplikasi dibandingkan dengan persalinan normal, penyebab atau masalah yang paling banyak mempengaruhi adalah pendarahan dan infeksi yang dialami ibu. Persalinan dengan letak sungsang dapat mengakibatkan kegawatan pada janin seperti keracunan air ketuban dan asfiksia, sedangkan pada ibu kemungkinan akan mengakibatkan robekan jalan lahir dan partus lama sehingga terjadi infeksi.

Berdasarkan latar belakang di atas maka dalam kesempatan kali ini penulis mengambil karya tulis ilmiah yang berjudul **”Asuhan Keperawatan Pada Ny.W P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi Letak Sungsang di Ruang Delima Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis”**.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien Ny.P dengan *section caesaria* dengan indikasi letak sungsang Di Ruang Delima RSUD Ciamis melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.W P₂A₀ Post Op *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- b. Penulis mampu menentukan Diagnosa Keperawatan pada Ny.W P₂A₀ Post Op *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Delima RSUD Ciamis.

- c. Penulis mampu membuat rencana tindakan Keperawatan pada Ny.W P₂A₀ Post Op *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan Keperawatan sesuai dengan rencana pada Ny.W P₂A₀ Post Op *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi Keperawatan pada Ny.W P₂A₀ Post Op *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada Ny.W P₂A₀ Post Op *Sectio Caesarea* POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang di Ruang Delima RSUD Ciamis.

C. Metode Telaahan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus yang berfokus pada pemecahan masalah yang ada pada masa sekarang. Adapun Teknik yang digunakan dalam pengumpulan data ini yaitu :

1. Wawancara

Yaitu dengan melakukan tanya jawab dengan klien. Keluarga klien serta tim Kesehatan untuk memperoleh data subjektif.

2. Observasi

Yaitu pengumpulan data yang di dalamnya mencakup proses pengamatan baik secara fisik, sikap, gerak dan lain-lain untuk mendapatkan data yang objektif.

3. Pemeriksaan Fisik

Pengumpulan data yang dilakukan melalui proses pemeriksaan fisik dengan menggunakan Teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perfusi.

4. Studi Kepustakaan/Dokumenter.

Data yang di dapat dari buku status klien melalui perkembangan serta sumber lain yang berhubungan dengan kondisi klien untuk dijadikan salah satu dasar untuk melakukan asuhan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran secara singkat dan menyeluruh dari isi penulisan karya tulis ilmiah ini, maka menulis menggunakan sistematika penulisan dengan membaginya menjadi empat bab diantaranya :

Bab I Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penelitian serta sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar *Sectio Caesarea* dengan letak sungsang, Konsep dasar *post partum*, Dampak *post Section Caesarea* terhadap KDM (Kebutuhan Dasar Manusia) dan Konsep Dasar Keperawatan.

Bab III Tinjauan kasus yang membahas tentang asuhan keperawatan pada klien post *section caesarea* dengan indikasi sungsang yang meliputi pengkajian data, Analisa data, data keperawatan serta catatan perkembangan. Pembahasan dalam bab ini menjelaskan tentang masalah yang timbul selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan cara memecahkan masalah yang mempunyai tahapan sesuai studi kasus.

Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi yang berisi tentang kesimpulan hal-hal yang mengenai apa yang telah ditulis sesuai dengan tujuan penyusun Karya Tulis Ilmiah dan memberikan rekomendasi kepada pihak yang bersangkutan untuk meningkatkan proses asuhan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR TEORI

1. Letak Sungsang

a. Definisi Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan janin yang letaknya memanjang (membujur) di dalam Rahim dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada di bawah. Persalinan dengan presentasi letak sungsang dimana letak bayinya sesuai dengan sumbu badan ibu, Kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah atau di bagian pintu atas panggul.(Tendean & Eddy, 2016).

Letak sungsang merupakan suatu letak dimana bokong bayi merupakan bagian terendah dengan kaki atau tanpa kaki (keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri).(Sarwono,2014).

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa letak sungsang ialah suatu keadaan di mana letak janin yang memanjang di dalam rahim dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada di vakum uteri.

b. Etiologi

- 1) Dari Sudut Ibu.
 - a) Multiparitas.
 - b) Plasenta Previa.
 - c) Panggul Sempit.
- 2) Dari Sudut Janin.
 - a) Tali pusat pendek atau lilitann tali pusat.
 - b) Hidrosefalus atau anensefalus.
 - c) Kehamilan kembar.
 - d) Hidromion atau oligohidrominion prematuritas.

(Wiknjosastro,2015).

c. Klasifikasi

- 1) Presentasi bokong murni (*Frank Breech*). Pada presentasi akibat ekstensi kedua sendi lutut, kedua kaki terangkat ke atas sehingga ujungnya terdapat setinggi bahu atau kepala janin . Dengan demikian, pada pemeriksaan dalam hanya bokong yang dapat diraba.
- 2) Presentasi bokong kaki sempurna (*Complete Breech*). Pada presentasi ini kaki dapat diraba.
- 3) Presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (*Incomplete or fotling*). Pada presentasi ini hanya terdapat satu kaki disamping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat ke atas(Annisa & Sorta,2017).

d. Patofisiologi

Kasus letak janin sungsang seringkali disebabkan oleh penyebab yaitu : diantaranya ketuban berlebihan dan kekurangan cairan ketuban karena jika jumlah air ketuban yang relatif lebih banyak kemungkinan akan menyebabkan janin lebih sering bergerak, begitupun sebaliknya jika jumlah air ketubannya sedikit maka janin akan lebih sulit bergerak dan bisa saja mengakibatkan letak bayi.menjadi sungsang titik penyebab yang kedua adalah kehamilan kembar, pada kehamilan kembar karena adanya lebih dari satu janin yang ada di dalam rahim ibu, sehingga kemungkinan janin tidak bisa bergerak secara normal dan dapat memungkinkan letak janin menjadi sungsang. Penyebab yang ketiga adalah panggul sempit, merupakan salah satu penyebab letak janin sungsang karena ukuran panggul ibu yang sempit dan tidak memungkinkan kepala janin masuk ke PAP, sehingga memungkinkan kaki janin yang ukurannya lebih kecil akan berada di bawah vakum uteri. Penyebab yang terakhir merupakan plasenta previa yaitu plasenta yang menutupi jalan lahir, di mana letak plasenta yang abnormal dapat menyebabkan letak janin menjadi sungsang.(Khasanah 2014).

e. Tanda dan gejala

- 1) Pergerakan anak teraba oleh ibu di bagian perut bawah, di bawah pusat ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.
- 2) Pada saat palpasi akan teraba bagian keras, bundar dan melinting pada fundus uteri (kepala), punggung anak dapat diraba pada salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pilihan yang berlawanan. Di atas simpisis teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.
- 3) Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat jika, pada pemeriksaan dalam dapat teraba tiga tonjolan, yaitu kedua tubera ossis ischia dan ujung os sacrum dapat dikenal sebagai tulang yang merunding dengan deretan prosesus sinus di tengah-tengah tulang tersebut. Antara 3 tonjolan tulang tadi dapat diraba anus dan genetalia anak, akan tetapi jenis kelamin anak dapat ditentukan jika oedema tidak terlalu besar. (Aspiani, 2017).

f. Diagnosa

- 1) Pada pemeriksaan luar :
 - a) Pemeriksaan Leopold Di bagian bawah uterus teraba besar, bulat, lunak, dan tidak mudah digerakan, sedangkan dibagian fundus teraba bagian besar, bulat, keras.

- b) Denyut jantung janin umumnya ditemukan sepusat atau pada tempat yang lebih tinggi (sejajar atau lebih dari pusat).
- c) Pemeriksaan USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomaly janin. USG dilakukan pada usia kehamilan 32-34 minggu yang berguna baik untuk menegakan diagnosis maupun untuk memperkirakan ukuran dan konfigurasi panggul ibu.

2) Pada pemeriksaan dalam :

- a) Setelah ketuban pecah, dapat diraba adanya bokong yang ditandai dengan adanya sacrum, kedua tuber ossis iski, dan anus.
- b) Bila dapat diraba kaki, maka harus dibedakan dengan tangan. Pada kaki terdapat tumit, sedangkan pada tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak sejajar dengan jari-jari lain dan Panjang jadi kurang lebih sama dengan Panjang telapak tangan
- c) Untuk membedakan bokong dan muka, jari yang dimasukan ke dalam mulut akan meraba tulang rahang.
- d) Pada presentasi bokong kaki sempurna, kedua kaki dapat diraba disamping bokong, sedangkan pada presentasi

bokong kaki tidak sempurna, hanya teraba satu kaki disamping bokong (Cipta, 2019).

