

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D (P₂ A₀) DENGAN POST
SECTIO CAESAREA (5 JAM) ATAS INDIKASI PANGGUL SEMPIT DI
RUANG DELIMA RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NURUL PEBRIYANTI
NIM: KHGA20100



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

LEMBARAN PERSETUJUAN

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D (P₂A₀)
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* 5 JAM ATAS
INDIKASI PANGGUL SEMPIT DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS

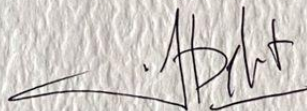
NAMA : NURUL PEBRIYANTI

NIM : KHGA20100

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan Tim Penguji
Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D (P₂A₀)
DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* 5 JAM ATAS
INDIKASI PANGGUL SEMPIT DI RUANG DELIMA
RSUD CIAMIS
NAMA : NURUL PEBRIYANTI
NIM : KHGA20100

Garut, Juli 2023

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II



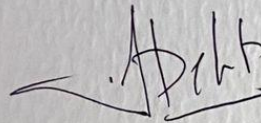
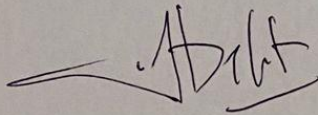
Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

Mengetahui,

Ketua Program studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Pembimbing



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

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

ABSTRAK

IV BAB, 93 Halaman, 17 Tabel

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.D P₂ A₀ Post Sectio Cesarea (5 Jam) Atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis”. *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan dibuat. Indikasi SC diantaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir, kelahiran pervagina dapat terlaksana tetapi keadaan lewat operasi SC akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya. Alasan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan pada kasus ini karena berdasarkan angka kejadian persalinan dengan sectio caesarea atas indikasi panggul sempit menempati urutan ke-8 dengan persentase 6,4% dapat membahayakan ibu mengingat komplikasi yang dapat di timbulkan dari post *sectio caesarea* cukup banyak yaitu ibu bisa terjadi infeksi purpuralis baik tingkat ringan sedang maupun berat, luka kandung kemih, emboli paru-paru dan pendarahan pada ibu yang akan mengakibatkan kematian. Disinilah peran perawat sangat diperlukan, perawat harus memberikan pertolongan segera. Tujuannya adalah memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi panggul sempit secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Bio-Psiko-Sosial dan Spiritual. Metode yang di gunakan penulis adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi : tahapan pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Masalah yang ditemukan pada Ny. D adalah Nyeri Akut, Resiko Infeksi dan Gangguan Mobilitas fisik. Kesimpulan yang diperoleh yaitu penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien post sectio caesarea dengan indikasi panggul sempit, yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Rekomendasi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pencegahan terjadinya infeksi terutama pada luka post SC sesuai standar operasional prosedur dilapangan, untuk tenaga keperawatan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post SC yang optimal, untuk keluarga selalu memberikan support sistem pada klien.

Kata Kunci : Panggul Sempit, Sectio Caesarea dan Post Partum

Daftar Pustaka : 2013-2023

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktunya. Adapun judul karya tulis ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. D (P2A0) Post *Sectio Caesarea* (5 Jam) Atas Indikasi Panggul Sempit Di Ruang Delima RSUD Ciamis”

Karya tulis ilmiah ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Studi Dipolma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bantuan berupa arahan, bimbingan, serta dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah Subhanahu wata'ala yang senantiasa memberikan perlindungan dan Rahmat-Nya.
2. Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut;
3. Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut;
4. H. Engkus Kusnadi, S.Kep, M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut;
5. K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut dan selaku Pembimbing karya tulis yang telah meluangkan waktu

untuk memberikan bimbingan, saran, arahan dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan karya tulis ilmiah ini;

6. Seluruh dosen pengajar yang telah memberikan bimbingan keilmuan dan nasihat-nasihat yang berharga selama menjalani perkuliahan.
7. Staf administrasi dan perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulisan selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
8. Kepada kedua orang tua yang senantiasa memberikan dorongan baik moril maupun materil dan selalu mendo'akan saya di segala kondisi hingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini. Semoga keringat dan air mata keduanya dibalas dengan kebahagiaan dunia akhirat oleh Allah SWT. Dengan diraihnya gelar ini mudah-mudahan dapat membahagiakan sekaligus membuat bangga orangtua saya, Aamiin.
9. Untuk Dickri Muhammad R terimakasih untuk doa, dukungan, semangat, serta telah menjadi tempat berkeluh kesah, selalu ada dalam suka maupun duka selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini
10. Kepada seluruh staf RSUD Ciamis, terutama ibu CI terimakasih sudah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan kemudahan, kesempatan dan izinnya kepada penulis untuk menerapkan proses Asuhan Keperawatan kepada Ny. D.
11. Teruntuk ciwi-ciwi , Nurhaliza SM dan Putri Jihan terimakasih telah menemaniku selama perkuliahan ini, suka duka bersama-sama semoga persahabatan ini terus berjaln hingga akhir hayat, Aamiin

12. Seluruh teman seperjuangan khususnya kelas 3C dan angkatan 2021 D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu "semoga kita bahagia dan menjadi orang-orang sukses aamiin"
13. Semua pihak yang tidak tertulis terima kasih atas jasa yang telah diberikan, semoga Allah SWT. meridhoi dan memberikan balasan yang berlipat ganda. Amiin.
14. 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, Juli 2023

Nurul Pebriyanti

DAFTAR ISI

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABLE vi

DAFTAR BAGAN vii

DAFTAR LAMPIRAN viii

BAB I..... 1

PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan..... 4

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

D. Sistematika Penulisan 6

BAB II 8

TINJAUAN TEORITIS..... 8

A. Konsep Dasar 8

1. Panggul Sempit 8

2. Sectio Caesarea 15

3. Post Partum 22

4. Dampak *Sectio Caesarea* terhadap Kebutuhan Dasar Manusia..... 32

B. Konsep Proses Keperawatan..... 34

1. Pengkajian..... 34

2. Analisa Data..... 45

3. Diagnosa Keperawatan 47

4. Perencanaan Keperawatan 48

5. Implementasi..... 57

6. Evaluasi..... 57

7. Dokumentasi 58

BAB III..... 55

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN..... 55

A. Tinjauan Kasus 55

1. Pengkajian.....	59
2. Analisa Data.....	70
3. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas.....	71
4. Proses Keperawatan.....	73
5. Catatan Perkembangan.....	81
B. Pembahasan.....	86
1. Tahap Pengkajian.....	86
2. Diagnosa Keperawatan	88
3. Perencanaan	89
4. Tahap Pelaksanaan.....	91
5. Tahap Evaluasi.....	92
BAB IV	93
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	93
A. Kesimpulan	93
B. Rekomendasi.....	95
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABLE

Tabel 1.1 Persentase post <i>Sectio Caesarea</i> atas indikasi CPD dengan indikasi lain dari bulan Januari-Maret 2023 di RSUD Ciamis.....	3
Tabel 2.1 Analisa Data.....	45
Tabel 2.2 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut.....	48
Tabel 2.3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi.....	50
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	51
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Pengetahuan.....	52
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui Tidak Efektif.....	53
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Hipovolemia.....	54
Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Intoleransi Aktivitas.....	55
Tabel 2.9 Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.....	56
Tabel 3.1 Riwayat Persalinan.....	62
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	68
Tabel 3.3 Data Pemeriksaan Penunjang.....	69
Tabel 3.4 Terapi Medis.....	69
Tabel 3.5 Analisa Data.....	70
Tabel 3.6 Proses Keperawatan.....	74
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	82

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Post SC atas indikasi Panggul Sempit.....	31
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: SAP
Lampiran II	: Leaflet
Lampiran III	: Format bimbingan
Lampiran IV	: Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. Data *World Health Organization* (WHO), mengenai status kesehatan nasional pada capaian target Sustainable Development Goals (SDGs) menyatakan sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat AKI sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup. Sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio AKI masih dirasa cukup tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (WHO, 2018).

Jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2021 menunjukkan 4.627 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.221 kematian. Berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 disebabkan oleh perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus (Kemenkes RI, 2021).

Pendarahan paska persalinan biasanya dialami dimasa post partum melebihi 500 cc dengan langsung sesudah bayi lahir. Penyebab pendarahan

secara langsung pada post partum antara lain trauma jalan lahir, atonia uteri, retensio plasenta, ruptur uteri dan inversi uteri. Penyebab tidak langsungnya antara lain infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal, dan panggul sempit (Fadli, 2020).

Panggul sempit adalah ukuran konjugatavera kurang dari 10 cm dan diameter transversa kurang dari 12 cm. Oleh karena itu panggul sempit, kemungkinan kepala tertahan di pintu atas panggul lebih besar. Dalam hal tersebut untuk mengeluarkan janin maka dilakukan suatu pembedahan yang disebut *Sectio Caesarea* (Sofyan, 2019).

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan dibuat. Sehingga janin dilahirkan melalui perut dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjasari, 2019).

Indikasi SC terdiri dari indikasi absolut dan relatif. Setiap keadaan yang membuat kelahiran lewat jalan lahir tidak mungkin terlaksana merupakan indikasi absolut. Diantaranya adalah kesempitan panggul yang sangat berat dan neoplasma yang menyumbat jalan lahir, pada indikasi relatif, kelahiran pervagina dapat terlaksana tetapi keadaan lewat operasi SC akan lebih aman bagi ibu, anak ataupun keduanya (Prawirohardjo, 2016).

Menurut *World Health Orgazation* (WHO) tahun 2015 standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah Negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. *World Health Orgazation* (WHO) memperkirakan angka persalinan dengan bedah *sectio caesarea* adalah sekitar 10% sampai 15%

dari semua proses persalinan di Negara-negara berkembang dibandingkan dengan 20% di Britania Raya dan 23% di Amerika Serikat (Purwoastuti, DKK, 2015). Sedangkan menurut riset kesehatan dasar (RISKEDAS, 2018) menyatakan terdapat 15,3% persalinan yang dilakukan melalui SC.

Berdasarkan data yang diperoleh di Ciamis, khususnya di RSUD Ciamis, jumlah kasus *sectio caesarea* dari bulan Januari sampai bulan Maret 2023 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1
Persentase post *Sectio Caesarea* atas indikasi CPD
dengan indikasi lain dari bulan Januari-Maret 2023 di RSUD Ciamis

No.	Kasus	Jumlah	Persentase
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 Panggul Sempit	13	6,4%
9	SC Indikasi Bayi Besar	10	5%
10	SC Indikasi Gawat Janin	6	3%
	Total	202	100%

(Sumber data: Rekam Medis RSUD Ciamis Tahun 2023)

Berdasarkan data tabel di atas dapat dilihat bahwa angka kejadian *Sectio Caesarea* dengan berbagai indikasi dari bagian pelaporan dan pencatatan di RSUD Ciamis tahun 2023, dapat dilihat bahwa angka kejadian persalinan SC (*Sectio Caesarea*) atas indikasi panggul sempit menempati urutan ke-8 dengan persentase 6,4% mengingat komplikasi yang dapat di timbulkan dari post *sectio caesarea* cukup banyak yaitu ibu bisa terjadi infeksi purpuralis baik tingkat ringan sedang maupun berat, luka kandung

kemih, emboli paru-paru dan pendarahan pada ibu yang akan mengakibatkan kematian. Untuk menghindari komplikasi yang mungkin terjadi. Disinilah peran perawat sangat diperlukan, perawat harus memberikan perawatan yang komprehensif.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.D P₂ A₀ Post *Sectio Cesarea* (5 Jam) Atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi panggul sempit secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Bio-Psiko-Sosial dan Spiritual.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual pada Ny. D (P₂ A₀) dengan post *section caesarea* dengan indikasi panggul sempit.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny. D (P₂ A₀) post *section caesarea* dengan indikasi panggul sempit.

- c. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny. D (P₂ A₀) dengan post *section caesarea* dengan indikasi panggul sempit.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. D (P₂ A₀) post *section caesarea* dengan indikasi panggul sempit.
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. D (P₂ A₀) post operasi *section caesarea* dengan indikasi panggul sempit
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. D (P₂ A₀) post operasi *section caesarea* dengan indikasi panggul sempit.

C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data

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

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan dengan cara menggali informasi tentang keluhan dan keselamatan dilakukan pada klien dan keluarga.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan pada klien dari ujung rambut hingga telapak kaki.

3. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan mengamati perilaku dan keadaan untuk memperoleh data tentang perkembangan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

4. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mempelajari data-data klien, seperti data hasil test laboratorium, data-data penunjang lain dan dokumentasi keperawatan klien saat dilakukan tindakan keperawatan sebelumnya.

5. Studi kepustakaan

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

D. Sistematika Penulisan

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

BAB I yang menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telahan dan sistematika penulisan.

BAB II menguraikan konsep dasar tentang asuhan keperawatan pada klien *post sectio caesarea* dengan indikasi Panggul Sempit, yang terdiri dari definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, pemeriksaan penunjang,

komplikasi, penatalaksanaan, pengaruh panggul sempit, konsep dasar *Seccio Caesarea* dan konsep dasar post partum

BAB III menjelaskan tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan serta pembahasan asat permasalahan yang muncul dalam proses pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Panggul Sempit

a. Pengertian

Panggul sempit adalah ukuran konjugatavera kurang dari 10 cm dan diameter transversa kurang dari 12 cm. Oleh karena itu panggul sempit, kemungkinan kepala tertahan di pintu atas panggul lebih besar. (Sofyan, 2019).

Chepalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan alami sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut, menyebabkan rongga panggul menjadi asimetris antara ukuran-ukuran panggul menjadi abnormal (Aspiani, 2017).

Cephalo Pelvik Disproportion (CPD) adalah suatu kondisi dimana ukuran pelvis tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin melalui pelvis yang mengakibatkan janin tidak dapat memasuki panggul. Efek yang mungkin ditimbulkan dari *cephalo pelvik disproportion* yaitu kontraksi akan berlangsung lebih lama dan bayi kesulitan mencari jalan keluar untuk lahir. Dalam hal tersebut untuk mengeluarkan janin maka dilakukan suatu

pembedahan yang disebut *Sectio Caesarea* (Sofyan, 2019). Menurut (Kementrian Kesehatan, 2013) Hambatan lahir yang diakibatkan oleh disparitas ukuran kepala janin dan pelvis materai.

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

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa panggul sempit adalah tidak sesuainya antara ukuran panggul ibu dengan kepala janin, sehingga dapat menyebabkan kesulitan dalam melakukan persalinan normal.

b. Etiologi

Sebab-sebab yang dapat menimbulkan kelainan panggul menurut Munabi, Luboga, Luboobi, & Mirembe (2016) sebagai berikut:

- 1) Kelainan karena gangguan pertumbuhan
 - a. Panggul sempit seluruh : semua ukuran kecil
 - b. Panggul pick : ukuran muka belakang sempit, ukuran melintang biasa
 - c. Panggul sempit pick : semua ukuran kecil tapi terlebih ukuran muka belakang

- d. Panggul corong : pintu atas panggul biasa, pintu bawah panggul sempit.
 - e. Panggul belah : symphyse terbuka
- 2) Kelainan karena penyakit tulang panggul atau sendi-sendinya
- a. Panggul rachitis : panggul pick, panggul sempit, seluruh panggul sempit pick dan lain-lain
 - b. Panggul osteomalacia : panggul sempit melintang
 - c. Radang articulatio sacroiliaca: panggul sempit miring
- 3) Kelainan panggul disebabkan kelainan tulang belakang
- a. Kyphose didaerah tulang pinggang menyebabkan panggul corong
 - b. Sciliose didaerah tulang punggung menyebabkan panggul sempit miring.
- 4) Kelainan panggul disebabkan kelainan anggota bawah Coxitis, luxatio, atrofia. Salah satu anggota menyebabkan panggul sempit miring, fraktura dari tulang panggul yang menjadi penyebab kelainan panggul

c. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala Panggul Sempit menurut

Padila (2015) yaitu:

- a. Primipara kepala anak belum turun setelah minggu ke 36.
- b. Pada primipara perut menggantung.
- c. Pada multipara persalinan yang dulu-dulu sulit.

- d. Kelainan letak pada hamil tua.
- e. Kelainan bentuk badan (cebol, scoliose, pincang, dll)

d. Patofisiologi

Tulang-tulang panggul terdiri dari os koska, os sacrum, dan os koksigis. Os koksa dapat dibagi menjadi os ilium, os iskium, dan os pubis, tulang-tulang ini satu dengan lainnya berhubungan. Di depan terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri, disebut simfisis. Dibelakang terdapat artikulasio sakro-iliaka yang menghubungkan os sacrum dengan dengan os ilium.

Pada wanita, di luar kehamilan artikulasi ini hanya memungkinkan pergeseran sedikit, tetapi pada kehamilan dan waktu persalinan dapat bergeser lebih jauh dan lebih longgar, misalnya ujung koksigis dapat bergerak kebelakang sampai sejauh lebih kurang 2,5cm. Hal ini dapat dilakukan bila ujung os koksigis menonjol ke depan padaa saat partus, dan pengeluaran kepala janin dengan cunam ujung os koksigis itu dapat ditekan kebelakang. Secara fungsional, panggul terdiri dari dua bagian yaitu pelvis mayor dan pelvis minor.

Pelvis mayor adalah bagian pelvis yang terletak diatas linen terminalis, disebut juga dengan false pelvis. Bagian yang terletak dibawah linen terminalis disebut pelvis minor atau true pelvis. Pada ruang yang dibentuk oleh pelvis mayor terdapat organ-organ

abnormal selain itu pelvis mayor merupakan tempat perlekatan otot-otot dan ligament dan dinding tubuh. Sedangkan pada ruang yang dibentuk oleh pelvis minor terdapat bagian dari kolon, rectum, kandung kemih dan pada wanita terdapat uterus dan ovarium.

Selama kehamilan, serviks (leher rahim atau saluran tempat jalan keluarnya bayi dari rahim menuju vagina) dalam kondisi tertutup dan dipenuhi oleh lender (mucus) untuk melindunginya dari infeksi. Pada tahap pertama persalinan, kontraksi membuat serviks terbuka secara bertahap. Serviks mulai melentur sehingga dapat terbuka dan melebar sampai 10 cm. Tahap ini merupakan tahap yang paling panjang dari persalinan. Dapat berlangsung selama beberapa jam bahkan hari sebelum menjalani persalinan.

Fase di mana serviks mulai terbuka disebut dengan fase laten. Pada fase laten akan merasa kontraksi dan kadang juga tidak. Pada fase ini sebaiknya makan dan minum untuk mempersiapkan energi yang akan dipakai selama proses persalinan. Jika persalinan mulai pada malam hari, sebaiknya tenang dan tetap rileks. Gunakan waktu untuk tidur jika bisa. Dan jika persalinan baru dimulai saat siang hari, cobalah untuk tetap aktif. Bergerak aktif akan membantu bayi turun ke bawah rahim dan juga membantu serviks untuk melebar (Rizkiyati, 2017).

e. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan radiologi untuk Pelvimetri dibuat 2 buah foto:

1) Foto pintu atas panggul

Ibu dalam posisi setengah duduk (Thoms), sehingga tabung rontgen tegak lurus diatas pintu atas panggul.

2) Foto lateral

Ibu dalam posisi berdiri, tabung rontgen diarahkan horizontal pada trochanter mayi samping.

f. Komplikasi

Menurut Sofyan (2019) menjelaskan bahwa komplikasi yang disebabkan oleh panggul sempit dibagi menjadi dua yaitu komplikasi pada ibu dan komplikasi pada janin.

1) Komplikasi Pada Ibu

- a) Persalinan
- b) Ketuban pecah dini
- c) Tali pusat menumbung
- d) Moulage kepala berlangsung lama
- e) Inersi uteri
- f) Ruptur uteri
- g) Simfisiolisis
- h) Infeksi intrapartal

2) Komplikasi Pada Janin

- a) Kematian janin intrapartal
- b) Prolapsus funikuli
- c) Perdarahan intrakranial
- d) Kaput suksadaneum dan sefalohematoma yang besar
- e) Robekan pada tentorium serebri akibat moulage
- f) Fraktur pada tulang kepala akibat tekanan

g. Penatalaksanaan

- 1) Persalinan percobaan, suatu tes terhadap kekuatan his dan daya akomodasi termasuk moulase kepala janin.
- 2) Simfisiotomi yaitu sebuah operasi untuk memperbesar kapasitas pelvis dengan memotong jaringan ikat tulang pubis dibagian depan pelvis.
- 3) Kraniotomi dan Kleidotomi.
- 4) Sectio Caesarea (SC).

h. Pengaruh Panggul Sempit pada persalinan Menurut Padila (2015):

- 1) Pengaruh pada persalinan
 - a) Persalinan lebih lama dari biasa.
 - b) Pada panggul sempit sering terjadi presentasi atau posisi.
 - c) Dapat terjadi rupture uteri apabila his menjadi terlalu kuat dalam usaha mengatasi rintangan yang ditimbulkan oleh panggul sempit.

- d) Jika otot rahim menjadi karena rintangan yang ditimbulkan oleh panggul sempit dapat terjadi infeksi intra partum. Infeksi ini dapat membahayakan ibu dan dapat membahayakan janin dalam rahim.

2) Pengaruh pada janin

- a) Partus lama lebih dari 20 jam atau kala II yang lebih dari 3 jam dapat menambah kematian perinatal apalagi kalau ketuban pecah sebelum waktunya.
- b) Prolapses foeniculli, dapat menimbulkan kematian pada janin.
- c) Moulage yang kuat dapat menimbulkan perdarahan di otak.

2. Sectio Caesarea

a. Pengertian

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan dibuat. Sehingga janin dilahirkan melalui perut dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjasari, 2019).

Sectio caesarea merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 mg (Solehati, 2015).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah tindakan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus.

b. Etiologi

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primipara tua disertai 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 preeklampsia-eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya)

2) Etiologi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan keil, kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi. (Nurarif dan Kusuma, 2015)

c. Patofisiologi

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

Sebelum dilakukan operasi klien perlu dilakukan anestesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anestesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu sehingga kadang-kadang bayi lahir dengan keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati sedangkan pengaruh anestesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas tidak efektif akibat secret yang berlebihan

karena kerja otot nifas silia yang menutup. Anestesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Aspiani, 2017).

Seperti yang telah diketahui setelah makanan masuk lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari moraliitas yang menurun maka peristaltik juga menurun. Makanan yang ada di lambung akan menumpuk dan karena refleks untuk batuk juga akan menurun. Maka klien sangat beresiko terhadap aspirasi sehingga perlu dipasang pipa endotracheal. Selain itu motilitas yang menurun juga berakibat pada perubahan pola eliminasi yaitu kontipasi (Aspiani, 2017).

d. Jenis-jenis SC

Jenis-jenis operasi *sectio caesarea*:

1) *Sectio caesarea* abdomen

Sectio caesarea transperitonealis profunda, yang dilakukan dengan insisi disegmen bawah uterus, insisi pada bawah rahim yang dapat dilakukan dengan teknik melintang atau memanjang.

2) *Sectio caesarea* vaginalis menurut arah sayatan pada rahim.

Sectio caesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

a) Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kroning.

b) Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr.

c) Sayatan huruf T (I-incision).

3) *Sectio caesarea* klasik (corporal)

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira sepanjang 10cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

4) *Sectio caesarea* ismika (profunda)

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konfak pada segmen bawah Rahim (low cervical tranfersal) kira-kira sepanjang 10cm (Nurarif dan Kusuma, 2015).

e. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan *Sectio caesarea* adalah sebagai berikut:

1) Infeksi puerperal (nifas)

a) Ringan, dengan kenaikan suhu 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.

Hal ini sering kita jumpai pada partus terlantar, dimana sebelumnya telah terjadi infeksi intra partal karena ketuban yang

telah pecah terlalu lama. Penanganannya adalah dengan pemberian cairan, elektrolit dan antibiotika yang adekuat dan tepat.

- 2) Pendarahan disebabkan karena
 - a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - b) Atoria uteri.
 - c) Pendarahan pada placentar bed.
 - 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonealisasi terlalu tinggi.
 - 4) Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendatang.
- (Aspiani, 2017)

f. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *Section Caesarea* adalah:

- 1) Hitung darah lengkap.
- 2) Golongan darah (ABO) dan pencocokan silang, tes coombs.
- 3) Urinalisis dilakukan untuk kadar albumin/ glukosa.
- 4) Pelvimetri menentukan CPD.
- 5) Kultur mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- 6) Ultrasonografi melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- 7) Amniosintesis mengkaji maturitas paru janin.

