

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T (P3A0) 12 JAM *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RUANG DELIMA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Program Studi Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

WITRIANI FAHRUNNISA

NIM: KHG.A20081



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

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. T (P3A0) 12 JAM *POST*
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA DI
RUANG DELIMA RSUD CIAMIS

NAMA : WITRIANI FAHRUNNISA

NIM : KHGA20081

Garut, Juni 2023
Menyetujui,
Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. T (P3A0) 12 JAM *POST*
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA
TOTALIS DI RUANG DELIMA RSUD CIAMIS

NAMA : WITRIANI FAHRUNNISA

NIM : KHGA20081

Garut, Juli 2023
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II



K. Dewi Budiarti, M. Kep

Mengetahui,
Ketua Program Studi
DIII Keperawatan
STIKes KARSA HUSADA GARUT



K. Dewi Budiarti, M. Kep



Eti Suliyawati, S. Kep., M. Si

Mengesahkan,
Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



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

ABSTRAK

IV BAB, 79 Halaman, 11 Tabel, 1 Bagan

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis”, karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh data statistik rekam medik RSUD Ciamis pada bulan Januari-April 2023 kasus *post sectio caesarea* berada pada jumlah 202 persalinan, persalinan *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa menempati urutan ke-5 dari 9 indikasi yaitu 22 kasus atau 10,9%. Tujuan dilakukannya asuhan keperawatan pada pasien Ny. T *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa adalah untuk memperoleh pengalaman secara nyata dan mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Metode yang dilakukan yaitu dengan metode studi kasus pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa. Plasenta previa adalah dimana letak plasenta berada di segmen bawah rahim yang mengakibatkan tertutupnya jalan lahir, sehingga mempersulit proses persalinan. Perdarahan yang terjadi akibat plasenta previa bisa menyebabkan syok hipovolemi bahkan sampai kematian ibu dan janin. Untuk penanganan plasenta previa ialah melakukan terminasi kehamilan diusia kehamilan *preterm* yaitu berupa tindakan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding abdomen. Saat melakukan pengkajian pada Ny. T terdapat beberapa masalah yang muncul diantaranya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan resiko infeksi. Tindakan yang dilakukan untuk masalah nyeri akut yaitu dengan manajemen nyeri, untuk masalah defisit perawatan diri yaitu dengan dukungan perawatan diri dan untuk masalah resiko infeksi dengan tindakan perawatan luka. Setelah melakukan implementasi ini didapatkan hasil evaluasi diagnosa nyeri akut teratasi sebagian, defisit perawatan diri teratasi dan resiko infeksi teratasi sebagian. Kesimpulan yang dapat diambil adalah penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah. Adapun rekomendasi adalah diperlukannya kerjasama antara perawat, pasien dan keluarga dalam melakukan perawatan pada pasien *post sectio caesarea* untuk mencegah terjadinya komplikasi yang mungkin terjadi.

Kata Kunci : Plasenta Previa, *Sectio Caesarea*, Asuhan Keperawatan
Post Sectio Caesarea

Daftar Pustaka : 30 buah (2013-2022)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. T (P3A0) 12 Jam Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis”** guna memenuhi persyaratan tugas akhir dalam penyelesaian pendidikan D-III Keperawatan.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mengalami kesulitan dan hambatan-hambatan akan tetapi semua bisa dilalui berkat bantuan dan bimbingan dari dosen dan berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan berbagai fasilitas dan sarana bagi mahasiswa untuk berkembang menuntut ilmu baik akademik maupun non akademik.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah membimbing, mendidik dan memberi semangat bagi penulis dan juga mahasiswa lain.
4. Ibu Eva Daniati, S. Kep., Ners., M. Pd selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, yang telah menyediakan waktu, tenaga,

pikiran dan bimbingannya serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.

5. Dosen dan seluruh staf pendidikan di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut yang telah membimbing dan mendidik serta memberi banyak pengetahuan dan keterampilan selama masa pendidikan.
6. Ibu Hj. Dedeh S. ST. selaku CI Ruang Delima RSUD Ciamis yang telah membimbing penulis dalam melakukan asuhan keperawatan selama proses praktek di RSUD Ciamis.
7. Kepada Ny. T dan keluarga yang telah bekerja sama dalam memberikan informasi kepada penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
8. Kepada kedua orang tua tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan materil serta do'a yang tiada hentinya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada Lafifah, Lutpiah, Mita dan Salsa, penulis ucapkan terimakasih karena telah kebersamai dan memberi semangat kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini dan juga selama perkuliahan sampai dengan saat ini.
10. Kepada seluruh teman-teman mahasiswa angkatan 27 yang telah sama-sama berjuang untuk dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan penuh semangat semoga kita semua bisa kompeten untuk menjadi tenaga kesehatan yang *professional*.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan dikarenakan keterbatasan dan ketidakmampuan ilmu pengetahuan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhaan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapat balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Juni 2023
Penulis

Witriani Fahrunnisa

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
MOTTO.....	x
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II.....	9
TINJAUAN TEORI.....	9
A. Konsep Dasar Teori.....	9
1. Plasenta Previa	9
a. Definisi Plasenta Previa.....	9
b. Etiologi Plasenta Previa.....	10
c. Manifestasi Klinis Plasenta Previa.....	11
d. Komplikasi Plasenta Previa	11
e. Patofisiologi Plasenta Previa	12
f. Pemeriksaan Penunjang Plasenta Previa	12
g. Penatalaksanaan Plasenta Previa.....	13
2. <i>Sectio Caesarea</i>	13
a. Definisi <i>Sectio Caesarea</i>	13
b. Indikasi <i>Sectio Caesarea</i>	14
c. Jenis <i>Sectio Caesarea</i>	15
d. Komplikasi	16
e. <i>Pathway</i>	17
f. Dampak <i>Post Sectio Caesarea</i> terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	18

g. Penatalaksanaan <i>Sectio Caesarea</i>	19
3. <i>Post Partum</i>	20
a. Definisi <i>Post Partum</i>	20
b. Tahapan Masa Nifas	21
c. Perubahan Fisiologis <i>Post Partum</i>	22
d. Perubahan Psikologi <i>Post Partum</i>	25
B. Konsep Asuhan Keperawatan	26
1. Pengkajian.....	26
2. Diagnosa Keperawatan	34
3. Perencanaan Keperawatan	35
4. Implementasi	43
5. Evaluasi	43
BAB III.....	44
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	44
A. Tinjauan Kasus.....	44
1. Pengkajian.....	44
2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas	55
3. Proses Keperawatan.....	57
4. Catatan Perkembangan	61
B. Pembahasan.....	66
BAB IV.....	74
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	74
A. KESIMPULAN	74
B. REKOMENDASI.....	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 <i>Presentase Sectio Caesarea</i> dengan Berbagai Indikasi di RSUD Ciamis Periode Januari-Maret 2023	4
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	22
Tabel 2.2 Analisa Data	32
Tabel 2.3 Perencanaan Keperawatan	36
Tabel 3.1 Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu	47
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-hari	52
Tabel 3.3 Hasil Laboratorium	53
Tabel 3.4 Terapi Medis.....	54
Tabel 3.5 Analisa Data	54
Tabel 3.6 Proses Asuhan Keperawatan.....	57
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan	61

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway Post SC</i> Atas Indikasi Plasenta Previa.....	17
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- 1. LEMBAR BIMBINGAN**
- 2. SAP**
- 3. LEAFLET**
- 4. RIWAYAT HIDUP**

MOTTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”

(Q.S Al-Baqarah: 286)

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras dengan sungguh-sungguh (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhan-Mu lah engkau berharap”

(Q.S Al-Insyirah: 6-8)

“God has perfect timing, never early, never late. It takes a little patience and it takes a lot of faith, but it's a worth the wait”

“Gonna fight and don't stop, until you are proud”

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui dan anak balita serta anak usia *pra* sekolah. Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu perhatian dari *World Health Organization* (WHO) karena ibu merupakan komponen penting dalam pembangunan setiap bangsa untuk mempersiapkan generasi berkualitas dimasa yang akan datang (Kemenkes Republik Indonesia, 2016). Penilaian status kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu indikator baik buruknya pelayanan kesehatan suatu negara. Penilaian tersebut dapat dilihat melalui Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB). Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya dan bukan karena sebab-sebab lain per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2015).

Angka kematian ibu di Indonesia mencapai 305 kematian ibu per 100.000 Kelahiran Hidup (KH). Angka ini masih jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDGs) yaitu sebesar 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu berdasarkan data laporan Dinas Kesehatan Jawa Barat, tercatat pada tahun 2019 terdapat 660 kematian ibu.

Dimana angka kematian tertinggi ada di wilayah Kabupaten Bogor yaitu 37 orang dan angka terendah ada di wilayah Kabupaten Cianjur yaitu 0 kematian. Sedangkan menurut kepala bidang kesehatan masyarakat Dinkes Ciamis, pada tahun 2022 di Daerah Ciamis kematian pada ibu mencapai 23 orang (Dinas Kesehatan Ciamis, 2022). Penyebab kematian ibu didominasi oleh kasus komplikasi obstetrik, seperti kasus berat pendarahan *postpartum* (atonia uteri, sisa plasenta dan robekan jalan lahir), perdarahan *anteartum* (karena plasenta previa atau karena solusio plasenta) (Kemenkes Republik Indonesia, 2022).

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu di segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (Wiknjosastro, 2014). Angka kejadian plasenta previa pada beberapa rumah sakit umum pemerintah di Indonesia dilaporkan bahwa insidennya berkisar antara 1,7% sampai dengan 2,9% (Greiny dkk, 2017).

Etiologi dari kondisi ini masih belum jelas. Menurut Putri (2019), faktor resiko plasenta previa meliputi riwayat operasi *sectio caesarea*, riwayat operasi uterus, ibu hamil berusia lebih dari 35 tahun dan multiparitas. Sedangkan menurut Fitriana (2019), insiden insersi plasenta letak rendah meningkat dengan usia ibu lanjut, kehamilan ganda, multiparitas, merokok dan riwayat operasi caesarea. Komplikasi utama pada ibu dengan plasenta previa adalah pendarahan *postpartum* yang membutuhkan transfusi darah (Pradana dan Asshidqiq, 2021).

Penanganan plasenta previa ialah dengan melakukan terapi konservatif plasenta previa dan melakukan terminasi kehamilan diusia kehamilan *preterm* yaitu berupa tindakan *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan abdomen (Pradana dan Asshiddiq, 2019). Indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesarea* terdiri dari beberapa kejadian seperti disproporsi kepala panggul, plasenta previa, ketuban pecah dini dan persalinan SC berulang.

World Health Organization (WHO) memberikan rekomendasi rentang jumlah populasi untuk persalinan *sectio caesarea* berdasarkan jumlah populasi bagi setiap negara yaitu 5-15%. Berdasarkan data pada 2013 di negara maju maupun negara berkembang ditemukan tercatat tingkat persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* rata-rata 27 %.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, terdapat kurang lebih 4,8 juta persalinan yang 17,6 % dari 78.736 angka kelahiran diantaranya ditolong melalui tindakan operasi *sectio caesarea* (Kemenkes Republik Indonesia, 2018). Hal ini berarti di Indonesia persalinan dengan tindakan operasi *sectio caesarea* telah melebihi batas maksimal standar WHO. Angka kejadian *sectio caesarea* di Jawa Barat tercatat ibu yang melahirkan dengan *sectio caesarea* 15,5 % dari 15.043 angka kelahiran (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data dari *Medical Record* Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ciamis pada periode Januari-Maret tahun 2023 terdapat kasus ibu melahirkan dengan tindakan *sectio caesarea* sebagai berikut:

Tabel 1.1
Presentase Sectio Caesarea dengan Berbagai Indikasi di RSUD Ciamis
Periode Januari-Maret 2023

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

Sumber: Rekam Medis RSUD Ciamis 2023

Berdasarkan tabel 1.1 didapatkan bahwa kejadian tindakan *sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa di RSUD Ciamis berada pada posisi ke-5 yaitu 22 kasus (10,9%). Artinya kasus ibu dengan plasenta previa merupakan penyumbang ke-5 terbanyak di Rumah Sakit tersebut.

Persalinan dengan metode *sectio caesarea* memiliki resiko terhadap kesehatan ibu dan janin. Resiko bisa terjadi pada ibu, dimana pada persalinan dengan metode SC bisa menimbulkan infeksi *pasca* pembedahan, nyeri *pasca* melahirkan, ruptur uteri, waktu pemulihan lebih lama dan biaya persalinan yang lebih mahal (Putra, Wandia, Harkitasari, 2021).