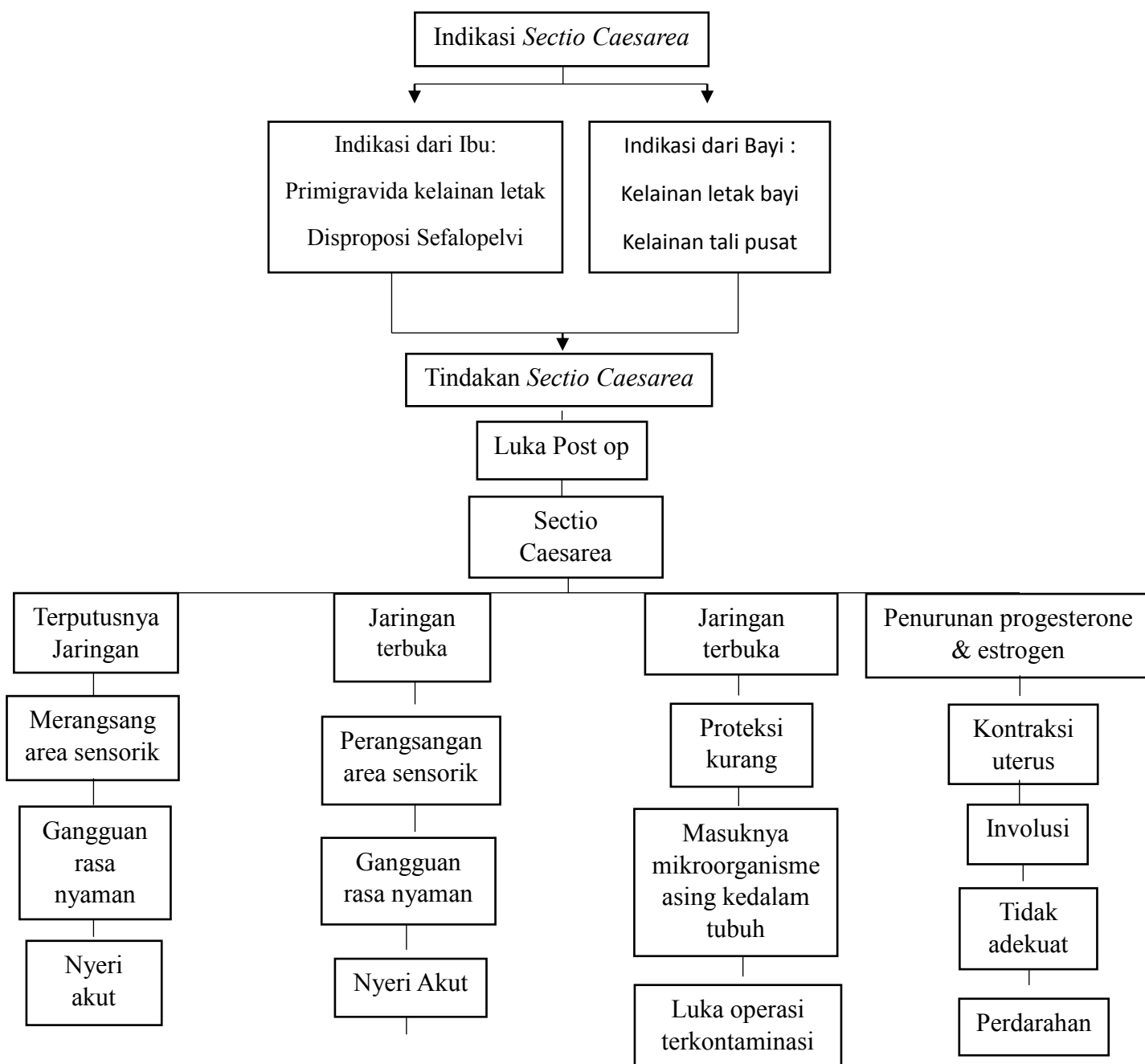
g. Komplikasi

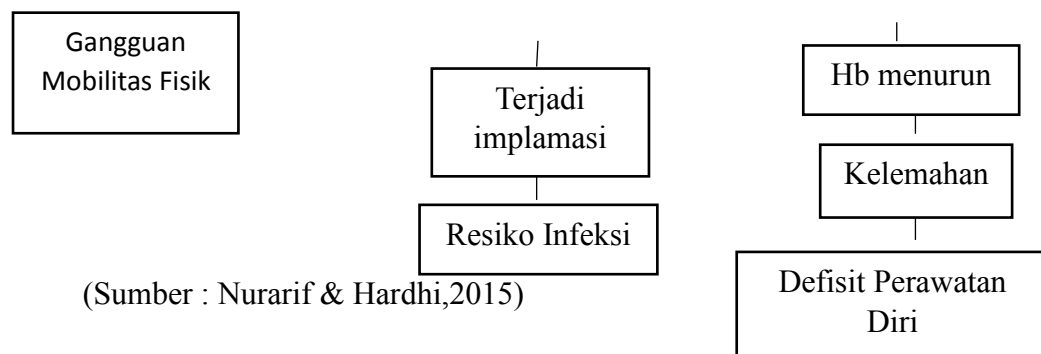
Menurut (Manuaba, 2013) Komplikasi yang terjadi pada ibu dan janin merupakan :

- 1) Komplikasi pada ibu.
 - a) Perdarahan.
 - b) Robekan jalan lahir.
 - c) Infeksi.
- 2) Komplikasi pada janin.
 - a) Asfiksia.
 - b) Trauma persalinan.
 - c) Infeksi.

h. Pathway

Bagan 2.1





2. Sectio Caesarea

a. Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang perlu dilakukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau keadaan janin (Hartaty H 2021).

Sectio caesarea merupakan suatu persalinan melalui suatu insisi pada dinding perut dengan sayatan uterus dengan janin dilahirkan dalam keadaan utuh dan berat janin di atas 500 gram (Rosselini et al., 2022).

SC merupakan proses persalinan untuk mengeluarkan bayi dengan aman, melalui metode pembedahan pada dinding abdomen atas indikasi tertentu (Kognisi et al., 2021).

Dari beberapa pengertian tentang *Sectio Caesarea* diatas dapat diambil kesimpulan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu tindakan pembedahan yang menjadi alternatif bila ibu dan janin terganggu untuk mengeluarkan janin dengan cara melakukan sayatan pada dinding abdomen dan dinding uterus.

b. Etiologi

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak pada disproporsi sefalo pelvik (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklamsi eklampsia, atas permintaan kehamilan yang disertai penyakit (Jantung, Diabetes Melitus) gangguan perjalanan persalinan (Kista ovarium, Mioma uteri, Dsb).

2) Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin atau stress, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapses tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan, vakum atau forceps ekstraksi (Dahlia, 2016).

c. Patofisiologi

Penularan perinatal adalah penularan yang terjadi pada saat persalinan. Sebagian besar ibu dengan HbeSag positif akan menularkan infeksi hepatitis B secara vertikal kepada bayi yang dilahirkannya. Kasus persalinan lama cenderung meningkatkan penularan vertikal jika lama persalinan lebih dari 9 jam. SC merupakan salah satu persalinan yang menjadi pilihan memiliki

tingkat penularan terhadap bayi lebih rendah dibandingkan dengan persalinan pervaginaan sehingga Tindakan *Seccio Caesarea* merupakan upaya untuk mencegah transimisi vertikel Hepatitis B (Anandah,2019).

d. Komplikasi

Komplikasi pada *Seccio Caesarea* menurut Mochtar (2013) adalah sebagai berikut :

- 1) Infeksi puerferral (Nifas)
 - a) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
 - b) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - c) Berat dengan peritonitis, sepsis dan ileus paralitik

Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.
- 2) Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.
- 3) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing, embolisme, paru-paru, dan sebagainya sangat jarang terjadi.

e. Manifestasi klinis

Menurut (Nurarif, Kusuma Hardhi, 2015) Manifestasi klinis dibagi menjadi beberapa tersebut :

- 1) Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior).
- 2) Panggul sempit.
- 3) Disproporsi sefalo pelvik : yaitu ketidakseimbangan antara ukuran kepala dan ukuran panggul.
- 4) Ruptur uteri mengancam.
- 5) Partus lama (prolonged labor).
- 6) Partus tak maju (obstructed labor).
- 7) Distosia serviks.
- 8) Pre-eklamsia.
- 9) Mal presentasi janin :
 - a) Letak Lintang.
 - b) Letak Bokong (Sungsang).
 - c) Presentasi dahi dan muka (Letak defleksi).
 - d) Gemeli.

f. Indikasi SC

- 1) Indikasi SC berasal dari ibu adalah panggul sempit, adanya riwayat kehamilan dan proses melahirkan yang buruk, plasenta previa terutama pada primipara, solusio plasenta grade I-II, komplikasi kehamilan, penyakit penyerta pada saat hamil (jantung, DM), gangguan jalan lahir (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). (Manuba,2015).

- 2) Indikasi berasal dari janin gawat janin yaitu prolapsus tali pusat, mal presentasi dan posisi kedudukan janin. (Nurarif & Kusuma,2015).

g. Penatalaksanaan

Menurut (Hartanti,2016) ibu post SC perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

- 1) Ruang Pemulihan

Pasien dipantau dengan cermat jumlah perdarahan dari vagina dan dilakukan palpasi fundus uteri untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan kuat. Selain itu, pemberian cairan intravena juga dibutuhkan karena 6 jam pertama penderita puasa pasca operasi, maka pemberian cairan intravena harus cukup banyak dan mengandung elektrolit agar tidak terjadi hipotermi, dehidrasi, atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.