- 8) Test stres kontraksi atau tes non-stres mengkaji respons janin terhadap gerakan stress dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.
 - 9) Penentuan elektronik selanjutnya memastikan status janin/aktivitas uterus
- (Aspiani, 2017)

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan *Sectio Caesarea* yaitu:

- 1) Perdarahan pada vagina harus dipantau dengan cermat.
- 2) Fundus uteri harus sering di palpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat.
- 3) Pemberian analgetik dan antibiotik.
- 4) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam.
- 5) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.
- 6) Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turn sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.
- 7) Perawatan luka: insisi diperiksa setiap hari, jahitan kulit (klip) diangkat pada hari ke empat setelah pembedahan.
- 8) Pemeriksaan laboratorium: hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovoemia (Aspiani, 2017).

3. Post Partum

a. Pengertian

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

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2013). Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama 6 minggu (Wahyuningsih Sri, 2019).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa pemulihan yang dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu.

b. Perubahan Fisiologis Pada Masa Post Partum menurut (Walyani, 2017)

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

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

- (1) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000gr.
- (2) Pada akhir kala III, TFU dua jari di bawah pusat.
- (3) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simfisis dengan berat 500gr.
- (4) Pada 2 minggu post partum, TFU tidak teraba dengan berat 350 gr.
- (5) Pada 6 minggu post partum, TFU mengecil dengan berat 50 gr.
- (6) Pada 8 minggu post partum, normal dengan berat 30 gr.

b) Lochea

Lochea yaitu cairan/secret berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dan dalam uterus. Berikut ini beberapa jenis lochea:

- (1) Lochea Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, vernik kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari post partum.
- (2) Lochea Sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan berlangsung selama 3-7 hari post partum.
- (3) Lochea Serosa berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum.

(4) Lochea Alba berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari - 2 minggu berikutnya.

c) Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya trombosit, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri, hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

d) Serviks

Setelah persalinan serviks menganga, setelah 7 hari dapat dilalui 1 jari, setelah 4 minggu rongga bagian luar kembali normal.

e) Vagina dan Perineum

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

f) Mamae/Payudara

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

2) Sistem pencernaan

Setelah persalinan 2 jam ibu merasa lapar, kecuali ada komplikasi persalinan, tidak ada alasan menunda pemberian makan. Konstipasi terjadi karena psikis takut BAB karena ada luka *sectio caesarea*.

3) Sistem perkemihan

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

4) Sistem musculoskeletal

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

5) Sistem endokrin

Hormon-hormon yang berperan:

- a) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitoksin.
- b) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolactin untuk produksi ASI, jika ibu post partum tidak menyusui dalam 14-21 hari timbul menstruasi.
- c) Estrogen dan Progesteron, setelah melahirkan estrogen menurun, progesteron meningkat.

6) Perubahan Tanda Tanda Vital

- a) Suhu tubuh saat post partum dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$, setelah 2jam post partum normal.
- b) Nadi dan pernafasan, nadi dapat bradikardi kalau takikardi waspada mungkin ada perdarahan, pernafasan akan sedikit meningkat setelah persalinan lalu kembali normal.
- c) Tekanan darah kadang naik lalu kembali normal, setelah beberapa hari asalkan tidak ada penyakit yang menyertai BB turun rata-rata 4,5 kg.

- 7) Setelah melahirkan, adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans).
- 8) Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisahan otot rektus abdomen).

Pada saat hamil otot dan persendian menjadi relaks untuk persiapan melahirkan (linea alba menjadi sangat mudah mulur). Ketika otot rectus abdomen makin terpisah dan linea alba makin mulur ke samping dan menjadi sangat tipis, pemisahan otot ini disebut diastasis. (Wahyuningsih, 2019)

c. Adaptasi Psikologis Post Partum

Menurut (Walyani & Purwoastuti, 2015) dari tori Reva Rubin adaptasi psikologis pada masa post partum terdiri dari tiga fase yaitu:

1) Fase *Taking-In*

Hari pertama hingga kedua setelah persalinan dengan ciri dimana seorang ibu masih dalam ketergantungan, akan mengulang cerita tentang pengalamannya ketika persalinan, lebih memfokuskan pada dirinya, mengalami ketidaknyamanan fisik seperti nyeri jahitan, sakit perut, lelah dan kurang tidur sehingga membutuhkan waktu beristirahat yang adekuat agar terhindar dari gangguan tidur dan nafsu makan ibu meningkat sehingga dibutuhkan peningkatan nutrisi, jika berkurangnya nafsu makan menunjukkan bahwa proses pengendalian kondisi

ibu tidak normal. Tenaga kesehatan dapat menggunakan pendekatan empatik supaya ibu melalui fase ini dengan semestinya. Ibu postpartum mungkin mengalami gangguan pada fase taking-in yaitu:

- a) Ketidaknyamanan akibat perubahan fisik yang dialami.
- b) Kekecewaan terhadap bayinya.
- c) Kritikan atau suami tentang perawatan bayi.
- d) Rasa bersalah sebab belum menyusui bayinya.

2) Fase *Taking Hold*

Periode ini berlangsung antara 3 hingga 10 hari pasca persalinan. Ciri-ciri fase taking hold yaitu ibu sudah lebih mandiri serta meningkatkan kemampuan menjadi orang tua dan tanggung jawab terhadap bayinya. Seorang ibu tidak pasif lagi tetapi lebih fokus pada pengembangan fungsi tubuh serta berusaha lebih matang dalam perawatan bayi baru lahir. Adapula ibu merasa cemas dan khayati, sehingga membuat, ibu merasa tidak mampu bertanggung jawab dan merawat bayinya menyebabkan adanya kegagalan dalam fase taking hold. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif dan mudah sekali marah bahkan tersinggung sehingga, perlu menjaga perkataan dan berhati-hati dalam berkomunikasi. Untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu membutuhkan dukungan moral.

Periode taking hold yaitu sering dianggap bahwa masa perpindahan dari keadaan yang ketergantungan menjadi lebih mandiri. Pada periode ini ibu lebih perhatian dalam kemampuannya menjadi orang tua yang berhasil serta menerima tanggung jawab terhadap bayinya. Ibu sudah tidak lagi pasif dan lebih fokus pada pengembalian fungsi tubuhnya dalam menahan rasa nyeri, menjaga kekuatan dan daya tahan tubuh, pemenuhan istirahat, fungsi kandung kemih untuk pemenuhan buang air besar dan buang air kecil dan merawat diri, serta ibu berusaha dalam perawatan bayi baru lahir seperti merawat bayi, merawat tali pusat, memandikan bayi, menggantikan popok dan menyusui.

Tidak menutup kemungkinan pada fase taking hold ini ibu merasa cemas dan khawatir. Adanya kegagalan dalam fase taking hold sering kali membuat ibu mengalami depresi post partum dengan indikasi dimana ibu mendapati perasaan tidak mampu merawat bayinya (Janiwarty & Pieter, 2013).

3) Fase *Letting Go*

Periode dimana ibu sudah dapat menerima peran barunya dan tanggung jawab kepada bayinya. Fase letting go berjalan 10 hari pasca persalinan. Ciri dari fase letting go diantaranya ibu mampu menyesuaikan dan mengembangkan perawatan diri dengan bayinya, ibu siap terbangun untuk menyusui bayinya

supaya kebutuhan bayinya tercukupi. Pada fase ini ibu lebih percaya diri dalam melalui peran barunya.

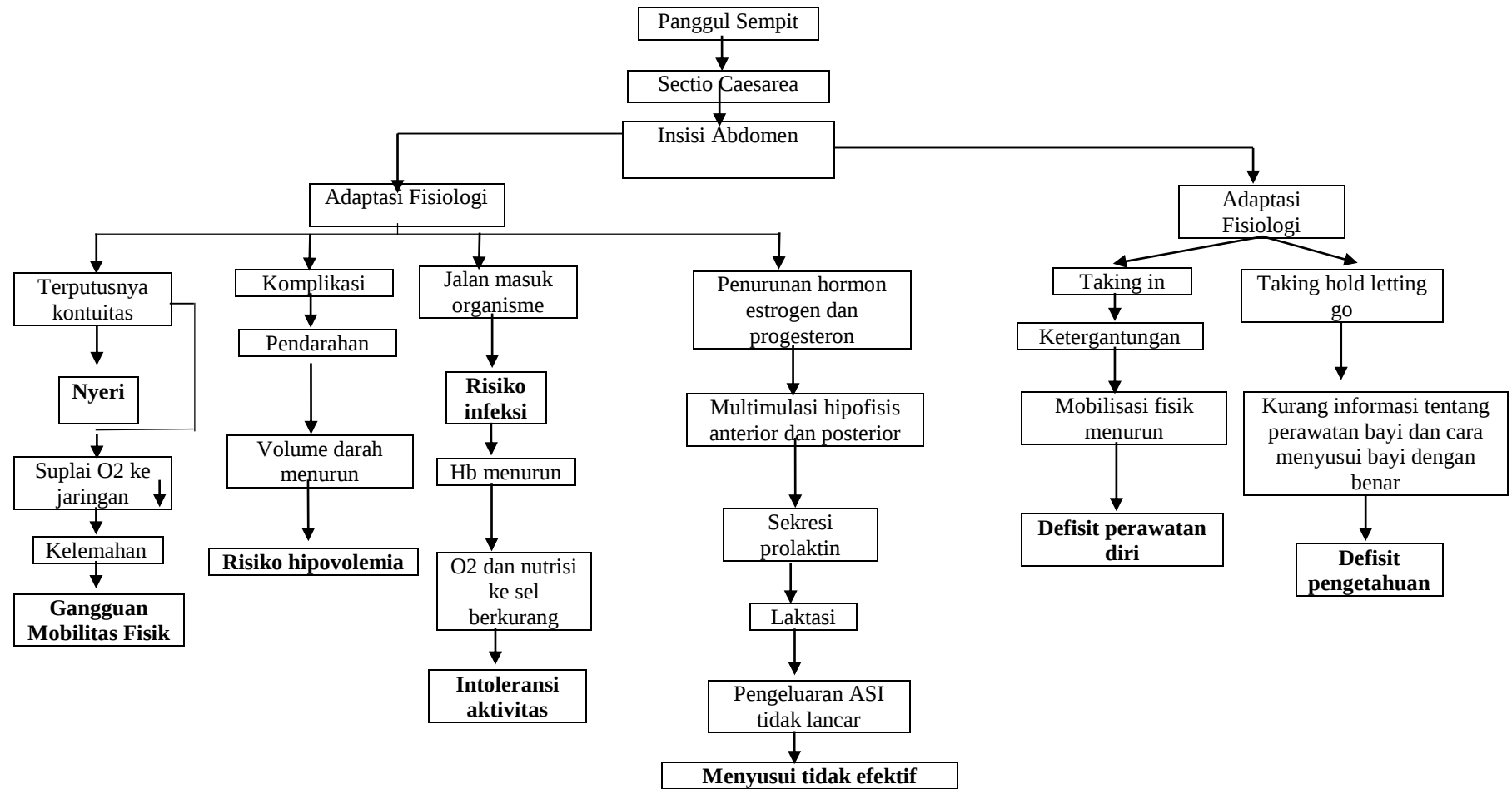
Menurut (Maryunani A, 2012) pada fase letting go ibu post partum mendapat anjuran dari tenaga kesehatan, yaitu:

- a) Memperhatikan gizi dan kebersihan ibu.
- b) Mengajarkan pentingnya dukungan keluarga.
- c) Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup.
- d) Menghibur ibu saat sedih maupun kesepian.
- e) Memberikan perhatian dan kasih sayang.

Dukungan suami serta keluarga tetap diperlukan oleh ibu, suami dan keluarga dapat membantu ibu dalam mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan merawat bayi sehingga ibu tidak terlalu terbebani dimana ibu memerlukan istirahat eukup sehingga dapat memulihkan kondisinya dengan baik untuk dapat merawat bayinya

Pathway

Bagan 2.1
Post SC atas indikasi Panggul Sempit



Sumber (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019)

4. Dampak *Sectio Caesarea* terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

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

1) Nyeri

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

2) Makan dan Minum

a) Setelah diperiksa peristaltik pada 6 jam pasca bedah, bila positif maka ia dapat diberikan minum hangat sedikit dan kemudian lebih banyak terutama bila mengalami anestesi spinal dan pasien tidak muntah. Pada anestesi umum mungkin akan lebih lambat timbulnya peristaltik.

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

3) Mobilisasi

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

4) Eliminasi BAK/BAB

a) BAK

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

b) BAB

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika pasien pada hari ketiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olahraga.