Berdasarkan resiko-resiko tersebut maka diperlukan asuhan keperawatan yang *professional* serta perlu diberikan pelayanan yang

berkualitas dan harus fokus pada kebutuhan adaptasi fisik dan psikologis ibu serta fokus pada kebutuhan dasar manusia (Suarayasa, 2020).

Berdasarkan data diatas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien dengan *post sectio caesarea* menggunakan pendekatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ilmiah ini agar penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- c. Menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan dengan tepat pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan dengan terampil pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis.
- f. Mendokumentasikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis Di Ruang Delima RSUD Ciamis.

C. Metode Telaahan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Adapun teknik yang dilakukan dalam pengumpulan data ini sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara adalah proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien atau biasa juga disebut dengan anamnesa. Wawancara bisa dilakukan kepada pasien maupun pada keluarga pasien.

2. Observasi

Observasi merupakan pengumpulan data yang didalamnya mencakup proses pengamatan. Pada saat pemeriksaan, baik dalam wawancara atau pemeriksaan fisik, perawat harus mengobservasi perilaku pasien pada tingkat fungsi dan konsistensi. Tingkat fungsi meliputi fisik, perkembangan dan psikososial.

3. Studi kepustakaan/dokumenter

Penulis membaca berbagai literatur untuk mendapat keterangan dan dasar yang berhubungan dengan kasus *postpartum*. Serta bisa didapatkan dari buku status pasien melalui catatan perkembangan serta sumber lain yang berhubungan dengan kondisi pasien untuk dijadikan salah satu dasar untuk melakukan asuhan keperawatan.

4. Partisipasi aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran secara singkat tentang penyusunan karya tulis ini, penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I, merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan teknik pengumpulan data serta sistematika penulisan.

BAB II, merupakan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar plasenta previa, *sectio caesarea* dan *postpartum* serta konsep asuhan keperawatan maternitas.

BAB III, merupakan tinjauan kasus yang membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa yang terdiri dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan. Serta pembahasan yang berisi tentang kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara teori dengan kenyataan yang berada di lapangan.

BAB IV, merupakan kesimpulan dan rekomendasi penulisan yang berisi tentang kesimpulan hal-hal mengenai apa yang telah ditulis sesuai dengan tujuan penulisan karya tulis ilmiah dan memberikan rekomendasi kepada pihak yang bersangkutan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Plasenta Previa

a. Definisi Plasenta Previa

Plasenta previa merupakan kelainan yang terjadi selama kehamilan yang ditandai dengan adanya jaringan plasenta di dekat atau menutupi jalan lahir (Jing, 2018).

Plasenta previa adalah komplikasi obstetrik yang berpotensi parah dimana plasenta terletak didalam segmen bawah rahim, membuat obstruktif pada serviks dan dengan demikian menjadi penyulit proses kelahiran (Putri, 2019).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa plasenta previa adalah dimana letak plasenta berada di segmen bawah rahim yang mengakibatkan tertutupnya jalan lahir, sehingga mempersulit proses persalinan dan perlu tindakan medis lain untuk mengeluarkan bayi dari rahim ibu.

Menurut Hasegawa (2017) plasenta previa berdasarkan terabanya jaringan plasenta melalui jalan lahir diklasifikasikan menjadi:

- 1) Plasenta previa totalis, yaitu implantasi plasenta menutupi seluruh pembukaan jalan lahir.

- 2) Plasenta previa partialis, yaitu plasenta yang implantasinya menutupi sebagian pembukaan jalan lahir.
- 3) Plasenta previa marginalis, yaitu plasenta yang implantasinya berada tepat di pinggir pembukaan jalan lahir.
- 4) Plasenta letak rendah, yaitu implantasi plasenta yang letaknya 3-4 cm dari pembukaan jalan lahir.

b. Etiologi Plasenta Previa

Penyebab plasenta previa secara pasti sulit ditentukan. Fitriana (2019) menyebutkan faktor resiko terjadinya plasenta previa yaitu usia ibu, riwayat tindakan *sectio caesarea*, multiparitas dan riwayat merokok.

- 1) Usia ibu, usia diatas 35 tahun beresiko pada kematian maternal. Pada usia lebih dari 35 tahun sering dikaitkan dengan kemunduran organ-organ tubuh.
- 2) Riwayat tindakan *sectio caesarea*, ibu yang memiliki riwayat persalinan SC bisa menjadi faktor terjadinya plasenta previa dikarenakan tindakan pembedahan yang bisa menyebabkan plasenta berimplantasi di segmen bawah rahim.
- 3) Multiparitas, adalah jumlah persalinan yang dialami seorang ibu. Pada multipara plasenta previa terjadi karena berkurangnya vaskularisasi dan atrofi pada desidua akibat persalinan sebelumnya yang dapat menyebabkan plasenta melebar ke permukaan dan menutup jalan lahir.

- 4) Merokok, dapat meningkatkan dua kali lipat resiko plasenta previa. Karbondioksida yang dihirup menyebabkan *hipertropi* plasenta sehingga mempengaruhi perkembangan plasenta.

c. Manifestasi Klinis Plasenta Previa

Gejala dari plasenta previa yaitu perdarahan yang keluar tanpa sebab, tanpa rasa nyeri dan bisa terjadi berulang. Darah yang keluar berwarna merah segar dan darah yang keluar bisa sedikit ataupun banyak. Tanda pasti dari plasenta previa ialah dapat dilihat dari hasil pemeriksaan USG, akan terlihat letak plasenta berada di bagian bawah rahim bahkan bisa menutupi jalan lahir (Maryani & Elisa, 2018).

d. Komplikasi Plasenta Previa

Menurut Anderson (2019), ada beberapa komplikasi yang bisa terjadi akibat dari plasenta previa, yaitu:

1) Komplikasi pada ibu

Komplikasi yang bisa terjadi pada ibu yaitu anemia akibat perdarahan yang terjadi secara terus menerus sehingga kadar sel darah merah dalam tubuh menurun, syok hipovolemia akibat kehilangan darah dalam jumlah yang banyak lebih dari 15% dari volume darah atau sekitar 750 ml, dan bisa menyebabkan kematian pada ibu akibat kehilangan darah dalam jumlah banyak.

2) Komplikasi pada janin

Kelahiran prematur akibat dari perdarahan yang terus menerus saat kehamilan yang bisa terjadi mulai dari trimester kedua ataupun trimester ketiga sehingga janin/bayi bisa dilahirkan sebelum usia kehamilan *aterm* jika kondisi sudah perlu penanganan lebih lanjut agar bayi tetap bisa diselamatkan dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan skor APGAR yang rendah, akibat dari kelahiran prematur.

e. Patofisiologi Plasenta Previa

Dari faktor-faktor resiko yang dapat menyebabkan plasenta previa seperti, usia ibu lebih dari 35 tahun, multiparitas, riwayat *sectio caesarea* sebelumnya dan riwayat merokok akan membuat plasenta berimplantasi tidak pada tempat yang seharusnya. Plasenta berada di segmen bawah rahim sehingga bisa menghambat jalannya persalinan secara normal atau pervaginam. Apabila plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim, akan mengakibatkan laserasi akibat pelepasan dasar plasenta. Pada plasenta previa darah yang keluar berwarna merah segar tanpa disertai rasa nyeri (Fitria, 2019).

f. Pemeriksaan Penunjang Plasenta Previa

Menurut Ramadhan (2022) macam-macam pemeriksaan untuk menentukan plasenta previa adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan radiografi dan radioisotope, yaitu penentuan letak plasenta secara tidak langsung dapat dilakukan dengan radiografi dan radioisotope. Nilai diagnostiknya cukup tinggi, namun pada

pemeriksaan ini ibu dan janin dihadapkan pada bahaya radiasi yang tinggi.

- 2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG), yaitu penentuan letak plasenta akan tampak normal jika berada di fundus atau abnormal jika berada di segmen bawah rahim.

g. Penatalaksanaan Plasenta Previa

Plasenta previa dengan perdarahan merupakan keadaan darurat yang memerlukan penanganan yang baik, menurut Parvin (2017) bentuk pertolongan plasenta previa adalah sebagai berikut:

- 1) Bawa ke fasilitas kesehatan, dengan membawa ibu dengan plasenta previa yang mengalami perdarahan ke fasilitas kesehatan yang memadai. Ibu akan mendapatkan terapi infus untuk mengimbangi perdarahan serta dipersiapkan untuk transfusi darah.
- 2) Operasi persalinan, segera melakukan operasi persalinan untuk dapat menyelamatkan ibu dan bayi. Tindakan ini merupakan bentuk pertolongan yang paling sering dilakukan.

2. *Sectio Caesarea*

a. Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea (SC) merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu (Putra, Wandia, Harkitasari, 2021).

Sectio caesarea merupakan jenis persalinan buatan melalui proses insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat kondisi rahim dalam keadaan utuh untuk mengeluarkan janin dengan berat janin diatas 500 gram (Jumatrin, Herman, Pane, 2022).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* merupakan tindakan pembedahan dengan cara membuat sayatan pada dinding perut dan rahim yang bertujuan untuk mengeluarkan janin dari dalam rahim.

b. Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut Jumatrin (2022), ada beberapa penyebab atau indikasi dilakukannya tindakan *sectio caesarea*, yaitu diantaranya sebagai berikut:

- 1) Posisi janin yang abnormal (letak sungsang atau melintang), posisi janin dalam rahim yang tidak tepat membuat perlunya dilakukan tindakan SC karena akan sulit dilakukan untuk persalinan pervagina.
- 2) Partus lama (tidak maju), persalinan normal pervagina yang tidak ada nya pembukaan maka perlu tindak lanjut yaitu dengan tindakan *sectio caesarea*.
- 3) Ketuban Pecah Dini (KPD), merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan sehingga memerlukan tindakan lanjutan agar bayi dapat diselamatkan.

- 4) Plasenta previa, letak plasenta yang berada di bagian bawah rahim membuat terhalangnya jalan lahir dan diperlukannya tindakan *sectio caesarea*.
- 5) Preeklamsi berat, merupakan penyumbang kematian maternal pada ibu maupun janin sehingga diperlukan tindakan lanjutan untuk melahirkan.
- 6) *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD), ukuran panggul yang tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal pervagina.

c. Jenis *Sectio Caesarea*

Pada umumnya, *sectio caesarea* memiliki 2 tipe utama, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Secara teknis, kedua tipe ini adalah sebagai berikut:

- 1) Segmen atas, yaitu pembedahan melalui sayatan vertikal pada dinding perut (abdomen) yang lebih dikenal dengan *classical incision* atau sayatan klasik.
- 2) Segmen bawah, pembedahan pada segmen bawah terbagi menjadi dua jenis, yaitu:
 - a) Insisi melintang, yaitu sayatan mendatar. Pada jenis ini dibuat sayatan kecil melintang di bawah uterus (rahim).
 - b) Insisi membujur, posisinya hampir sama dengan sayatan pada insisi melintang, hanya saja letak sayatan menjadi vertikal di bawah uterus (rahim).