- 2) Ruang perawatan

- a) Monitor tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang perlu di evaluasi adalah tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, jumlah urine, jumlah perdaraha, dan status fundus uteri.

b) Pemberian obat-obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti, tramadol, antrain, ketorolac, pemberian antibiotic seperti *ceftriaxone*, *cefotaxime*, dan lain-lain.

c) Terapi cairan dan diet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan Tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun, dibawah 30ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali. Cairan yang biasa diberikan biasanya Dextrose 1%, garam fisiologi dan ringer lactat secara bergantian dan jumlah tetesan tergantung lebutuhan.

d) Ambulasi

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi harus tetap baring dan hanya bisa menggerakan lengan, tangan, menggerakan ujung jari kaki danmemutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis, serta menekuk dan menggeser kaki.

e) Perawatan luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit, bila balutan basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti. Perawatan luka juga harus rutin dilakukan dengan menggunakan prinsip steril untuk mencegah luka terinfeksi.

f) Mobilisasi Dini

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

- 1) Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi sectio caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegakkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki.
- 2) Setelah 7-10 jam operasi, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kanan dan kekiri mencegah trombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.

- 3) Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki kepinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
- 4) Setelah ibu dapat duduk, perlahankan turunkan kedua kaki kelantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit.

3. Post Partum

a. Definisi Post Partum

Masa Nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang di perlukan untuk memulihkan Kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Walyani& purwoastuti 2015).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan Kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan Kembali seperti sebelum hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika

alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Sukma,2017).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum (Masa nifas) adalah pemulihan Kembali ke organ didalam kandungan seperti sebelum hamil yang dimulai dari kelahiran bayi dan plasenta dalam jangka waktu 6-8 minggu.

b. Periode Post Partum

Adapun tahapan atau periode masa nifas menurut (Walyani & Purwoastuti 2015) menjadi 3 yaitu :

- 1) *Puerperium* dini, yaitu kepulihan Ketika ibu telah diperbolehkan berjalan, serta beraktivitas layaknya wanita normal.
- 2) *Puerperium intermedial*, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- 3) *Remote puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

c. Perubahan Fisiologi post partum

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ_organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain :

- 1) Perubahan Sistem Reproduksi
 - a) Involusi

Involusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan sehingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil.

b) Lochea

Lochea adalah ekresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea berbau amis atau hanyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Pengeluaran lochea dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut :

a) Lochea Rubra

Lochea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding Rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi) dan *meconium* (Feses pertama bayi).

b) Lochea Sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari ke-4 sampai ke-7 post partum.

c) Lochea Serosa

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

d) Lochea Alba

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati, berupa cairan putih. Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

2) Perubahan System Pencernaan

Setelah mengalami proses persalinan, ibu akan mengalami rasa lapar dan haus sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pasca persalinan ibu pun sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama persalinan.

3) Perubahan System Muskuloskeletal

System musculoskeletal Kembali secara bertahap setelah persalinan. Kembalinya tonus otot dasar panggul dan abdomen pulih secara bersamaan.

4) Perubahan System Endokrin

System endokrin berubah secara tiba-tiba selama masa kala IV persalinan, mengikuti lahirnya plasenta dengan terjadinya penurunan estrogen dan progesterone sampai 10% dari keadaan sebelum hamil selama 3 jam persalinan dan Kembali normal

pada hari ke-7. Mestruasi akan terjadi setelah 12 minggu pada ibu yang menyusui.

5) Perubahan Tanda-Tanda Vital

- a) Suhu badan dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa.
- b) Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.
- c) Tekanan darah biasanya tidak berubah, Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya pre-eklamsi partum.

d. Adaptasi Psikologis pada masa nifas

Adaptasi psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu :

1) Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan

berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

2) *Fase taking hold*

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

3) *Fase letting go*

Fase letting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

4. Dampak Sectio Caesarea terhadap pemenuhan KDM

Dampak *Sectio Caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia :

a. Nyeri

Setelah Pasien post op SC akan merasakan nyeri di area pembedahan atau nyeri pada lukabekas post op.

b. Makan dan Minum

1) Setelah dilakukan pemeriksaan peristaltic pada 6 jam pasca persalinan dan hasilnya menunjukkan positif maka dapat diberikan minum air hangat sedikit.

2) Pasien juga dapat memakan makanan lunak dihari pertama.

Infus dapat diangkat 24 jam pasca bedah. Bila pasien telah flatus maka ia dapat makan.

c. Istirahat

Biasanya pasien harus memerlukan tidur yang cukup, namun adanya nyeri luka post op yang menyebabkan sulit tidur dan tidak sedikit nyaman maka pasien dapat dibantu dengan menganjurkan posisi nyaman mungkin.

d. Mobilisasi

Pasien juga sudah bisa menggerakan kaki dan tangan serta menggerakan tubuhnya dengan miring kanan miring kiri sedikit demi sedikit pada kisaran 6-10 jam setelah pasien sadar.

e. BAK

Pada pasien post op biasanya sedikit sulit untuk melakukan BAK mandiri karena adanya luka bekas post op dan sedikit sulit untuk bergerak sehingga dibantu dengan pemasangan kateter.

f. BAB

Biasanya 2-3 hari masih sulit untuk BAB, jika pasien belum juga BAB pada hari ketiga maka perlu diberi obat pencahar, dan minum air hangat, agar bisa melakukan BAB secara teratur.

g. Personal Hygiene

Pada pasien post op SC rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada pasien SC dalam personal sebagai berikut :

- 1) Perawatan perineum.
- 2) Perawatan payudara.
- 3) Mandi.
- 4) Perawatan gigi dan mulut.

h. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, Dan hendaknya hubungan suami istri menunda dulu sampai waktu tertentu selama 40 hari, karena waktu itu organ-organ tubuh telah pulih kembali (Saleha, 2013).

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Asuhan Keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien sebagai tatanan pelayanan Kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu pengkajian, menentukan diagnose, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi. Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain (Budiono, 2015).

1. Pengkajian

Menurut (Prawirohardjo,2018) Pengkajian merupakan tahap awal landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah pasien sehingga dapat memberikan arah terhadap Tindakan keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini terbagi atas :

a. Identitas

1) Identitas klien

Menurut (Prawiroharjo,2018) didalam identitas klien meliputi nama,umur,jenis,kelamin,agama,pekerjaan,alamat,tanggal masuk,tanggal pengkajian, No RM.

2) Identitas penanggung jawab

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

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien post op pada hari pertama biasanya mengeluh luka pada post op *Sectio caesarea*.

2) Riwayat penyakit sekarang

Menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post op SC dengan menggunakan format P,Q,R,S,T yaitu :

P : Palitatif/provokatif, keluhan yang dirasakan klien yang memberatkan atau meringankan seperti Nyeri hilang timbul.

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

R : Region, yaitu daerah mana yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. biasanya klien post op mengeluh nyeri pada daerah abdomen bawah.

S : Skala intensitas nyeri yang dirasakan klien post op dari 0-10.

T : Time, waktu kapan mulai timbulnya rasa nyeri.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Berisi tentang penyakit yang pernah diderita sebelumnya dan ada hubungan dengan penyakit sekarang, pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya atau tidak, dan kaji tentang alergi terhadap makanan atau obat-obatan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Berisi tentang apakah keluarga klien memiliki riwayat penyakit seperti kronis, menular, jantung, hipertensi Tbc, dan penyakit kelamin dan biasanya letak sungsang pada anggota keluarganya ada yang memiliki Riwayat SC akibat letak sungsang.

5) Riwayat obsterti dan ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Awal mula menstruasi pada umur berapa, lama menstruasi, siklus, banyaknya darah, keluhan pada saat menstruasi, dan haid terakhir tanggal berapa.

b) Riwayat perkawinan

Menikah sejak usia berapa, lamanya perkawinan, berapa kali menikah.

c) Riwayat kehamilan

Persalinan yang lalu, penolong persalinan, dimana persalinan sebelumnya, apakah abortus atau tidak, keadaan nifas yang lalu.

d) Riwayat KB

Jenis alat kontrasepsi sebelumnya, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam menggunakan kb tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

e) Riwayat kehamilan sekarang

Pemeriksaan kehamilan berapa kali, apakah mendapatkan imunisasi atau tidak, keluhan saat hamil.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kondisi umum klien pada hari pertama biasanya masih mengalami nyeri luka post op.

2) TTV

Kaji Tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu pada ibu.

3) Kepala

Kaji bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi.

4) Mata

Meliputi kesimetrisan dan kelengkapan mata, kelopak mata, konjungtiva anemis atau tidak, konjungtiva anemis menunjukkan karena proses persalinan yang mengalami perdarahan.

5) Hidung

Kaji karakteristik hidung, apakah sedang mengalami flu atau sinusitis.

6) Telinga

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

7) Mulut dan gigi

Kaji adanya gigi berlubang atau tidak, gigi yang berlubang akan menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme dan bisa beredar secara sistematis. Pada gangguan nutrisi biasanya membran mukosa mulut menjadi kering.

8) Leher

Kaji bentuk leher, pergerakan leher, apakah ada pembesaran tiroid dan peningkatan vena jugularis.

9) Dada

a) Jantung

Bunyi jantung regular atau irregular, apakah ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop.

b) Paru-paru

Bunyi pernafasan vesikuler atau tidak. Apakah ada suara tambahan tambahan seperti ronchi dan wheezing.

10) Payudara

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

11) Abdomen

Kaji untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, palpasi fundus uteri dari arah umbilicus kebawah, palpasi kandung urin di kandung kemih, kandung kemih yang bulat dan lembut menunjukkan jumlah urin yang tertampung banyak dan hal ini dapat mengganggu involusi uteri, sehingga harus di keluarkan.