5) Personal Hygiene

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

a) Mandi

b) Perawatan luka sectio caesarea

c) Perawatan gigi dan mulut

6) Istirahat

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

7) Seksual

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

B. Konsep Proses Keperawatan

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

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Aspiani (2017), adalah sebagai berikut :

a. Identitas klien

Sectio Caesarea dapat terjadi pada setiap umur kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan muda.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Mengeluh nyeri pada bekas operasi, badan lemah, tidak berani bergerak, dan rasa haus yang berlebihan.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi dan keluhan utama yang diuraikan dalam PORST yaitu :

P : Keluhan yang dirasakan klien yang memberatkan dan yang meringankan. Meringankan klien dengan SC adalah ketika klien istirahat atau tidak banyak gerak dan yang memberatkan pada pasien SC adalah ketika klien banyak melakukan aktifitas.

Q : Qualitatif/Quantitatif, yaitu kualitas atau kuantitas keluhan yang dirasakan klien. Pada klien post SC keluhan yang dirasakan nyeri pada luka post operasi.

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

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

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

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

3) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji terhadap adanya penyakit menular atau pembedahan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Menstruasi

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

b) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

c) Kehamilan

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

d) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Ditanyakan kelangsungan dari kehamilan dan persalinan serta nifas yang lalu, bagaimana keadaan bayi yang dilahirkan, apakah cukup bulan atau tidak, kelahirannya normal atau tidak, siapa yang menolong persalinan dan dimana melahirkan, sehingga mendapat gambaran yang jelas tentang riwayat kehamilan, persalinan yang lalu.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

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

2) Tanda-tanda vital

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

- a) Nadi dan suhu di atas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi.
 - b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan, tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya pendarahan post partum.
 - c) Pernafasan keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan denyut nadi dan suhu. Bila suhu dan nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran cerna.
- 3) Pemeriksaan fisik head to toe
- a) Kepala

Kaji kesimetrisan muka dan tengkorak, palpasi kepala mengenai keadaan rambut, kulit kepala, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.
 - b) Wajah
 - (1) Mata

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

(2) Hidung

Dikaji bentuk hidung sebelah kanan dan kiri, fungsi penciuman, terdapat polip atau tidak, kebersihannya, terdapat secret atau tidak. Palpasi sinus maksilaris, frontalis, apakah ditemukan nyeri tekan atau tidak.

(3) Telinga

Dikaji kesimetrisan telinga kiri dan kanan, warna kulit, fungsi pendengaran serta kebersihannya apakah terdapat serumen atau tidak. Palpasi adanya nyeri tekan atau tidak.

(4) Mulut dan gigi

Dikaji apakah ada kelainan konginetal seperti bibir sumbing, warna, kebersihan gigi, dan lidah. kemudian lakukan palpasi apakah ada pembengkakan atau nyeri tekan dan serta kaji juga tentang fungsi pengecapan baik atau tidak.

c) Leher

Dikaji bentuk leher, warna kulit, kaji adakah pembengkakan dan pergerakan kelenjar tiroid, kemudian lakukan palpasi mengenai kelenjar limfe dan kelenjar getah bening.

d) Dada dan payudara

(1) Jantung

Lakukan auskultasi bunyi jantung S1 S2 (lup/dub, tidak ada bunyi tambahan) kaji bunyi denyut jantung normal menggunakan stetoskop.

(2) Paru-paru

Dikaji kesimetrisan dada kiri dan kanan, irama nafas, frekuensi nafas. Palpasi adakah nyeri tekan atau tidak. Perkusi apakah ada suara nafas normal antara dada kiri dan kanan. Biasanya pada ibu post operasi *sectio casarea* bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

(3) Payudara

Dikaji bentuk simetris atau tidak, biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, kemungkinan terdapat tanda-tanda nyeri tekan atau benjolan saat palpasi, puting susu menonjol keluar, datar, atau masuk kedalam, payudara tampak bersih, pengeluaran ASI lancar atau tidak.

e) Abdomen

Dilakukan dengan cara inspeksi: kaji keadaan abdomen dan kebersihannya, kaji adakah striae dan linea nigra. Pada luka post operasi SC harus dikaji apakah terdapat luka operasi, bentuk cembung, tanda-tanda infeksi seperti terdapat

eritema, bengkak, keadaan balutan apakah ada luka basah atau kering dan utuh. Palpasi TFU pada hari pertama setinggi pusat. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendur menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus, terdapat nyeri tekan pada luka operasi SC, apakah lembek atau keras, abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan, abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat di masase untuk merangsang kontraksi, palpasi kandung kemih. Auskultasi biasanya bising usus 12x/menit. Perkusi adanya kembung atau tidak.

f) Genetalia

Dikaji adakah pengeluaran lochea rubra, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva, kaji adanya hemoroid atau tidak, bagaimana posisi kateter dan jumlah urine serta konsistensinya, apakah terpasang dengan baik atau tidak, biasanya 1 hari setelah operasi terpasang kateter.

g) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kaji kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya edema, kekuatan otot dan ROM. Pada klien dengan post operasi sc biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas bawah

Kaji kesimetrisannya, kaji adanya sianosis, ada tidaknya oedema, kekuatan otot, ROM, reflek patella human sign, tromboflebitis. Pada pasien post operasi sc biasanya akan mengalami penurunan kekuatan otot karena nyeri pada bekas operasi sehingga terjadi kelemahan.

d. Aspek Psikologis, Sosial dan Spritual

- 1) Pada klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase taking in, fase in merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi posesif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

- 2) Klien dengan post *sectio caesarea* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu dikaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.
 - 3) Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.
- e. Pola sehari-hari menurut Aspiani (2017)
- 1) Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8jam bar diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung di beri makan, minum seperti biasanya, bahkan anjurkan banyak minum. Kaji frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya.
 - 2) Eliminasi BAB dan BAK

Meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan post *sectio casarea* untuk BAK melalui dower cateter yang sebelumnya telah dipasang.

3) Istirahat tidur

Pada klien dengan post *sectio caesarea* mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya dower cateter. Dikaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya seta adanya gangguan atau tidak.

4) Personal hygiene

Klien dengan post *sectio caesarea* pada hari pertama dan kedua sebelum cateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan. Dikaji meliputi kebersihan kulit, rambut, mulut dan gigi, pakaian dan vulva hygiene.

5) Aktivitas

Pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

f. Data penunjang

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

- 1) Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
- 2) Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.

- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- 4) Pemeriksaan jumlah tiroksin akibat pengaruh dan hormon estrogen.

2. Analisa Data

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

Tabel 2.1

Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	DS : - Mengeluh nyeri DO : - Tampak meringis - Bersikap protektif (missal waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah - Sulit tidur	Terdapat luka post op yang menyebabkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik sebagai reseptor nyeri kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke thalamus dan dipresepsikan sebagai nyeri.	Nyeri akut
2.	DS : - Mengeluh nyeri pada luka post SC DO: - Terdapat luka post SC	Luka post op menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadinya invasi bakteri yang menimbulkan risiko infeksi	Risiko infeksi

1	2	3	4
3.	DS : - Menolak melakukan perawatan diri DO : - Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan perdarahan, hemoglobin, yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri.	Defisit perawatan diri
4.	DS : - Menanyakan masalah yang dihadapi DO : - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Kurangnya pengetahuan tentang post SC yang menyebabkan defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan
5.	DS : - Kelelahan materai - Kecemasan materai DO : - Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu - Asi tidak menetap/memancar - Nyeri atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	Partum atau post SC, hormon prolactin belum ada, kelenjar alveoli mammae belum efektif mengeluarkan ASI, menyusui tidak efektif	Menyusui tidak efektif
6.	DS : - Mengeluh lemas, haus, dan pusing DO : - Tekanan darah menurun - Turgor kulit menurun - Membrane mukosa kering	Kurangnya darah dan cairan didalam tubuh secara drastis	Risiko hypovolemia

1	2	3	4
7.	DS : - Mengeluh Lelah DO : - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari	Intoleransi aktivitas
8.	DS : - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas - Nyeri saat bergerak Enggan melakukan pergerakan/merasa cemas saat bergerak DO : - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah	Kelemahan fisik yang diakibatkan post section caesarea menyebabkan respon klien tidak efektif dan aktivitas klien terbatas klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka post sc sehingga menghambat mobilitas	Gangguan mobilitas fisik

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

3. Diagnosa Keperawatan

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

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

1) Nyeri Akut b.d agen cedera fisik (D.0077)

- 2) Resiko infeksi d.d kerusakan integritas kulit (D.0142)
- 3) Defisit perawatan diri b.d kelemahan post operasi *Seccio Caesarea* (D.0109)
- 4) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)
- 5) Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
- 6) Risiko hipovolemia b.d kebutuhan cairan (D.0034)
- 7) Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)
- 8) Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D.0054)

4. Perencanaan Keperawatan

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

- a. Nyeri akut b.d agen cedera fisik (D.0077)
 - 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3×24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun

2) Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

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

Tabel 2.2

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : - Berikan teknik non farmakologi (terapi music, teknik relaksast napas dalam) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi : - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	- Untuk mengetahui karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari klien - Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien - Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien - Untuk dapat mengetahui faktor yang meperberat dan memperingan dari nyeri - Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien - Untuk menurunkan stimulant nyeri, agar klien nyaman dan aman - Agar klien dapat beristirahat dan tidur dengan baik - Agar klien dapat mengetahui penyebab, periode, dan pemicu dari nyeri - Untuk mengetahui strategi dalam meredakan nyeri - Agar klien dengan mandiri dapat mengetahui nyeri

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

Sumber: SIKI (2018)

b. Risiko infeksi d.d kerusakan integritas kulit (D.0142)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka resiko infeksi dapat berkurang.

2) Kriteria hasil : Tingkat Infeksi (L.14137)

- a) Demam menurun
- b) Kemerahan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Bengkak menurun

Tabel 2.3

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
1	2
Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi Edukasi - Ajarkan cara suci tangan yang benar - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan	- Agar mempermudah untuk penanganan jika infeksi terjadi - Agar klien tidur dengan nyenyak dan cukup - Untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial - Meminimalkan kesempatan untuk kontaminasi - Mengurangi kontaminasi organisme - Untuk meningkatkan energi dan daya tahan tubuh - Untuk mencegah terjadinya dehidrasi

1	2
Kolaborasi	
- Kolaborasi pemberian imunisasi	- Agar membunuh mikroorganisme penyebab infeksi

c. Defisit perawatan diri b.d kелamahan (D.0109)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam maka perawatan diri dapat meningkat
- 2) Kriteria hasil : Perawatan Diri (L.11103)
 - a) Kemampuan mandi meningkat
 - b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
 - c) Kemampuan makan meningkat
 - d) Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat

Tabel 2.4

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
1	2
Dukungan perawatan diri (I.11348)	
Observasi	
- Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	- Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan kemandirian klien
- Monitor tingkat kemandirian	- Untuk mengetahui aktivitas harian /ADL klien
Terapeutik	
- Sediakan lingkungan yang terapeutik	- Untuk memberikan kenyamanan terhadap klien
- Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	- Untuk membantu klien dalam melakukan perawatan diri
- Jadwalkan rutinitas perawatan diri	- Agar klien mau melakukan perawatan diri sendiri
Edukasi	
- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	- Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri

d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 × 24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat
- 2) Kriteria hasil : Tingkat Pengetahuan (L.12111)
 - a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
 - b) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
 - c) Persepsi yang keliru terhadap masalah

Tabel 2.5

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Pengetahuan

Intervensi	Rasional
1	2
Edukasi Kesehatan (1.12383) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan	- Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi - Untuk membantu mempermudah klien dalam menerima informasi kesehatan - Untuk membuat kontrak waktu dengan klien yang terjadwal - Untuk memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya hal yang belum dipahami - Untuk meningkatkan pemahaman pada hal apa saja yang mempengaruhi Kesehatan

e. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka menyusui tidak efektif membaik

2) Kriteria hasil : Status Menyusui (L.03029)

- a) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat
- b) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat
- c) Berat badan bayi meningkat
- d) Suplai asi adekuat meningkat