d. Komplikasi

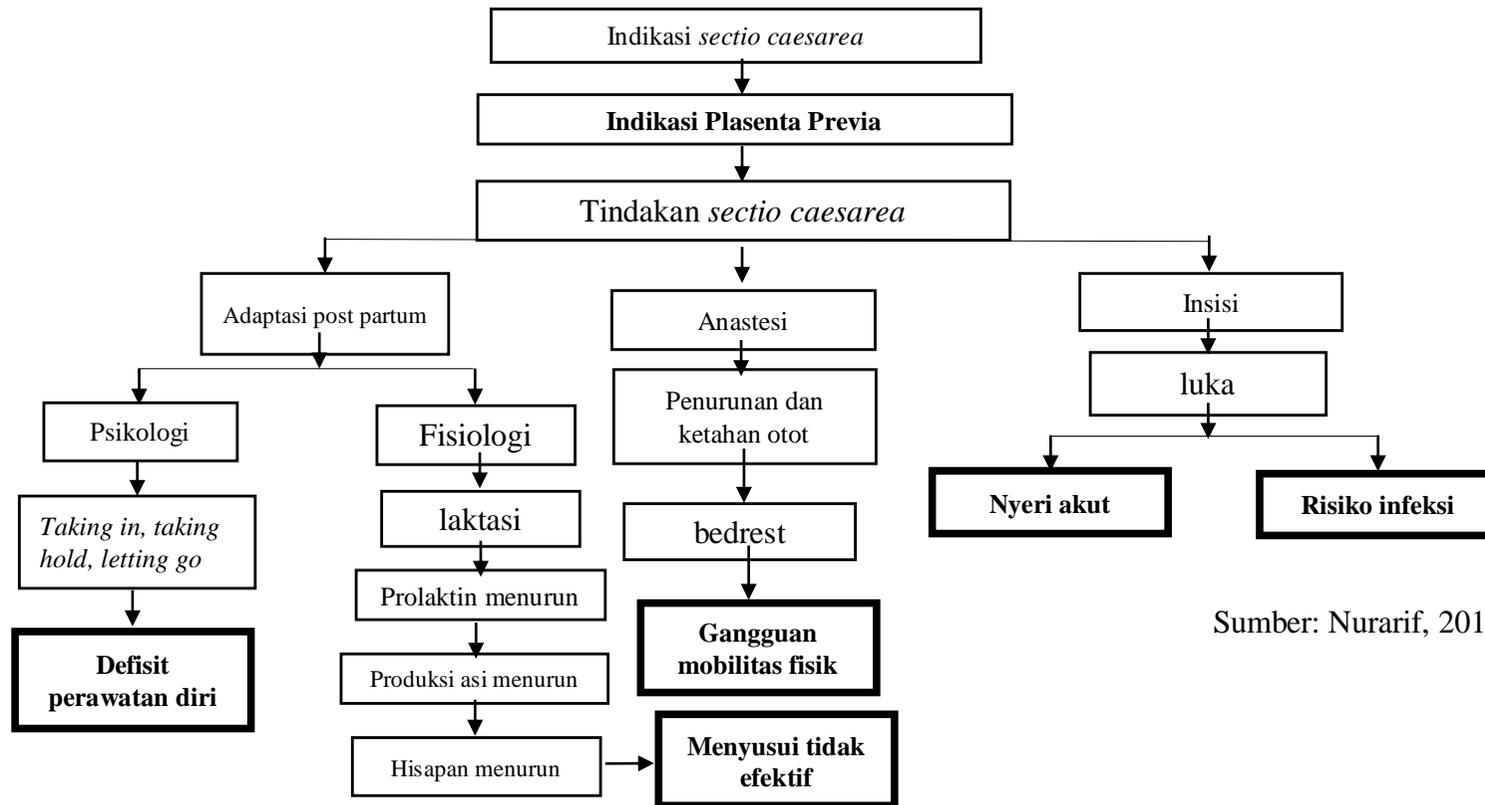
Komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan *sectio caesarea* menurut Aspiani (2017) adalah sebagai berikut:

- 1) Infeksi, pada ibu bisa terjadi akibat dari pembedahan *sectio caesarea*, dimana virus, bakteri bahkan patogen bisa berkembang pada daerah pembedahan apabila pada saat proses pembedahan tidak steril. Serta infeksi bisa terjadi apabila perawatan luka dilakukan dengan tidak benar. Tanda-tanda infeksi diantaranya suhu tubuh meningkat, tampak kemerahan pada luka, tampak pembengkakan pada luka, terdapat pus atau nanah pada luka serta apabila dipalpasi akan terasa panas.
- 2) Perdarahan, pada saat dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* bisa menyebabkan syok hipovolemi akibat kehilangan darah yang banyak.
- 3) Ruptur uteri, bisa beresiko terjadi pada kehamilan selanjutnya pada ibu dengan riwayat *sectio caesarea*.
- 4) Nyeri, setelah efek anestesi berakhir maka nyeri akan terasa oleh pasien dan bisa mengganggu aktivitas.

e. Pathway

Bagan 1.1

Pathway Post SC Atas Indikasi Plasenta Previa



Sumber: Nurarif, 2015.

f. Dampak *Post Sectio Caesarea* terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

- 1) Nyeri, biasanya dirasakan pada daerah abdomen akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada klien maka anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam. Serta memberi terapi obat analgetik.
- 2) Nutrisi & Cairan, pada ibu *post sectio caesarea* masih dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum *flatus* dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Apabila pasien sudah *flatus* dan bising usus normal, maka pasien diperbolehkan untuk minum 1 sendok tiap jam kemudian setelah itu dicoba untuk diet lunak.
- 3) Aktivitas, pasien *pasca* bedah mengalami gangguan aktivitas. Hal ini disebabkan karena rasa nyeri yang ditimbulkan dari luka dan adanya penurunan dari kekuatan otot, sehingga aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.
- 4) *Personal Hygiene*, kebutuhan *personal hygiene* pada ibu *post sectio caesarea* tidak terpenuhi karena keadaan pasien yang lemah untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene* tersebut maka dilakukan bantuan untuk melakukan perawatan diri pada pasien.
- 5) Istirahat tidur, pada ibu *post sectio caesarea* biasanya mengalami kurang tidur akibat dari adanya rasa nyeri yang dirasakan pada daerah abdomen.

(Rahmadanty, 2019).

g. Penatalaksanaan *Sectio Caesarea*

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

- 1) Pemberian cairan, karena pada 24 jam pertama penderita harus melaksanakan puasa *pasca* operasi, maka pemberian cairan melalui intravena harus cukup banyak untuk menghindari hipertermi, hipovolemi atau komplikasi pada organ tubuh lainnya.
- 2) Mobilisasi, dilakukan secara bertahap. Mulai dari miring kanan miring kiri yang dapat dimulai setelah 6-10 jam setelah operasi. Kemudian setelah 12 jam *pasca* operasi, pasien dapat duduk secara perlahan dengan bantuan orang lain. Setelah memasuki hari ke 1 pasien mulai bisa belajar berjalan secara perlahan.
- 3) Kateterisasi, kandung kemih yang penuh akan menimbulkan nyeri dan rasa tidak nyaman pada pasien. Kateter biasanya terpasang 24-48 jam atau bahkan bisa lebih lama tergantung jenis operasi yang dilakukan.
- 4) Pemberian obat-obatan, bertujuan untuk mengobati rasa sakit (analgetik) yang diderita oleh pasien serta pemberian obat antibiotik juga untuk menghindari resiko terjadinya infeksi. Bahkan bisa juga jenis obat lain jika pasien memiliki komplikasi.
- 5) Perawatan luka, balutan luka dilihat pada 1 hari *post* operasi, bila basah dan berdarah maka harus dibuka dan diganti. Proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu: Fase inflamasi, terjadi di hari pertama luka sampai hari ke-5. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan

jaringan dan perdarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan agregasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah. Selanjutnya adalah fase proliferasi terjadi hari ke-5 sampai sekitar 3 minggu, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kemudian terjadi juga re-epitelisasi yaitu proses pembentukan epitel baru pada permukaan luka. Selanjutnya yaitu fase maturasi terjadi setelah fase proliferasi berakhir sampai 1 tahun, fase ini merupakan fase terpanjang granulasi yang membentuk sel epitel baru. Jaringan parut yang semula kemerahan dan tebal akan menjadi pucat dan tipis (Nurrida, 2022).

- 6) Perawatan payudara, pemberian ASI dapat diberikan langsung setelah operasi, jika ibu tidak menyusui bayinya biasanya payudara akan terlihat bengkak. Apabila ASI belum keluar bisa dilakukan terapi pijat oksitosin untuk merangsang produksi hormon oksitosin sehingga produksi ASI meningkat.

3. *Post Partum*

a. Definisi *Post Partum*

Post partum atau masa nifas adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali ke semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari (Yuliana & Hakim, 2020).

Post partum merupakan masa pemulihan yang dimulai ketika selesai persalinan sampai alat-alat kandungan kembali ke keadaan sebelum hamil (Zubaidah, 2021).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *post partum* merupakan masa yang berlangsung ketika persalinan telah selesai dimana bayi dan plasenta telah keluar dari dalam rahim dan berakhir sampai alat-alat kandungan kembali ke keadaan sebelum hamil.

b. Tahapan Masa Nifas

Periode *post partum* adalah waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan, proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir sampai alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil. Menurut Wulandari (2020) tahapan yang terjadi selama *postpartum* adalah:

- 1) *Immediate Puerperium* yaitu 0-24 setelah melahirkan.
- 2) *Early Puerperium* yaitu 1-7 hari setelah melahirkan.
- 3) *Later Puerperium* yaitu 1-6 minggu setelah melahirkan.

c. Perubahan Fisiologis *Post Partum*

Perubahan yang terjadi pada ibu *post partum*, yaitu:

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

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

Tabel 2.1
Perubahan Uterus

No	Waktu	TFU	Berat
1	Pada saat bayi lahir	Setinggi pusat	1000gr
2	1 minggu <i>post partum</i>	Pertengahan pusat dan simfisis	500gr
3	2 minggu <i>post partum</i>	Tidak teraba	350gr
4	6 minggu <i>post partum</i>	Semakin mengecil	50gr

Sumber: Gunawan dan Astuti, 2015.

b) *Lochea*

Lochea atau cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa *post partum*. Berikut beberapa jenis *lochea*:

- (1) *Lochea Rubra*, cairan ini muncul pada hari ke 1-4 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium.
- (2) *Lochea Sanguilenta*, cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir, berlangsung selama 3-7 hari *post partum*.

- (3) *Lochea Serosa*, cairan ini berwarna kuning karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit. Muncul pada hari ke 7-14 *post partum*.
- (4) *Lochea Alba*, cairan ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Ini bisa berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.
- c) Vulva dan Vagina, selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar dan berangsur angsur luasnya akan berkurang, tetapi jarang sekali kembali ke keadaan ukuran sebelum melahirkan. Pada pasien *post SC* vulva dan vagina akan tampak utuh karena bayi lahir melalui tindakan pembedahan pada abdomen.
- d) Serviks, setelah persalinan serviks terbuka dan dalam 4 minggu rongga bagian luarnya baru kembali normal. Pada persalinan *SC* serviks tidak akan mengalami pembukaan.
- e) Payudara, selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan bagi bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang sehingga menyebabkan keluarnya ASI.
- 2) Sistem pencernaan, pada pasien *post SC* akan menjalankan puasa *post operasi* sampai pasien *flatus* dan bising usus normal maka

pasien sudah bisa minum 1 sendok lalu dilanjutkan dengan pemberian makanan lunak.

- 3) Sistem perkemihan, pelvis ginjal yang merenggang dan dilatasi selama kehamilan, akan kembali normal pada akhir minggu ke-4.
- 4) Sistem muskuloskeletal, ligament, fasia, diafragma dan pelvis yang merenggang selama kehamilan akan berangsur-angsur mengecil seperti semula.
- 5) Sistem endokrin

Menurut Wahyuningsih (2019), hormon-hormon yang berperan adalah:

- a) Hormon oksitosin, berperan dalam kontraksi uterus untuk mencegah perdarahan *post partum*, membantu uterus kembali normal. Isapan bayi saat melekat pada payudara ibu dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin.
- b) Hormon prolaktin, berperan dalam memproduksi ASI, dimana hormon ini dihasilkan oleh kelenjar pituitrin.
- c) Hormon pituitary ovarium, mempengaruhi lamanya ibu untuk mendapatkan menstruasi pada ibu yang menyusui dan tidak menyusui. Pada ibu yang menyusui akan mendapat menstruasi pada minggu ke-6 berkisar 16% sedangkan pada ibu yang tidak menyusui berkisar 40%.

d. Perubahan Psikologi *Post Partum*

Periode *post partum* menyebabkan *stress* emosional terhadap ibu. Menurut Aritonang & Simanjuntak (2021), fase-fase yang akan dialami oleh ibu *post partum* antara lain:

- 1) Fase Ketergantungan (*Taking In*), yaitu periode yang terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu akan tergantung pada orang lain, perhatiannya hanya tertuju pada dirinya. Pada pasien *post SC* akan membutuhkan bantuan untuk perawatan luka dan kebutuhan perawatan dirinya dikarenakan pasien *post SC* pada waktu 1-2 hari setelah operasi masih merasakan nyeri pada luka *post* operasi.
- 2) Fase Antara Ketergantungan dan Mandiri (*Taking Hold*), yaitu periode yang terjadi selama hari ke-3 hingga hari ke-10 *pasca* melahirkan. Pada fase ini perhatian ibu mulai meningkat pada bayinya. Ibu akan berusaha untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi.
- 3) Fase Penerimaan Peran baru (*Letting Go*), terjadi setelah ibu berada di rumah atau setelah 10 hari melahirkan. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi, ibu sudah bisa menyesuaikan diri dengan bayinya serta terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan (Rizal, 2015).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses keperawatan (Rizal, 2015). Pengkajian menurut Aspiani (2017), adalah sebagai berikut:

a. Identitas Pasien

Mengumpulkan data-data yang berhubungan dengan identitas pasien. Pada kasus ibu *post* SC dengan plasenta previa umur lebih dari 35 tahun dan multiparitas merupakan faktor resiko terjadinya plasenta previa.

b. Riwayat Kesehatan

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran dari luka operasi juga keluhan utama yang dirasakan pada pasien *post* SC yaitu nyeri yang dapat dijabarkan dengan menggunakan format P, Q, R, S, T yaitu:

P (*palliative/provokatif*), merupakan penyebab yang memperingan dan memperberat rasa nyeri.