12) Genetalia

Kaji jumlah warna, konsistensi dan bau lochea pada ibu post partum, Perubahan warna harus sesuai misalnya ibu post partum hari ke-1 dan ke-3 lochea rubra yang berisi warna darah merah segar, hari ke-4 sampai ke-7 lochea sanguinolenta yaitu berwarna merah kecoklatan dan bercampur lendir. Jika warna lochea masih merah maka ibu mengalami komplikasi. Lochea yang berbau busuk menunjukkan adanya infeksi disaluran reproduksi dan harus segera ditangani, dan terpasang kateterisasi tidaknya.

13) Kulit

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

14) Ekstremitas

Pada pasien SC pada 6-8 jam pertama kekuatan otot akan terjadi kelemahan khususnya pada ekstremitas bawah karena masih ada efek anestesi.

d. Pola Aktivitas sehari-hari

1) Nutrisi

Mengkaji kebiasaan makan klien sebelum masuk rumah sakit dan setelah dirawat dirumah sakit, Mencakup adanya perubahan pola makan, jenis makanan, dan minuman.

2) Eliminasi BAK/BAB

Sesudah Tindakan *Sectio Caesarea* biasanya klien BAB nya tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan, BAK biasanya akan mengalami kesulitan pemasangan kateter, pembiusan dan pembedahan.

3) Personal hygiene

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

4) Pola aktivitas

Mencakup kegiatan klien sebelum masuk RS dan setelah dirawat di RS. Aktivitas klien biasanya dibantu karena keadaanya masih lemah, dan aktivitasnya masih terbatas.

5) Pola istirahat tidur

Mencakup kebiasaan tidur, lama tidur, tidurnya mengalami gangguan atau tidak, biasanya klien dengan tindakan SC akan mengalami sulit tidur karena nyeri pada luka SC.

e. Aspek Psikologis, sosial, dan spiritual

1) Psikologis

Pada pasien hari ke-1 biasanya mengalami fase taking in. Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke-2 melahirkan. Pada saat itu, fokus

perhatian pada ibu terutama pada diri sendiri. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi positif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) Sosial

Pasien dengan post *Sectio Caesarea* akan merasakan adanya nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat tindakan pembedahan terhadap proses sosialisasi pasien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal pasien dengan keluarganya selama dirawat.

3) Spiritual

Menanyakan agama dan kepercayaan apa yang pasien anut, bagaimana aktivitas keagamaannya selama dirawat di rumah sakit.

f. Data penunjang

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

1) Hemoglobin

Mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.

2) Leukosit

Untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi, biasanya leukosit pasien post SC meningkat, ini diakibatkan karena adanya proses infeksi atau radang akut.

3) Trombosit

Untuk mengetahui jumlah trombositnya serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.

4) Pemberian elektrolit.

5) Pemeriksaan urinalisis/culture urine.

2. Analisa Data

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

Tabel 2.1

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	Gejala tanda mayor Subjektif Mengeluh Nyeri Objektif - Tampak meringis - Bersifat potektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) - Frekuensi nadi Gejala tanda minor	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensorik dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut.	Nyeri akut (D.0077)

	Subjektif - Objektif - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berfikir terganggu - Berfokus pada diri sendiri		
2	Gejala tanda mayor Subjektif Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bawah Gejala Objektif - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun Gejala tanda minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan Objektif - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah	Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka dan merangsang area sensorik sehingga terjadi gangguan rasa nyaman yang disertai nyeri dan timbul gangguan mobilitas fisik.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
3	Gejala tanda mayor Subjektif Objektif - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik - Skala nyeri	Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan luka post terkontaminasi dan	Resiko Infeksi (D.0142)

S u		terjadi inflamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi.	
r b e r (S D	Gejala tanda mayor Subjektif Tidak mampu melakukan perawatan diri Objektif - Tidak mampu mandi secara mandiri - Tidak mampu mengenakan secara mandiri - Tidak mampu mempertahankan kebersihan mulut	Adanya luka post op yang menyebabkan nyeri pada pasien dan membuat kenyamanannya terganggu sehingga mengalami gangguan pola tidur	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

K

I,2019).

3. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul.

Menurut (Prawirohardjo,2018) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang hasil klien terhadap masalah kesehatan actual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan Asuhan Keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat.

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi *Seccio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri(D.0054)

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit(D.0142)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan(D.0109)

4. Perencanaan Keperawatan

Intervensi/Perencanaan merupakan kegiatan dalam keperawatan yang meliputi, meletakkan tujuan klien, menetapkan hasil yang ingin dicapai, dan memilih intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan (Potter & Perry, 2015).

Perencanaan yang dilakukan pada pasien *Sectio Caesarea* dengan indikasi letak sungsang sebagai berikut :

Tabel 2.2

Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional
		Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	
1	2	3	4	5
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.	Setelah dilakukan perawatan diharapkan Tingkat Nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri berkurang. 2. Meringis berkurang. 3. Sikap Protektif menurun.	Manajemen nyeri (I.08238). Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi hasil nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperkuat dan memperingan nyeri.	Observasi 1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri. 2. Untuk mengetahui perkembangan nyeri klien. 3. Untuk mengetahui hasil nyeri klien.

1	2	3	4	5
			Terapeutik 1. Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang mengurangi rasa nyeri. 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. Kolaborasi 1. Pemberian analgetic.	4. Untuk mengetahui penyebab yang memperingan dan memperberat nyeri pada pasien Terapeutik 1. Untuk membantu meminimalisir nyeri. 2. Untuk menurunkan rasa nyeri sehingga pasien. 3. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien. Edukasi 1. Agar mengetahui penyebab dan pemicu nyeri. 2. Dengan Teknik relaksasi agar nyerinya sedikit berkurang. Kolaborasi Untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien.
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah di lakukan perawatan diharapkan	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi	Observasi 1. Untuk mengetahui ada atau tidaknya

1	2	3	4	5
		Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat. 4. Nyeri berkurang. 5. Kelemahan fisik menurun	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung TD sebelum memulai mobilisasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis,duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur kekursi)	nyeri atau keluhan fisik pada pasien. 2. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darahnya sebelum mobilisasi 2. Untuk mengetahui jenis latihan sesuai dengan kondisi Kesehatan pasien. 3. untuk mengetahui kondisi umum pasien. Terapeutik 1. Agar keluarga berperan dalam membantu pasien dalam proses penyembuhan Edukasi 1. Untuk mengetahui jenis Latihan yang sesuai dengan kondisi Kesehatan pasien.

1	2	3	4	5
3	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan perawatan diharapkan infeksi pada pasien berkurang dengan kriteria hasil : 1. Kebersihan badan meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kadar sel darah putih meningkat	Pencegahan infeksi (I.14539). Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.	Observasi 1. Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala infeksi. Terapeutik 1. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien. 2. Untuk mencegah 3. terjadinya infeksi. 4. Agar terhindar dari infeksi. Edukasi 1. Agar mengetahui tanda dan gejala infeksi. Agar pasien mampu melakukan dan terhindar dari infeksi

1	2	3	4	5
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan perawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat. 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.11351) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik(mis, suasana hangat, rileks, privasi). 2. Sediakan Keperluan pribadi(mis, parfum, sikat gigi, parfum, dan sabun mandi). 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 4. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	Observasi 1. Untuk mengetahui kebiasaan pasien. 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien. 3. Untuk mengetahui kebutuhan dasar pasien. Terapeutik 1. Agar membuat pasien merasa nyaman. 2. Agar pasien tidak kesulitan untuk mencari apa yang saja yang dibutuhkan. 3. Agar bisa membimbing pasien. 4. Agar rutinitas pasien dapat terjadwal dengan rutin. Edukasi 1. Agar pasien dapat melakukan perawatan diri secara konsisten.

5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi ke status Kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry,2018).

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah Tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluyasi ini, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan keperawatan, dan pelaksanaan keperawatan yang telah dicapai (Sitanggang,2018).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny.W
Umur	: 35 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Ciamis Kawunglarang Dusun Desa
Agama	: Islam
Pekerjaan	: IRT
Suku bangsa	: Sunda
No.RM	: 100599895
Tanggal masuk	: 09 April 2023
Tanggal pengkajian	: 10 April 2023
Diagnosa medis	: <i>Sectio Caesarea</i> indikasi letak sungsang

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn.S
Umur	: 38 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki

Pekerjaan : Buruh harian lepas

Hubungan dengan klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian bawah perut.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 09 april 2023 2 jam post operasi, klien dibawa kepoli kebidanan bersama suami dan ibunya, pada pukul 17.00 klien dibawa keruang delima dan pada hari senin tanggal 10 april 2023 klien dilakukan tindakan *Sectio Caesarea* pada jam 10.30. Klien dibawa keruangan lagi pada jam 11.15 diantar oleh bidan dan keluarganya, saat dilakukan pengkajian pada jam 12.55 klien mengeluh nyeri pada luka post operasi. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, dibagian bawah perut dengan Panjang sekitar 11 cm, dengan skala nyeri 7 (0-10). klien mengatakan nyeri dirasakan bertambah jika dia bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak dan pada malam hari nyeri sering terasa nyeri, klien tampak meringis dan lemah.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien, sebelumnya tidak mempunyai riwayat kehamilan seperti sekarang. Klien juga mengatakan tidak pernah

mempunyai penyakit menular seperti Tbc dan penyakit lainnya seperti DM dan hipertensi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut penuturan klien dari anggota keluarganya tidak ada yang pernah mengalami operasi *Sectio Caesarea* dan juga tidak ada yang mempunyai penyakit menular seperti DM dan hipertensi.