Tabel 2.6

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Menyusui tidak efektif

Intervensi	Rasional
1	2
Edukasi Menyusui (1.12393) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Libatkan sistem pendukung Edukasi - Berikan konseling menyusui - Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi - Ajarkan perawatan payudara antepartum dengan kompres hangat - Ajarkan perawatan payudara post partum (misalnya, memompa ASI)	- Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dalam menerima informasi - Untuk membantu ibu agar memposisikan menyusui yang benar - Untuk memberikan dukungan penyemangat bagi klien - Untuk membantu ibu agar mengetahui tentang menyusui - Agar ibu mengetahui manfaat menyusui bagi bayi dan ibu - Agar ibu mengetahui cara perawatan payudara dengan mengompres hangat - Agar ibu mengetahui cara perawatan payudara dengan memompa ASI

f. Risiko hipovolemia b.d kebutuhan cairan (D.0034)

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka status cairan klien membaik

2) Kriteria hasil : Status Cairan (L.03028)

a) Edema perifer menurun

b) Turgor kulit membaik

Tabel 2.7

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko hipovolemia

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi - Periksa tanda dan gejala hipovolemia - Monitor intake dan output cairan Terapeutik - Hitung kebutuhan cairan Edukasi - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, NaCL, RL) - Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5%, NaCL monitor 0,4%)	- Untuk mengetahui apakah pasien mengalami hipovolemi atau tidak - Untuk mengetahui apakah kadar cairan pada pasien normal atau tidak dan untuk melanjutkan intervensi selanjutnya - Untuk mengetahui cairan yang di butuhkan pasien - Untuk mengganti cairan yang hilang - Dapat membantu mengganti cairan tubuh dan elektrolit yang hilang, sehingga tubuh tetap terhidrasi - Dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang

g. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka intoleransi aktivitas meningkat

2) Kriteria hasil : Toleransi Aktivitas (L.05047)

- Keluhan lelah menurun
- Kecepatan berjalan meningkat
- Frekuensi nadi meningkat

Tabel 2.8

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Intoleransi Aktivitas

Intervensi	Rasional
1	2
Manajemen Energi (I.) Observasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	- Untuk melihat bagian tubuh klien yang mengalami kelemahan - Untuk mengetahui adakah kelelahan jika klien selesai beraktifitas - Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidak nyamanan pasien selama melakukan aktivitas - Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien - Untuk meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstermitas pasien - Untuk mengalihkan ketidak nyamanan pasien - Untuk memberikan kenyamanan pasien saat beristirahat - Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap - Agar pasien dapat mengatasi kelelahan nya secara mandiri dan mudah - Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien

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

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan

3x24 jam maka gangguan mobilitas fisik meningkat

2) Kriteria hasil : Mobilitas Fisik (L.05042)

a) Nyeri menurun

b) Kelemahan fisik menurun

- c) Kekuatan otot meningkat
- d) Gerakan terbatan menurun

Tabel 2.9

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Intervensi	Rasional
1	2
Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi Teurapetik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan dan tujuan dan prosedur mobilisasi - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	- Mengetahui keluhan klien dan rencana tindakan selanjutnya - Mengetahui kemampuan dan batasan klien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya - Mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi dan tekanan darah klien - Untuk mengetahui kondisi terkini klien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi - Memberikan bantuan kepada klien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi risiko jatuh/sakit saat berpindah - Meningkatkan status mobilisasi fisik klien - Keluarga dapat secara mandiri membantu klien melakukan latihan pergerakan - Memberikan informasi kepada klien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan - Untuk mengurangi risiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan

Sumber: SIKI (2018)

5. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dokter atau petugas kesehatan lain.

Pelaksanaan keperawatan/implementasi harus sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dan pelaksanaan ini disesuaikan dengan masalah yang terjadi (Mitayani, 2013).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan menggunakan teknik SOAP pada klien dengan *post sectio caesarea* dengan indikasi CPD, bila menemukan masalah baru menggunakan SOPIER evaluasi meliputi evaluasi/catatan perkembangan yang dialami oleh klien setelah diberikan implementasi keperawatan (Mitayani, 2013). Evaluasi yang diharapkan pada pasien dengan post op indikasi CPD adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri berkurang atau hilang
- b. Volume cairan terpenuhi
- c. Integritas kulit dan proteksi jaringan membaik
- d. Tidak mengalami infeksi dan cedera post op SC
- e. Kecemasan berkurang

7. Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan dari laporan yang terorganisir secara nasional tentang fakta dan pengamatan tentang subjek tertentu. Sebagai perawat, mereka harus mendokumentasikan kemajuan harian pasien mereka untuk memberikan perawatan berkelanjutan (Kemenkes, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	:Ny.D
Umur	:26th
Jenis Kelamin	:Perempuan
Agama	:Islam
Pendidikan	:SMK
Suku bangsa	:Sunda
Status Perkawinan	:Menikah
Alamat	:Desa Saguling Rt 05/Rw 05 Kec. Baregbeg, Kab. Ciamis
Tanggal Masuk	:05 April 2023
Tanggal Pengkajian	:05 April 2023
No.RM	:100479698
Diagnosa Medis	:Post SC atas indikasi panggul sempit

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	:Tn. A
Jenis Kelamin	:Laki-laki

Umur	:28th
Pendidikan	:SMK
Hubungan dengan klien	:Suami dari klien

b. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri di bagian bawah perut pada luka post operasi

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian pada hari Rabu tanggal 05 April 2023, klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi SC, terdapat luka post SC ± 13 cm di daerah abdomen bawah. Saat dikaji klien mengatakan rasa nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan berkurang apabila klien tidak banyak bergerak. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat oleh pisau. Klien mengatakan nyeri pada rentang 5 (0-10) nyeri dirasakan hilang timbul. Klien bersikap protektif saat akan dipegang perutnya. Klien tampak meringis, lemah dan gelisah karena merasa nyeri di daerah abdomen yang masih ditutup perban.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan pada tahun 2017 pernah melakukan persalinan operasi caesarea seperti ini saat anak pertama. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelum hamil.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat persalinan SC dan tidak mempunyai penyakit menular ataupun penyakit turunan seperti jantung, gagal ginjal, diabetes mellitus, dan asma.

e) Riwayat obsteri dan ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan pertama kali haid pada usia 15th, dengan siklus haid 28 hari dengan lama haid 6 hari, tidak ada keluhan selama haid, HPHT 02 Juli 2022, Taksiran partus 09 April 2023

2) Riwayat pernikahan

Klien mengatakan ini pernikahan yang pertama pada usia 19th. Memiliki 1 anak dan yang sekarang yang ke-2.

3) Riwayat KB

Klien mengatakan menggunakan KB suntik sebelum hamil terjadi keluhan seperti pusing dan klien mengatasi masalah tersebut dengan cara istirahat tidur. Setelah melahirkan ini klien belum ada rencana menambah anak lagi dan akan menggunakan jenis kontrasepsi KB suntik lagi.

4) Riwayat kehamilan

Klien mengatakan selama kehamilan tidak mempunyai keluhan yang sangat berat hanya merasakan mual muntah di

pagi hari. Anak pertama melahirkan secara operasi SC dengan bantuan persalinan di RSUD Ciamis.

5) Riwayat persalinan sekarang

Pada tanggal 05 April 2023 pukul 07.20 WIB klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *Seccio Caesarea*.

Bayi lahir pada pukul 08.10 WIB dengan jenis kelamin laki-laki, panjang badan 52cm, dengan berat badan 3800gr.

Tabel 3.1

Riwayat Persalinan

No	Tempat	Penolong	Melahirkan	BB Lahir	JK	Keadaan
1.	RS	Dokter	SC	3400gr	P	Sehat
2.	RS	Dokter	SC	3800gr	L	Sehat

c. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum :Klien tampak lemah

Kesadaran :Compos mentis

GCS:E4,M6,V5 =15

b) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah :130/60mmHg

Nadi :80x/menit

Respirasi :21x/menit

Suhu :36,5 °C

c) Pemeriksaan fisik *head to toe*

(1) Kepala dan rambut

Berwarna hitam tampak acak-acakan, rambut tampak ikal, kusam dan lepek, bentuk kepala mesocephal, tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi atau luka

(2) Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis, tidak tampak adanya cloasma, dan tidak ada pembengkakan di wajah

(3) Mata

Bentuk kedua mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflek pupil ketika diberi rangsang cahaya pupil mengecil, tidak ada nyeri tekan, dan tidak memakai alat bantu penglihatan

(4) Hidung

Lubang hidung simetris antara kiri dan kanan, tampak bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, fungsi penciuman dapat membedakan minyak kayu putih dan alkohol dengan mata tertutup.

(5) Telinga

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

(6) Mulut

Mukosa bibir tampak kering, gigi bersih dan lengkap, tidak ada karies, tidak ada pendarahan pada gusi, lidah bersih, fungsi pengecapan klien bisa membedakan rasa asam dan manis.

(7) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, pergerakan leher dapat menengok ke kiri dan kanan.

(8) Dada dan punggung

a) Jantung

Suara jantung S1 S2, irama jantung reguler, tidak ada nyeri dada.

b) Paru-paru :Simetris kiri dan kanan, pengembangan dinding dada simetris, bunyi nafas vesikuler, irama nafas teratur, perkusi sonor, bunyi nafas teratur tidak ada tambahan wheezing (-), ronchi (-), Respirasi: 21x/menit

c) Payudara :Bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, areola berwarna hitam, puting susu menonjol keluar, tampak bersih , asi sudah keluar, tidak ada kelainan pada payudara, kolostrum sudah keluar.

d) Punggung :Tampak bersih, tidak ada nyeri tekan

(9) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, warna kulit disekitar pusar berwarna coklat, terdapat luka bekas post operasi sc dengan panjang $\pm 13\text{cm}$, luka operasi tertutup perban, terdapat linea nigra dan striae gravidarum, TFU 2 jari dibawah pusar dengan konsistensi uteri keras, terdapat nyeri pada luka post sc, tidak ada kembung, bising usus normal 12x/menit. Klien bersikap protektif saat akan dipegang perutnya.

(10) Genetalia

Keadaan genetalia kotor, labia minora simetris, tidak terdapat edema, terdapat lochea rubra warna merah, terpasang DC terdapat 400cc urine yang keluar dalam urine bag, ganti pembalut 2x/hari dibantu oleh keluarganya. Tidak ada hemoroid di anus.

(11) Ektrimitas

Atas :Tangan kiri dan kanan simetris, keadaan kuku bersih dan pendek, tangan kanan terpasang infus RL 20tpm, pergerakan tangan kanan terbatas, tangan kiri dapat digerakkan dengan bebas, jumlah jari lengkap, warna kulit kuning langsung, turgor kulit pada saat dilakukan pencubitan dapat kembali < 2 detik, CRT < 2 detik, tidak terdapat pembengkakan, tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot 4/5

Bawah :Kaki kiri dan kanan simetris, keadaan kuku bersih dan pendek, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises, reflek patella (+), human sign (-), masih belum bisa bergerak dikarenakan masih nyeri pasca operasi sc, sendi tampak kaku. Aktivitas dibantu keluarga. Kekuatan otot 4/4

Kekuatan otot:	4	5
	4	4

d. Riwayat Psikososial

1) Konsep diri

Klien mengatakan saat ini sangat tenang dan sudah tahu cara pemberian asi juga merawat bayi dengan baik dan benar, kelahiran anaknya kali ini sangat dinanti-nantikan karena klien dan semua keluarga ingin mempunyai anak laki-laki, klien memohon ingin diberi anak laki-laki dan sangat disyukurnya, klien berharap segera pulang ke rumah agar segera merawat anaknya.

2) Body image (Citra diri)

Klien mengatakan tidak merasa malu dengan keadaan klien saat ini, klien tampak merasa bahagia anaknya lahir tanpa ada kekurangan

3) Ideal diri

Klien ingin segera sembuh dan sangat membutuhkan dukungan keluarga untuk segera pulih kembali

4) Harga diri

Klien mengatakan sangat senang dan bangga terhadap dirinya sendiri walaupun terdapat luka post op

5) Peran

Klien mengatakan belum dapat menjalankan perannya sebagai seorang ibu rumah tangga dengan kondisinya seperti ini.

6) Identitas

Klien merupakan seorang istri yang mempunyai 1 anak perempuan dan sekarang mempunyai anak laki-laki yang klien nantikan selama ini.