Q (*quality/quantity*), merupakan penjelasan pasien yang menggambarkan kualitas nyeri. Apakah rasanya seperti ditusuk-tusuk, disayat, ditimpa beban berat, diremas atau terasa panas.

R (*region/radiation*), apakah rasa sakit atau nyeri tersebut menyebar pada organ lain atau tidak.

S (*skala/severity*), merupakan penilaian pasien terhadap rasa sakit atau nyeri yang dirasakannya. Menggunakan rentang nilai 0-10 dengan 0 berarti tidak terasa nyeri dan 10 merupakan rasa yang nyeri yang paling berat.

T (*time*), merupakan waktu terasanya nyeri atau sakit yang dialami pasien, apakah nyeri muncul terus-menerus atau hilang timbul atau nyeri datang secara tiba-tiba.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah pasien memiliki riwayat pembedahan sebelumnya ataupun riwayat penyakit sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit menular yang diderita salah satu anggota yang akan ada hubungannya dengan kepulangan ibu dan bayi dari rumah sakit.

e. Riwayat Obstetri Ginekologi

- 1) Riwayat obstetri, pada pengkajian ini meliputi riwayat kehamilan, persalihan maupun abortus yang pernah dialami oleh pasien.
- 2) Riwayat menstruasi, perlu ditanyakan kapan datangnya *menarche*, siklus haid, hari pertama haid terakhir untuk dapat diketahui taksiran persalihan, darah yang keluar, lamanya menstruasi dan keluhan saat menstruasi.

- 3) Perkawinan, merupakan informasi yang berisi berapa kali pernikahan dan sudah berapa lama pernikahan yang sekarang.
- 4) Riwayat kehamilan dan persalinan saat ini, yang berisikan mengenai keluhan atau gangguan yang terjadi pada pasien saat mengalami kehamilan dan persalinan nya yang sekarang.
- 5) Riwayat Keluarga Berencana (KB), merupakan jenis KB yang pernah di jalankan juga berisi mengenai pilihan KB untuk saat ini.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

Penurunan kesadaran bisa saja terjadi karena efek dari tindakan anestesi. Pada kasus SC dengan anestesi spinal 12 jam pertama *post* operasi tingkat kesadaran sudah membaik dan pasien sudah bisa diajak berkomunikasi (Primi & Nataswari, 2016).

2) Tanda-tanda Vital

Pada klien *post sectio caesarea*, terkadang tekanan darah menurun akibat dari anestesi, suhu meningkat jika terjadi infeksi serta respirasi dan frekuensi nadi meningkat karena kompensasi tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen *pasca* melahirkan (Primi & Nataswari, 2016).

3) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

Ada empat prinsip dalam melakukan pemeriksaan fisik yaitu: melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi) (Sugiarto, 2018).

- a) Kepala, kaji terhadap kesimetrisan, warna rambut, kebersihan kulit kepala, ada tidaknya benjolan dan nyeri tekan.
- b) Mata, kaji kebersihan mata, warna sklera, konjungtiva dan pupil. Pada pasien dengan dengan *post SC* konjungtiva tampak pucat akibat dari perdarahan yang terjadi sebelumnya.
- c) Hidung, kaji kesimetrisan lubang hidung, bentuk, kebersihan dan fungsi penciuman.
- d) Telinga, kaji terhadap kesimetrisan, kebersihan dan fungsi pendengaran.
- e) Mulut dan gigi, kaji terhadap kebersihan mulut dan gigi, mukosa bibir, warna gigi dan lidah.
- f) Leher, kaji terhadap kebersihan leher, pembesaran kelenjar tiroid, benjolan pada leher serta nyeri tekan.
- g) Dada, kaji kebersihan, kesimetrisan dan retraksi dada.
 - (1) Jantung, kaji irama jantung, denyut jantung normal (60-100 detak/menit), frekuensi nadi bisa meningkat karena kompensasi tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen karena ibu *pasca* melahirkan. Tensi pada pasien *post SC* sering didapatkan mengalami hipotensi karena efek anestesi (Prami & Nataswari, 2016).
 - (2) Paru-paru, kaji terhadap kesimetrisan, kebersihan dada, perkembangan dada dan frekuensinya, serta bunyi nafas. Frekuensi nafas bisa terjadi peningkatan karena kompensasi tubuh untuk

memenuhi kebutuhan oksigen karena ibu *pasca* melahirkan (Prami & Nataswari, 2016).

(3) Payudara, kaji terhadap kesimetrisan, kebersihan, puting susu dan warna aerola. Pada 24 jam pertama setelah melahirkan payudara tidak terlihat pembengkakan dan keluaran ASI belum adekuat.

h) Abdomen, kaji kebersihannya, adakah *striae livide dan linea nigra*. Kaji luka operasi, tanda-tanda infeksi pada luka seperti terdapat bengkak serta kemerahan dan nyeri tekan pada luka *post SC*. Pada 12 jam *post SC* TFU sekitar 1 cm dibawah *umbilicus* atau bisa setinggi pusar. (Gunawan & Astuti, 2015).

i) Genetalia, kaji terhadap pengeluaran *lochea*. Pada 24 setelah melahirkan terdapat pengeluaran yaitu *lochea rubra*. Pada 24-48 jam setelah *post SC* pasien masih menjalankan perawatan kateter urin karena pada 24 jam *post SC* pasien belum bisa beraktivitas secara mandiri juga untuk menghindari terjadinya infeksi (Nuryanti & Fabanjo, 2020).

j) Ekstremitas,

(1) Ekstremitas atas, kaji terhadap kesimetrisan, *Range Of Motion* (ROM), ada tidaknya oedema, klien dengan *post* operasi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstremitas bawah, kaji terhadap kesimetrisan, ROM, pergerakan biasanya klien dengan *post* operasi sering takut menggerakkan kakinya karena nyeri pada luka *post SC*.

g. Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual

- 1) Pada klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase *taking in*, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan.
- 2) Klien dengan *post sectio caesarea* kaji 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.

h. Pola Aktivitas Sehari-hari

- 1) Nutrisi, kaji terhadap frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya. Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak.
- 2) Eliminasi BAB dan BAK, kaji meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *post sectio caesarea* untuk BAK mendapatkan perawatan kateter urin.
- 3) Istirahat tidur, pada klien dengan *post sectio caesarea* pada hari pertama mengalami gangguan istirahat tidur karena adanya rasa nyeri pada daerah operasi dan ada rasa yang tidak enak pada uretra akibat terpasangnya kateter urin. Kaji meliputi kebiasaan tidur, lamanya serta adanya gangguan atau tidak.

- 4) *Personal hygiene*, pada klien dengan *post sectio caesarea* pada hari pertama dan sebelum kateter dibuka klien membutuhkan orang lain untuk membersihkan diri dalam hal ini klien harus dimandikan.
- 5) Aktivitas, pola aktivitas dapat terganggu dengan adanya rasa nyeri pada daerah operasi sehingga klien membatasi gerakan.

i. Analisa Data

Tabel 2.2
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif: Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) Gelisah Frekuensi nadi meningkat Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah meningkat Pola napas berubah Nafsu makan berubah Proses berpikir terganggu Menarik diri Berfokus pada diri sendiri 	<p>Adanya indikasi plasenta previa yang menyebabkan dilakukannya tindakan <i>sectio caesarea</i>. Akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmiter bradikardin, serotone, histamin, dan serotonin rangsangan ini di hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri.</p>	Nyeri akut
2	<p>Faktor Resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> Penyakit kronis Efek prosedur invasive Malnutrisi 	<p><i>Post</i> operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tumbuh dan</p>	Risiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
	d. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder	berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi.	
3	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> Subjektif: Menolak melakukan perawatan diri Objektif: a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri b. Minat melakukan perawatan diri kurang. <p>Gejala dan Tanda Minor</p> Subjektif: (tidak tersedia) Objektif: (tidak tersedia)	Adanya luka <i>post op</i> menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu dan perawatan diri terganggu.	Defisit perawatan diri
4	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif: a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Gejala dan Tanda Minor</p> Subjektif: a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas saat bergerak Objektif: a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah	Pasien dengan <i>post operasi sc</i> mengalami penurunan kekuatan atau kelemahan fisik karena nyeri sehingga kebutuhan ADL nya harus dibantu.	Gangguan mobilitas fisik

No	Data	Etiologi	Masalah
5	<p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kelelahan maternal b. Kecemasan maternal <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu b. Asi tidak menetes c. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam d. Nyeri dan/lecet <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Intake bayi tidak adekuat b. Bayi menghisap tidak terus menerus c. Bayi menangis saat disusui 	<p>Pasien <i>post partum</i> atau SC hormon prolaktin belum ada, sehingga belum efektif mengeluarkan ASI.</p>	<p>Menyusui tidak efektif</p>

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (PPNI, 2016).

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan *post sectio caesarea* adalah:

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- b) Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.

- c) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- d) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- e) Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin.

3. Perencanaan Keperawatan

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

Tabel 2.3
Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D. 0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi membaik 2) Pola nafas membaik 3) Keluhan nyeri menurun 4) Meringis menurun 5) Gelisah menurun 6) Kesulitan tidur menurun 	<p>Intervensi utama: Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 9) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 10) Fasilitasi istirahat tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui skala nyeri 3) Untuk melihat respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan yang dianut pasien mengenai nyeri 6) Untuk mengetahui adakah gangguan yang disebabkan oleh nyeri 7) Untuk melihat efek samping analgetik 8) Untuk mengurangi rasa nyeri 9) Untuk menghindari atau menurunkan tingkat nyeri 10) Agar kebutuhan tidur terpenuhi

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			<p>11) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>12) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>13) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>14) Ajarkan teknik nonfarmakologi</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>15) Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p> <p>Intervensi utama lain: Pemberian analgetik</p> <p>Intervensi pendukung: Aromaterapi, dukungan hipnosis diri, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi manajemen nyeri, edukasi efek samping obat, edukasi proses penyakit, kompres dingin, konsultasi, latihan pernapasan, manajemen medikasi, pemantauan nyeri, pemberian obat, pemberian obat intravena, pemberian obat topikal, pengaturan posisi, perawatan amputasi, perawatan kenyamanan, teknik distraksi, terapi murattal, terapi music, terapi pemijatan, terapi relaksasi dan <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)</i>.</p>	<p>11) Agar strategi meredakan nyeri sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>12) Agar pasien mengetahui penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>13) Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri</p> <p>14) Agar pasien dapat menurunkan rasa nyerinya dengan teknik nonfarmakologis</p> <p>15) Untuk menghilangkan rasa nyeri</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
2	Risiko Infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik 	<p>Intervensi utama: Pencegahan Infeksi (I. 14539)</p> <p>Observasi: 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik: 2) Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3) Berikan perawatan kulit pada daerah edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi: 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8) Ajarkan etika batuk 9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi: 12) Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></p> <p>Intervensi utama lain: Manajemen Imunisasi/Vaksinasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui ada tidaknya infeksi yang terjadi 2) Untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi 3) Agar luka terawat 4) Untuk menghindari terjadinya infeksi 5) Agar tidak terjadi infeksi 6) Agar pasien mengetahui tanda gejala infeksi 7) Untuk menghindari infeksi 8) Untuk menghindari infeksi 9) Agar pasien tahu cara memeriksa kondisi luka 10) Untuk menunjang kesembuhan 11) Untuk menunjang kesembuhan 12) Untuk menghindari infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			Intervensi pendukung: Dukungan pemeliharaan rumah, edukasi pencegahan luka tekan, induksi persalinan, latihan batuk efektif, manajemen nutrisi, pemantauan tanda vital, pemberian obat, pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, perawatan luka, perawatan persalinan.	
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3) Kemampuan makan meningkat 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Intervensi utama: Dukungan Perawatan Diri (I. 11348) Observasi: 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik: 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik 5) Siapkan keperluan pribadi 6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri 7) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: 9) Ajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas sesuai usia pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu apa saja yang diperlukan untuk pemenuhan perawatan diri 4) Agar pasien merasa nyaman 5) Untuk menunjang dalam perawatan diri pasien 6) Agar pasien terbantu 7) Agar pasien memahami keadaan ketergantungannya 8) Agar kebersihan diri terjaga 9) Agar perawatan diri terjadwal