5) Riwayat Obstetri & Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menurut penuturan klien waktu haid pada usia 14 tahun, siklus haid teratur 28 hari lamanya haid 3-5 hari. Sifat darah berwarna merah, tidak ada keluhan selama haid. HPHT 18 September 2022, taksiran persalinan (18+7) (9-3) (2022+1) maka taksiran persalinan klien 25 juni 2023

b) Riwayat pernikahan

Klien mengatakan ini adalah pernikahan ke 1 dengan sang suami, dan lamanya pernikahan 12 tahun.

c) Riwayat Keluarga berencana (KB)

Klien mengatakan sebelum hamil menggunakan KB suntik dan saat menggunakan KB tersebut tidak ada masalah apapun, dan saat ini klien memilih untuk di tubektomi (steril).

d) Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya. Dengan keluhan mual muntah dan klien juga mengatakan sering memeriksakan kehamilannya secara teratur kepada bidan.

e) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 10 april 2023 pukul 10.30 dilakukan tindakan *Sectio Caesarea*. Bayi lahir dengan jenis perempuan dengan berat 2400gr.

f) Riwayat Kehamilan dahulu.

Klien mengatakan pada saat kehamilan yang pertama dengan jenis persalinan spontan dibantu dengan bidan.

Tabel 3.1

Riwayat Persalinan Dahulu

No	Waktu Persalinan	Jenis Persalinan	Penolong	Jenis Kelamin	BB lahir	Kondisi
1	2013	Spontan	Bidan	Laki-laki	2400 gr	Hidup
2	2023	Sectio Caesarea	Dokter	Perempuan	2400 gr	Hidup

c. Pemeriksaan fisik

1) Keluhan utama

Kesadaran : Composmentis (M6,V5,E4)

Keadaan : Tampak lemah

BB sebelum hamil : 54

BB sesudah hamil : 66

Tinggi Badan : 146 cm

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/70 mmHg

Nadi : 82x/menit

Suhu : 36°C

Spo² : 98%

Respirasi : 22x/menit

3) Pemeriksaan Head to toe

a) Kepala & rambut

Bentuk kepala bulat, warna rambut hitam dan ikal, tidak ada luka atau lesi, kusam dan lepek, tidak ada nyeri tekan, penyebaran rambut merata, terdapat cloasma.

b) Mata

Simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, reflek pupil terlihat mengikuti cahaya serta terlihat membesar dan mengecil saat disorot oleh Cahaya senter.

c) Hidung

Simetris kanan kiri, tidak terdapat kelainan, tampak bersih, tidak ada nyeri tekan, fungsi pencicuman klien baik terbukti

dengan klien dapat membedakan bau kayu putih dan alcohol.

d) Telinga

Bentuk telinga simetris kanan kiri, lubang telinga tampak bersih kanan kiri, pendengaran klien jelas terbukti dapat menjawab pertanyaan perawat tanpa diulang.

e) Mulut & gigi

Mukosa bibir kering, jumlah gigi lengkap, warna gigi putih kekuningan, fungsi pengecapan baik dengan klien bisa membedakan rasa.

f) Leher

Warna kulit sawo matang sama dengan sekitarnya, tidak ada pembesaran tyroid atau kelenjar, pergerakan leher terlihat bisa menengok kanan kiri.

g) Dada

(a) Jantung : irama jantung regular, tekanan darah 120/70 mmhg, frekuensi nadi 82x/menit, saat di palpasi tidak ada nyeri tekan.

(b) Paru-paru : Pengembangan dada simetris kanan kiri, tidak terdapat luka atau benjolan, suara nafas vesikuler

(c) Payudara : Simetris kanan kiri, payudara bersih, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan serta ASI sudah keluar, areola berwarna hitam.

h) Abdomen

Terdapat luka post operasi dengan Panjang 11 cm, tampak luka tertutup perban, terdapat nyeri tekan pada saat dipalpasi serta teraba lunak, TFU 1 jari diatas pusat, bising usus 12x/menit.

i) Genetalia

Keadaan terlihat kotor dan lembab, terpasang kateter 100cc dengan warna urine kecoklatan. lochea rubra

j) Ekstremitas

(1) Atas : tangan kiri kanan simetris, kuku pendek bersih, kekuatan otot 5/5, jumlah jari lengkap, tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas klien, terpasang infus RL 20 tetes/menit 500cc.

(2) Bawah : kaki kanan kiri simetris, kekuatan otot klien menurun menjadi 3/3, Gerakan klien terbatas karena masih nyeri akibat post operasi SC. Reflek human sign (+)

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2**Pola Aktivitas Sehari-hari**

No	Kegiatan	Di Rumah	Di rumah sakit
1	Pola nutrisi - Jenis makanan - Porsi makanan - Frekuensi - Jenis minuman - Frekuensi	Nasi,lauk pauk,sayur 1 porsi 3x/hari Air putih,the 7-8 gelas	Masih berpuasa
2	Pola eliminasi - BAB Frekuensi Warna - BAK Frekuensi Warna	1-2x/hari Khas feses 4-5x/hari Khas urine	Belum BAB 100cc Kuning pekat
3	Pola istirahat tidur - Siang - Malam	1-2 jam 7-8 jam	Klien 2 jam post operasi
4	Personal hygiene - Mandi - Ganti pakaian - Kebersihan gigi - Kebersihan rambut - Kebersihan kuku	2x/hari 2x/hari 2x/hari 3x/minggu 1x/minggu	belum belum belum Belum Belum

e. Aspek psikologis

- 1) Klien mengalami fase taking in dimana klien masih bergantung pada keluarga dan perawat dalam melakukan aktifitasnya, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung 1-3 hari setelah melahirkan berfokus pada perhatian dirinya sendiri.
- 2) Konsep diri

- a) Citra diri : Klien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaanya saat ini, klien Bahagia karena anaknya sudah lahir.
- b) Ideal diri : Klien mengatakan ingin segera sembuh agar bisa berkumpul Kembali bersama keluarganya dan anaknya.
- c) Harga diri : Klien mengatakan senang dan bangga terhadap dirinya sendiri meskipun terdapat luka post operasi.

f. Aspek sosial

Klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, tetangganya dan cukup baik dengan lingkungan tempat klien dirawat, hubungan dengan dokter dan tim Kesehatan lainnya.

g. Aspek spiritual

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam, serta klien juga selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien yakin bahwa allah sudah mengatur semuanya.

h. Data penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

No lab	: 200215965
Nama	: Ny.W
Alamat	: Ciamis
Umur	: 35 tahun
Tanggal	: 06 April 202

Tabel 3.3**Data penunjang**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hematologi Rutin		
Hgb, Hemoglobin	12.0	P.12-16 g/dL
HCT, Hematokrit	34.3	P.35-45%
WBC, Leukosit	23.5	Dws. 5-10 Bayi 7-17 10.
PLT, Trombosit	313	150-450 10 ⁶ /uL
BL, Waktu Perdarah	1'30"	1-3 menit
CT, Waktu pembekuan	5'30"	1-7 menit

2) Therapy obat

Tabel 3.4**Therapy obat**

NO	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1	Cefotaxime	2x1 gr	IV
2	Katropen supp	2x100mg	Oral
3	Infus RL	500cc	IV

2. Analisa Data**Tabel 3.5****Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS : Klien mengeluh nyeri diperut bagian bawah pada luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri dirasakan bertambah jika klien bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak. DO :	Adanya luka post op yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensorik dan menimbulkan reaksi Nyeri atau nyeri akut.	Nyeri akut

	- Klien tampak meringis - Skala nyeri 7 (0-10) - Tampak luka operasi tertutup perban dengan - TTV : TD: 120/70 RR: 22x/menit		
1	2	3	4
2	DS : Klien mengatakan nyeri dirasakan bertambah jika klien bergerak sehingga enggan untuk bergerak DO : - Kekuatan otot menurun - Gerakan klien terbatas - Keadaan fisik klien tampak lemah	Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka dan merangsang area sensorik sehingga terjadi gangguan rasa nyaman yang disertai nyeri dan timbul gangguan mobilitas fisik.	Gangguan mobilitas fisik
3	DS : DO : - Tampak luka operasi tertutup perban dengan diameter sekitar 11 cm	Adanya luka post op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan luka post terkontaminasi dan terjadi inflamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi.	Resiko Infeksi

3. Diagnosa Keperawatan

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

DS : Klien mengeluh nyeri diperut bagian bawah pada luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri dirasakan bertambah jika klien bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak.

DO :

- Klien tampak meringis
- Skala nyeri 7 (0-10)
- Tampak luka tertutup perban dengan panjang sekitar 11 cm

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

DS : klien mengatakan nyeri dirasakan bertambah jika klien bergerak sehingga enggan untuk bergerak.