7) Pola peran dan hubungannya

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarga, tetangga, dan teman-temannya baik-baik saja tidak ada masalah, interaksi dengan tenaga medis pun kooperatif, komunikasi dengan orang sekitar baik.

e. Aspek Sosial dan Spritual

a. Pola koping dan stress

Klien mengatakan jika mengalami masalah klien membahasnya dengan suaminya agar masalah dapat terpecahkan.

b. Pola nilai kepercayaan

Klien beragama islam, ketika masih sehat klien selalu berserah diri agar diberi kelancaran dan keselamatan dalam persalinannya.

f. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3.2

Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	2	3	4
1.	Pola nutrisi Frekuensi makan Jenis makan Porsi makan Frekuensi minum Jenis minum Keluhan Cara	3x/hari Nasi, lauk pauk, sayur 1 porsi 7-8 gelas/hari Air putih, teh Tidak ada Mandiri	3x/hari Bubur, sayur, telur ½ porsi 3-4 gelas/hari Air putih Baru minum sedikit karena sebelumnya dipuaskan
2.	Pola eliminasi 1) BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau Keluhan Cara	1-2x/hari Lembek Khas feses Khas feses Tidak ada Mandiri	Belum BAB - - - - -
	2) BAK Frekuensi Warna Bau Keluhan Cara	4-5x/hari Kuning jernih Khas urine Tidak ada Mandiri	400ml Kuning kecoklatan Khas urine Tidak ada Terpasang DC
3.	Pola istirahat tidur Lama tidur siang Kualitas tidur Lama tidur malam Kualitas tidur Keluhan	1-2 jam/hari Nyenyak 6-7jam/hari Nyenyak Tidak ada	1 jam sering Sering terbangun 4-5 jam/hari Tidak nyenyak Tidak ada

1	2	3	4
4.	Personal hygiene Frekuensi mandi Berganti pakaian Gosok gigi Keluhan	2x/hari 2x/hari 2x/hari Tidak ada	Spon 1x/hari 1x/hari Dibantu
5.	Mobilitas dan aktivitas Aktivitas yang dilakukan Keluhan	Beres-beres rumah, olahraga, nonton Tv Tidak ada	Tidak dapat beraktivitas karena nyeri

g. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Ny.D

Tanggal pengkajian : 05 April 2023

No.RM : 100479698

Tabel 3.3

Data pemeriksaan penunjang

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1	2	3	4	5
1.	Hematologi rutin			
	HGB, Hemoglobin	10,0	g/Dl	12-16 g/dL
	HCT, Hematokrit	27,6	%	35-45%
	WBC, Leukosit	11,4	/mm ³	5-10 mm ³
	PLT, Trombosit	294	/mm ³	150-450 3

h. Terapi medis

Tabel 3.4

Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis	Cara pemberian	Kegunaan
1	2	3	4	5
1	Ketorolac	1x30mg	IV	Meredakan nyeri
2	Cefotaxime	2x1gr	IV	Mencegah infeksi
3	Cefadroxil	3x1gr	Oral	Antibiotik, untuk mencegah infeksi

1	2	3	4	5
4	Asam mefenamat	3x1gr	Oral	Meredakan nyeri
5	Hemafort	2x1gr	Oral	Suplemen, untuk mengatasi anemia
6	Infus RL	20tpm	IV	Memenuhi kebutuhan cairan

2. Analisa Data

Tabel 3.5

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	Ds: - Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi - Klien mengatakan nyerinya seperti disayat-sayat Do: - Skala nyeri 5 (0-10) - Klien tampak meringis - Klien bersikap protektif saat akan dipegang perutnya - Tampak luka post op di daerah abdomen ±13cm yang masih ditutup perban - TD :130/60mmHg N : 80x/menit R : 21x/menit S :36,5 °C	Terdapat luka post op yang menyebabkan terputusnya jaringan dan merangsang area sensorik sebagai reseptor nyeri kemudian rangsangan tersebut dihantarkan ke thalamus dan dipresepsikan sebagai nyeri.	Nyeri Akut
2.	Ds: - Klien mengeluh nyeri luka pada post operasi Do: - Tampak luka post op di daerah abdomen ±13cm yang masih ditutup perban - Leukosit:11.400/mm ³	Luka post op menyebabkan adanya jaringan terbuka serta proteksi kurang lalu terjadinya invasi bakteri yang menimbulkan risiko infeksi	Risiko infeksi
3.	Ds: - Klien mengatakan rasa nyeri bertambah	Kelemahan fisik yang diakibatkan post section caesarea menyebabkan	Gangguan mobilitas fisik

1	2	3	4				
	saat klien banyak bergerak dan berkurang apabila klien tidak banyak bergerak Do: - Klien tampak lemah - Gerakan klien terbatas - Skala nyeri 5 (0-10) - Aktivitas dibantu keluarga - Kekuatan otot menurun - Kekuatan otot: <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	4	5	4	4	respon klien tidak efektif dan aktivitas klien terbatas klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka post sc sehingga menghambat mobilitas	
4	5						
4	4						

3. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas

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

Ds:

- (1) Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi
- (2) Klien mengatakan nyerinya seperti disayat-sayat

Do:

- (1) Skala nyeri 5 (0-10)
- (2) Klien tampak meringis
- (3) Klien bersikap protektif saat akan dipegang perutnya
- (4) Tampak luka post op di daerah abdomen ± 13 cm yang masih ditutup perban
- (5) TD :130/60mmHg
- N: 80x/menit

R: 21x/menit

S :36,5 °C

2) Resiko Infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)

Ds:

(1) Klien mengeluh nyeri luka pada post operasi

Do:

(1) Tampak luka post op di daerah abdomen ±13cm yang masih ditutup perban

(2) Leukosit :11.400/mm³

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

Ds:

(1) Klien mengatakan rasa nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan berkurang apabila klien tidak banyak bergerak

(2) Klien mengatakan cemas saat akan melakukan pergerakan

Do:

(1) Klien tampak lemah

(2) Gerakan klien terbatas

(3) Skala nyeri 5 (0-10)

(4) Aktivitas dibantu keluarga

(5) Kekuatan otot menurun

(6) Kekuatan Otot

4	5
4	4

4. Proses Keperawatan

Nama :Ny. D

No. RM :100479698

Umur :26th

Ruang :Delima

Tabel 3.6

Proses Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	2	3	4	5	6	7
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik Ds: (1) Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi (2) Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat Do: (1) Skala nyeri 5 (0-10) (2) Klien tampak	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi (1) Observasi TTV (2) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Observasi (1) Mengobservasi TTV (2) Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Tanggal 05 April 2023 Jam 13.30 Observasi (1) Mengobservasi TTV Respon klien: TD:130/60mmHg N:80x/menit R:21x/menit S:36,5°C (2) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,	Tanggal 05 April 2023 Jam 17.00 S: 1) Klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka post op P: luka operasi ±13 cm Q: tersayat-sayat pisau R: abdomen bawah S: 5 (0-10) T: hilang timbul 2) Klien mengatakan lebih rileks setelah melakukan teknik nafas dalam

1	2	3	4	5	6	7
	meringis 3) Klien bersikap protektif saat akan dipegang perutnya 4) Tampak luka post op di daerah abdomen bawah sc ± 13 cm 5) TTV: TD:130/60mmHg N:80x/menit R:21x/menit S:36,5°C	Menurun (3) Skala nyeri berkurang 3 (0-10) (4) Klien tampak tenang	(3) Identifikasi skala nyeri (4) Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik (5) Berikan teknik non farmakologis (tarik nafas dalam) (6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan) Edukasi (7) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	(3) Mengetahui tingkat nyeri klien yang dirasakan klien (4) Mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien Terapeutik (5) Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien (6) Diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang Edukasi (7) Agar klien dapat mengetahui	intensitas nyeri Respon klien: Nyeri seperti disayat-sayat pisau, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 5 (0-10), nyeri bertambah apabila bergerak dan beraktivitas Terapeutik (1) Memberikan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) Respon klien: Setelah dilakukan relaksasi nafas dalam klien tampak rileks (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan)	O: 1) Klien tampak meringis 2) TTV TD:120/60mmHg N:94x/menit R:21x/menit S:36,5°C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi

1	2	3	4	5	6	7
			(8) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) Kolaborasi (9) Kolaborasi pemberian analgetik (ketorolac 30mg/IV)	penyebab, periode, dan pemicu dari nyeri (8) Untuk melepaskan tegangan emosional dan otot atau untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi (9) Membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi	Respon klien: Keluarga yang menunggu klien maksimal 2 orang Edukasi (1) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Respon klien: Klien paham tentang (2) Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) Respon klien: Klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri dirasakan Kolaborasi Memberikan terapi analgetik ketorolac 30mg/IV	

1	2	3	4	5	6	7
					Respon klien: Klien kooperatif, mau diberikan terapi analgetik	
2.	Risiko infeksi d.d kerusakan integritas kulit Ds: (1) Klien mengeluh nyeri luka pada post operasi Do: (1) Tampak luka post op di daerah abdomen bawah ±13cm yang masih ditutup perban (2) Leukosit: 11.400/mm³	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: (1) Bebas dari tanda-tanda infeksi (2) Kadar sel darah putih membai (3) Kultur area luka membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi (1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik (2) Batasi jumlah pengunjung (3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien (4) Lakukan perawatan luka	Observasi (1) Agar mempermudah untuk penanganan jika infeksi terjadi Terapeutik (2) Agar klien tidur dengan nyenyak (3) Untuk mencegah terjadinya infeksi nasokomial (4) Untuk mencegah kontaminasi	Tanggal 05 April 2023 Jam 14.50 Observasi (1) Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi Respon klien: Ada luka post operasi sepanjang ±13cm yang masih ditutup perban Terapeutik (1) Membatasi jumlah pengunjung Respon klien: Klien dan keluarga mengerti (2) Memberitahu keluarga klien agar selalu mencuci tangan	Tanggal 05 April 2023 Jam 17.20 S: (1) Klien mengeluh masih nyeri luka post operasi di daerah abdomen bawah O: (1) Tampak luka post op di daerah abdomen bawah ±13cm yang masih ditutup perban keadaan balutan luka terlihat bersih dan kering (2) Leukosit:11.400/mm³ A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi

1	2	3	4	5	6	7
			(5) Pertahankan teknik aseptik dalam perawatan luka Edukasi (6) Kontrol insisi dan balutan pada luka operasi Kolaborasi (7) Kolaborasi pemberian antibiotik (cefotaxime 2gr/IV)	kuman masuk ke luka insisi sehingga menurunkan risiko terjadinya infeksi (5) Meningkatkan proses penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka Edukasi (6) Mendeteksi tindakan yang akan dilakukan selanjutnya Kolaborasi (7) Agar membunuh mikroorganisme penyebab infeksi	sebelum dan sesudah kontak dengan klien Respon klien: Keluarga tampak kooperatif Edukasi (1) Mengontrol insisi dan balutan pada luka Respon klien: Balutan luka terlihat bersih dan kering Kolaborasi (1) Memberikan terapi obat antibiotik cefotaxime 1gr/IV Respon klien: Klien kooperatif, mau diberikan terapi antibiotik	

1	2	3	4	5	6	7				
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri Ds: (1) Klien mengatakan rasa nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan berkurang apabila klien tidak banyak bergerak Do: (1) Klien tampak lemah (2) Gerakan klien terbatas Skala nyeri 5 (0-10) (1) Aktivitas dibantu keluarga (2) Kekuatan otot menurun (3) Kekuatan otot: <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	4	5	4	4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: (1) Pergerakan ekstremitas meningkat (2) Nyeri menurun (3) Kelemahan fisik menurun (4) Kekuatan otot meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (2) Identifikasi toleransi aktivitas melakukan pergerakan (3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik (4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat	Observasi (1) Mengetahui keluhan klien dan rencana tindakan selanjutnya (2) Mengetahui kemampuan dan batasan klien terkait latihan/gerak yang akan dilakukan berikutnya (3) Mengetahui kondisi terkini klien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi Terapeutik (4) Memberikan bantuan kepada klien	Tanggal 05 April 2023 Jam 15.10 Observasi (1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keadaan fisik lainnya Respon klien: Klien belum bisa menggerakkan ekstermitas bawah (2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Respon klien: Klien belum bisa melakukan pergerakan, tampak aktivitas dibantu oleh keluarga klien Terapeutik (1) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam	Tanggal 05 April 2023 Jam 17.25 S: (1) Klien mengatakan nyeri saat bergerak berkurang O: (1) Klien tampak mulai bisa bergerak (2) Klien sudah bisa miring kanan dan miring kiri (3) Terpasang DC (4) Klien sudah mampu menyebutkan tujuan mobilisasi A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi
4	5									
4	4									

1	2	3	4	5	6	7
			bantu (pagar tempat tidur) (5) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi (6) Jelaskan tujuan mobilisasi (7) Anjurkan mobilisasi dini Tahap mobilisasi: a) 6-12 jam post SC melakukan mobilisasi	saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi risiko jatuh/sakit saat berpindah (5) Keluarga dapat secara mandiri membantu klien melakukan latihan pergerakan Edukasi (6) Agar klien mengetahui tujuan mobilisasi (7) Melatih kekakuan otot dan pergerakan untuk membantu proses penyembuhan	meningkatkan pergerakan Respon klien: Keluarga tampak membantu klien ketika bergerak Edukasi (1) Menjelaskan tujuan mobilisasi Respon klien: Klien dapat menyebutkan tujuan mobilisasi (2) Menganjurkan mobilisasi dini pada 6-12 jam melakukan miring kanan miring kiri Respon klien: Klien mau melakukan miring kanan miring kiri	

1	2	3	4	5	6	7
			miring kanan miring kiri b) 12-24 jam post SC melakukan duduk di tempat tidur, disamping tempat tidur, setelah 24 jam latihan berjalan- jalan disekitar kamar/ke kamar mandi			

5. Catatan Perkembangan

Nama :Ny. D

No. RM : 100479698

Umur :26th

Ruang :Delima

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Pelaksana
1	2	3	4	5
1.	06 April 2023 Jam 13.00	Dx 1	S: (1) Klien mengatakan masih sedikit nyeri O: (1) Klien tampak meringis (2) Skala nyeri 3(0-10) (3) Terdapat luka post op sc (4) Terdapat bekas post op sc +13cm di daerah abdomen (5) TTV: TD:110/80mmHg N:85x/menit R:21x/menit S:36°C A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: Jam 13.30 (1) Mengobservasi TTV Respon klien: TD:120/80mmHg N: 85x/menit	Nurul Pebriyanti

1	2	3	4	5
			R: 21x/menit S:36°C (2) Mengobservasi nyeri secara berkala Respon klien: Skala nyeri 3 (0-10) (3) Mengidentifikasi respon non verbal Respon klien: Klien tampak tenang (4) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) Respon klien: Klien mengatakan lebih rileks setelah melakukan teknik nafas dalam (5) Memberikan terapi obat keterolac 30mg/IV Respon klien: Klien kooperatif, mau diberikan terapi analgetik E: Masalah teratasi Sebagian	
2.	06 April 2023 Jam 14.00	Dx 2	S: (1) Klien mengatakan nyeri berkurang O: (1) Tampak luka post op di daerah abdomen bawah ± 13cm yang masih ditutup perban (2) Leukosit 11.400/mm³ A: Risiko infeksi P: Lanjutkan intervensi I: Jam 14.20 (1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien Respon klien: Keluarga tampak kooperatif (2) Mengontrol insisi dan balutan luka Respon klien: Balutan luka terlihat bersih dan kering	Nurul Pebriyanti

1	2	3	4	5
			(3) Memberikan terapi antibiotik cefadroxil 1gr/Oral Respon klien: Klien mau diberikan terapi antibiotik E: Masalah teratasi Sebagian	
3.	06 April 2023 Jam 14.40	Dx 3	S: (1) Klien mengatakan nyeri saat bergerak berkurang O: (1) Klien tampak mulai bisa bergerak (2) Klien sudah bisa miring kanan dan miring kiri (3) Terpasang DC A: Gangguan mobilitas fisik P: Lanjutkan intervensi I: Jam 15.00 (1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon klien: Keluhan nyeri pada klien berkurang (2) Menganjurkan klien untuk mobilisasi dini 12-24 jam post SC melakukan (duduk di tempat tidur/disamping tempat tidur), setelah 24 jam (latihan berjalan-jalan disekitar kamar/ke kamar mandi) Respon klien: Klien mampu duduk di tempat tidur, dan klien tampak sudah bisa berjalan ke kamar mandi E: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian	Nurul Pebriyanti
4.	07 April 2023 Jam 13.00	Dx 1	S: (1) Klien mengatakan nyeri berkurang O: (1) Klien masih meringis (2) Skala nyeri 3 (0-10) (3) Terdapat luka post op sc ±13 cm di daerah abdomen (4) TTV: TD:120/80mmHg R:21x/menit N:87x/menit	Nurul Pebriyanti

1	2	3	4	5
			A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi I: Jam 13.30 (1) Mengobservasi nyeri secara berkala Respon klien: Skala nyeri 3 (0-10) (2) Mengobseravasi TTV Respon klien: TD:120/80mmHg N: 88x/menit R: 21x/menit S:36°C (3) Memberikan terapi obat asam mefenamat 1gr/Oral dan hemafort 1gr/Oral Respon klien: Klien mengikuti arahan perawat E: Masalah nyeri akut teratasi Sebagian	
5.	07 April 2023 Jam 14.20	Dx 2	S: (1) Klien mengaku masih perih pada luka post op sc didaerah abdomen O: (2) Leukosit 11.400mm³ (3) Luka masih tertutup perban (4) Lochea rubra berwarna merah kehitaman A: Risiko infeksi P: Lanjutkan intervensi I: Jam 14.30 (1) Melakukan teknik aseptik dalam perawatan luka Respon klien: Luka masih tertutup perban, keadaan balutan luka terlihat bersih dan kering (2) Melakukan perawatan luka dan mengganti perban Respon klien: Klien merasa nyaman setelah diganti perban	Nurul Pebriyanti

1	2	3	4	5
			(3) Memberikan terapi antibiotik cefadroxil 1gr/Oral Respon klien: Klien mengikuti arahan perawat E: Masalah risiko infeksi teratasi Sebagian	
6.	07 April 2023 Jam 14.45	Dx 3	S: (1) Klien mengatakan sudah bisa bergerak O: (1) Tidak tampak adanya kelemahan fisik (2) Dc sudah dilepas (3) Klien sudah merasa nyaman ketika bergerak (4) Klien tampak sudah bisa melakukan aktivitas miring kanan dan miring kiri (5) Klien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur (6) Klien tampak sudah bisa berjalan ke kamar mandi A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	Nurul Pebriyanti
		15.30	Pasien pulang dengan ACC dokter	

B. Pembahasan

Setelah melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Ny.D P₂ A₀ Post Sectio Cesarea (5 Jam) Atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis”. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 05 April 2023 sampai dengan tanggal 07 April 2023. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

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

Selama pengkajian ditemukan data pada Ny.D post *sectio caesarea* atas indikasi panggul sempit yaitu klien mengeluh nyeri yang diakibatkan oleh adanya luka post operasi *sectio caesarea* yang mengakibatkan terputusnya inkontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamine, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dan dipersepsikan sebagai nyeri. Keluhan nyeri karena

adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan. Dari rasa nyeri tersebut terjadi kelemahan fisik yang berdampak pada aktivitas dan gerak klien sehingga menyebabkan kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM menurun) (Nurarif, 2015).

Klien tidak berani menggerakkan badan karena terdapat luka post SC maka dalam proses penyembuhan luka menurut (Perdanakusuma, 2015) mengalami 3 fase yaitu : Fase inflamasi, terjadi dari hari pertama luka sampai hari ke-2. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan perdarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan dreganulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah.

Fase proliferasi terjadi hari ke-3 sampai hari ke-14, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi. Pada Ny. tidak ditemukan tanda-tanda munculnya infeksi, tetapi penulis tetap mengangkat masalah ini karena resiko bisa saja terjadi akibat perawatan luka yang kurang tepat. Fase maturasi, terjadi pada hari ke-8 sampai 1 tahun, fase ini merupakan fase terpanjang pematangan granulasi yang membentuk epitel baru.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian penulis menemukan kesenjangan diagnosa dari teori dengan kenyataan, maka diagnosa yang muncul pada Ny.D dengan post op *sectio caesarea* atas indikasi panggul sempit adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2019) pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual tau fungsional, dengan onset medadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Diagnosa keperawatan ini diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subyektif yaitu klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan data objektifnya yaitu klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen bagian bawah dengan panjang ± 13 cm. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan atau tindakan.

b. Risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2019) luka post operasi menyebabkan adanya jaringan terbuka serta

proteksi kurang lalu terjadinya invasi bakteri yang menimbulkan risiko infeksi. Tumbuhnya jaringan baru sebagai proses penyembuhan luka dipengaruhi oleh kebersihan lamanya proses penyembuhan dapat memicu terjadinya infeksi dengan gejala awal luka terasa panas, kemerahan dan terdapat nanah. Infeksi akan semakin meluas jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat yaitu pengeluaran cairan dan nana yang berwarna dan berbau yang menandakan infeksi akut.

Data yang ditemukan pada Ny. D ditemukan faktor-faktor resiko yang mendukung yaitu, secara objektif terdapat luka operasi dengan panjang $\pm 13\text{cm}$, leukosit $11.400/\text{mm}^3$.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Menurut Riyadi & Widuri, (2015) Imobilitas merupakan keadaan ketika seseorang tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan. Imobilitas dapat terjadi karena berbagai hal misalnya nyeri pada luka dan lain lain. Diagnosa keperawatan ini diangkat karena penulis menemukan data-data yang terkait dengan diagnosa tersebut antar lain, klien mengatakan nyeri saat bergerak, aktivitas klien dibantu keluarga, klien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

3. Perencanaan

Pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapatkan hambatan atau kesulitan karena adanya kerjasama, dukungan, bantuan dari

keluarga klien dan petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya perencanaan.

- a. Nyeri akut, penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi napas merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi napas dalam sangat efektif dalam menurunkan tingkat nyeri setelah operasi (Lela & Reza, 2018). Manfaat relaksasi napas dalam yaitu mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman, mengurangi rasa nyeri, melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri, mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri dan relaksasi napas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian (Tri & Niken, 2017).
- b. Risiko Infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit, rencana tindakan yang dilakukan yaitu perawatan luka merupakan tugas keseharian perawat sehingga perawat harus menggunakan keterampilan perawatan luka dengan baik. Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan standar operasional prosedur perawatan luka operasi akan menurunkan kejadian infeksi luka operasi section caesaria (Munandar & Koto, 2018).
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, rencana tindakan yang dilakukan yaitu mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu post SC karena merupakan salah satu konsep dasar perawatan

pada masa nifas yang sangat diperlukan dalam proses penyembuhan luka. Menurut Sumarah (2013), dengan mobilisasi dini sirkulasi darah menjadi lebih baik sehingga akan mempengaruhi penyembuhan luka, karena luka membutuhkan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan atau perbaikan sel, sehingga penerapan tindakan mobilisasi dini pada ibu dengan post SC sangatlah penting dalam upaya mempercepat proses penyembuhan luka post operasi.

4. Tahap Pelaksanaan

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

Nyeri akut setelah post *sectio caesarea* dengan melakukan teknik distraksi dan relaksasi, mengajarkan dan melatih teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) pada pasien, hingga pasien merasa lebih tenang dan nyaman.

Risiko infeksi, implementasi yang dilakukan yaitu mengontrol insisi dan balutan pada luka, melakukan perawatan luka. Setelah dilakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan tidak terdapat adanya tanda-tanda infeksi.

Gangguan mobilitas fisik, implementasi yang dilakukan yaitu mobilisasi dini sesuai dengan tahapan mobilisasi pada pasien post *sectio caesarea*, menganjurkan klien untuk mobilisasi dini hingga klien

mampu melakukan mobilisasi. Respon klien baik, klien antusias melakukan mobilisasi, klien sudah bisa beraktivitas mandiri.

5. Tahap Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan klien setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. D penulis menemukan 3 masalah keperawatan, diantaranya: nyeri akut, resiko infeksi, dan gangguan mobilitas fisik.

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik masalah teratasi sebagian dengan hasil evaluasi klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10), hasil TTV: TD:120/80mmHg, N:88x/menit, R:21x/menit, S:36°C.

Pada diagnosa risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit, masalah teratasi sebagian dengan hasil evaluasi klien merasa nyaman setelah diganti perban, tidak terdapat kemerahan, panas, dan bengkak.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, masalah teratasi dengan hasil evaluasi tidak tampak adanya kelemahan fisik, klien sudah merasa nyaman ketika bergerak, klien tampak sudah bisa berjalan-jalan ke kamar mandi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. D ($P_2 A_0$.) dengan post Operasi *Sectio Caesarea* Hari ke-1 atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis, pada tanggal 05-07 April 2023 masalah klien dapat teratasi dan teratasi sebagian. Penulis menarik beberapa kesimpulan yaitu :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. D ($P_2 A_0$.) dengan post Operasi *Sectio Caesarea* (5 Jam) atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. D ($P_2 A_0$.) dengan post Operasi *Sectio Caesarea* (5 Jam) atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis.
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. D ($P_2 A_0$.) dengan post Operasi *Sectio Caesarea* (5 Jam) atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. D ($P_2 A_0$.) dengan post Operasi *Sectio Caesarea* (5 Jam) atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis.