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			<p>Intervensi utama lain: Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK, Berhias, Berpakaian, Makan/Minum, Mandi</p> <p>Intervensi pendukung: Dukungan emosional, manajemen energi, pemberian makanan, perawatan kuku, perawatan mulut.</p>	
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Nyeri menurun 4) Kaku sendi menurun 5) Gerakan terbatas menurun 6) Kelemahan fisik menurun 	<p>Intervensi utama: Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik yang mengganggu 2) Untuk mengetahui adanya toleransi fisik dalam melakukan pergerakan 3) Untuk mengetahui frekuensi nadi dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Agar pasien terbantu saat melakukan mobilisasi 5) Agar sendi-sendi tidak kaku 6) Agar keluarga dapat membantu pasien dalam melakukan mobilisasi 7) Agar pasien tahu tujuan dan prosedur dari dilakukannya mobilisasi

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur) Intervensi utama lain: Dukungan Ambulasi Intervensi pendukung: Dukungan kepatuhan program pengobatan, edukasi teknik ambulasi, manajemen nyeri, pemberian obat, perawatan tirah baring, promosi latihan fisik, teknik latihan penguatan otot, terapi aktivitas.	8) Agar mobilisasi dilakukan sesuai kondisi pasien 9) Agar pasien bisa melakukan pergerakan sedikit-sedikit
5	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitosin (D.0029)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kemampuan memberikan ASI secara langsung dari payudara kepada bayi membaik dengan kriteria hasil: 1) Tetesan/pancaran ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 3) Intake bayi meningkat 4) Hisapan bayi meningkat	Intervensi utama: Edukasi Menyusui (I. 12393) Observasi: 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Terapeutik: 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4) Jadwalkan pendidikan kesehatan 5) Beri kesempatan untuk bertanya 6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien 2) Agar mengetahui keinginan pasien terhadap menyusui bayinya 3) Untuk menunjang saat pelaksanaan pendidikan kesehatan 4) Agar pasien siap saat diberikan pendidikan kesehatan 5) Agar pasien bisa bertanya 6) Agar pasien semangat untuk menyusui bayinya

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan		
		Luaran	Intervensi	Rasional
			7) Libatkan sistem pendukung, suami, keluarga, tenaga kesehatan Edukasi: 8) Berikan konseling menyusui 9) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Ajarkan 4 posisi menyusui 11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. Memerah ASI, pijat oksitosin, pijat payudara) Intervensi utama lain: Konseling Laktasi Intervensi pendukung: Dukungan emosional, edukasi nutrisi bayi, edukasi orangtua: fase bayi, konseling nutrisi, pemberian kesempatan menghisap pada bayi, pemeriksaan payudara, perencanaan pulang, promosi perlekatan, reduksi ansietas, terapi relaksasi	7) Agar pasien merasa lebih percaya diri untuk menyusui bayinya 8) Agar pasien paham mengenai menyusui 9) Agar pasien mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 10) Agar pasien tahu posisi menyusui yang baik dan benar 11) Agar produksi ASI meningkat

Sumber: (SDKI 2017, SIKI 2018, SLKI 2019)

4. Implementasi

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

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti dan Mulyanti, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. T
Umur/tanggal lahir	: 43 tahun/29 November 1980
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Suku bangsa	: Indonesia
Status pernikahan	: Menikah
Alamat	: Kalapajajar 01/17, Ciamis
No RM	: 533116
Diagnosa medis	: P3A0 <i>Post</i> SC atas indikasi plasenta previa totalis
Tanggal operasi	: 07 April 2023
Tanggal pengkajian	: 07 April 2023

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. M
Umur : 45 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Pedagang
Alamat : Kalapajajar 01/17, Ciamis
Hub. dengan klien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada luka *sectio caesarea* di perut bagian bawah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 April 2023 pukul 20.00 WIB, Pasien mengeluh nyeri pada luka *sectio caesarea*. Nyeri bertambah berat apabila pasien bergerak dan pasien tampak bersikap protektif pada daerah luka. Nyeri dirasa pasien seperti disayat-sayat. Nyeri hanya dirasakan di bagian perut saja pada luka *post operasi*. Skala nyeri 6 (0-10). Nyeri hilang timbul, nyeri dirasa pasien saat sedang bergerak dan hilang saat diberikan obat.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Menurut penuturan pasien, pasien belum pernah dirawat di Rumah sakit dan pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis atau penyakit menular.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Menurut penuturan pasien, dalam keluarga tidak ada riwayat penyakit turunan seperti hipertensi, DM serta tidak ada riwayat penyakit menular lainnya yang dapat memperberat masa nifasnya.

5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menarche : 14 Tahun
Lama : 6-7 Hari
Siklus : 28 Hari
Teratur/tidak : Teratur
Keluhan : Tidak ada
HPHT : 21 Agustus 2022
TP : 27 Mei 2023

b) Riwayat perkawinan

Pernikahan ke : 1
Usia suami : 45 tahun
Usia istri : 43 tahun
Lama : 18 tahun

c) Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Tabel 3.1
Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Anak ke-	Persalinan				Anak		
	Tahun	Usia kehamilan	Jenis	Penolong	Jenis kelamin	BB	Keadaan
1	2006	9 bulan	Spontan	Bidan	P	3400 gr	Baik
2	2012	9 bulan	Spontan	Bidan	P	3600 gr	Baik

d) Riwayat KB

Menurut penuturan pasien, sebelum hamil anak ke tiga nya ini pasien menggunakan jenis KB Pil. Saat ini pasien menggunakan jenis KB MOW (Metode Operasi Wanita) atau tubektomi setelah melahirkan anak ketiganya ini.

e) Keadaan saat hamil ke-3

Pasien mengatakan pada saat trimester 1 dan trimester ke-2 pasien sering merasa lemas, kemudian pada trimester ke-3 tepatnya pada minggu ke-32 mengalami perdarahan dari jalan lahir dan pada saat dilakukan pemeriksaan USG didapatkan hasil bahwa pasien mengalami komplikasi plasenta previa totalis.

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Pada tanggal 07 April 2023, pasien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea*. Bayi lahir pada pukul 08.00 WIB dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 2900 gr, panjang badan 49 cm. Sejak

kelahiran anaknya, pasien belum memberikan ASI pada bayinya karena ASI belum menetes/keluar.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis
GCS : 15 (E4; V5; M6)
Keadaan : Tampak lemah
BB saat ini : 59 kg
BB sebelum hamil : 50 kg
TB : 158 cm

2) Tanda-Tanda vital

TD : 110/70 mmHg
N : 84 x/menit
RR : 22 x/menit
S : 36,6°C

3) *Head to Toe*

a) Rambut, kepala dan wajah

Warna rambut hitam, rambut panjang dan tampak kusut, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala, ekspresi wajah meringis dan tampak kloasma pada wajah pasien.

b) Mata

Kedua mata tampak simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflek pupil baik dibuktikan dengan ketika mata pasien diberi rangsang cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik pasien dapat melihat dengan jelas, keadaan mata bersih.

c) Hidung

Tidak tampak adanya sekret, fungsi penciuman baik dan tidak ada pernafasan cuping hidung. Tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan.

d) Telinga

Letak telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak tampak adanya serumen, fungsi pendengaran baik dibuktikan dengan pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan dan tidak ada benjolan ataupun nyeri tekan.

e) Mulut dan gigi

Mukosa bibir tampak lembab, gigi tampak bersih dan reflek menelan baik.

f) Leher

Terdapat keringat, teraba lengket, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis.

g) Dada

Pengembangan dada simetris antara kanan dan kiri, tidak ada benjolan

- (1) Paru-Paru: bunyi nafas vesikuler frekuensi nafas 22 x/menit.
- (2) Jantung: irama jantung regular, terdengar bunyi S1 dan S2 lup dup.
- (3) Payudara: bentuk payudara simetris antara kanan dan kiri, puting menonjol, aerola berwarna hitam, ASI tampak belum keluar dan payudara teraba lembek.

h) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat *striae gravidarum* dan *linea nigra*, terdapat luka *post sectio caesarea* dengan panjang 10 cm tertutup verban, bising usus 5x/menit, terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih, TFU sejajar pusat, kontraksi teraba keras.

i) Genetalia, perineum dan anus

Tampak kotor, terpasang kateter urin, urin yang keluar 100 cc pada *urin bag*, terdapat *lochea rubra* sudah 1 kali ganti pembalut. Perineum utuh. Tidak ada hemoroid.

j) Ekstremitas

- (1) Atas: tangan dapat di gerakan, pergerakan terbatas pada ekstremitas dekstra karena terpasang infus RL 20 tpm. CRT kurang dari 2 detik. Kekuatan otot 5.
- (2) Bawah: tidak ada edema, tidak ada varises, tidak ada nyeri tekan, kaki dapat di gerakan, pergerakan terbatas. CRT kurang dari 2 detik. Kekuatan otot 4. Homan sign negatif.

d. Konsep Diri

- 1) Identitas diri: Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan berusia 43 tahun, beragama islam.
- 2) Peran diri: Pasien mengatakan dirinya berperan sebagai seorang istri dari suami nya dan ibu dari anak-anak nya.
- 3) Harga diri: Pasien mengatakan merasa sangat dihargai oleh suami dan keluarganya.
- 4) Ideal diri: Pasien mengatakan ingin cepat bertemu dengan anaknya dan ingin segera pulang agar bisa merawat anak-anaknya.
- 5) Gambaran diri: Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan gambaran dirinya meskipun telah dilakukan operasi.

e. Aspek Psikologis

- 1) Pada saat pengkajian, aktivitas pasien bergantung pada keluarga.
- 2) Persepsi diri, pasien berharap agar segera sembuh dan segera pulang ke rumahnya.

- 3) Pola pikir, pasien mengatakan kurang tahu tentang produksi ASI nya yang belum keluar.
- 4) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, pasien mengatakan sangat bersyukur atas kelahiran bayi nya meskipun kelahirannya belum cukup bulan.
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia pasien bisa melahirkan dengan selamat juga bayi nya.

f. Aspek Sosial Spiritual

- 1) Sosial: hubungan pasien dengan keluarganya baik, juga pada perawat dan tenaga kesehatan lain.
- 2) Spiritual: pasien merupakan seorang muslim dan selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya. Pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis kegiatan	Di rumah	Di rumah sakit
1	NUTRISI		
	a. MAKAN		
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Jenis	Nasi dan lauk pauk	Nasi dan lauk pauk (lembek)
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Cara	Mandiri	Di bantu
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
	b. MINUM		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	6-7 gelas/hari	6-7 gelas/hari
	Cara	Mandiri	Di bantu

No	Jenis kegiatan	Di rumah	Di rumah sakit
2	ELIMINASI a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	1x/ hari Padat Khas feses Khas feses	Belum BAB - - - 100 cc pada <i>urinbag</i> Kuning pekat Khas urin
3	POLA ISTIRAHAT a. Tidur siang Kuantitas Kualitas b. Tidur malam Kuantitas Kualitas	1-2 jam/hari Nyenyak 6-7 jam/hari Nyenyak	1 jam/hari Nyenyak 4-6 jam/hari Nyenyak
4	PERSONAL HYGIENE a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas Cara	2x/hari 2x/hari 1 minggu 3 kali Mandiri	Belum mandi 1x/hari Belum keramas Dibantu

h. Data penunjang

Nama : Ny. T

No. RM : 533116

Umur : 43 Tahun

Tanggal : 07-04-2023

Tabel 3.3
Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai normal
HEMATOLOGY			
Darah Rutin			
Hemoglobin	11.0	g/dl	12.0-14.0
Hematocrit	35	%	40-50
Leukosit	13.0	10.000/ μ l	5.0-10.0
Trombosit	197	10.000/ μ l	150-400

i. Terapi Medis

Nama : Ny. T

No. RM : 533116

Umur : 43 Tahun

Tanggal : 07-04-2023

Tabel 3.4
Terapi Medis

Nama obat	Dosis	Cara pemberian
Infus RL	20 tpm	IV
Cefotaxime	3x1 gr	IV
Cefadroxil	3x500mg	Oral
Asam mefenamat	3x500mg	Oral
Kaltrofen	100mg	Suppositoria
Ketorolac	3x30 mg	IV

j. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada perut bekas operasi <i>sectio caesarea</i></p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Skala nyeri 6(0-10) 2) Pasien tampak meringis 3) Pasien tampak bersikap protektif (sikap menghindari nyeri) 4) Terdapat luka post operasi SC pada abdomen (vertikal) 10 cm 5) Terdapat nyeri tekan pada abdomen 6) Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg N: 84x/menit 	<p>Adanya indikasi plasenta previa yang menyebabkan dilakukannya tindakan <i>sectio caesarea</i>. Akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikardin, serotine, histamin, dan serotonin rangsangan ini di hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri.</p>	Nyeri akut
2	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri	Resiko Infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
		sehingga menimbulkan infeksi.	
3	<p>DS: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>DO: 1) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2) Saat di palpasi kulit teraba lengket</p>	Adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu dan perawatan diri terganggu.	Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan berdasarkan Prioritas

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi/*post* operasi) dibuktikan dengan:

DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka *post sectio caesarea* di bagian perutnya.