DO :

- Kekuatan otot menurun
- Gerakan klien terbatas

- Keadaan fisik klien lemah
- c. Resiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
ditandai dengan :
DS :
DO : Tampak luka operasi tertutup perban dengan Panjang sekitar
11 Cm

4. Proses Keperawatan

Tabel 3.6

Proses Keperawatan

Nama : Ny.W

Alamat : Ciamis

Umur : 35 Tahun

No. Rm : 100599895

Ruangan : Delima

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan : DS : Klien mengeluh nyeri diperut bagian bawah pada	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan	Manajemen nyeri (I.08238). Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas	Manajemen nyeri (I.08238). Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Untuk mengetahui perkembangannya	10 April 2023 Jam 13.30 Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, Hasil : Klien mengeluh nyeri diperut bagian bawah pada luka bekas operasi.	10 april 2023 Jam 16.00 S : 1. Klien mengatakan masih nyeri pada perut bagian bawah 2. klien mengatakan nyeri ketika bergerak 3. klien mengatakan setelah melakukan

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
	luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri dirasakan bertambah ketika klien bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak DO : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 7 (0-10) Tampak luka operasi tertutup perban dengan diameter sekitar	nyeri berkurang. 2. Meringis berkurang 3. Sikap protektif menurun.	nyeri Identifikasi skala nyeri. 2. Identifikasi hasil nyeri non verbal 3. Identifikasi factor yang memperkuat dan memperingan nyeri.	ri klien. 2. Untuk mengetahui hasil nyeri klien. 3. Untuk mengetahui penyebab yang memperingan dan memperberat nyeri pada pasien Terapeutik	2. Mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi nyeri nonverbal Hasil : klien meringis kesakitan, dengan skala nyeri skala nyeri 7 (0-10). 3. Mengidentifikasi nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri saat bergerak dan nyeri berkurang saat tidak bergerak.	Teknik relaksasi nafas dalam nyeri berkurang O : - Klien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri menurun 6(0-10) - K/U lemah - Kesadaran composmentris - TTV : TD : 120/70 mmHg N : 82x/menit SpO ₂ : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan

[illegible]

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
	Berhubungan dengan nyeri ditandai dengan : Ds: Do: - Kekuatan otot menurun - Gerakan klien terbatas - Keadaan fisik klien lemah	dilakukan perawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria Hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun	(I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.	Observasi 1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri. 2. Untuk mengetahui perkembangan nyeri klien. 3. Untuk mengetahui hasil nyeri klien.	Jam 14.15 Observasi 1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Hasil : klien mengatakan adanya nyeri pada perut bagian bawah 2. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil : TD 120/70 mmHg 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Hasil : klien	Jam 16.20 S : 1. Klien mengatakan masih merasakan nyeri jika bergerak 4. Aktivitas di bantu keluarga 5. Klien mengatakan sulit untuk beraktivitas O : - Tampak lemah - Skala nyeri 6 (0-10) A : Masalah belum

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
			Edukasi 1. Anjurkan melakukan mobilisasi dini(Setelah 2 jam ajarkan klien untuk menggerakkan tangan, kaki dan jari-jari agar tidak kaku) 2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan post sc : a. 0-6 jam menggerakkan	Edukasi 1. Untuk mengetahui jenis latihan apa yang sesuai dengan Kesehatan pasien	mengatakan susah untuk Pergerakan klien dibantu oleh keluarga. Jam 14.30 Edukasi 1. Menganjurkan mobilisasi dini dengan menggerakkan tangan, kaki dan jari-jari agar tidak kaku Hasil : klien mau melakukannya.	teratasi P : Lanjutkan intervensi

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
			tangan dan kaki dan jari-jari b. 6-12 jam miring kanan dan kiri c. 12-24 jam duduk semi fowler d. >24 jam berjalan			
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit ditandai dengan : DS : DO : Tampak luka operasi tertutup perban dengan	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi pada pasien berkurang dengan kriteria hasil : tingkat infeksi menurun,	Pencegahan infeksi (I.14539). Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Berikan perawatan luka	Observasi 1. Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala infeksi. 2. Membantu menjaga agar luka cepat pulih .	10 april 2023 Jam 15.00 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Hasil : saat dimonitor tidak ada tanda dan gejala pada pasien 2. Memberikan perawatan kulit pada area post op	10 april 2023 Jam 16.30 S : O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi - Luka dalam keadaan baik A : resiko infeksi teratasi sebagian P :

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
	Panjang sekitar 11 cm	dengan kriteria hasil: 1. Luka bersih tidak rembes. 2. Luka tidak mengeluarkan bau dan push. 3. Leukosit dalam batas normal. 4. Kemerahan tidak ada	Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan pasien. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan	Terapeutik 1. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien. 2. Untuk mencegah terjadinya infeksi. Edukasi 1. Dengan menjelaskan tanda dan gejala	Hasil : kulit bersih, tidak adanya tanda dan gejala infeksi Jam 15.10 Terapeutik 1. Membatasi jumlah pengunjung Hasil : tampak terlihat nyaman 2. Menuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan pasien. Hasil : sudah dilakukan Jam 15.25 Edukasi 1. Menjelaskan tanda dan	Lanjutkan intervensi I : - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - lakukan perawatan luka

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
			gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan 6 langkah dengan benar.	infeksi diharapkan klien mengetahui tanda dan gejala infeksi. 2. Dengan mengajarkan mencuci tangan 6 langkah dengan benar diharapkan klien mampu melakukannya agar terhindar dari infeksi. Kolaborasi 1. Untuk mengatasi resiko infeksi pada klien	gejala infeksi. Hasil : Setelah dijelaskan tanda dan gejala infeksi klien terlihat sudah mengerti tentang tanda dan gejala infeksi. 2. mengajarkan cara mencuci tangan 6 langkah dengan benar. Hasil : klien terlihat mampu melakukan cuci tangan. Jam 15.30	

No .	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
			1. Pemberian antibiotic (cefotaxime)		Kolaborasi 1. Mengkolaborasikan pemberian antibiotic cefotaxime 2x1 gr	

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7

Catatan perkembangan ke-1

No	Tanggal dan Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	11 april 2023 09.00	S : pasien megatakan nyeri berkurang. O : - Pasien meringis kesakitan - Nyeri berkurang ketika berbaring, melakukan teknik nonfarmakologis. - Skala nyeri 6 (0 – 10) - luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak - TD : 120/70 mmHg - Spo² : 98% A : nyeri akut teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Ajarkan teknik non farmakologi - Kolaborasi pemberian analgetik (kaltropen supp 2x100mg) I : Jam 09.15 - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis - Kolaborasi pemberian analgetik E : Masalah teratasi sebagian	Putri Miraz

2	11 april 2023 09.30	S : Klien mengatakan sudah bisa bergerak walaupun gerakan terbatas O : - Pergerakan ekstremitas masih lemah - Klien sudah bisa bergerak meskipun terbatas - Skala 6 (0-10) A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah - Libatkan keluarga untuk membantu pasien memulai mobilisasi I : Jam 09.40 - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah dengan hasil TD : 120/70mmHg - N : 82x/menit - Menganjurkan mika miki E : Masalah teratasi sebagian	Putri Miraz
3	11 april 2023 10.15	S : O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi - Luka dalam keadaan baik - Kassa dalam keadaan bersih - Tidak ada pus A : resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : Jam 10.30 - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 2x1 gr - lakukan perawatan luka	Putri Miraz

	E : Masalah teratasi sebagian	
--	-------------------------------	--

Tabel 3.8

Catatan perkembangan ke-2

No	Tanggal dan jam	Catatan perkembangan	Paraf
1	12 april 2023 09.00	S : pasien megatakan nyeri berkurang. O : - Pasien meringis kesakitan - Nyeri berkurang ketika berbaring, melakukan teknik nonfarmakologis. - Skala nyeri 5 (0 – 10) - luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak A : nyeri akut teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi I : Jam 09.15 - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis - Kolaborasi pemberian analgetik (kaltropen supp 2x100mg) E : Masalah teratasi sebagian	
2	12 april 2023 11.15	S : Klien mengatakan sudah bisa mika miki O : - Tampak luka tertutup perban dengan Panjang sekitar 11 cm - Pasien tampak lemah - Skala 5 (0-10) A : Masalah gangguan mobilitas fisik	

		P : Lanjutkan intervensi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah I : jam 11.30 - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah dengan hasil TD : 120/80mmHg - N : 82x/menit - Mengajukan mika miki E : Masalah teratasi Sebagian	
3	12 april 2023 12.25	S : O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi - Luka dalam keadaan baik - Kassa dalam keadaan bersih - Tidak ada push A : resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : jam 12.35 - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - kolaborasi pemberian antibiotik - lakukan perawatan luka	

Tabel 3.9

Catatan perkembangan ke-3

No	Tanggal dan jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	13 april 2023 13.55	S : pasien megatakan nyeri berkurang. O : - Pasien meringis kesakitan - Nyeri berkurang ketika berbaring, melakukan teknik nonfarmakologis.	

		- Skala nyeri 3 (0 – 10) - luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak A : nyeri akut teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi I : jam 14.00 - Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis - Kolaborasi pemberian analgetik (kaltropen supp 2x100mg) E : Masalah teratasi sebagian	
2	13 april 2023 14.40	S : Klien mengatakan sudah bisa bergerak dan turun dari tempat tidur O : - Klien sudah bisa duduk dari tempat tidur dan berpindah tempat. - Klien sudah bisa ke toilet - Aktivitas dibantu sebagian A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi	

A. PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini, penulis membahas mengenai pelaksanaan Asuhan Keperawatan yang diberikan pada Ny.W P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi letak sungsang diruangan Delima RSUD Ciamis yang dilaksanakan 3 hari dengan pembahasan sebagai berikut :

1. Tahap pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, diaman penulis mengkaji klien secara keseluruhan yang meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual. Pada tahap pengumpulan data ini penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pendekatan dan pengenalan menjelaskan maksud serta tujuan penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dan keluarganya.