5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan pada Ny. D (P₂ A₀ .) dengan post Operasi *Sectio Caesarea* (5 Jam) atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis.
6. Penulis mampu membuat dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny. D (P₂ A₀ .) dengan post Operasi *Sectio Caesarea* (5 Jam) atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D (P₂ A₀ .) dengan post *Sectio Caesarea* (5 Jam) atas Indikasi Panggul Sempit di Ruang Delima RSUD Ciamis, penulis memberikan rekomendasi berupa :

1. Untuk Rumah Sakit
 - a. Untuk rumah sakit sebagai upaya untuk meningkatkan pencegahan terjadinya infeksi terutama pada luka operasi post SC menyediakan sesuai standar operasional prosedur terkait perawatan luka dan pengawasan terhadap standar operasional prosedur dilapangan.
 - b. Pelaksanaan edukasi mobilisasi dini pasien post SC pada masa pre operasi guna meningkatkan terlaksananya mobilisasi dini oleh pasien secara mandiri dalam pengawasan perawat.
2. Untuk Tenaga Keperawatan di Ruangan
 - a. Untuk tenaga keperawatan pelaksanaan standar operasional prosedur secara baik dan benar menjadi kunci keberhasilan standar operasional prosedur.

- b. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post SC yang optimal untuk mencegah terjadinya komplikasi serta dampak yang ditimbulkan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan bagi kesejahteraan ibu dan anak.

3. Untuk Keluarga

Keluarga klien untuk selalu memberikan suport sistem pada klien post SC agar kondisi klien lebih cepat pulih dan kembali bersemangat untuk sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Y. (2017). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Trans Info Media
- Cunningham, MacDonald dan Gant. (2014). Obstetric Williams (Joko Suyono & Andry Hartono Penerjemah). Jakarta : EGC.
- Data rekam medis RSUD Ciamis. (2023). Angka Kejadian Sectio Caesarea: Ciamis.
- Hartati dan Maryunani (2015). Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Sectio Caesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort). Jakarta: TIM.
- Kemenkes (2019) “Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Keperawatan” Kemenkes RI.
- KEMENKES RI, (2021). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. <https://drive.google.com/file/d/1Vpf3ntFMm3A78S8XIan2MHxbQhgyMV5i/view>. (Diakses 26 Mei 2023)
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Lela, A., & Reza, R. (2018). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur. *Jurnal Kesehatan*, 9 (2), 262-266.
- Maryunani, A. (2012). *Buku Inisiasi Menyusu Dini, ASI Eksklusif dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: Trans Info Media.
- Mitayani, (2013). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salemba Medika
- Munandar, I., & Koto, Y. (2018). Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) Perawatan Luka dengan Kejadian Infeksi Luka Operasi Post Sectio Caesaria. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 2(2), 422-428
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta : Medika Action.
- Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, S. 2013. *Ilmu Kebidanaan* Edisi 4 Cetakan 4. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka

- Prawirohardjo, Sarwono. 2016. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Purwoastuti, (2018). Ilmu Obstetri Dan Ginekologi Sosial Bagi Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Solehati, T dan Kosasih, E.C. (2015). *Konsep Dan Apiklasi Relaksasi Dalam Keperawatan Maternitas*. Bandung: Repika Aditama.
- Sumarah, Marianingsih Endah, Kusnanto Hari, dan Haryanti Wiworo. 2013. Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka *Post Sectio Caesarea*. Jurnal Keperawatan diakses di www.ejournal.stikesmukla.ac.id tanggal 22 Juni 2023
- Tim Pokja SDKI PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Implementasi Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SLKI PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Dewan pengurus PPNI.
- Tri & Niken, S. (2017). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea.
- Wahyuningsih, Sri. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum di Lengkapi dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Walyani, E. S., & Purwoastuti, T. E. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- WHO (World Health Statistics). 2018. Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. World Bank, 2018

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MOBILISASI POST SECTIO CAESAREA

Pokok Bahasan : Mobilisasi Post Sectio Caesarea (Post SC)

Sub Pokok Bahasan :

- a. Definisi Mobilisasi
- b. Tujuan Mobilisasi
- c. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi
- d. Manfaat Mobilisasi Pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* (SC)
- e. Kerugian Bila Tidak Mobilisasi
- f. Tahap-tahap Mobilisasi

Sasaran : Ny. D dan keluarga

Pemberi Materi : Nurul Pebriyanti

Waktu : Pukul 10.00 s/d selesai

Hari/Tanggal : Rabu, 05 April 2023

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan, Ny. D dan keluarga memahami tentang pentingnya mobilisasi setelah dilakukan operasi SC.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pembelajaran mobilisasi post *sectio caesarea*, Ny. D dan keluarga dapat memahami materi tentang pentingnya mobilisasi post partum dengan kriteria:

- a. Peserta dapat menyebutkan minimal 2 dari 3 tujuan mobilisasi post SC
- b. Peserta dapat menyebutkan pengertian mobilisasi
- c. Peserta dapat menyebutkan tahap-tahap mobilisasi post SC.

B. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi

C. Media

1. Leaflet

D. Kegiatan Penyuluhan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1.	3 menit	Pembukaan (Pra Interaksi) a. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan d. Menyebutkan materi yang akan diberikan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan c. Memperhatikan d. Memperhatikan
2.	7 menit	Pelaksanaan: a. Menjelaskan isi materi tentang post SC b. Mengevaluasi secara verbal (menanyakan kembali pada peserta penkes	a. Memperhatikan b. Menjawab beberapa pertanyaan yang disampaikan penyuluh

3.	5 menit	Terminasi: a. Menyimpulkan hasil kegiatan b. Mengakhiri kegiatan dan mengucapkan salam	a. Memperhatikan b. Menjawab salam
----	---------	--	---------------------------------------

Lampiran Materi

MOBILISASI POST SECTIO CAESAREA

A. Definisi Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologisnya (Karlina, 2014).

Mobilisasi dini pasca sectio caesarea merupakan suatu gerakan atau kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan (Kalisch Soohee & Beverly, 2013)

B. Tujuan Mobilisasi

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
6. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

C. Rentang Gerak Dalam Mobilisasi

Menurut Kapeti (2013), dalam mobilisasi terdapat tiga rentang gerak yaitu:

1. Rentang gerak pasif

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

2. Rentang gerak aktif

Hal ini melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-otot dan sendi dengan melakukan aktivitas yang diperlukan.

3. Rentang gerak fungsional

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

D. Manfaat Mobilisasi Pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* (SC)

Mobilisasi dini memberikan beberapa manfaat, antara lain pasien akan merasa lebih kuat dan sehat, faal usus dan kandung kencing menjadi lebih baik, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, otot menjadi lebih kuat sehingga pasien mampu merawat diri dan bayinya secara mandiri (Karlina, 2014)

E. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi

1. Peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.
2. Perdarahan yang abnormal. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uterus keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.
3. Involusi uterus yang tidak baik. Tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus.

F. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

Menurut Kasdu (2013) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu post operasi section caesarea:

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi section caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki.
2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan 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 ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
4. Setelah ibu dapat duduk, perlahan-lah turunkan kedua kaki ke lantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tempat tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit.

DAFTAR PUSTAKA

- Kalisch et al. (2013). Outcomes of inpatient mobilization. Journal of clinical nursing.
- Kapeti, (2013). Mobilisasi Pada Pasien Op. Jakarta : MNH
- Karlina, (2014). Ketrampilan Dasar Kebidanan, Bogor : In media
- Kasda Dini. (2013). Operasi Caesarea Masalah dan Solusinya. Jakarta : Puspa Sehat

MOBILISASI DINI POST SC



Nurul Pebriyanti
NIM: KHGA20100

STIKES KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIPOLMA III
KEPERAWATAN
2023

Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologisnya (Karlina, 2014).

Mobilisasi dini pasca *sectio caesarea* merupakan suatu gerakan atau kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan (Kalisch Soohee & Beverly, 2013)

Manfaat Mobilisasi Dini

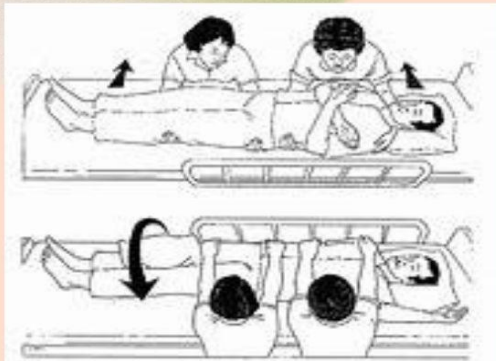
Mobilisasi dini memberikan beberapa manfaat, antara lain pasien akan merasa lebih kuat dan sehat, faal usus dan kandung kencing menjadi lebih baik, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, otot menjadi lebih kuat sehingga pasien mampu merawat diri dan bayinya secara mandiri (Karlina, 2014).

Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan mobilisasi post SC menurut (Kasdu, 2013) :

1. Membantu memperoleh kembali kekuatan dengan cepat
2. Memudahkan kerja usus besar serta kandung kemih
3. Membantu mempercepat organ-organ tubuh kembali bekerja seperti semula
4. Memperlancar peredaran darah
5. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

Tahapan Mobilisasi Dini



Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi sektio caesarea harus tirah baring dulu. Bisa dilakukan dengan menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki.

Setelah 6-12 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.

Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.



Setelah ibu dapat duduk, perlahan turunkan kedua kaki ke lantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tempat tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit (Kasdu, 2013).

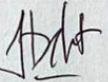
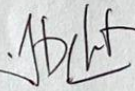
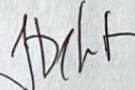
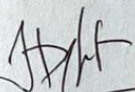
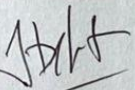
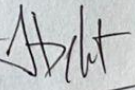
FORMAT BIMBINGAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. D (P₂A₀) Dengan Post Operasi
Seccio Caesarea 5 Jam Atas Indikasi Panggul Sempit
di Ruang Delima RSUD Ciamis

Nama : Nurul Pebriyanti

NIM : KHGA20100

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

No	Hari/Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	26 Mei 2023	BAB I	Perbaiki pola pikir yang ada di latar belakang		
2.	30 Mei 2023	BAB I	Perbaiki keterkaitan antar paragraf, data yang tidak perlu untuk dimasukkan		
3.	31 Mei 2023	BAB I	- Perbaiki sesuai petunjuk - Lanjut BAB II		
4.	05 Juni 2023	BAB II	Perbaiki penulisan sesuai petunjuk		
5.	09 Juni 2023	BAB II	Revisi pengkajian, sesuai juknis dan rasional		
6.	12 Juni 2023	BAB II	Lanjut BAB III - Pengkajian - Analisa data - Diagnosa - Tujuan - Catatan perkembangan		

7.	13 Juni 2023	BAB III	Revisi format askep, lanjut pembahasan		
8.	14 Juni 2023	BAB III	Perbaiki pembahasan sesuai petunjuk		
9.	16 Juni 2023	BAB III	- Lengkapi intervensi masukan sesuai teori atau penelitian yang mendukung - Lanjut BAB IV		
10.	22 Juni 2023	BAB IV	Rekomendasi sesuaikan dengan pembahasan dan kasus		
11.	24 Juni 2023	BAB IV	Acc KTI buat draf		
12.	27 Juni 2023	Abstrak, kata pengantar, daftar isi, SAP dan leaflet	ACC untuk sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nurul Pebriyanti
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, tanggal, lahir : Garut, 19 Februari 2001
Agama : Islam
Alamat : Jl. Ibu Noch Kartanegara
Sosial Media : Email: pebriyantipurul@gmail.com
Instagram: nurulpbrynti

Riwayat Pendidikan

TK Kemala Bhayangkari 23	(Lulusan tahun 2006)
SDN Pakuwon 3 Garut	(Lulusan tahun 2012)
SMPN 1 Garut	(Lulusan tahun 2016)
SMA 6 Garut	(Lulusan tahun 2019)
Stikes Karsa Husada Garut	