DO:

- a) Skala nyeri 6 (0-10).
- b) Pasien tampak meringis.
- c) Pasien tampak bersikap protektif (sikap menghindari nyeri).
- d) Terdapat luka *post* SC pada abdomen (vertikal) 10 cm.
- e) Terdapat nyeri tekan pada abdomen.
- f) Tanda-tanda vital

TD: 110/70 mmHg

N: 84x/menit

2) Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:

DS: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri

DO:

- a) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen *post* operasi.
- b) Saat di palpasi kulit teraba lengket.

3) Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.

3. Proses Keperawatan

Tabel 3.6
Proses Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi/ <i>post</i> operasi) dibuktikan dengan DS: Pasien mengatakan nyeri pada perut bekas operasi <i>sectio caesarea</i> DO: 1) Skala nyeri 6(0-10) 2) Pasien tampak meringis 3) Pasien tampak bersikap protektif (sikap menghindari nyeri)	Tingkat nyeri (L. 08066) Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun (skala nyeri 4) 2) Meringis menurun	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri	1) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik nyeri 2) Untuk mengetahui skala nyeri pasien	07 April 2023 20.00 WIB 1) mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri pasien dengan hasil: “Pasien mengeluh nyeri pada perutnya bekas operasi SC, nyeri seperti tersayat, nyeri hanya pada bagian perut, nyeri hilang timbul saat bergerak dan hilang saat diistirahatkan” 2) mengidentifikasi skala nyeri pasien dengan hasil: “Pasien mengatakan skala nyeri nya 6 (0-10)”	08 April 2023 05.00 WIB S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri dan nyeri hilang saat diberi obat O: 1) Skala nyeri 5 (0-10) 2) Pasien masih tampak meringis namun sedikit tenang 3) Hasil TTV TD 110/80 mmHg N 88 x/menit R 20 x/menit S 36,7 C

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	<p>4) Terdapat luka post operasi SC pada abdomen (vertical) 10 cm</p> <p>5) Terdapat nyeri tekan pada abdomen</p>		<p>Terapeutik</p> <p>3) Beri terapi non farmakologis (nafas dalam)</p> <p>4) Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>3) Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4) Untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur pasien</p> <p>5) Agar pasien paham penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>6) Untuk meredakan rasa nyeri</p>	<p>20.10 WIB</p> <p>3) Memberi terapi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil: “Pasien merasa sedikit rileks “</p> <p>4) Menganjurkan pasien untuk tidur dengan hasil: “Pasien tidur setelah diberi terapi obat”</p> <p>21.00 WIB</p> <p>5) Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri dengan hasil: “Pasien paham terhadap penjelasan yang diberikan”</p> <p>6) Memberi terapi obat injeksi IV analgetik (ketorolac 30mg)</p> <p>Witri</p>	<p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Monitor skala nyeri</p> <p>2) Beri teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam dan distraksi berbincang bincang)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>4) Beri terapi obat analgetik Witri</p>

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
2	<p>Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan:</p> <p>DS: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>DO: 1) Pasien tampak tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri karena terdapat nyeri pada abdomen post operasi 2) Saat di palpasi kulit teraba lengket</p>	<p>Perawatan diri (L. 11103) Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam perawatan diri membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Kemampuan mandi meningkat 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p>	<p>Dukungan perawatan diri (L. 11348) Observasi 1) Monitor tingkat kemandirian</p> <p>Terapeutik 2) Siapkan keperluan pribadi 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri</p> <p>4) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 5) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan</p>	<p>1) Untuk mengetahui kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri saat sakit</p> <p>2) Untuk menunjang saat kegiatan</p> <p>3) Agar pasien dapat terbantu saat melakukan perawatan diri</p> <p>4) Agar kebersihan tubuh pasien terjaga</p> <p>5) Agar tubuh pasien bersih</p>	<p>07 April 2023 20.15 WIB</p> <p>1) memonitor tingkat kemandirian pasien, hasil: “Pasien tidak bisa melakukan perawatan diri karena nyeri pada bagian perut nya”</p> <p>08 April 2023 05.00 WIB</p> <p>2) melakukan <i>vulva hygiene</i> dan memandikan pasien, hasil: “Pasien merasa nyaman dan senang karena telah dibantu dalam melakukan perawatan diri”</p> <p>Witri</p>	<p>08 April 2023 06.15 WIB</p> <p>S: Pasien mengatakan nyaman setelah dimandikan namun belum bisa melakukan secara mandiri karena nyeri masih terasa</p> <p>O: Pasien tampak lebih segar dan bersih</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p>Witri</p>

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
3	Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit	Tingkat infeksi (L. 14137) Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Nyeri menurun Kadar sel darah putih membaik	Perawatan luka (I. 14564) Observasi 1) Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 2) Lepaskan balutan 3) Bersihkan dengan larutan NaCl 4) Pasang balutan sesuai jenis luka Edukasi 5) Anjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi 6) Kolaborasi pemberian antibiotic	1) Untuk mengetahui kejadian infeksi 2) 3) 4) Untuk merawat luka agar terhindar dari infeksi 5) Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 6) Untuk mencegah atau mengobati infeksi	07 April 2023 20.30 WIB 1) memonitor tanda-tanda infeksi, hasil: “Terdapat luka post operasi, pasien mengatakan merasa nyeri dan hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 13.000/ μ l” 21.05 WIB 2) memberi terapi obat injeksi IV antoibiotik (cefotaxime 1gr) 08 April 2023 08.00 WIB 4) menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dengan hasil: “Pasien mengerti” Witri	08 April 2023 08.15 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: 1) Leukosit 12.000/ μ l 2) Hasil TTV: TD 110/80 mmHg N 88 x/menit R 20 x/menit S 36,6 C A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Lakukan perawatn luka 3) Beri terapi obat antibiotik Witri

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. T

No. RM : 533116

Umur : 43 tahun

Ruang : Delima

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	Sabtu, 08 April 2023	I	20.00 WIB S: Pasien masih mengatakan nyeri pada perutnya O: 1) Pasien tampak meringis 2) Skala nyeri 5 (0-10) 3) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 80 x/menit RR 20 x/menit S 36,5 C A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi 1) Beri teknik relaksasi (nafas dalam) & distraksi (berbincang-bincang) 2) Fasilitasi istirahat tidur 3) Beri obat analgetik (keterolac 30mg)	Witri

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>20.30 WIB I: 1) Melatih pasien terapi nafas dalam dan berbincang bincang agar rasa nyeri berkurang, hasil pasien merasa lebih rileks 2) Memberi terapi obat analgetik (ketorolac 30mg IV) 3) Menganjurkan pasien untuk tidur agar kebutuhan tidur tercukupi, hasil pasien tidur sekitar pukul 21.00 WIB</p> <p>E: Masalah teratasi sebagian Evaluasi 09 April 2023 05.30 WIB S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri O: Pasien tampak meringis 1) Pasien tampak meringis 2) Skala nyeri 4 (0-10) 3) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 82 x/menit RR 20 x/menit S 36,5 C</p>	
2	08 April 2023	III	<p>20.10 WIB S: pasien masih merasa nyeri O: 1) Leukosit 12.000/μl 2) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 80 x/menit RR 20 x/menit</p>	Witri

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>S 36,5 C</p> <p>A: Resiko infeksi P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda-tanda infeksi 2) Beri terapi obat antibiotik</p> <p>I: 20.15 WIB 1) Memonitor tanda-tanda infeksi pada luka pasien, hasil pasien masih merasa nyeri, leukosit 12.000/μl 21.30 WIB 2) Memberi terapi obat antibiotik (cefotaxime 1 gr IV)</p> <p>E: Masalah teratasi sebagian Evaluasi 09 April 2023 05.00 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: Leukosit 11.500/μl Hasil TTV 1) TD 120/80 mmHg 2) Nadi 82 x/menit 3) RR 20 X/menit 4) Suhu 36,5°C</p>	
3	09 April 2023	I	<p>20.00 WIB S: Pasien masih mengatakan nyeri pada perutnya O: 1) Pasien tampak sedikit meringis 2) Skala nyeri 4 (0-10) 3) Hasil TTV TD 120/80 mmHg</p>	Witri

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
			<p>N 69 x/menit RR 20 x/menit S 36,5 C</p> <p>A: Nyeri akut P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Beri teknik relaksasi (nafas dalam) & distraksi (berbincang-bincang) 2) Beri obat analgetik oral (asam mefenamat 500mg) <p>20.30 WIB</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih pasien terapi nafas dalam dan berbincang bincang agar rasa nyeri berkurang, hasil pasien merasa lebih rileks 2) Memberi terapi obat analgetik oral (asam mefenamat 1 tablet 500gr) <p>E: masalah teratasi sebagian</p> <p>Evaluasi 10 April 2023</p> <p>05.00 WIB</p> <p>S: Pasien masih merasa nyeri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak sedikit meringis 2) Skala nyeri 3 (0-10) 3) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 72 x/menit RR 20 x/menit S 36,5 C 	

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
4	09 April 2023	III	<p>20.15 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: 1) Leukosit 11.500/μl 2) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 69 x/menit S 36,5 C</p> <p>A: Resiko infeksi P: Lanjutkan intervensi 1) Beri terapi obat antibiotik 2) Lakukan perawatan luka</p> <p>I: 20.30 WIB 1) Memberi terapi obat antibiotik (cefotaxime 1gr)</p> <p>08.00 WIB 2) Melakukan perawatan luka pada pasien E: Masalah teratasi sebagian</p> <p>Evaluasi 10 April 2023 05.30 WIB S: Pasien masih merasa nyeri O: 1) Leukosit 11.000/μl 2) Hasil TTV TD 120/80 mmHg N 72 x/menit S 36,5 C</p>	Witri

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di ruang Delima RSUD Ciamis. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 07 April 2023 sampai dengan tanggal 09 April 2023. Penulis menemukan berupa kesenjangan-kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan fakta yang ada dilapangan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu, pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap pengkajian

Pada saat tahap pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kesulitan karena Ny. T dan keluarga sangat kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. T serta keluarganya dapat menjawab pertanyaan yang disampaikan penulis tanpa adanya keraguan dari mulai identitas sampai data psikologinya serta bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis dan keluarga pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan.

Data pengkajian asuhan keperawatan pada pasien *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa pada tahap pengkajian ini pasien mengeluhkan nyeri pada luka *post SC*, skala nyeri 6 (0-10), tampak luka *post SC* 10 cm di bagian abdomen bawah, pasien tampak meringis dan bersikap protektif pada daerah luka. Hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamin, rangsangan ini

dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri (Nurarif, 2015).