Menurut teori, letak sungsang merupakan janin yang letaknya memanjang (membujur) di dalam Rahim dengan kepala berada di fundus uteri dan bokong berada di bawah. Persalinan dengan presentasi letak sungsang dimana letak bayinya sesuai dengan sumbu badan ibu, Kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah atau di bagian pintu atas panggul. (Tendean & Eddy, 2016). Nyeri Akut terjadi karena adanya luka bekas post operasi sehingga pasien susah melakukan aktivitas. Menurut teori nyeri yang dirasakan pasien merupakan gejala sisa yang diakibatkan oleh post operasi SC mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian secara bertahap dan data dari hasil pengkajian di Analisa data penulis menetapkan diagnosa keperawatan yang muncul. Namun pada kenyataannya tidak semua kemungkinan diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori dapat ditegakkan.

Pada kasus ini hanya 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Ny.W P₂A₀ POD 1 Post *Sectio Caesare* atas indikasi letak sungsang :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri.
- c. Resiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

Adapun diagnose yang tidak munculnya antara lain :

- a. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan. Masalah ini tidak diangkat karena tidak ada tanda-tanda defisit dari pasien.

3. Tahap Perencanaan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

- a. Nyeri akut Rencana tindakan keperawatan pada post operatif section caesarea yang akan dilakukan pada dengan masalah nyeri

akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) antara lain: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu. Menurut penulis kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada pasien sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada pasien sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan perawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan dukungan mobilisasi antara lain : identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, Menurut penulis kelebihan dari penerapan intervensi tindakan resiko infeksi yang telah disusun pada pasien sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada

pasien sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

- c. Resiko infeksi, rencana tindakan keperawatan pada post operatif section caesarea yang akan dilakukan pada dengan masalah resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif antara lain : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan luka, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, kolaborasi pemberian antibiotik. Menurut penulis kelebihan dari penerapan intervensi tindakan resiko infeksi yang telah disusun pada pasien sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada pasien sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

4. Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, secara keseluruhan dari tahap perencanaan telah dilaksanakan penulis kepada pasien dengan sesuai perencanaan. Adapun 3 hari pada klien untuk hari pertama pada klien dengan post SC POD 1 atas indikasi sungsang, dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu penulis mengkaji masalah yang dialami klien, mengobservasi TTV, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan skala nyeri klien 6(0-10), mengidentifikasi non verbal klien tampak meringis, identifikasi faktor

yang memperkuat dan memperingan nyeri, memberikan Teknik non farmakologis tarik nafas dalam, berkolaborasi pemberian obat analgetik katropen supp 2x100mg setelah dilakukan tindakan respon klien baik, ttv dalam keadaan normal, dan nyeri berkurang, masalah teratasi Sebagian.

Gangguan mobilitas fisik Tindakan yang dilakukan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, anjurkan mobilisasi dini(pergerakan leher dan tangan kekanan dan kekiri agar tidak kaku). Dengan respon baik klien bisa melakukan mobilisasi dini secara bertahap sehingga aktivitas klien teratasi Sebagian.

Resiko infeksi Tindakan yang dilakukan memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan luka, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan 6 langkah dengan benar, kolaborasi pemberian antibiotic cefotaxime 2x1gr dengan respon klien baik. Dan masalah teratasi sebagian.

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai kemajuan kondisi klien. Yang telah mendapatkan asuhan keperawatan selama 3 hari. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.W penulis menemukan 3 masalah keperawatan, diantaranya nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi.

Hari pertama Nyeri akut teratasi sebagian karena klien mengeluh nyeri sedikit berkurang dengan skala nyeri 6 (0-10), Gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian karena klien mengatakan sedikit-sedikit bisa bergerak, Resiko infeksi teratasi karena tidak terlihat tanda dan gejala infeksi pada pasien.

Hari kedua Nyeri akut teratasi sebagian karena klien mengeluh nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 5 (0-10), Gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian karena klien mengatakan sudah bisa mika miki, Resiko infeksi teratasi karena tidak terlihat tanda dan gejala infeksi pada pasien.

Hari ketiga Nyeri akut teratasi Sebagian karena klien mengeluh nyerinya sudah berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10), Gangguan mobilitas fisik teratasi karena klien sudah bisa bergerak turun dari tempat tidur. Diagnosa yang dapat teratasi dan kriterianya tercapai yaitu gangguan mobilitas fisik karena klien sudah mampu melakukan mobilisasi sesuai tahapan mobilisasi sedangkan yang teratasi sebagian dengan beberapa kriteria yang belum tercapai yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Hal ini terjadi karena nyeri akut dan resiko infeksi memerlukan waktu untuk penyembuhan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada NY.W P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi letak sungsang di ruangan Delima RSUD Ciamis pada tanggal 10 april 2023.

Penulis dapat melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif, yang meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual. Penulis dapat melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi(rencana tindakan), implementasi(melakukan pelaksanaan), serta mengevaluasi kembali pada Ny.W P₂A₀ Post Sectio Caesarea 2 jam atas indikasi letak sungsang di ruangan Delima RSUD Ciamis maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.W P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi letak sungsang di ruangan Delima RSUD Ciamis.
2. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Ny.W P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi letak sungsang di ruangan Delima RSUD Ciamis.
3. Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan pada P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi letak sungsang di ruangan Delima RSUD Ciamis.

4. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi letak sungsang di ruangan Delima RSUD Ciamis.
5. Penulis mampu mengevaluasi Kembali hasil Tindakan keperawatan pada P₂A₀ Post Sectio Caesarea POD 1 atas indikasi letak sungsang di ruangan Delima RSUD Ciamis. Dari ketiga masalah keperawatan tersebut tidak semuanya dapat teratasi dengan kriterianya tercapai yaitu resiko infeksi, diagnosa yang teratasi Sebagian dengan kriteria yang belum tercapai yaitu nyeri akut, mobilitas fisik, hal ini dikarenakan dalam proses penyembuhan luka memerlukan waktu yang cukup lama.

B. Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penyusun berusayha mencoba mengemukakan rekomendasi yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan. Adapun saran tersebut adalah :

1. Perawat

Bagi perawat dalam melakukan Asuhan keperawatan, terhadap klien ibu hamil/pasca melahirkan harus memiliki pemahaman tentang cara pengkajian yang tepat serta diberi tanggung jawab atas klien, mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan. Dan perawat perlu memberi penkes kepada klien ibu hamil untuk menjaga Kesehatan

pada ibu dan bayi, agar dimasa yang akan datang tidak ada masalah yang sama.

2. Bagi Mahasiswa

Sebagai calon tenaga perawat, hendaknya mahasiswa keperawatan dapat mempergunakan tempat mereka menimba ilmu dengan semaksimal mungkin, sehingga dalam melaksanakan Tindakan keperawatan harus didasari dengan teori yang ada agar nantinya mahasiswa itu menjadi lebih siap dan mampu mengaplikasikan ilmu keperawatan dengan sabaik-baiknya apabila mereka terjun ke lahan praktik.

3. Bagi klien dan keluarga

Bagi klien dan keluarga ketika sudah pulang agar melanjutkan perawatan luka mandiri dengan baik sesuai arahan perawat agar terhindar dari infeksi, kepada keluarga agar selalu memberi dukungan agar dapat membantu mempercepat penyembuhan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anandah, H. P. (2019). Penularan Infeksi Hepatitis B Pada Ibu hamil (Transmission of Hepatitis B virus in Pregnant Women) Deteksi Dini Persalinan Preterm. Poltekkes Kemenkes Banten, 1(May), 89-94.
- Annisa Ul Mutmainnah, Hj. Herni Johan, & Sorta Iyod (2017). Asuhan Persalinan Normal & Bayi baru lahir. Yogyakarta : Andi.
- Aspiani, Reni Yuli. (2017). Buku ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta. Trans info Media.
- A Potter & Perry, A. G. (2015). Buku ajar fundamental Keperawatan : Konsep, Proses Dan Praktik, Edisi 4, Volume 2. Jakarta : EGC.
- Budiono, (2015). Konsep Asuhan Keperawatan Komprehensif . *Syria Studies*. Vo;7 Jakarta : Bumi Medika.
- Dahlia, (2016). Jurnal Widwiferry, 2.
- Dinas Provinsi Jawa barat. (2020). Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Jabar.
- Dermawan, (2016). Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Caesarea. Samarinda.
- Febrianti, N., & Machmudah, M. (2021). Penurunan Nyeri Pasien post *Section Caesarea*. Ners muda, 2(2), 31.
- Hartaty H, Arda Darmi. (2021). Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada 10 (2) : 448.
- Hartanti, S. (2016). Asuhan keperawatan ibu post partum *section caesarea*. CV trans info medika. Yogyakarta.
- Khasanah, Rafikatul. (2014). Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Post SC Atas Indikasi Letak Sungsang di ruang Dewi Kuthi RSUD Kota Semarang.
- Kementrian Kesehatan RI. (2021). Prosil Kesehatan Indonesia tahun 2021.
- Lusia, FI. (2017). Penatalaksanaan kehamilan sungsang pada trimester III, 1.
- Mochtar, Rustam. (2013). Sinopsis obstetrik fisiologi dan patologi edisi 2. EGC : Jakarta.
- Manuaba, IBG, dkk. (2013). Asuhan kebidanan penyakit kandungan dan KB. Jakarta : EGC.
- Manuaba, Ida bagus gde. (2015). Pengantar kuliah obstetric. EGC. Jakarta.
- EGC. Jakarta.
- Nurarif, Kusuma Hardhi, Huda Amin. (2015). Asuhan Keperawatan Jilid 1. Ed 1 Jombang : Media Action.

- Octasari, P. M., Rukminingsih F,. (2022). Evaluasi penggunaan analgesic pada pasien *section caesarea* dirs. St. Elisabeth Samarang.
- Manuaba, Ida bagus gde. (2015). Pengamtar kuliah obstetric. EGC. Jakarta.
- Pramana Cipta, (2019). Manajemen Persalinan Sungsang. No. 5: 63-65.
- Purwoastuti, E & Walyani, E.S. (2015). Asuhan Kebidanan masyarakat dalam kebidanan. Yogyakarta : Pustaka baru press.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2014). Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta : PT.Bina Pustaka.
- Rosselini RSUD siti Fatimah provinsi sumatera selatan jl kol burlian, R. H., Bangun, S,. (2022). Literature review efektivitas aromaterapi lavender dalam menurunkan nyeri pada post op *section caesarea*
- Sukma , Febi dkk. (2017). Asuhan Kebidanan pada masa nifas. Jakarta : Fakultas kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Saleha S. (2013). Asuhan Kebidanan pada masa nifas. Jakarta : Salemba Medika.
- Walyani & Purwoastuti. (2017). Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta : Pustaka Baru.
- WHO. World Health Organization (2015). Angka kematian ibu dan angka kematian bayi.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2018). Ilmu Kebidanan, Jakarta. PT.Bina Pustaka Sawono.
- Wiknjosastro, Hanifa. (2015). Ilmu Kebidanan . Jakarta : Yayasan Bina Pustaksa.
- Febrianti, N,. & Machmudah, M. (2021). Penurunan Nyeri Pasien post *Sectio Caesarea*. Ners muda, 2(2), 31.

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) PERAWATAN LUKA POST OPERASI *SECTIO CAESAREA* (SC)

A. Pembahasan

Topik : Perawatan Luka

Sub Topik :

1. Pengertian perawatan luka.
2. Tanda dan gejala infeksi pada luka.
3. Penyebab infeksi
4. Tujuan Perawatan luka
5. Cara-cara perawatan dirumah.
 - a. Persiapan alat.
 - b. Langkah-langkah perawatan luka.

Hari/tanggal : 11 April 2023.

Tempat : Ruang delima RSUD Ciamis.

Waktu : 30 menit

Sasaran : Ny.W dan keluarga

Media : Leaflet

Metode :

1. Ceramah.
2. Tanya jawab

B. Tujuan Instruksional Umum

1. Tujuan Instruksional Umum.

Setelah diberikan penyuluhan, pasien dan keluarga pasien mampu memahami tentang perawatan luka di rumah.

2. Tujuan Instruksional khusus.

Setelah diberikan penjelasan diharapkan pasien dan keluarga mampu :

- a. Menyebutkan pengertian perawatan luka.

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Sasaran
1	5 menit	Pembukaan. Memperkenalkan diri. Menjelaskan tujuan penyuluhan. Menyebutkan materi yang akan diberikan.	Menjawab salam. Memperhatikan.
2	10 menit	Menyampaikan materi mengenai : Pengertian perawatan luka, penyebab infeksi, tanda dan gejala, cara perawatan luka di rumah	Memperhatikan
3	10 menit	Meminta pasien menjelaskan Kembali apa pengertian perawatan luka.	Aktif, mengikuti tahapan kegiatan
4	5 menit	Menutup kegiatan. Mengucapkan salam dan terimakasih.	Memperhatikan dan menjawab salam.

Materi Penyuluhan

1. Pengertian Perawatan Luka.

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

2. Penyebab infeksi.

- a. Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati didalam luka.
- b. Luka terbuka dan kotor.
- c. Gizi buruk.
- d. Daya tahan tubuh yang lemah.
- e. Mobilisasi terbatas atau kurang gerak.

3. Tanda dan gejala infeksi.

- a. Terjadi bengkak disekitar luka.
- b. Panas badan yang meningkat
- c. Kemerahan disekitar luka.
- d. Nyeri.
- e. Perubahan fungsi organ.
- f. Cairan yang berupa nanah pada luka.
- g. Luka berbau tidak sedap.

4. Tujuan Perawatan Luka

- a. Untuk mencegah infeksi luka.
- b. Melancarkan peredaran darah.
- c. Untuk memberikan perasaan nyaman pasien.

d. Mempercepat proses penyembuhan.

5. Cara Perawatan Luka Dirumah

a. Persiapan Alat :

- 1) Kapas.
- 2) Kassa steril.
- 3) Cairan infus NaCl 0,9% atau air yang sudah matang.
- 4) Plester.
- 5) Gunting.
- 6) Kantong plastic.

b. Langkah-Langkah

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

- d) Tutup luka yang telah dikompres kassa NaCl 0,9% dengan kassa kering yang diberi antiseptic.
 - e) Plester balutan tersebut agar tidak mudah lepas atau perban menggunakan perban gulung.
- 7) Bereskan peralatan.
- 8) Setelah melakukan tindakan cuci tangan kembali.

PERAWATAN LUKA POST OPERASI

Disusun oleh :
Putri Miraz
KHGA20102
3C D3 Kep



“

Pengertian Perawatan Luka

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

Tujuan Perawatan Luka

1. Untuk mencegah infeksi luka.
2. Melancarkan peredaran darah.
3. Untuk memberikan perasaan nyaman pasien.
- d. Mempercepat proses penyembuhan.



Cara Perawatan Luka Dirumah

Persiapan Alat :

- 1.Kapas.
- 2.Kassa steril.
- 3.Cairan infus NaCl 0,9% atau air yang sudah matang.
- 4.Plester.
- 5.Gunting.
- 6.Kantong plastic

Langkah-Langkah

- 1.Atur posisi senyaman mungkin.
- 2.Siapkan alat yang diperlukan dan dekatkan kepada pasien.
- 3.Keluarga yang akan melakukan ganti balutan sebelumnya mencuci tangan terlebih dahulu dengan sabun.
- 4.Buka plester/perban.
- 5.Balutan lama dibuka dan dibuang ke kantong plastic.
- 6.Bersihkan luka :
 - a.Cuci luka terlebih dahulu dengan kapas yang dibasahi NaCl 0,9% atau kapas lembab yang telah dibasahi air matang yang telah dingin.
 - b.Keringkan luka dengan kassa kering steril.
 - c.Untuk luka yang masih basah, kompres luka dengan kassa yang telah dibasahi NaCl 0,9%.
 - d.Tutup luka yang telah dikompres kassa NaCl 0,9% dengan kassa kering yang diberi antiseptic.
 - e.Plester balutan tersebut agar tidak mudah lepas atau perban menggunakan perban gulung.
- 7.Bereskan peralatan.
- 8.Setelah melakukan tindakan cuci tangan kembali.



Penyebab infeksi

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

Tanda dan gejala infeksi.

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



LEMBAR PEMBIMBING

Nama : Putri Miraz N

NIM : KHGA20102

Pembimbing : Bu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Judul : Asuhan Keperawatan Pada NY.W P₂A₀ Post Sectio
Caesarea POD 1 Atas Indikasi Letak Sungsang Di
Ruangan Delima RSUD Ciamis

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	24 Mei 2023	Judul KTI	Sesuaikan dengan permasalahan dan sesuaikan dengan juknis		
2	29 Mei 2023	BAB I	- Lengkapi penjelasan tentang AKI - Tambahkan penjelasan di tabel kejadian SC sungsang - Sistematika penulisan sesuaikan dengan		

			juknis		
3	6 Juni 2023	BAB I dan BAB II	ACC BAB I lanjut BAB II		
4	8 Juni 2023	BAB II dan BAB III	ACC BAB II penulisan sesuaikan dengan juknis ACC lanjut BAB III		
5	14 Juni 2023	BAB III	- Penulisan kata harus jelas - Lengkapi pemeriksaan head to toe - Aktifitas sehari-hari klien sesuaikan dengan masalah - Lengkapi analisa data sesuai masalah klien Lengkapi proses keperawatan, pembahasan		

			dan CP		
6	15 Juni 2023	BAB III dan BAB IV	ACC BAB III, lanjut BAB IV		
7	16 Juni 2023	BAB IV	- ACC BAB IV		
8	27 Juni 2023	Abstrak, kata pengantar, daftar isi, SAP, leaflet	ACC untuk sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Putri Miraz Nurjanah

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal lahir : Bandung, 23 oktober 2001

Agama : Islam

Alamat : Jl. Warung peuteuy Desa pasawahan
Rt/Rw 01/10

Instagram : Putrimrz13

Gmail : mirazputri3@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tk sejahtera I
2. SDN Sukaraja II
3. SMP Ciledug Al-Musadaddiyah
4. MA Al-Musadaddiyah
5. STIKes Karsa Husada Garut