Saat pengkajian ditemukan data kulit Ny. T teraba lengket, rambut kusut dan pasien mengatakan tidak bisa melakukan kebersihan diri secara mandiri dikarenakan merasa nyeri pada luka *post SC* jika bergerak. Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berhias, makan dan BAB/BAK (Khaeriyah, 2013). Sehingga pasien perlu untuk dibantu dalam hal perawatan diri karena untuk menjaga kebersihan diri serta untuk mencegah terjadinya infeksi.

Data selanjutnya yang ditemukan pada pasien adalah terjadinya peningkatan jumlah leukosit yaitu 13.000/ μ l dan kulit bagian perut dekat luka *post SC* teraba hangat. Menurut Nurriddo (2022), fase penyembuhan luka akan mengalami fase inflamasi yang terjadi pada hari pertama sampai hari kelima. Pada fase ini akan terjadi hemostasis atau usaha tubuh untuk menghentikan perdarahan dimana proses ini terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan pembentukan jala-jala fibrin yang mengaktifasi reaksi pembekuan darah. Selanjutnya akan terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan vasodilatasi yang disertai dengan migrasi sel-sel inflamasi ke lokasi luka. Pada tahap inflamasi, sel darah putih akan menghancurkan kuman dan bakteri di area luka sehingga terjadi peningkatan jumlah leukosit.

Secara teori data-data tersebut merupakan masalah yang bisa muncul pada pasien *post sectio caesarea*. Adapun data yang tidak

ditemukan pada kasus Ny. T yaitu gangguan mobilitas fisik dan menyusui tidak efektif. Masalah gangguan mobilitas fisik tidak ada pada Ny. T dikarenakan pada saat pengkajian 12 jam *post* operasi penulis tidak menemukan data-data gangguan yang menunjukkan pada masalah tersebut. Hal ini bisa terjadi dikarenakan pasien sudah dilakukan proses perawatan sebelumnya, pasien sudah mendapatkan anjuran untuk merubah posisi miring kanan miring kiri serta mencoba untuk duduk di tempat tidur dan untuk menyusui tidak efektif pada 24 jam pertama ASI belum keluar merupakan keadaan normal yang bisa dialami oleh ibu *post partum* karena setelah melahirkan ibu bisa mengalami kelelahan maternal sehingga hormon prolaktin belum bekerja sehingga pada hari pertama ASI belum keluar dan umumnya ASI akan mulai keluar pada hari kedua dan seterusnya (Adrian, 2020).

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dengan data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Berdasarkan hasil pengkajian masalah yang ada pada klien *post sectio caesarea* dengan indikasi plasenta previa pada kasus Ny. T, yaitu:

a. Nyeri akut (D. 0077)

Menurut SDKI (2018) nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas

ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebabnya bisa karena agen pencedera fisiologis seperti inflamasi, agen pencedera kimiawi seperti terbakar bahan kimia dan agen pencedera fisik seperti prosedur operasi yang ada pada kasus Ny. T. Kemudian alasan diangkatnya diagnosa tersebut ada pada data pengkajian yang didapatkan dari pasien didapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka *sectio caesarea* di perut bagian bawah. Nyeri bertambah berat apabila pasien bergerak dan pasien tampak bersikap protektif pada daerah luka. Nyeri dirasa pasien seperti disayat-sayat. Nyeri hanya dirasakan di bagian perut saja pada luka *post* operasi. Skala nyeri 6 (0-10). Nyeri hilang timbul, nyeri dirasa pasien saat sedang bergerak dan hilang saat diberi obat. Data objektifnya, pasien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen serta nyeri tekan saat di palpasi. Diagnosa tersebut menjadi prioritas karena masalah tersebut sangat mengganggu dan apabila tidak ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien.

b. Defisit perawatan diri (D. 0109)

Menurut SDKI (2018) defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Penyebab yang ditemukan pada Ny. T adalah kelemahan akibat adanya rasa nyeri *post* operasi. Dengan tanda-tanda yang didapatkan tampak pasien tidak dapat melakukan perawatan diri secara mandiri sehingga harus dibantu oleh perawat ataupun keluarga. Penulis menetapkan diagnosa defisit

perawatan diri pada diagnosa kedua dikarenakan untuk menjaga kebersihan diri serta untuk mencegah terjadinya infeksi karena terdapat luka *post* operasi pada abdomen bagian bawah pasien.

c. Resiko infeksi (D. 0142)

Menurut SDKI (2018) resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari tindakan *sectio caesarea*. Data yang ditemukan pada Ny. T ditemukan faktor pendukung resiko infeksi yaitu secara objektif terdapat luka *post sectio caesarea* dan didapatkan hasil jumlah leukosit 13.000/ μ l dimana jumlah tersebut terjadi peningkatan dari nilai normal nya yaitu 10.000/ μ l. Diagnosa resiko infeksi menjadi diagnosa ketiga karena diagnosa ini merupakan diagnosa resiko dimana masalah belum terjadi pada pasien namun bisa saja terjadi jika tidak dilakukan perawatan luka pada pasien.

Dalam perumusan diagnosa keperawatan ini penulis tidak mengambil diagnosa gangguan mobilitas fisik yang pada teori dijelaskan bahwa gangguan mobilitas fisik masuk pada diagnosa yang mungkin muncul pada pasien *post sectio caesarea*. Hal ini terjadi karena pada saat dilakukan pengkajian kepada Ny. T tidak ada gangguan yang signifikan pada pergerakannya, pada saat pengkajian 12 jam setelah operasi Ny. T sudah bisa melakukan miring kanan dan miring kiri serta sudah mulai belajar untuk duduk di tempat tidur dan penulis juga tidak

menemukan data data yang mendukung untuk diagnosa menyusui tidak efektif sehingga penulis tidak mengambil diagnosa tersebut.

3. Perencanaan

Pada saat merencanakan penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Sehingga pada tahap perencanaan, penulis tidak mendapat kesulitan didukung juga dengan adanya kerjasama, bantuan dari pihak keluarga pasien dan juga petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksanakannya tahap perencanaan.

4. Tahap pelaksanaan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pasien bisa berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan adanya kerjasama, dukungan dan bantuan dari petugas kesehatan, mahasiswa, pembimbing dan keluarga serta keterbukaan pasien dalam menerima asuhan keperawatan sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama untuk masalah nyeri akut adalah dengan manajemen nyeri dengan melakukan observasi karakteristik nyeri pasien kemudian mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri, menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri serta memberi terapi obat analgetik keterolac injeksi dan asam mefenamat oral.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan sesuai rencana yang telah dibuat. Dimana penulis bermula mengkaji status kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Kemudian penulis melakukan atau membantu pasien dalam melakukan perawatan diri yaitu *vulva hygiene* dan juga mandi serta mengganti pakaian

Pada diagnosa ketiga, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu memonitor tanda-tanda infeksi pada pasien dimana didapatkan pasien mengeluh nyeri dan hasil jumlah leukosit 13.000/ μ l. Penulis kemudian melakukan perawatan luka pada pasien sesuai prosedur yang ada di ruangan RS. Kemudian penulis juga memberikan terapi obat antibiotik injeksi yaitu Cefotaxime 2x1gr melalui intravena.

5. Tahap evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan hasil:

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 (0-10) yang berarti nyeri pasien berkurang yang tadinya berada pada skala 6 (0-10). Sehingga masalah teratasi sebagian. Masalah nyeri akut teratasi sebagian karena pasien pulang di hari ke-3, dimana pada hari ketiga tersebut dalam proses penyembuhan luka masih berada dalam fase inflamasi sehingga pasien akan masih merasakan nyeri pada luka *post* operasi.

Hasil evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 1x8 jam, data objektif didapatkan pasien tampak bersih dan segar hanya saja pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri sepenuhnya, pasien masih perlu dibantu saat melakukan perawatan diri. Masalah defisit perawatan diri teratasi karena pasien sudah dilakukan perawatan diri dan tujuan telah tercapai namun pasien belum bisa melakukan perawatan diri sepenuhnya secara mandiri. Pasien pulang pada hari ketiga yang masih dalam tahap ketergantungan (*taking in*) sehingga perlu dukungan dari orang lain.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam pasien masih merasa sedikit nyeri pada luka bekas operasi serta data objektif yang didapatkan hasil jumlah leukosit 11.000/ μ l yang terjadi pengurangan yang mula nya 13.000/ μ l. Sehingga masalah teratasi sebagian. Masalah resiko infeksi teratasi sebagian karena luka post operasi SC pada pasien masih ada, fase penyembuhan luka berada pada fase inflamasi dimana luka post operasi tersebut bisa terkena paparan patogen dan bisa menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan perawatan dengan benar.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di ruang Delima RSUD Ciamis pada tanggal 07-09 April 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan dengan tepat pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis.
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis.
4. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis.

6. Penulis dapat membuat dokumentasi keperawatan pada Ny. T (P3A0) 12 jam *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. REKOMENDASI

Dari kesimpulan diatas, maka penulis berusaha mencoba mengemukakan rekomendasi yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapun saran tersebut adalah:

1. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan pengajaran tidak hanya dilakukan oleh pengajar/dosen tetapi melibatkan perawat *professional* untuk memberikan ilmu kepada mahasiswa karena pada saat di lahan praktek sering terjadi beberapa kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan sehingga mahasiswa mampu menyesuaikan dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional. Serta untuk menunjang dalam hal proses belajar bagi mahasiswa diharapkan perpustakaan memiliki referensi sumber yang lengkap dan *update* untuk dijadikan bahan kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah ataupun penelitian.

2. Rumah Sakit

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien *post SC*, hal penting adalah sarana dan prasarana yang menunjang. Rumah sakit diharapkan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan

kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

3. Perawat

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan diharapkan perawat dan tenaga kesehatan lainnya dapat mengikuti kegiatan seminar pelatihan dan workshop yang dapat meningkatkan skill dalam melakukan asuhan keperawatan.

4. Pasien dan Keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan maka diperlukannya hubungan kerjasama yang baik antara tenaga kesehatan dengan pasien dan juga keluarga pasien. Hal ini untuk bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang bisa terjadi pada pasien *post sectio caesarea*. Keluarga harus memberikan dukungan pada pasien dan membantu dalam perawatan luka, kebersihan diri dan pemenuhan nutrisi untuk pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson-Bagga, F. M. and Sze, A. 2019. *Plasenta Previa. Stat Pearls*, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Tersedia pada: <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH> (diakses pada 28 Mei 2023).
- Adrian K. 2020. *ASI Tidak Keluar, Tidak Perlu Cemas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tersedia pada: <https://www.alodokter.com/asi-tidak-keluar-tidak-perlu-cemas> (diakses pada 11 Juni 2023).
- Asih, Y. 2017. *Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Pada Ibu Nifas. Jurnal Keperawatan*, 209-214.
- Aspiani, Yuli, R. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Info Media.
- Diskominfo Jabar. 2023. *Open Data Jabar*. Tersedia pada <https://opendata.jabarprov.go.id> (diakses pada 12 Mei 2023).
- Fitriana, K. R. 2019. *Efek Konsumsi Alkohol dan Merokok Pada Wanita Hamil. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 233-237.
- Gunawan, I., Astuti, T. 2015. *Tinggi Fundus Uteri Pada Ibu Post Partum Yang Melaksanakan Senam Nifas. Jurnal Keperawatan*, 183-188.
- Hasegawa, J. et al. 2017. *Improving the Accuracy of Diagnosing Placenta Previa On Transvaginal Ultrasound by Distinguishing Between the Uterine Isthmus and Cervix: a Prospective Multicenter Observational Study. Fetal Diagnosis and Therapy*, 145-151.
- Jing, L. et al. 2018. *Effect of Site of Placentation on Pregnancy outcomes in Patient with Placenta Previa. Plos One*, doi: 10.1371/journal.pone.0200252.
- Jumatrin, N. F., Herman, Pane, M. D. 2022. *Gambaran Indikasi Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Kota Kendari Tahun 2018. Jurnal Keperawatan*, 1-5.
- Kartilah, T., Februanty, S., Cahyati, P., Kusmiati, Kamila, S. 2022. *Gambaran Pelaksanaan Mobilisasi Dini Dalam Penurunan Skala Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesarea di RSUD Ciamis. Jurnal Medika Cendikia*, 147-155.
- Kemenkes RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Maryani, D., Elisa, M. 2018. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Plasenta Previa Totalis di Ruang Melati Rumah Sakit Bhayangkara TK. IIIA Kota Bengkulu. Journal Of Midwifery*, 1-6.

- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa dan Nanda NIC NOC Jilid I*. Jogjakarta: Mediacion.
- Parvin, Z. et al. 2017. *Relation of Placenta Previa with Previous Lower Segment Caesarea Section (LUCS) in our Clinical Practice*. *Faridpur Medical College Journal*, 75-77.
- Pradana, M. A. R. A. dan Asshidiq, M. R. F. 2021. *Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian Perdarahan Post Partum*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 326-331.
- Prami, P., Nataswari, P. P. 2016. *Penatalaksanaan Anastesi Pada Sectio Caesarea*. Tinjauan Pustaka FK UNUD. Denpasar.
- Putra, I. B. G. S., Wandia, I. M., Harkitasari S. 2021. *Indikasi Tindakan Sectio Caesarea di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2017-2019*. *Aesculapius Medical Journal*, 63-68.
- Putri, M. E. 2019. *Gambaran Faktor Resiko Kejadian Plasenta Previa di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2016-2017*. S1_Sarjana. Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Tersedia pada: <http://lib.unisayogya.ac.id> (diakses pada 28 Mei 2023).
- Ramadhan, B. R. 2022. *Plasenta Previa Mekanisme dan Faktor Resiko*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 208-219.
- Riskesdas, K. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1–200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Rizal, K. L. 2015. *Tahapan Proses Pengkajian Dalam Proses Keperawatan*. Tersedia pada: <https://osf.io/preprints/inarxiv/jd8m5/> (diakses pada 1 Juni 2023).
- Sugiarto, dkk. 2018. *Basic Physical Examination: Teknik Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Aulkultasi*. Surakarta: Kementrian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Universitas Sebelas Maret Fakultas Kedokteran.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi I Cetakan III*. Jakarta. DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi I Cetakan II*. Jakarta. DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta. DPP PPNI.

- Wiknjosastro, S., (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- World Health Organization. (2015). *Promoting Proper Maternal Mortality*. Geneva: WHO.
- Yuliana, W. dan Hakim, B. N. 2020. *Emodemo dalam Asuhan Kebidanan Masa Nifas*. Yayasan Ahmar Cendikia Indonesia.
- Zubaidah et al. 2021. *Asuhan Keperawatan Nifas*. Yogyakarta. Tersedia pada: Viva Medika: Jurnal Kesehatan, Kebidanan dan Keperawatan. (diakses pada 30 Mei 2023).

LAMPIRAN

Lampiran-lampiran

LEMBAR BIMBINGAN

NAMA : WITRIANI FAHRUNNISA

NIM : KHGA20081

Pembimbing : Eva Daniati, S. Kep., Ns., M. Pd

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. T (P3A0) 12 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Delima RSUD Ciamis

No	Tanggal	Materi	Catatan Pembimbing	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	30/05/2023	BAB I	1) Lengkapi data statistik 2) Tambah hasil penelitian 3) Komplikasi 4) Dampak 5) Perbaiki penulisan	Witri	
2	06/06/2023	BAB I	1) Perbaiki penulisan 2) Data hasil penelitian cek ulang 3) Lanjut BAB II	Witri	
3	08/06/2023	BAB I	ACC BAB I	Witri	
4	09/06/2023	BAB II	1) Perhatikan jumlah halaman 2) Perbaiki penulisan 3) Lengkapi materi 4) Lanjut BAB III	Witri	

5	16/06/2023	BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluasi jumlah halaman minimal 20 halaman 2) Tambah konsep penyembuhan luka 3) Lengkapi data pengkajian 4) Perbaiki sesuai saran 	Witri	
6	19/06/2023	BAB II	ACC BAB II	Witri	
7	21/06/2023	BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perbaiki sesuai saran 2) Pembahasan dikembangkan lagi 	Witri	
8	24/06/2023	BAB III, BAB IV dan abstrak	<ol style="list-style-type: none"> 1) Kesimpulan menjawab tujuan 2) Rekomendasi tambah untuk perawat 3) BAB III perbaiki penulisan 4) Evaluasi lagi hasil pengkajian 5) Pembahasan dilengkapi 6) Perbaiki abstrak 	Witri	
9.	26/06/2023		ACC Sidang	Witri	

SAP (Satuan Acara Penyuluhan)

Pokok Bahasan	: Perawatan Luka <i>Post Sectio Caesarea</i> Di Rumah
Sasaran	: Pasien dan Keluarga pasien
Hari/Tanggal	: Sabtu, 8 April 2023
Tempat	: Ruang Delima
Waktu	: 30 Menit
Penyuluh	: Witriani Fahrunnisa

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 20 menit, diharapkan pasien dan keluarga mampu memahami mengenai cara perawatan luka *post sectio caesarea* di rumah.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 1 x 20 menit diharapkan klien mampu:

- a. Menjelaskan pengertian perawatan luka.
- b. Menyebutkan tujuan perawatan luka.
- c. Menyebutkan cara-cara perawatan luka.
- d. Menyebutkan kerugian tidak melakukan perawatan luka.

B. Materi

1. Pengertian pijat perawatan luka.
2. Tujuan perawatan luka.
3. Cara melakukan pijat oksitosin.

C. Metode

1. Ceramah.
2. Tanya jawab.

D. Media

1. Leaflet

E. Kegiatan penyuluhan

No	Kegiatan Penyuluhan	Waktu
1.	Pendahuluan a. Memberi salam b. Mengkomunikasikan pokok bahasan c. Mengkomunikasikan tujuan	3 menit
2.	Kegiatan Inti a. Memberikan penjelasan tentang perawatan luka b. Memberikan penjelasan tujuan perawatan luka c. Memberikan penjelasan cara melakukan perawatan luka di rumah d. Memberikan kesempatan keluarga untuk bertanya	10 menit
3.	Penutup a. Menyimpulkan materi penyuluhan bersama keluarga b. Memberikan evaluasi secara lisan c. Memberikan salam penutup	7 menit

F. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Persiapan Pasien sudah terlaksana dengan baik berupa kontrak waktu, topik, dan tempat.
 - b. Persiapan alat bantu dan media yang digunakan untuk Penkes.
2. Evaluasi proses
 - a. Pasien mampu mengikuti Penkes dengan baik sampai selesai
 - b. Pasien kooperatif dalam mengikuti Penkes
 - c. Pasien dapat bekerjasama dengan perawat
 - d. Media dan alat bantu dapat digunakan dengan baik
 - e. Lingkungan mendukung dalam pelaksanaan Penkes
3. Evaluasi hasil
 - a. Evaluasi kognitif
Menanyakan kepada penerima manfaat
 - 1) Coba jelaskan pengertian perawatan luka!

- 2) Sebutkan tujuan perawatan luka!
 - 3) Sebutkan cara melakukan perawatan luka mandiri di rumah!
- b. Evaluasi afektif penerima manfaat menyatakan kesediaan melakukan perawatan luka sesuai dengan cara yang telah diajarkan.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Perawatan luka adalah merawat luka dengan memasang pembalut atau penutup agar luka tidak terbuka. Perawatan luka adalah upaya atau tindakan yang dilakukan untuk mencegah infeksi yang dilakukan dengan langkah-langkah tertentu (Monika, F.B. Monika, 2014).

B. Tujuan

1. Agar terhindar dari infeksi
2. Agar luka tetap bersih
3. Mempercepat penyembuhan
4. Mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka

C. Alat-alat Perawatan Luka

1. Baskom bersih
2. Sarung tangan steril (bila tidak ada bisa dilakukan langsung asalkan mencuci tangan dengan benar terlebih dahulu)
3. Tempat sampah
4. Kassa
5. Cairan NaCl atau dengan Air Bersih yang sudah di didihkan kemudian tunggu sampai hangat
6. Gunting
7. Plester
8. Betadine (jika luka masih basah bisa di oleskan betadine)

D. Cara Perawatan Luka

1. Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan normal saline (seperti NaCl) jika tidak ada bisa dengan air yang sudah di didihkan kemudian tunggu sampai hangat. Membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik.
2. Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
3. Gantilah verban dengan kassa yang bersih.

E. Tindakan yang Bisa di Lakukan di Rumah

1. Gunakan pakaian yang longgar dan juga nyaman untuk menghindari iritasi sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dan nyaman dipakai, seperti piyama, baby doll atau daster. Selain itu untuk menghindari iritasi ini juga disarankan dalam membungkus luka bekas operasi sebaiknya juga jangan terlalu ketat.
2. Konsumsi obat-obatan dan vitamin sesuai saran dokter, tetap konsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter untuk mempercepat penyembuhan luka bekas operasi. Berkonsultasilah dengan dokter jika diperlukan obat untuk menghilangkan rasa nyeri.
3. Minum air putih yang banyak, dengan mengkonsumsi banyak cairan selama proses penyembuhan, maka akan menggantikan volume cairan yang hilang saat melahirkan dan menyusui dan tentu ini dapat mencegah sembelit.
4. Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang, selain melakukan perawatan luka dari luar sebaiknya juga memperhatikan perawatan luka dari dalam dengan mengkonsumsi makanan sehat yang mengandung banyak gizi serta nutrisi yang seimbang yang dapat membantu mempercepat kesembuhan luka bekas operasi tersebut. Makanan yang dianjurkan adalah makanan yang tinggi akan kandungan protein, mineral, zinc, dan juga vitamin A & C. Apabila Anda dalam masa nifas tidak cukup mengkonsumsi makanan berprotein seperti telur, ikan, tahu, tempe, daging dan susu, maka penyembuhan luka bekas operasi akan berlangsung lama dan berpotensi infeksi akibat kekurangan gizi.

DAFTAR PUSTAKA

HUKORMAS RSUP PERSAHABATAN. 2019. *Perawatan Luka Pada Pasien*. Melalui <
<https://rsuppersahabatan.co.id/artikel/read/perawatan-luka-pada-pasien>>

Instalasi Promosi Kesehatan RSUD Dr. Soetomo. 2022. *Perawatan Luka*. Melalui <
<https://rsudsoetomo.jatimprov.go.id/wp-content/uploads/2022/07/Flyer-Edukasi-Perawatan-luka.pdf>>

**STIKES KARSA
HUSADA GARUT**

PERAWATAN LUKA?

Perawatan luka adalah upaya atau tindakan yang dilakukan untuk mencegah infeksi yang dilakukan dengan langkah-langkah tertentu



PERAWATAN LUKA

WITRIANI FAHRUNNISA

D3 KEPERAWATAN SKHG

TUJUAN PERAWATAN LUKA

- Agar terhindar dari infeksi
- Agar luka tetap bersih
- Mempercepat penyembuhan
- Mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka

ALAT-ALAT PERAWATAN LUKA

- Baskom bersih
- Sarung tangan steril (bila tidak ada bisa dilakukan langsung asalkan mencuci tangan dengan benar terlebih dahulu)
- Kassa
- Cairan NaCl atau dengan Air Bersih yang sudah di didihkan kemudian tunggu sampai hangat
- Gunting
- Plester
- Betadine (jika luka masih basah bisa di oleskan betadine)

CARA:

- Cucilah dan bersihkan luka dengan cairan normal saline (seperti NaCl) jika tidak ada bisa dengan air yang sudah di didihkan kemudian tunggu sampai hangat.
- Membersihkan luka dengan kapas atau cotton bud yang steril dengan menggunakan cairan antiseptik.
- Oleskan salep antibiotik yang dianjurkan oleh dokter.
- Gantilah verban dengan kassa yang bersih

TINDAKAN YANG BISA DILAKUKAN DI RUMAH

- Gunakan pakaian longgar yang nyaman untuk menghindari iritasi dari kain pakaian
- Konsumsi obat-obatan vitamin sesuai anjuran dokter
- Minum air putih secukupnya, dengan mengonsumsi banyak cairan untuk menggantikan volume cairan yang hilang saat persalinan dan mencegah sembelit
- Cukupi kebutuhan gizi dan nutrisi yang seimbang, perbanyak makanan tinggi protein seperti telur dan daging untuk mempercepat proses penyembuhan luka

RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Witriani Fahrunnisa
Tanggal lahir : Bandung, 12 Juli 2002
Kewarganegaraan : Indonesia
Agama : Islam
Status : Mahasiswa
Alamat : Desa Wanasuka Kecamatan Pangalengan, Bandung

B. PENDIDIKAN

2008 – 2014 : SDN Wanasuka
2014 – 2017 : SMPN 2 Pangalengan
2017 – 2020 : SMAN 1 Pangalengan
2020 – 2023 : DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut