

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A P₁A₀ 3 JAM POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD DR SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi DIII Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

ALMA FADIRA

KHGA. 20005



**STIKES KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A P₁A₀ 3 JAM
POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI KETUBAN
PECAH DINI DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD DR.
SLAMET GARUT

NAMA : ALMA FADIRA

NIM : KHGA20005

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah telah disetujui untuk disidangkan dalam

Ujian Akhir Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing



K. Dewi Budiarti, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A P₁A₀ 3 JAM POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI KETUBAN PECAH DINI DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD DR. SLAMET GARUT

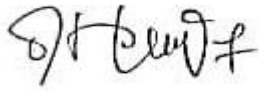
NAMA : ALMA FADIRA

NIM : KHGA20005

Garut, Juli 2023

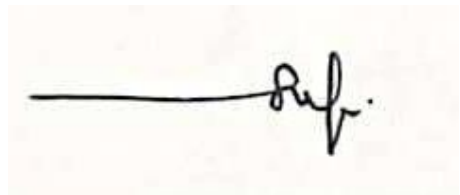
Mengesahkan,

Penguji I



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

Penguji II



Eti Suliyawati, S.Kep.,M.Si

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Pembimbing
Karya Tulis Ilmiah



K. Dewi Budiarti, M.Kep

ABSTRAK

IV BAB, 108 Halaman, 16 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Asuhan keperawatan pada Ny. A P1A0 3 jam post *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet. Prevalensi post *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini berada pada urutan ke lima dengan jumlah 50 kasus dengan presentasi 11%. Tujuan penulis dapat memberikan gambaran asuhan keperawatan pada ibu post operasi *sectio caesarea* di ruang marjan bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Penelitian ini menggunakan metode penelitian secara komprehensif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan. Masalah yang ditemukan pada Ny. A yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif. Hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, masalah yang di temukan pada Ny. A yaitu nyeri akut, resiko infeksi masalah teratasi sebagian dan gangguan mobilitas fisik, menyusui tidak efektif masalah teratasi. Kesimpulan dan rekomendasi bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pelayanan pada post *sectio caesarea* dapat memperhatikan Standar Operasional, untuk perawat mampu melakukan Standar Operasional perawatan luka dan mobilisasi, untuk keluarga agar memberi dukungan secara psikologis agar dapat membantu mempercepat penyembuhan pasien.

Kata Kunci: Asuhan keperawatan, *sectio caesarea*.

Daftar pustaka : 32 buah (2013-2023)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini sesuai batas waktu yang telah diberikan kepada penulis. Penyusunan Karya Tulis ini merupakan tugas dan salah satu syarat yang menunjang kelulusan dari program pendidikan Diploma D III di STIKes Karsa Husada Garut, dengan judul yang diambil untuk Karya Tulis ini adalah : Asuhan Keperawatan pada Ny.A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut. Selama pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak menghadapi kendala dan hambatan, namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak maka kendala tersebut dapat dilewati sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr.H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku Ketua Prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep , selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran, dan bantuan kepada penulis dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kepada Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga dan mendidik penulis selama 3 tahun.
7. Kepala ruangan beserta staf ruangan dan CI di Ruang Marjan Bawah di RSUD DR. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan dalam melakukan asuhan keperawatan.

8. Kepada orang tua saya tercinta sebagai motivator terbesar dalam hidup saya yang telah membesarkan, mendidik, merawat dan memberikan do'a restu, dukungan, perhatian, kasih sayang serta pengorbanan yang tak ternilai harganya, hingga penulis dapat menyelesaikan studi ini.
9. Kepada sahabat saya, dini, elsa, arini, annisa desi, dineu, adinda, arsil, sinta yang telah memberikan dukungan dalam proses pembuatan karya tulis ini
10. Kepada klien Ny. A dan keluarganya selaku klien yang telah memberikan bantuan dan kerja sama selama melakukan asuhan keperawatan.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini.

Semoga bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis ini masih jauh dari kata sempurna baik secara penyajian maupun isinya, penulis menyambut baik terhadap kritik dan saran dari semua pihak. Semoga Karya Tulis Ini dapat bermanfaat bagi penulis umumnya bagi pembaca.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI.....iii

DAFTAR TABEL vi

DAFTAR BAGAN.....vii

DAFTAR LAMPIRANviii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan.....4

C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data.....6

D. Sistematika Penulisan7

BAB II TINJAUAN TEORI..... 8

A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini8

1. Definisi 8

2. Etiologi9

3. Patofisiologi.....9

4. Tanda dan Gejala..... 10

5. Komplikasi 11

6. Pemeriksaan Penunjang..... 11

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea* 12

1. Definisi 12

2. Klasifikasi..... 13

3. Etiologi	14
4. Patofisiologi.....	15
5. Tanda dan Gejala.....	17
6. Komplikasi	17
7. Indikasi	18
8. Kontraindikasi	18
9. Pemeriksaan Penunjang.....	19
10. Penatalaksanaan.....	19
C. Konsep Dasar Post Partum.....	21
1. Definisi	21
2. Tahapan Masa Nifas	21
3. Kebutuhan masa post partum berdasarkan KDM.....	22
4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas	24
5. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas	31
D. Dampak post sectio caesarea atas indikasi KPD terhadap KDM.....	32
E. Konsep Asuhan Keperawatan	34
1. Pengkajian Keperawatan	34
2. Diagnosa Keperawatan.....	49
3. Intervensi Keperawatan	50
4. Implementasi Keperawatan	58
5. Evaluasi Keperawatan	58
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	60
A. Tinjauan Kasus.....	60
1. Pengkajian	60
2. Diagnosa keperawatan.....	74

3. Proses Asuhan Keperawatan	77
4. Catatan Perkembangan	84
B. Pembahasan.....	92
1. Tahap Pengkajian	92
2. Tahap Diagnosa	94
3. Tahap Perencanaan	96
4. Tahap Pelaksanaan	99
5. Tahap Evaluasi	100
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	103
A. Kesimpulan	103
B. Rekomendasi	104
DAFTAR PUSTAKA	106
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Kejadian Kasus SC di RSUD Dr. Slamet Garut	3
Tabel 2.1 Perubahan Uterus	25
Tabel 2.2 Analisa Data	47
Tabel 2.3 Perencanaan diagnosa keperawatan nyeri akut	51
Tabel 2.4 Perencanaan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik	52
Tabel 2.5 Perencanaan diagnosa keperawatan resiko infeksi	53
Tabel 2.6 Perencanaan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur	55
Tabel 2.7 Perencanaan diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif	56
Tabel 2.8 Perencanaan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri	57
Tabel 3.1 Riwayat persalinan dahulu	63
Tabel 3.2 Pola aktivitas sehari-hari	70
Tabel 3.3 Pemeriksaan penunjang	71
Tabel 3.4 Terapi medis	72
Tabel 3.5 Analisa data	72
Tabel 3.6 Proses keperawatan	77
Tabel 3.7 Catatan perkembangan	84

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 Pathway post <i>sectio caesarea</i>	16
---------------------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN I : SAP LEAFLET
- LAMPIRAN II : SAP LEAFLET
- LAMPIRAN III : LEMBAR BIMBINGAN
- LAMPIRAN IV : DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa kehamilan, persalinan dan nifas merupakan sebuah proses fisiologis yang di dalam prosesnya terdapat kemungkinan bisa mengancam jiwa ibu dan bayi bahkan dapat menyebabkan kematian. Angka Kematian Ibu (AKI) di seluruh dunia menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 sebanyak 295.000 kematian (WHO, 2021). Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2020 menunjukkan peningkatan sebanyak 4.627 kematian. Jumlah tersebut mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2019 sebanyak 4.221 kematian (Kemenkes RI, 2021). Berdasarkan catatan dari Dinas Kesehatan Jawa Barat, jumlah AKI pada tahun 2020 sebesar 416 kasus (Dinkes Jabar, 2021). Sedangkan jumlah Angka kematian ibu di Kabupaten Garut pada tahun 2021 mencapai 112 kasus sebagian besar kematian ibu disebabkan 18,8% perdarahan pasca persalinan, hipertensi dalam kehamilan 17%, infeksi 9% dan penyebab lainnya 9,8% (Dinkes Kabupaten Garut,2021).

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan salah satu penyebab infeksi pada masa intranatal maupun postnatal. (Nurkhayati dkk,2020). Ketuban pecah dini dapat menyebabkan vagina terkena infeksi yang mengakibatkan pecahnya ketuban pada kehamilan yang premature, kemudian janin yang mengalami deformitas. (Safari, 2017)

Ketuban pecah dini (KPD) disebutkan sebagai pecahnya ketuban sebelum pembukaan <4 cm fase laten, KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan atau jauh sebelum waktu melahirkan. Ada beberapa batasan tentang KPD yaitu, 2 atau 4 atau 6 jam sebelum inpartu, KPD terjadi sebelum pembukaan serviks 3 cm atau 5 cm, KPD pada prinsipnya yaitu ketuban yang pecah sebelum waktunya. (Walyani, 2017).

Dampak yang ditimbulkan ketuban pecah dini terhadap janin meliputi lahir belum cukup bulan (prematuritas), infeksi, posisi janin (mal presentasi), prolaps tali pusat dan kematian saat persalinan, sedangkan dampak terhadap ibu ialah persalinan lama, perdarahan setelah persalinan, rahim tidak bisa berkontraksi kembali setelah melahirkan (atonia uteri), infeksi persalinan. (Prawirohardjo, 2016).

Penanganan pada ketuban pecah dini dapat dilakukan secara *sectio caesarea*, tindakan *sectio caesarea* merupakan suatu tindakan guna melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. (Aspiani & Reny, 2017).

Menurut *World Health Organization* (WHO) rata rata angka persalinan secara *sectio caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15% per setiap 1000 kelahiran di dunia. Di Asia, dari hasil Analisa terbaru persalinan pada tahun 2015, data menunjukkan bahwa 19.2% persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* (WHO,2015). Di Indonesia, persalinan dengan *sectio caesarea* juga meningkat setiap tahun. Pada 2010 hingga 2013 insiden persalinan *sectio caesarea* adalah 9.8% dan kemudian meningkat

pada 2018 sebanyak 17%. Berdasarkan Riskesdas Jawa Barat pada tahun 2018, presentasi persalinan *sectio caesarea* di Jawa Barat adalah sekitar 15.48%. (Riskesdas 2018). Berdasarkan rekam medis di RSUD Dr. Slamet pada bulan Maret-Mei 2023, data presentasi persalinan *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 1.1
Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Indikasi Ketuban Pecah Dini
dengan Kasus SC lainnya di RSUD Dr. Slamet Garut dari bulan
Maret-Mei 2023

No.	Kasus	Jumlah	Presentase
1	SC Indikasi PEB	90	21%
2	SC Indikasi Sungsang	76	17%
3	SC Indikasi Kala II Lama	60	14%
4	SC Indikasi Gagal Induksi	52	12%
5	SC Indikasi KPD	50	11%
6	SC indikasi Oligohidramnion	20	5%
7	SC indikasi PPT	17	5%
8	SC indikasi Riwayat SC	16	4%
9	SC indikasi Gemeli	15	4%
10	SC indikasi Eklamsia	8	2%
11	SC indikasi CPD	8	2%
12	SC indikasi Letak Lintang	7	2%
13	SC indikasi Bayi Besar	6	1%
Total		425	100%

Sumber : Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2023

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa prevalensi post *sectio caesarea* di RSUD Dr. Slamet Garut atas indikasi ketuban pecah dini berada pada urutan ke lima dengan jumlah 50 kasus dengan presentase 11%, Mengingat jumlah kejadian *sectio caesarea* yang masih tinggi dengan resiko yang mungkin terjadi pada ibu post partum *sectio caesarea* yaitu Perdarahan, ruptur uteri karena bekas luka rentan untuk robek, infeksi pada daerah insisi pembedahan yang mungkin akan membahayakan terhadap ibu. Ketuban pecah dini memiliki resiko yang mungkin terjadi pada ibu post partum *sectio caesarea* yaitu infeksi post partum yang dapat menginfeksi rahim, karena ketuban yang utuh merupakan barrier atau penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi. Dengan tidak adanya selaput ketuban seperti pada ketuban pecah dini maka akan rentan terjadi infeksi.

Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif pada klien post operatif *sectio caesarea* dengan menggunakan proses keperawatan dan didokumentasikan dalam Karya Tulis Ilmiah dengan judul " Asuhan Keperawatan pada Ny. A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada ibu dengan post *Sectio Caesarea* atas indikasi KPD

secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Bio-Psiko-Sosial dan Spiritual.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian yang meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual pada Ny. A (P₁A₀) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Ny. A (P₁A₀) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- c. Penulis mampu membuat rencana asuhan keperawatan pada Ny. A (P₁A₀) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. A (P₁A₀) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. A (P₁A₀) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD
- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. A (P₁A₀) dengan post *sectio caesarea* atas indikasi KPD

C. Metode dan Teknik Pengumpulan Data

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

1. Wawancara

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

2. Pemeriksaan Fisik

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

3. Observasi

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

4. Studi Dokumentasi

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

5. Studi Kepustakaan

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

D. Sistematika Penulisan

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

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

BAB II menguraikan konsep dasar tentang asuhan keperawatan pada klien post *sectio caesarea* atas indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD), yang terdiri dari definisi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan konsep dasar *sectio caesarea*

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

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

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Ketuban Pecah Dini

1. Definisi

Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan suatu kondisi dimana ketuban pecah sebelum adanya tanda-tanda persalinan dan 1 jam setelahnya tidak timbul tanda persalinan (Armini,et al.,2016)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan dan setelah satu jam tidak diikuti proses inpartu sebagaimana mestinya. Apabila pembukaan primi kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm. Hal ini dapat terjadi saat akhir kehamilan maupun sebelum waktunya melahirkan (Prawirohardjo,2016).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya/rupturnya selaput amnion sebelum dimulainya persalinan yang sebenarnya atau pecahnya selaput amnion sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi (Kennedy et al,2019)

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda-tanda persalinan atau sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu dengan atau tanpa kontraksi.

2. Etiologi

Penyebabnya belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti, kemungkinan yang menjadi faktornya adalah :

a. Infeksi

Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD.

b. Serviks yang inkompentensia kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, kuret)

c. Trauma misalnya hubungan seksual saat hamil dengan frekuensi lebih dari 3 kali seminggu dan amniosintesis.

d. Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus)

e. Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah

f. Usia kurang dari 20 tahun dan diatas 35 tahun (Prawirohardjo,2016)

3. Patofisiologi

KPD biasanya terjadi karena berkurangnya kekuatan membran atau penambahan tekanan intrauteri ataupun oleh sebab kedua-duanya. Kemungkinan tekanan intrauteri yang kuat adalah penyebab independen dari Ketuban Pecah Dini dan selaput ketuban yang tidak

kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi akan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban. Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh. Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Melemahnya kekuatan selaput ketuban ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim, dan gerakan janin. Pada trimester akhir terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban sehingga terjadi pecah ketuban (Prawirohardjo,2016).

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala ketuban pecah dini yaitu :

- a. Keluar air berwarna putih keruh, jernih, kuning hijau atau kecoklatan sedikit-sedikit atau sekaligus banyak
- b. Dapat disertai demam apabila sudah terdapat infeksi
- c. Janin mudah diraba, pada pemeriksaan dalam selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering
- d. Pada pemeriksaan inspekulo tampak selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering atau tampak air ketuban mengalir

- e. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina dengan bau amis dan tidak seperti bau amoniak
- f. Bercak vagina yang banyak
- g. Nyeri perut
- h. Denyut jantung janin bertambah cepat yang merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi. (Prawirohardjo,2016).

5. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi akibat ketuban pecah dini yaitu :

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Infeksi intrapranatal dalam persalinan
 - 2) Infeksi puerperalis/masa nifas
 - 3) Partus lama
 - 4) Perdarahan post partum
 - 5) Meningkatnya tindakan operatif khususnya SC
- b. Komplikasi pada janin
 - 1) Prematuris
 - 2) Penurunan tali pusat (Prolaps funiculli)
 - 3) Sindrom deformitas janin

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan PH nya. Cairan yang keluar dari vagina bisa air ketuban atau mungkin juga urine atau sekret vagina. Tes

lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan air ketuban (alkalis). PH air ketuban 7-7,5, darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif kadang palsu.

b. Mikroskopik (tes pakis)

Dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambar daun pakis.

c. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Walaupun pendekatan dignosa KPD cukup banyak macam dan caranya, namun pada umumnya KPD sudah bisa terdiagnosa dengan anamnesa dan pemeriksaan sederhana. (Prawihardjo,2016)

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi

Persalinan *sectio caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan dengan dilakukan insisi pada dinding perut dan rahim, dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat badan janin diatas 500 gram (Prawirohardjo,2016)

Sectio caesarea merupakan suatu tindakan pengeluaran janin dan plasenta melalui tindakan insisi pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh (Walyani,2017).

Berdasarkan dari beberapa pengertian diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu tindakan persalinan dengan dilakukan insisi pembedahan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut.

2. Klasifikasi

Menurut Prawirohardjo (2016), terdapat beberapa macam operasi SC yaitu:

a. Insisi Pada Segmen Bawah Rahim

Dilakukan dengan dua cara yaitu melintang dan memanjang. Kelebihan dari teknik ini : tidak menyebabkan perdarahan yang banyak, resiko terjadinya perionitis rendah, luka dapat sembuh lebih sempurna

b. Insisi Memanjang Pada Segmen atau Uterus

Pembedahan ini dilakukan jika insisi segmen bawah rahim tidak bisa dilakukan.

c. *Sectio caesarea* ekstra peritoneal

Sekarang sudah jarang dilakukan, dulu sering dilakukan pada pasien yang mengalami infeksi intra uterin yang berat.

d. *Sectio Caesarea* Histeroectomi

Dilakukan pengangkatan rahim karena ada beberapa penyebab. Setelah SC, dilakukan hysteroktomi dengan indikasi, atonia uteri, myoma uteri, infeksi intra uteri berat.

3. Etiologi

Menurut sagita (2019) indikasi ibu dilakukan *sectio caesarea* adalah :

a. CPD (Cephalo Pelvik Dispropotion)

CPD adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal .

b. PEB (Pre-Eklamsia Berat)

PEB adalah gangguan yang terjadi setelah minggu ke 20 kehamilan ditandai dengan hipertensi dan proteinuria.

c. KPD (Ketuban Pecah Dini)

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu.

d. Bayi kembar

Kelahiran bayi kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dibanding dengan kelahiran satu bayi.

e. Faktor hambatan jalan lahir

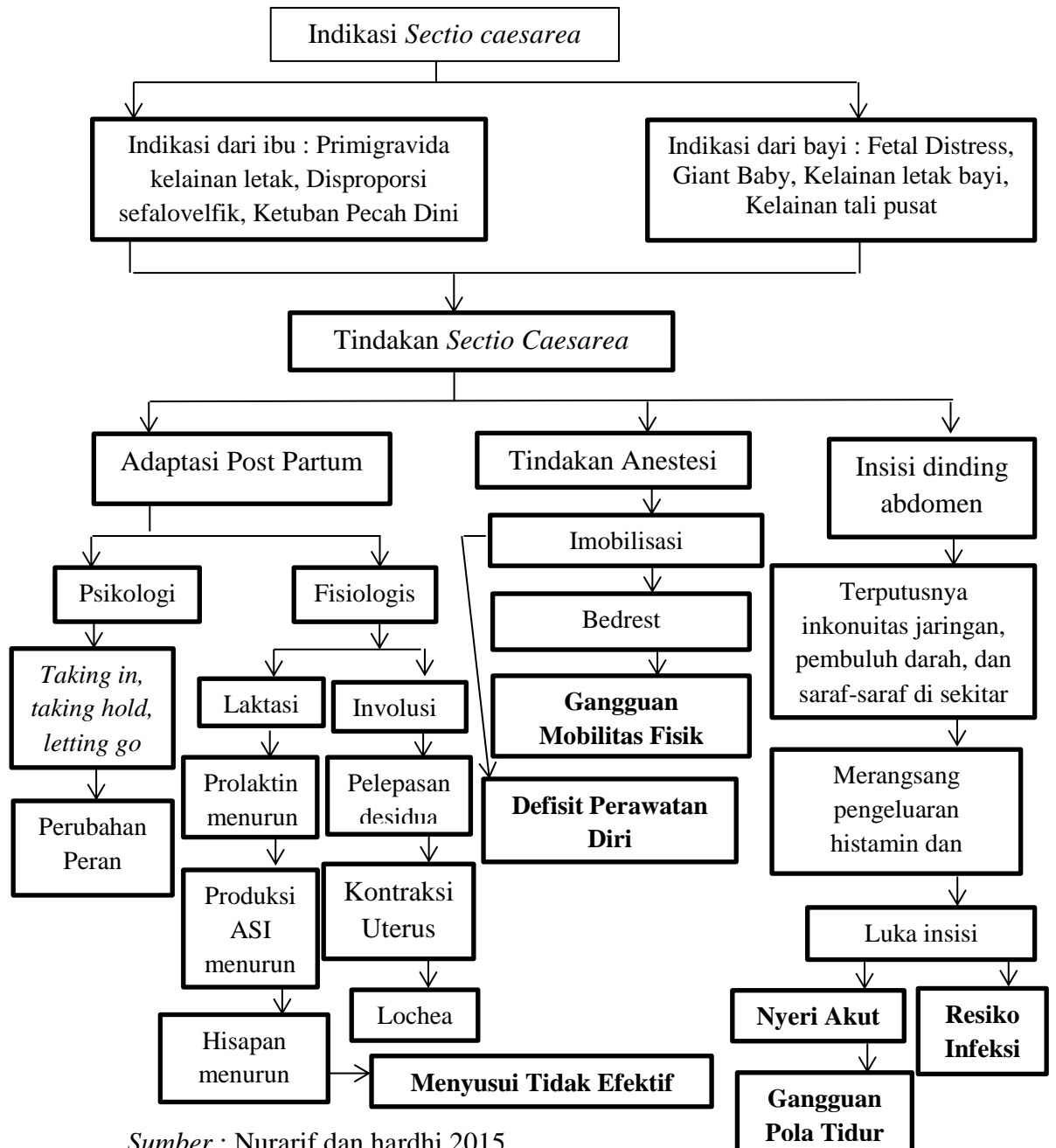
Hambatan jalan lahir misalnya, jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor, dan kelahiran bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernafas.

- f. Kelainan letak janin
 - a) Kelainan pada letak kepala
 - b) Presentasi muka
 - c) Sungsang

4. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan / hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, PEB, eklamsia, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, ketuban pecah dini, dan bayi belum keluar dalam 24 jam. Kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut yang menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea*.

Bagan 1
Pathway post *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini



Sumber : Nurarif dan hardhi 2015

5. Tanda dan Gejala

Menurut Martowirjo (2018), manifestasi klinis pada klien post *sectio caesarea* antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Bising usus tidak ada
- e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- f. Terpasang kateter urinari pada sistem eliminasi BAK
- g. Nyeri akibat luka pembedahan
- h. Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilikus
- i. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan berlebihan atau banyak

6. Komplikasi

Komplikasi yang timbul akibat dilakukannya tindakan *sectio caesarea* antara lain:

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Infeksi luka insisi
 - 2) Perdarahan
 - 3) Luka kandung kemih
- b. Komplikasi pada janin
 - 1) Kematian perinatal
 - 2) Hipoksia janin

7. Indikasi

Menurut Amin & Hardi (2013) operasi *Sectio Caesarea* dilakukan atas indikasi sebagai berikut :

a. Indikasi yang berasal dari ibu Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, Cefalo Pelvik Disproportion (disproporsi janin/panggul), ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, komplikasi kehamilan yaitu pre eklampsia dan eklampsia berat, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

b. Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/ gawat janin, mal persentasi dan mal posisi kedudukan janin seperti bayi yang terlalu besar (giant baby), kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kelainan tali pusat dengan pembukaan kecil seperti prolaps tali pusat, terlilit tali pusat, adapun faktor plasenta yaitu plasenta previa, solutio plasenta, plasenta accreta, dan vasa previa. kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi, dan bayi kembar (multiple pregnancy).

8. Kontraindikasi

Dalam praktik kebidanan modern, tidak ada kontraindikasi tegas terhadap *sectio caesarea*, namun jarang dilakukan dalam kasus janin

mati atau Intra Uterine Fetal Death (IUFD), terlalu premature bertahan hidup. ada infeksi pada dinding abdomen, anemia berat yang belum teratasi, kelainan kongenital, kurangnya fasilitas (Fitri, 2018).

9. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemantauan terhadap kesehatan janin
- b. Pemantauan EKG
- c. Elektrolit
- d. Hemoglobin/Hematokri
- e. Golongan darah
- f. Urinalisis
- g. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
- h. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi
- i. Ultrasound sesuai pesanan. Nurarif dan Kusuma (2015)

10. Penatalaksanaan

Menurut Damayanti,dkk (2014), ibu post *sectio caesarea* perlu mendapatkan perawatan sebagai berikut :

- a. Monitor tanda-tanda vital

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

- b. Pemberian obat-obatan

Analgesik dapat diberikan paling banyak setiap 3 jam untuk menghilangkan nyeri seperti Ketorolak.

c. Terapi Cairan dan Diet

Pemberian cairan intravena, pada umumnya mendapatkan 3 liter cairan memadai untuk 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan, namun apabila pengeluaran urine turun, dibawah 30 ml/jam, wanita tersebut harus segera dinilai kembali pada hari kedua

d. Pengawasan fungsi vesika urinaria dan dan usus

Kateter umumnya dapat dilepas dalam waktu 12 jam pasca operasi atau keesokan paginya setelah pembedahan dan pemberian makanan padat bisa diberikan setelah 8 jam, bila tidak ada komplikasi.

e. Ambulasi Dini

Ambulasi dilakukan 6 jam pertama setelah operasi harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6 jam pertama dapat dilakukan miring kanan dan kiri. Setelah 12-24 jam operasi, pasien dapat latihan duduk di tempat tidur. Setelah 1 hari latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet.

f. Perawatan Luka

Luka insisi diperiksa setiap hari dan jahitan kulit, bila balutan basah dan berdarah harus segera dibuka dan diganti. Perawatan

luka juga harus rutin dilakukan dengan menggunakan prinsip steril untuk mencegah luka terinfeksi

g. Perawatan payudara

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

C. Konsep Dasar Post Partum

1. Definisi

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

2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan-tahapan setelah melahirkan ada 3 tahap yaitu :

a. Puerperium Dini (Periode immediate post partum)

Masa pemulihan sehabis plasenta lahir hingga dengan 24 jam. merupakan masa pemulihan setelah plasenta lahir hingga pulih dimana ibu telah diperbolehkan mobilisasi dini. Waktu pemulihan dimana ibu sudah diperbolehkan berdiri serta berjalan.

- b. Puerperium Intermedial (Periode Early Postpartum 24 jam-1 minggu)

Masa kepulihan merata alat alat genitalia yang berlangsung 6-8 minggu. Peran: memastikan involusi uteri dalam kondisi yang normal, tidak terdapat perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

- c. Remote Puerperium (Periode Late Postpartum 1 minggu- 5 minggu)

Pada masa ini senantiasa melaksanakan perawatan dan pemeriksaan setiap hari serta melakukan konseling kb.

3. Kebutuhan masa post partum berdasarkan KDM

- a. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas memerlukan dan membutuhkan nutrisi yang cukup dan seimbang yaitu kebutuhan protein, kalori dan karbohidrat. Kebutuhan gizi ibu saat menyusui adalah :

- 1) Konsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap hari
- 2) Diet berimbang protein, mineral dan vitamin
- 3) Asupan cairan minimal 2-3 liter setiap hari dalam bentuk air putih, susu dan jus buah
- 4) Pil zat besi/tablet (Fe) harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan

5) Minum kapsul Vit.A (200.000 unit) sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelahnya agar dapat memberikan Vit.A kepada bayinya melalui ASI

b. Ambulasi

Ambulasi dini ialah kebijaksanaan secepat mungkin tenaga kesehatan membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan mobilisasi dini yaitu :

- 1) Melancarkan /merperlancar dalam pengeluaran lokia dan mengurangi infeksi nifas
- 2) Mempercepat involusi uterus atau kembalinya uterus ke bentuk semula sebelum hamil
- 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- 4) Meningkatkan peredaran darah sehingga dapat mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

c. Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan terasa pedih pada saat BAK. Keadaan ini memungkinkan disebabkan karena adanya iritasi pada uretra sehingga ibu takut BAK. Pada pasien post *sectio caesarea* setelah dilakukan operasi BAK akan menggunakan kateter.

d. Kebersihan Diri

Pada post partum seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk tetap terjaga. Langkah-langkah yang dilakukan adalah :

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum
- 2) Mengajarkan ibu cara membersihkan alat kelamin dengan sabun dan air dari depan ke belakang
- 3) Sarankan ibu ganti pembalut setidaknya 2 kali sehari
- 4) Membersihkan tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelamin

e. Istirahat Tidur

Menganjurkan ibu istirahat cukup dan dapat melakukan kegiatan rumah tangga secara bertahap. Kurang istirahat dapat mengurangi produksi ASI, memperlambat proses involusi dan depresi pasca persalinan. Selama masa post partum, alat-alat internal dan eksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil (involusi).

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (human chorionic gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran

darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase folikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil. Perubahan- perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Walyani (2017) yaitu:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebarnya sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Menurut Walyani (2017) uterus berangsur-angsur menjadi kecil (invulusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil :

Table 2.1

Perubahan Uterus

Waktu	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gr
1 minggu	½ pusat symphisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber : Walyani (2017)

2) Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

3) Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm. Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi.

Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul

kembali. Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

a) Lochea rubra/ kruenta

Timbul pada hari 1- 2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa- sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

b) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

c) Lochea serosa Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.

d) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2017) Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.

4) Vulva

Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3

minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

5) Payudara (Mamae)

Setelah melahirkan plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang disebut dengan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Walyani, 2017)

b. Tanda-tanda Vital

Perubahan tanda- tanda vital menurut Walyani (2017) antara lain:

1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat $0,5^{\circ}$ celcius dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38° celcius. Setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali seperti keadaan semula.

2) Nadi

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

3) Tekanan darah

Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

4) Pernafasan

Pada saat partus frekuensi pernapasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernafasan akan kembali normal.

c. Sistem peredaran darah (Kardiovaskuler)

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan hemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

d. Sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi *sectio caesarea* biasanya membutuhkan waktu sekitar 1- 3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Buang air besar biasanya mengalami perubahan pada 1- 3 hari postpartum, hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal.

e. Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan.

Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12- 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta

dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

f. Sistem integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan sendiri karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas.

g. Sistem musculoskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

5. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

Masa post partum atau masa setelah melahirkan adalah masa perpindahan dimana seorang ibu yang sudah melahirkan membutuhkan penyesuaian mental yang tidak mudah karena diwaktu ini kecemasan seorang ibu akan bertambah berkaitan dengan pengalaman selama melahirkan. Masa pergantian psikologi pada masa setelah melahirkan (Taviyanda, 2019) :

1) *Fase Taking In*

Fase ini adalah fase ketergantungan, biasanya terjadi pada hari pertama atau kedua setelah melahirkan yang ditandai dengan ciri

khas ibu fokus pada diri sendiri dan tidak peduli dengan lingkungan sekitar, ada rasa tidak nyaman yang dirasakan seperti mules, sakit pada luka jahitan, dan tidak cukup tidur.

2) *Fase Taking Hold*

Fase ini terjadi 3-10 hari pasca melahirkan. Pada masa ini ibu menunjukkan perilaku cemas terhadap dirinya sendiri karena merasa tidak mampu serta tidak dapat bertanggung jawab dalam mengasuh anaknya. hal yang harus dilakukan yaitu membicarakan cara merawat bayi dengan keluarga, serta memberikan dukungan dari keluarga dan memberikan informasi tentang cara perawatan bayinya.

3) *Taking Letting Go*

Masa ini adalah fase pada saat ibu sudah mulai menerima keadaan dan tanggung jawabnya, fase ini terjadi setelah 10 hari pasca melahirkan. Pada masa ini ibu mulai menerima diri dan lebih mampu merawat serta memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya serta dalam perawatan bayinya.

D. Dampak post *sectio caesarea* atas indikasi KPD terhadap KDM

Tindakan *sectio caesarea* juga berdampak pada kebutuhan dasar manusia menurut Maryunani, 2015 yaitu:

a. Nyeri

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

b. Eliminasi

BAK/BAB efek anestesi pada saat tindakan *sectio caesarea* dapat membuat BAB tertunda selama 2-3 hari setelah persalinan BAK biasanya akan mengalami kesulitan sesudah pemasangan kateter.

c. Nutrisi dan Cairan

Setelah dilakukan operasi klien diwajibkan puasa 6 jam, dan setelah 6 jam pasca bedah maka dapat diberikan minum sedikit demi sedikit, klien dapat makan makanan yang lunak atau biasa pada hari pertama.

d. Mobilisasi

Ibu post *sectio caesarea* dapat menggerakkan kaki, tangan serta tubuhnya, setelah 6 jam dapat melakukan miring kanan dan kiri kemudian dapat duduk pada jam ke 12-24 dan dapat berjalan pada 24 jam pasca operasi.

e. Kebersihan diri

Kebersihan diri ibu akan mengurangi sumber infeksi, memberikan rasa nyaman, kebersihan yang harus dilakukan yaitu : mandi, perawatan luka post operasi, perawatan gigi dan mulut, ibu post op *sectio caesarea* akan terbatas melakukan kebersihan diri.

f. Istirahat

Ibu post *sectio caesarea* harus istirahat dengan cukup, istirahat yang cukup sekitar 8 jam pada malam.

g. Seksual atau Reproduksi

Pada ibu post *sectio caesarea* hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika lochea sudah berhenti, hendaknya 40 hari setelah persalinan, dan ibu post *sectio caesarea* dapat hamil Kembali dengan jarak kurang lebih 2 tahun dari *sectio caesarea*

E. Konsep Asuhan Keperawatan

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

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio, pisiko, sosial dan spiritual.

a. Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, tanggal MRS, diagnosa medis.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Pada umumnya pasien post sectio caesar mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Nyeri biasanya bertambah parah jika pasien bergerak.

2) Riwayat kesehatan sekarang

P (Palliative/provokatif) : hal yang memperberat dan memperingan. Pada ibu post partum *sectio caesarea* biasanya mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila di istirahatkan atau tidak bergerak

Q (Quality/quantity) : kualitas dan kuantitas nyeri seperti apa rasa nyeri yang dirasakan, biasanya rasa nyeri luka bekas operasi *sectio caesarea* seperti ditusuk-tusuk atau nyeri terbakar

R (Region/penyebaran) : lokasi nyeri luka bekas operasi *sectio caesarea* di abdomen bagian bawah. apakah nyeri dirasakan adanya penyebaran atau tidak

S (Saverity/skala) : keparahan nyeri berkisar antara 1-3 (nyeri ringan), 4-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat)

T (Time/waktu) : kapan keluhan nyeri dirasakan, seberapa sering nyeri tersebut dirasakan, nyeri dirasakan hilang timbul atau kadang-kadang.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Hal yang perlu dikaji adalah penyakit yang pernah diderita pasien khususnya penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Berisi tentang pengkajian apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya pre eklampsia dan giant baby, seperti diabetes dan hipertensi yang sering terjadi pada beberapa keturunan.

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

1) Riwayat Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Ditanyakan menarche pada umur berapa biasanya sekitar umur 10-16 tahun dan rata-rata pada umur 12

tahun. ditanyakan siklus haid, biasanya siklus yang normal adalah 28 hari. Lama haid biasanya 3-5 hari, ada 1-2 hari, dan ada 7-8 hari. Banyaknya haid sedikit atau banyak, darah yang keluar apakah berwarna merah muda atau merah tua, apakah ada keluhan nyeri atau tidak, ditanyakan tanggal hpht (hari pertama haid terakhir), setelah ditanyakan hpht maka bisa menentukan tanggal TP (taksiran partus).

b) Riwayat perkawinan

Ditanyakan usia perkawinan, lama perkawinan dan Pernikahan yang ke berapa

c) Riwayat kontrasepsi

Pengkajian riwayat KB dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah ikut program KB, jenis kontrasepsi, apakah terdapat keluhan dan masalah dalam penggunaan kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas ini akan menggunakan alat kontrasepsi apa.

6) Riwayat Obstetri

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ditanyakan berapa kali ibu hamil, penolong persalinan, cara bersalin, tanggal persalinan, jenis persalinan, lama persalinan, keadaan anak, jumlah

anak, apakah pernah abortus, dan keadaan nifas yang lalu.

b) Riwayat persalinan sekarang

Ditanyakan keluhan waktu hamil untuk mengetahui faktor penyebab dilakukan *sectio caesarea*, dilakukan imunisasi TT atau tidak, ditanyakan BB sebelum dan sesudah hamil, pemeriksaan pada saat hamil teratur atau tidak

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan suatu proses memeriksa tubuh pasien dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.

- 1) Keadaan umum, meliputi tentang kesadaran, nilai glasgow coma scale (GCS) normal yang berjumlah 15 (composmentis) yang berisi penilaian eye nilai normal 4, verbal nilai normal 5 dan motorik dengan nilai normal 6. Mencakup juga penampilan ibu seperti baik atau kotor.
- 2) Tanda-tanda vital
 - a) Tekanan darah : apakah mengalami peningkatan /penurunan (biasanya mengalami penurunan tekanan darah apabila terjadi pendarahan)
 - b) Respirasi : pada masa nifas biasanya respirasi kembali normal. Respirasi normal 16-24x/menit.

- c) Suhu : apabila suhu diatas 36,5C kemungkinan telah terjadinya tanda-tanda infeksi yang merupakan komplikasi post partum *sectio caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini
 - d) Nadi : pada masa nifas biasanya denyut nadi kembali normal. Nadi normal 60-100x/menit.
- 3) Antropometri, meliputi tinggi badan, berat badan sebelum hamil, berat badan saat hamil dan berat badan setelah melahirkan.
- 4) Pemeriksaan Fisik Head to Toe
- a) Pada pemeriksaan kepala
 - Inspeksi : bentuk kepala, kulit kepala, apakah ada lesi atau benjolan, warna rambut, jumlah rambut tebal atau tipis. dan distribusi rambut bisa merata atau rambut rontok, wajah tampak meringis, ada tidaknya cloasma gravidarum
 - Palpasi : adanya pembengkakan/benjolan dan tekstur rambut
 - b) Pada pemeriksaan mata
 - Inspeksi : kelengkapan dan kesimetrisan mata, konjungtiva anemis atau tidak anemis (pada ibu post *sectio caesarea* biasanya terdapat konjungtiva yang anemis diakibatkan oleh kondisi anemia atau

dikarenakan proses persalinan yang mengalami perdarahan), sklera berwarna putih atau ikterik, ketajaman penglihatan, pupil isokor atau anisokor
palpasi : apakah adanya massa (benjolan) dan peningkatan tekanan bola mata

c) Pada pemeriksaan hidung

Inspeksi : tulang hidung, pernafasan cuping hidung, kondisi lubang hidung, apakah ada secret, sumbatan jalan nafas, apakah ada perdarahan atau tidak, apakah ada polip dan purulent.

palpasi : adanya bengkak atau tidak, adanya nyeri atau tidak

d) Pada pemeriksaan telinga

Inspeksi : bentuk, ukuran, ketegangan lubang telinga, kebersihan dan ketajaman pendengaran.

Palpasi : adakah nyeri tekan pada kartilago dan tulang mastoid

e) Pada pemeriksaan leher

Inspeksi : bagaimana bentuk leher klien simetris atau tidak, adakah pembesaran kelenjar tiroid atau tidak,

Palpasi : adakah pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, terdapat peningkatan vena jugularis atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak.

f) Pada pemeriksaan mulut dan orofaring

Inspeksi dan palpasi struktur luar : warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi dan stomatitis

Inspeksi dan palpasi struktur dalam : gigi lengkap/tidak, pendarahan/radang gusi, posisi lidah, keadaan langit

g) Pada pemeriksaan dada

(1) Paru-paru

Inspeksi : pergerakan simteris atau tidak, terdapat luka jejas atau tidak, nafas teratur atau tidak, penggunaan otot bantu nafas atau tidak

Palpasi : terdapat nyeri tekan atau tidak, terdapat benjolan atau tidak

Perkusi : melakukan perkusi pada semua lapang paru mulai dari atas klavikula kebawah pada setiap spasme intercostalis, terdapat bunyi redup atau tidak.

Auskultasi : bunyi nafas, suara nafas, suara tambahan

(2) Jantung

Inspeksi : bagaimana bentuk kesimestrisannya, terdapat luka atau ada tidaknya jejas, serta memar

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya terdapat benjolan.

Perkusi : perkusi bunyi redup

Auskultasi : bagaimana bunyi jantung klien, S1/S2 (lup/dup), ada tidaknya bunyi tambahan (Mur-mur)

(3) Payudara

Inspeksi : amati keadaan kulit apakah terdapat peradang atau tidak, apakah puting menonjol atau tidak, areola menghitam.

Palpasi : apakah ada tidaknya benjolan atau nyeri tekan, kolostrum keluar atau tidak, apakah payudara bengkak atau tidak, apakah payudara nyeri atau tidak, apakah payudara teraba keras atau lembek, apakah pengeluaran ASI banyak atau sedikit

h) Pada pemeriksaan abdomen

Inspeksi : bagaimana dengan keadaan luka bekas operasi, ada tidaknya linea nigra, ada tidaknya striae gravidarum.

Palpasi : apakah terdapat nyeri tekan, , kandung kemih, ada tidaknya pembesaran hepar, setelah persalinan TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian

Kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari. Hari kedua post partum TFU 1 cm dibawah pusat, hari ke 3-4 post partum TFU 2 cm dibawah pusat, hari ke 5-7 post partum TFU pertengahan pusat symfisis. Hari ke 10 post partum TFU tidak teraba lagi, apakah konsistensi uterus teraba keras atau lunak

Perkusi : bunyi abdomen biasanya timpani, ada tidaknya distensi abdomen.

Auskultasi : bising usus normal 6-30×/m

i) Pada pemeriksaan genetalia dan anus

Inspeksi : adakah pengeluaran lochea biasanya lochea rubra (karakteristik lochea rubra yaitu timbul pada hari 1- 2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel- sel desidua, sisa- sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum), bagaimanakah warnanya, banyaknya, baunya, adakah oedema vulva, bagaimana posisi cateter terpasang dengan baik atau tidak, apakah lancar dan bagaimana kebersihan klien pada post operasi yang biasanya akan tampak kotor karena banyak usia darah yang belum dibersihkan, kaji ada tidaknya hemoroid

j) Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Inspeksi : kesimetrisan ujung-ujung jari tangan, adanya sianosis, ada tidaknya oedema, kekuatan otot dan ROM. Pada klien post *sectio caesarea* hari pertama biasanya terpasang infus, CRT kembali ke semula < 2 detik, turgor kulit kembali ke semula < 2 detik.

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya benjolan/pembengkakan

(2) Ekstremitas bawah

Inspeksi : kesimetrisan, adanya sianosis, oedema, kekuatan otot dan ROM. reflek patella, human sign, pergerakan terbatas atau tidak. Pada klien post *sectio caesarea* hari pertama biasanya kekuatan otot akan terjadi kelemahan.

Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan, ada tidaknya benjolan

d. Data Psikologi, Sosial dan Spiritual

1) Psikologi

Adaptasi post partum yaitu Fase taking in yaitu fase ketergantungan, biasanya terjadi pada hari pertama atau kedua

a) Pola pikir

Kaji pengetahuan cara pemberian ASI dan merawat bayi, rencana pemberian ASI, jenis kelamin yang diharapkan, yang akan membantu merawat bayi di rumah. kehamilan ini diharapkan atau tidak.

b) Persepsi Diri

Kaji hal yang sangat dipikirkan saat ini, harapan setelah menjalani perawatan perubahan yang dirasa setelah hamil.

c) Konsep Diri

Gambaran diri, peran, ideal diri, identitas diri. harga diri.

d) Hubungan atau komunikasi

Bahasa sehari-hari, kejelasan bicara, relevan, mampu mengatur orang lain.

2) Sosial

Klien dengan *sectio caesarea* cenderung mampu bersosialisasi dengan orang lain.

3) Spiritual

Sumber kekuatan, Tuhan, agama dan kepercayaan

e. Pola Aktivitas sehari-hari

1) Pola nutrisi

Mengkaji kebiasaan sebelum dan sesudah di rawat di rumah sakit seperti frekuensi makan, jenis makan, frekuensi minum, jenis minum dan apakah ada keluhan pada saat makan dan minum atau tidak. Setelah dilakukan operasi pasien dilakukan puasa selama 6 jam.

2) Eliminasi

Mengkaji Warna feses, konsistensi, frekuensi BAB, warna urine, frekuensi BAK. Pada klien post partum *sectio caesarea* kemungkinan terjadinya konstipasi yang disebabkan oleh penurunan peristaltik usus.

3) Pola istirahat dan tidur

Pada pasien post partum *sectio caesarea* terjadi perubahan waktu istirahat dan tidur yang disebabkan oleh kehadiran sang bayi dan rasa nyeri yang ditimbulkan akibat luka pembedahan.

4) Personal Hygiene

Pada pasien post partum *sectio caesarea* terjadi kelemahan fisik dan menyebabkan perawatan diri pasien terganggu.

f. Data Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

a) Hemoglobin

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

b) Leukosit

Untuk mengetahui kemungkinan terjadi infeksi

c) Trombosit

Mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah,

2) Pemeriksaan urine

Untuk menilai jumlah protein yang terdapat dalam urin.

g. Analisa Data

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

Tabel 2.2
Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	DS : a. Mengeluh nyeri Do : a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur	<i>Sectio caesarea</i> merupakan tindakan pembedahan insisi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga merangsang neuroreseptor kemudian mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri	Nyeri akut

1	2	3	4
2.	DS : a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas b. Nyeri saat bergerak c. Enggan melakukan pergerakan d. Merasa cemas saat bergerak DO : a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun c. Sendi kaku d. Gerakan tidak terkoordinasi e. Gerakan terbatas f. Fisik lemah	Setelah dilakukan SC dengan menggunakan anestesi spinal terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus dan menyebabkan nyeri. Karena terdapat nyeri klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilitas.	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS : - DO : -	Post op <i>sectio caesarea</i> menyebabkan adanya luka jika proteksi kurang maka bakteri akan tumbuh dengan baik menimbulkan infeksi	Resiko Infeksi
4.	DS : a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup DO : -	Post partum nifas menyebabkan perubahan psikologi akibat adanya penambahan anggota baru dan tuntunan anggota baru karena bayi menangis menyebabkan gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur
5.	DS : a. Kelelahan maternal b. Kecemasan maternal DO : a. Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu b. ASI tidak menetas/memancar c. BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam d. Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, terjadinya ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui tidak Efektif

1	2	3	4
6.	DS : a. Menolak melakukan perawatan diri DO : a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri b. Minat melakukan perawatan diri kurang	Adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu defisit perawatan diri terganggu	Defisit perawatan diri

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. (SDKI,2016)

Diagnosa yang mungkin muncul adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077. Hal 172)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054 Hal 124)
- c. Risiko infeksi ditandai dengan adanya luka post *sectio caesarea* (0124 Hal 304)
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055 Hal 126)

- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029 Hal. 75)
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109 Hal. 240)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilalan klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Beberapa diantaranya diuraikan dalam Pasal 30 Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan gawat darurat, memberikan konsultasi, berkolaborasi, melakukan penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan intervensi komplementer dan alternatif (SIKI, 2018).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077. Hal 172)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil : Tingkat nyeri (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri menurun

- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Frekuensi nadi membaik
- 6) Pola nafas membaik
- 7) Tekanan darah membaik
- 8) Kesulitan tidur menurun

Tabel 2.3

Perencanaan keperawatan diagnosa ke 1

Intervensi 1	Rasional 2
<p>Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri secara verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7) Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 9) Jelaskan strategi meredakan nyeri 10) Anjurkan teknik non-farmakologis <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) Kolaborasi pemberian analgetik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak 2) Mengetahui skala nyeri 3) Mengetahui respon non- verbal dari ketidaknyamanan 4) Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Untuk membantu mengurangi komplikasi 6) Lingkungan dapat mempengaruhi derajat tingkat nyeri 7) Meningkatkan rasa nyaman pada pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) Untuk membantu mengurangi faktor pemicu nyeri 9) Untuk mengontrol nyeri ketika muncul 10) Untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) Untuk membantu proses penyembuhan

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054 Hal 124)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil : Mobilitas Fisik (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Gerakan terbatas menurun
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kelemahan fisik menurun
- 6) Gerakan tidak terkoordinasi menurun

Tabel 2.4

Perencanaan keperawatan diagnosa ke 2

Intervensi 1	Rasional 2
Dukungan Mobilisasi I.05173	
Observasi	Observasi
1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1) Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien
2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	2) Mengetahui sejauh mana pasien dapat melakukan pergerakan
3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	3) Untuk mengetahui kondisi umum pasien pada saat mobilisasi
Terapeutik	Terapeutik
4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	4) Untuk membantu aktivitas mobilisasi
5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu	5) Untuk membantu melakukan pergerakan
6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	6) Untuk membantu pasien dalam bergerak
Edukasi	Edukasi

1	2
7) Jelaskan tujuan dan prosedur Mobilisasi	7) Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi
8) Anjurkan mobilisasi dini	8) Agar pasien dapat melakukan mobilisasi segera mungkin
9) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi	9) Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien

- c. Resiko infeksi ditandai dengan adanya luka post *sectio caesarea* (0124 Hal 304)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria Hasil : Tingkat Infeksi (L.14137)

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Demam menurun
- 3) Kemerahan menurun
- 4) Nyeri menurun
- 5) Bengkak menurun

Tabel 2.5

Perencanaan keperawatan diagnosa ke 3

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi 1.14539	
Observasi	Observasi
1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1) Untuk mengetahui tanda-tanda infeksi
Terapeutik	Terapeutik
2) Batasi jumlah pengunjung	2) Deteksi dini terhadap adanya infeksi
3) Berikan perawatan kulit pada	3) Mencegah masuknya

1	2
<p>area edema</p> <p>4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>7) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>8) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>	<p>mikroorganisme melalui luka operasi</p> <p>4) Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar luka operasi</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>6) Mencuci tangan yang benar dapat menurunkan resiko infeksi</p> <p>7) Asupan nutrisi seperti tinggi kalori dan protein dapat mempercepat penyembuhan luka</p> <p>8) Untuk mempertahankan cairan yang cukup</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9) Mencegah infeksi dan penyebaran ke daerah sekitar luka operasi</p>

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055 Hal 126)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan pola tidur meningkat

Kriteria Hasil : Pola tidur (L.05045)

- 1) Keluhan sulit tidur menurun
- 2) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- 4) Keluhan pola tidur berubah

Tabel 2.6
Perencanaan keperawatan diagnosa ke 4

Intervensi	Rasional
Dukungan tidur i.05174	
Observasi	Observasi
1) Identifikasi pola tidur	1) Untuk mengetahui pola tidur pasien
2) Identifikasi faktor pengganggu tidur	2) Untuk mengetahui faktor yang mengganggu tidur
3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	3) Untuk menghindari terjadinya sulit tidur
4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi	4) Untuk mengetahui obat tidur yang Dikonsumsi pasien
Terapeutik	Terapeutik
5) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu dan lainnya)	5) Untuk memberikan rasa nyaman pada klien
6) Batasi tidur siang, jika perlu	6) Untuk membantu mengurangi terjadinya sulit tidur
Edukasi	Edukasi
7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	7) Tidur yang cukup akan meningkatkan daya tahan tubuh sehingga tubuh tidak mudah terserang penyakit
8) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	8) Untuk mencegah terjadinya sulit tidur

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

Hal. 75)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan menyusui tidak efektif meningkat

Kriteria Hasil : Status menyusui (L.03029)

1) Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat

- 2) Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar
- 3) Tetesan /pancaran ASI meningkat
- 4) Suplai ASI adekuat
- 5) Putting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat
- 6) Kepercayaan diri ibu meningkat
- 7) Payudara ibu kosong setelah menyusui meningkat

Tabel 2.7

Perencanaan keperawatan diagnosa ke 5

Intervensi	Rasional
1	2
Edukasi Menyusui I.12393	
Observasi	Observasi
1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	1) Untuk mengetahui kesiapan pasien
2) Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui	2) Agar klien dapat mencapai tujuan menyusui
Terapeutik	Terapeutik
3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	3) Agar pasien mengerti dan paham tentang ASI
4) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	4) Agar pasien paham mengenai apa yang disampaikan
5) Berikan kesempatan untuk bertanya	5) Untuk memberikan kesempatan bertanya tentang hal yang belum dipahami
6) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui	6) Kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat
7) Libatkan sistem pendukung : suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat	7) Untuk memotivasi pasien dalam memberikan ASI
Edukasi	Edukasi
8) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi	8) Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
9) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar	9) Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering
10) Ajarkan perawatan payudara antepartum	10) Menjaga kebersihan pada

1	2
dengan mengkompres dengan kapas	payudara dan memperbaiki bentuk puting susu sehingga bayi menyusui dengan baik
11) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)	11) Agar pasien mengetahui perawatan payudara

f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109 Hal. 240)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan selama 1 x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat

Kriteria Hasil : Perawatan Diri (L.11103)

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat
- 5) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2.8

Perencanaan keperawatan diagnosa ke 6

Intervensi	Rasional
1	2
Dukungan perawatan diri l.11348 Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	Observasi 1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas pasien 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian pada pasien 3) Untuk membantu menyiapkan alat kebersihan

1	2
Terapeutik 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana, hangat, rileks, privasi) 5) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, Sikat gigi, dan sabun mandi Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Terapeutik 4) Agar pasien nyaman dalam melaksanakan kebersihan diri 5) Untuk memfasilitasi alat yang diperlukan pasien 6) Agar perawatan diri pasien dapat terpenuhi 7) Agar pasien melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan Edukasi 8) Untuk melatih kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri

Sumber: SIKI (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dengan masalah kesehatan mencapai kesehatannya. Implementasi mengimplementasikan rencana perawatan yang dibuat pada tahap perencanaan (Dinarti & Muryanti, 2017)

5. Evaluasi Keperawatan

Penilaian akhir dari proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Keberhasilan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditentukan, munculnya adaptasi individu (Nursalam, 2015).

Hasil evaluasi yang menentukan apakah masalah teratasi.teratasi sebagian atau tidak teratasi, adalah dengan cara membandingkan antara SOAP (Subjektive-Objektive-Assesment-Planing) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di ciptakan.

Subjektive adalah informasi berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah tindakan di berikan. Objektive adalah informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan penilaian pengukuran yang di lakukan oleh perawat setelah tindakan di lakukan. Assesment adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan, dan kriteria hasil kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi teratasi sebagian atau tidak teratasi. Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan di lakukan berdasarkan hasil analisis.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama : Ny. A
Umur : 24 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Tanjung
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Status : Kawin
Diagnosa Medis : P1A0 partus maturus Indikasi KPD
No. RM : 1355622
Tanggal Masuk : Selasa, 04 April 2023
Tanggal Persalinan : Selasa, 04 April 2023
Tanggal Pengkajian : Selasa, 04 April 2023

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. M

Umur : 29 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Tanjung
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan dengan pasien : Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka post *sectio caesarea* di bagian bawah abdomen

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dikaji hari selasa, 04 April 2023 jam 10.00 WIB terdapat luka post SC tertutup di bagian bawah abdomen ±10 cm tertutup perban, nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul. Klien tampak bersikap protektif saat akan dipegang perutnya.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, tuberkulosis maupun penyakit kelamin

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat persalinan kembar, dan anggota keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, tuberkulosis dan penyakit menular lainnya.

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat Ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Klien mengatakan pertama haid pada umur 15 tahun, dengan siklus haid 28 hari Lamanya haid 6 – 7 hari, keluhan haid nyeri, HPHT 24 juli 2022 dan taksiran partus 31 April 2023

(2) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan pertama kali kawin pada usia perkawinan 23 tahun dan lama perkawinan 1 tahun

(3) Riwayat kontrasepsi

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil kontrasepsi suntik 1 bulan, waktu dan lama penggunaan 4 bulan. Jenis kontrasepsi setelah melahirkan belum menggunakan alat kontrasepsi

b) Riwayat Obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

P₁A₀**Tabel 3.1****Riwayat persalinan dahulu**

Kehamilan	Umur kehamilan	Jenis partus	Penolong	Jenis kelamin	BBL	Keadaan
-	-	-	-	-	-	-

(2) Riwayat kehamilan sekarang

Pada hari Selasa, 04 April 2023 klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

Bayi dengan jenis kelamin perempuan dengan berat 2500 gram, panjang badan 45 cm, keadaan bayi sehat.

Klien dan bayi tidak dirawat gabung, serta belum ada perlekatan antara bayi dan bayi.

(3) Keadaan saat hamil

(a) Keluhan waktu hamil

Trimester 1 : klien mengeluh mual muntah

Trimester 2 : klien mengeluh mual dan muntah namun tidak berlebihan

Trimester 3 : pada usia kehamilan 37 minggu, tiba-tiba keluarnya ketuban

(b) Imunisasi : imunisasi TT

(c) Perubahan BB selama hamil

BB sebelum hamil : 56 kg

BB setelah hamil : 62 kg

TB : 150 cm

(d) Pemeriksaan pada saat hamil : Teratur

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

a) Kesadaran umum : Composmentis E : 4, M : 6, V : 5

= GCS 15

b) Penampilan umum : Klien tampak lemah

2) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah : 110/80 Mmhg

b) Respirasi : 20x/menit

c) Suhu : 36°C

d) Nadi : 82x/menit

3) Pemeriksaan fisik head to toe

a) Kepala dan rambut

Bentuk kepala musocephal, kulit kepala bersih, tidak ada luka, tidak ada lesi, rambut tampak rapih, kulit kepala bersih, warna rambut hitam, penyebaran/distribusi rambut merata, tidak adanya pembengkakan/penonjolan, tekstur rambut halus.

b) Wajah

Bentuk wajah simetris, tidak ada luka/lesi, tidak ada cloasma gravidarum, klien tampak meringis.

c) Mata

Bentuk kedua mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, refleks pupil isokor terbukti ketika diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik terbukti dapat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak kurang dari 30 cm, tidak ada massa (benjolan), tidak ada peningkatan tekanan bola mata.

d) Hidung

Kedua lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak ada polip, fungsi penciuman baik terbukti dapat membedakan minyak wangi dan kayu putih dengan mata tertutup, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.

e) Telinga

Bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, lubang telinga tidak ada kelainan, fungsi pendengaran baik terbukti dapat menjawab pertanyaan mahasiswa tanpa diulang, telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak ada nyeri tekan pada kartilago dan tulang mastoid.

f) Mulut

Mukosa bibir merah muda, tidak ada stomatitis, tidak ada lesi, gigi tampak bersih dan lengkap, tidak ada pendarahan/radang gusi, tidak ada kelainan pada lidah, refleks menelan baik terbukti klien tidak mengeluh pada saat mencoba menelan.

g) Leher

Bentuk leher simetris dan bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pergerakan leher normal terbukti klien dapat menengok ke kanan dan kiri, tidak ada bengkak atau nyeri tekan, tidak ada peningkatan JVP.

h) Dada

a) Jantung

Suara jantung S1S2 (lup/dup), irama jantung teratur

b) Paru-paru

Bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat luka, tidak ada jejas, tidak ada otot bantu nafas, ada pengembangan pada paru maksimal, tidak ada nyeri tekan, bunyi nafas vesikuler.

c) Payudara

Kulit daerah sekitar payudara tampak bersih, tidak ada lesi atau luka, puting menonjol, areola coklat kehitaman, payudara teraba hangat dan keras, tidak

ada benjolan atau nyeri tekan, kolostrum keluar sedikit, pengeluaran Asi sedikit, tidak ada bengkak, klien mengatakan nyeri pada payudara

i) Abdomen

Bentuk abdomen cembung, terdapat luka pembedahan SC 10 cm horizontal di bawah abdomen, terdapat linea nigra dan striae livide. Klien tampak bersikap protektif pada saat akan dipegang perutnya, bising usus 12x/menit, tidak terdapat nyeri tekan, TFU 2 jari di bawah pusat, konsistensi uterus teraba keras, tidak ada distensi abdomen.

j) Genetalia dan Anus

Terdapat lochea rubra keluar dari vagina, berwarna merah muda, bau amis, perineum utuh, tidak ada oedema vulva, terpasang kateter, urine yang keluar 100 cc yang keluar dalam urine bag, tidak terdapat hemoroid

k) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Bentuk kedua tangan simetris antara kanan dan kiri, jumlah jari tangan kanan dan kiri lengkap, kedua tangan bisa digerakan, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada sianosis, turgor kulit kembali ke semula < 2 detik, CRT kembali ke semula < 2 detik, terpasang

infus RL di tangan kiri, tidak ada benjolan, tidak ada pembengkakan.

b) Ekstremitas Bawah

Bentuk kedua kaki simetris antara kanan dan kiri, klien mengatakan belum mampu menggerakkan kakinya, refleks patela (+), human sign (-), pergerakan klien terbatas, tidak ada oedema, tidak ada lesi, tidak ada benjolan

kekuatan otot :

5	5
4	4

d. Aspek Psikologi

Klien berada pada *fase taking in*, klien masih ketergantungan dan aktivitas masih dibantu keluarga klien, pergerakan klien terbatas.

1) Pola Pikir

Klien mengatakan mengatakan baru pertama kali melahirkan belum ada pengalaman menyusui bayi, dan klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui.

2) Konsep diri

a) Citra diri

Klien merasa baik-baik saja dan klien menyukai semua anggota tubuh.

b) Harga diri

Klien mengatakan tidak merasa malu ketika bertemu dengan orang lain, klien merasa berharga karena mampu menjadi seorang istri sekaligus menjadi seorang ibu.

c) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera cepat pulih agar bisa beraktivitas seperti biasanya dan ingin merawat anaknya.

d) Peran diri

Klien mengatakan perannya di keluarga adalah seorang istri dan menjadi seorang ibu

e) Identitas diri

Klien mampu menyebutkan nama dan alamatnya dengan benar dan klien merasa sebagai ibu dari satu anak serta seorang istri dari suaminya.

e. Aspek Sosial

1) Gaya komunikasi

Pasien mampu berkomunikasi dengan orang yang ada disekitarnya dan mampu berbicara dengan jelas.

f. Aspek Spritual

Klien beragama islam dan selalu berdoa agar segera pulih dan ingin segera pulang ke rumah

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2

Pola aktivitas sehari-hari

No.	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1	2	3	4
1	Pola Nutrisi dan cairan 1) Makan - Jenis makanan - Frekuensi makan - Porsi - Cara 2) Minum - Jenis minum - Frekuensi minum - Cara - Keluhan	Nasi, lauk pauk, sayur 3x/hari 1 porsi habis Mandiri Air putih, susu 7-8 gelas/hari Mandiri Tidak ada keluhan	- - - - - - - -
2	Pola Eliminasi - BAB - Warna feses - Konsistensi - Frekuensi - Keluhan - BAK - Warna urine - Frekuensi - Keluhan	Kuning kecoklatan Padat 1x/hari Tidak ada keluhan Kuning Sesuai keinginan Tidak ada keluhan	- - - Belum bab setelah dilakukan operasi Kuning Terpasang kateter Tidak ada keluhan
3	Pola Istirahat dan Tidur - Lama tidur siang - Kualitas tidur siang - Lama tidur malam - Kualitas tidur malam - Keluhan	1-2 jam/hari Nyenyak 7-8 jam/hari Nyenyak Tidak ada keluhan	½ jam/hari Tidak nyenyak - - Tidak ada keluhan

1	2	3	4
4	Personal Hygiene - Frekuensi mandi - Ganti pakaian - Gosok gigi - Keluhan	2x/hari 2x/hari 2x/hari Tidak ada keluhan	Di spon 1x/hari - Tidak ada keluhan

h. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Ny. A

Umur : 24 tahun

Tanggal pemeriksaan : Selasa, 04 April 2023

Tabel 3.3

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1	2	3	4
Hematologi			
Hematologi tanpa diff			
Hemoglobin	14.9	g/dL	13-16
Hematokrit	45	%	35-47
Jumlah leukosit	12.930	/mm ³	3.800-10.800
Jumlah trombosit	296.000	/mm ³	150.000-440.000
Jumlah eritrosit	5.33	Juta/mm ³	3.6-5.8

i. Terapi Medis

Nama : Ny. A

Tanggal : Selasa, 04 April 2023

Tabel 3.4
Terapi medis

No.	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1	Cefotaxime	2 x 1 gram	IV
2	Metronidazole	3 x 500 mL	IV
3	Ketorolac	3 x 30 mg	IV
4	Infus RL	20 tpm	IV
5	Asam Mefenamat	3 x 1 gr	Oral
6	Cefadroxil	3 x 1 gr	Oral

j. Analisa data

Tabel 3.5
Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	Ds : - Klien mengatakan nyeri di abdomen luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak - Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak	Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglandin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan	Nyeri Akut

1	2	3	4				
	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen ±10 cm tertutup perban - Klien tampak meringis menahan nyeri - Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya - Skala nyeri 6 dari (0-10) - TTV TD : 110/80 Mmhg R : 20x/menit N :82x/m 						
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak - klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur - Pergerakan klien terbatas - Aktivitas klien dibantu keluarga klien - Terpasang DC - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table>	5	5	4	4	<p>Setelah dilakukan SC dengan menggunakan tindakan anestesi spinal terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus dan menyebabkan nyeri. Karena terdapat nyeri klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilitas.</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>
5	5						
4	4						

1	2	3	4
3.	Ds : - Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi Do : - Terdapat luka SC tertutup perban - Leukosit : 12.930 /mm ³ - Suhu : 36°C	Setelah dilakukan SC terdapat luka insisi yang mengakibatkan adanya pintu masuk kuman	Resiko Infeksi
4.	Ds : - Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan belum ada pengalaman menyusui bayi - Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui - Klien mengatakan nyeri pada payudara Do : - Ada pengeluaran ASI sedikit - Puting susu menonjol - Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu - Payudara teraba keras	Kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI, terjadinya ketidakefektifan pemberian ASI	Menyusui tidak efektif

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai

dengan :

DS :

- (1) Klien mengatakan nyeri di abdomen luka bekas operasi

- (2) Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak
- (3) Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk
- (4) Nyeri dirasakan hilang timbul
- (5) Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak

DO :

- (1) Terdapat luka post op sc di bagian bawah abdomen ± 10 cm tertutup perban
- (2) Klien tampak meringis
- (3) Skala nyeri 6 dari (0-10)
- (4) Klien tampak bersikap protektif pada saat dipegang perutnya
- (5) TTV
TD : 110/80 MmHg
R : 20x/menit
N : 82x/menit
- (6) Lama tidur siang $\frac{1}{2}$ jam

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, ditandai dengan :

DS :

- (1) Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak
- (2) Klien mengatakan belum mampu untuk menggerakkan kakinya

DO :

- (1) Klien tampak lemah berbaring di tempat tidur
- (2) Pergerakan klien terbatas
- (3) Aktivitas klien dibantu keluarga klien
- (4) Terpasang DC

(5) Kekuatan otot

$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$$

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan adanya luka post *sectio caesarea*, ditandai dengan :

DS :

(1) Klien mengatakan nyeri Luka bekas operasi

DO :

(1) Terdapat luka SC tertutup perban

(2) Leukosit : $12.930 /\text{mm}^3$

(3) Suhu : 36°C

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI , ditandai dengan :

DS :

(1) Klien mengatakan baru pertama kali melahirkan belum ada pengalaman menyusui bayi

(2) Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui

(3) Klien mengatakan nyeri pada payudara

DO :

(1) Payudara teraba keras

(2) Ada pengeluaran ASI sedikit

(3) Puting susu menonjol

(4) Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu

3. Proses Asuhan Keperawatan

Nama : Ny. A

Umur : 24 tahun

No. RM : 1355622

Tabel 3.6
Proses keperawatan

No.	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
1.	Nyeri Akut	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun 3. Skala nyeri berkurang 1-3 	<p>Manajemen Nyeri 1.08238 Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 2. Dengan mengidentifikasi tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri menyebar atau tidak 	<p>Tanggal : 04-04-2023 Jam : 11.00 WIB</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi TTV Respon : TD : 110/80 Mmhg R : 20x/menit N : 82x/menit 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon klien : Klien mengatakan nyeri di abdomen luka post op, 	<p>Tanggal : 04-04-2023 Jam : 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di abdomen luka post op, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak - Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul

1	2	3	4	5	6	7
		ringan) 4. Sikap protektif menurun 5. Kesulitan tidur menurun	3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam, kompres hangat atau dingin) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	3. Mengetahui skala nyeri klien dari 1-10 4. Untuk menghindari faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Dengan memberikan teknik non farmakologi diharapkan dapat mengurangi rasa nyeri 6. Untuk mengurangi rasa nyeri pada klien	nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon klien : skala nyeri 6 dari (0-10) 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon klien : klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak Terapeutik 5. Memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) Respon klien : klien melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri dirasakan mulai sedikit berkurang 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri seperti kebisingan Respon klien : klien tampak nyaman	- Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak O : - Skala nyeri 6 dari (0-10) - Klien tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif pada saat akan dipegang tubuhnya - TTV TD : 110/80 MmHg R : 20x/menit S : 36°C N : 82x/menit - Lama tidur siang ½ jam A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Observasi TTV - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan - berikan teknik non-farmakologi teknik relaksasi nafas dalam

1	2	3	4	5	6	7
			<p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>7. Meningkatkan rasa nyaman pada pasien</p> <p>Edukasi 8. Diharapkan dapat mengontrol nyeri ketika muncul</p> <p>Kolaborasi 9. Untuk membantu proses penyembuhan</p>	<p>7. Memfasilitasi istirahat dan tidur Respon : Klien mengatakan tidur siang tidak nyenyak Lama tidur siang ½ jam</p> <p>Edukasi 8. Menjelaskan strategi meredakan nyeri tentang teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam Respon klien : Klien mengerti strategi meredakan nyeri dengan teknik nafas dalam</p> <p>Kolaborasi 9. Pemberian analgetik Respon : ketorolac 30 mg IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan analgetik - Fasilitasi istirahat dan Tidur
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Terapeutik 2. Fasilitasi melakukan pergerakan</p>	<p>Observasi 1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh klien</p> <p>Terapeutik 2. Untuk membantu melakukan pergerakan</p>	<p>Tanggal 04-04-2023 Jam 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Respon klien : Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan 	<p>Tanggal 04-04-2023 Jam 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri pada saat melakukan pergerakan - Klien mengatakan kakinya sudah bisa digerakan, namun gerakan pelan

1	2	3	4	5	6	7				
		3. Kekuatan otot meningkat 4. Gerakan terbatas menurun 5. Pergerakan ekstremitas meningkat	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	3. Untuk membantu pasien dalam bergerak Edukasi 4. Pasien dapat mengerti tujuan dan prosedur Mobilisasi 5. Membantu pergerakan pada pasien	Respon klien : Klien mengatakan keluarga klien membantu pergerakan pada saat beraktivitas 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon klien : Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Respon klien : pasien tampak paham tentang tujuan dan prosedur mobilisasi yang harus dilakukan 5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Respon : Klien melakukan latihan gerak ROM (menggerakkan kedua tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki)	O : <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas klien dibantu oleh keluarga pasien - Terpasang DC - Klien tampak bisa menggerakkan kaki dan tangan - Klien tampak sudah mencoba melakukan miring kanan dan kiri - Tampak pergerakan klien terbatas - Klien tampak lemah - Kekuatan otot <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> </table> </div> A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi post 	5	5	4	4
5	5									
4	4									

1	2	3	4	5	6	7
			<p>6. Ajarkan mobilisasi sederhana pada pasien post sc yaitu</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0-6 jam latihan gerak tangan dan kaki - 6-12 jam mobilisasi miring kanan miring kiri - 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur - Setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet 	<p>6. Diharapkan dapat meningkatkan aktivitas klien</p>	<p>Jam 14.00 WIB</p> <p>6. Mengajarkan mobilisasi dini post sc 6-12 jam (miring kanan dan miring kiri) Respon klien : Pasien melakukan latihan miring kanan dan kiri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sc 12-24 latihan duduk dan setelah 24 jam latihan berjalan
3.	Resiko Infeksi	<p>Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Tidak adanya tanda-tanda infeksi 	<p>Pencegahan Infeksi I.14539</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengidentifikasi ada tidaknya tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang 	<p>Tanggal 04-04-2023 Jam 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Respon klien : klien mengatakan nyeri luka bekas operasi Tidak ada rubor (kemerahan), kalor (panas), dan tumor (pembengkakan) 2. Membatasi jumlah pengunjung 	<p>Tanggal 04-04-2023 Jam 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri luka bekas operasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka post op tertutup Perban - Suhu tubuh pasien 36 °C - Tidak ada kemerahan

1	2	3	4	5	6	7
			<p style="text-align: center;">pengunjung</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Berikan perawatan luka</p> <p>Edukasi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>dibawa pengunjung yang dapat menyebabkan infeksi pada klien</p> <p>3. Mencegah infeksi dan penyebaran ke jaringan sekitar luka operasi</p> <p>4. Untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah terjadinya infeksi</p> <p>Edukasi 5. Agar klien mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi 6. Untuk membantu proses penyembuhan</p>	<p>Respon klien : Pengunjung pasien hanya ibunya, pasien tampak nyaman dan tenang</p> <p>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Respon klien :Perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Respon klien : klien dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian antibiotik Respon klien : Cefotaxime 1 gr IV Metronidazole 1 gr IV</p>	<p>Panas dan bengkak</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala Infeksi lokal dan sistemik - berikan antibiotik

1	2	3	4	5	6	7
4.	Menyusui tidak efektif	<p>Status Menyusui (L.03029) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan menyusui tidak efektif teratasi dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat 2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar meningkat 3. Kepercayaan diri ibu meningkat 4. Pengeluaran ASI meningkat 	<p>Edukasi Menyusui 1.12393</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar 5. Ajarkan perawatan payudara post partum 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kepercayaan diri ibu dalam menyusui meningkat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 4. Perlekatan yang benar akan menghindari bayi menyusui lama dan sering 5. Agar pasien mengetahui perawatan payudara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon klien : klien mengatakan belum berpengalaman dalam menyusui bayi 2. Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Respon : klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui bayi 3. Menjelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi Respon : klien paham mengenai manfaat menyusui 4. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar Respon : klien paham tetapi belum bisa melakukan perlekatan menyusui secara langsung kepada bayi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum berpengalaman dalam menyusui bayi - Klien mengatakan tidak percaya diri karena belum pernah menyusui bayi - Klien mengatakan nyeri pada payudara <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada pengeluaran ASI sedikit - Puting susu menonjol - Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu - Payudara terasa keras <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Ajarkan 4 posisi menyusui dan perlekatan dengan benar - Ajarkan perawatan payudara post partum

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. A

Umur : 24 tahun

No. RM : 1355622

Tabel 3.7
Catatan perkembangan

Tanggal/Jam	DX	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4
Rabu, 05-04-2023 08.00 WIB	1	S : - Klien mengatakan masih nyeri di abdomen luka bekas operasi - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk - Nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak O : - Skala nyeri 5 dari (0-10) - Tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif berkurang A : Nyeri akut P : Lanjutkan Intervensi - Observasi TTV - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan	Alma fadira

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> - berikan teknik non-farmakologi teknik relaksasi nafas dalam - Fasilitasi istirahat dan tidur - Berikan analgetik <p>I : Jam 08.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi TTV <p>Respon :</p> <p>TD : 110/70 mmhg</p> <p>N : 60x/m</p> <p>R: 21x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri <p>Respon klien : Klien mengatakan masih nyeri di abdomen luka post op, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri <p>Respon klien : skala nyeri 5 dari (0-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Respon klien : klien mengatakan nyeri bertambah berat apabila bergerak dan nyeri berkurang apabila tidak bergerak</p> <p>Jam 08.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) <p>Respon klien : klien melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri dirasakan mulai sedikit berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi istirahat dan tidur <p>Respon : Klien mengatakan tidur siang nyenyak dengan lama tidur siang 1 jam</p> <p>Jam 10.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan analgetik <p>Respon : ketorolac 30 mg IV</p> <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	

1	2	3	4
Rabu, 05-04-2023 09.00 WIB	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan mulai berkurang - Klien mengatakan sudah bisa melakukan miring kanan dan miring kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas pasien dibantu keluarga pasien - Klien tampak mampu melakukan miring kanan dan miring kiri - DC sudah dilepas - Klien sudah tidak tampak lemah - Kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \hline 5 \quad 5 \end{array}$ <p>A : Gangguan mobilitas fisik P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan - Ajarkan mobilisasi dini post sc 12-24 jam latihan duduk di tempat tidur dan setelah 24 jam latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet <p>I :</p> <p>Jam 08.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <p>Respon klien : klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan mulai sedikit berkurang</p> <p>Jam 08.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi melakukan pergerakan <p>Respon klien : klien mengatakan keluarga klien membantu pergerakan pada saat beraktivitas</p>	Alma Fadira

1	2	3	4
Rabu, 05-04-2023 12.00 WIB	4	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui - Kien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. - Klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi - Klien mengatakan nyeri pada payudara berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengeluaran ASI keluar sedikit - Belum ada perlekatan antara bayi dan ibu - Puting susu menonjol <p>A : Menyusui tidak efektif</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui - Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar - Ajarkan perawatan payudara post partum <p>I :</p> <p>Jam 12.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui Respon klien : klien mengatakan ingin menyusui - Mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui Respon : klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui <p>Jam 12.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar Respon klien : klien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi <p>Jam 12.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan perawatan payudara post partum Respon : klien bersedia dilakukan perawatan payudara pijat oksitosin <p>E : Masalah teratasi sebagian</p>	Alma fadira

1	2	3	4
Kamis, 06-04-2023 14.00 WIB	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri masih ada - Klien mengatakan nyeri pada saat bergerak berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 4 dari (0-10) - Tampak meringis berkurang <p>A : nyeri akut</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi TTV - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Berikan analgetik <p>I :</p> <p>Jam 14.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi TTV <p>Respon :</p> <p>TD : 110/80 mmhg</p> <p>N : 86x/m</p> <p>R : 20x/m</p> <p>S : 36,2C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri <p>Respon klien : Klien mengatakan nyeri di abdomen luka post op berkurang, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri <p>Respon klien : skala nyeri 4 dari (0-10)</p> <p>Jam 14.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan analgetik <p>Respon : obat asam mefenamat 1gr/Oral</p> <p>E : masalah teratasi sebagian</p>	Alma fadira

1	2	3	4				
Kamis, 06-04-2023 14.40 WIB	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada saat melakukan pergerakan berkurang - Klien mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan ke toilet dibantu keluarga klien <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak lemah - Klien tampak sudah mampu duduk dan berjalan dari tempat tidur ke toilet <p>- Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>A : Masalah teratasi</p>	5	5	5	5	Alma fadira
5	5						
5	5						
Kamis, 06-04-2023 14.00 WIB	3	<p>S : Klien mengatakan luka bekas operasi mulai sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S : 36,2C - Tidak ada kemerahan, panas dan bengkak - Lingkungan klien bersih <p>A : Resiko infeksi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Berikan perawatan luka - Berikan antibiotik <p>I :</p> <p>Jam 15.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Respon : Klien mengatakan nyeri luka operasi masih ada</p>	Alma fadira				

1	2	3	4
		<p>I : Jam 15.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Respon : Klien mengatakan nyeri luka operasi masih ada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan perawatan luka <p>Respon : klien merasa nyaman tidak ada tanda infeksi rubor, kalor, dolor dan tumor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan antibiotik <p>Respon : Obat cefadroxil 1gr/Oral</p> <p>E : Masalah teratasi sebagian R : Kontrol perawatan luka ganti perban setelah 1 minggu dilakukan operasi ke pelayanan kesehatan terdekat</p>	
Kamis, 06-04-2023	4	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan percaya diri dan ingin menyusui - Klien mengatakan paham mengenai posisi menyusui dan perlekatan dengan benar. - Klien mengatakan bisa melakukan perlekatan secara langsung kepada bayi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengeluaran ASI mulai meningkat - Tampak ibu sedang menyusui bayi - Ada perlekatan antara bayi dan ibu - Pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel - Puting susu menonjol <p>A : Masalah teratasi</p>	

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya yaitu "Asuhan keperawatan pada Ny.A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut yang dilaksanakan pada tanggal 04-06 April 2023.

Pada pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus dalam pelaksanaan secara nyata sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

Asuhan keperawatan dimulai pada tanggal 04 April 2023 sampai tanggal 06 April 2023, selama melaksanakan asuhan keperawatan penulis tidak menemukan hambatan apapun. Adapun kesenjangan yang terjadi dalam beberapa tahap proses keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, dimana penulis mengkaji klien secara keseluruhan meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Pada kasus Ny. A dengan post *sectio caesarea* 3 jam atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan adanya nyeri pada luka *sectio caesarea*, luka 10 cm horizontal, skala nyeri 6, klien tampak meringis, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri bertambah berat apabila bergerak dan berkurang apabila tidak bergerak. Luka post *sectio caesarea*

mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merangsang pelepasan enzim serotonin, bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang merangsang reseptor nyeri sehingga timbul nyeri (Prawirohardjo,2016).

Pada kasus Ny. A dengan post sectio caesarea 3 jam atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan bahwa aktivitas klien dibantu oleh keluarga sebagian, klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, kekuatan otot 4/4, karena adanya luka post *sectio caesarea* yang merangsang reseptor nyeri sehingga mengakibatkan kemampuan untuk beraktivitas terbatas karena klien pergerakannya nyeri luka operasi. (Dongoes,2015)

Pada kasus Ny. A dengan post *sectio caesarea* 3 jam atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan luka post *sectio caesarea* dibagian perut bawah 10 cm horizontal, suhu 36°C, leukosit 12.930/mm. dilakukan tindakan *sectio caesarea* dan terdapat luka post *sectio caesarea* yang mengakibatkan jaringan terbuka akibat proses pembedahan insisi dan proteksi akan menimbulkan invasi bakteri dan beresiko terjadi infeksi (Dongoes,2015).

Pada kasus Ny. A dengan post sectio caesarea 3 jam atas indikasi ketuban pecah dini ditemukan klien baru pertama kali melahirkan dan belum ada pengalaman menyusui bayi, tidak percaya diri karena belum pernah menyusui, puting susu menonjol, ada pengeluaran ASI sedikit, dan bayi tidak dirawat gabung dengan ibu. Rangsangan hisapan bayi

belum ada akan membuat produksi hormon oksitosin dan hormon prolaktin terhambat yang akan mengakibatkan produksi ASI keluar hanya sedikit sehingga menyebabkan menyusui tidak efektif.(Linda,2019)

2. Tahap Diagnosa

Diagnosis yang muncul pada Ny.A adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri pada luka operasi terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan yang merangsang reseptor kimia yang disampaikan ke thalamus dan korteks serebri dan dipersepsikan nyeri, nyeri juga dapat membuat tanda-tanda vital berubah (Dongoes, 2015). Data yang penulis peroleh dari Ny.A nyeri diakibatkan karena adanya luka insisi dengan luka insisi 10 cm dibagian abdomen, skala nyeri 6 dari (0-10), nyeri bertambah berat pada saat bergerak dan berkurang pada saat tidak bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

Gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam mobilisasi pada ibu post partum dapat disebabkan oleh trauma yang dimaksud adalah adanya luka bekas operasi yang menyebabkan ibu merasa nyeri dari luka yang dialami oleh ibu akan membuat mobilitas fisik ibu terganggu. Selain karena nyeri mobilitas fisik ibu disebabkan oleh kurang terpaparnya informasi tentang aktifitas

fisik, kecemasan, gangguan kognitif, dan keengganan melakukan pergerakan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Karakteristik hambatan mobilitas fisik kesulitan membolak-balikan posisi, keterbatasan, kemampuan, melakukan keterampilan motorik halus, keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar, keterbatasan rentang pergerakan sendi.

Diagnosa di atas ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda: Klien mengatakan masih belum beraktivitas seperti biasa, aktivitas dibantu, klien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri, klien tampak lemah berbaring di tempat tidur, Kekuatan Otot: 4/4

c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *sectio caesarea*

Resiko infeksi dapat terjadi karena adanya luka pembedahan *sectio caesarea* ini dapat terjadi jika adanya peningkatan leukosit dan adanya tanda-tanda infeksi (Dongoes, 2015) leukosit merupakan sel darah yang melindungi tubuh terhadap kuman-kuman penyakit yang menyerang tubuh dengan cara fagosit, menghasilkan antibodi. Dan infeksi merupakan masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri dari jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan, Infeksi luka operasi yaitu infeksi pada daerah operasi atau organ atau ruang yang terjadi dalam 30 hari pada pasca operasi atau dalam kurun 1 tahun apabila terdapat Implant. Tanda-tanda

infeksi rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), Tumor (bengkak), Functio Laesa. Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien post *sectio caesarea* terdapat luka post *sectio caesarea* dibagian bawah abdomen 10 cm

- d. Menyusui Tidak Efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Menyusui Tidak Efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidakpuasan atau kesukaran pada proses menyusui. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hisapan mulut bayi akan menstimulus hipotalamus pada bagian hipofisis anterior dan posterior. Hipofisis anterior menghasilkan rangsangan (rangsangan prolaktin) untuk meningkatkan sekresi prolaktin. Prolaktin bekerja pada kelenjar susu (alveoli) untuk memproduksi ASI. Rangsangan hisapan bayi belum ada akan membuat produksi hormon oksitosin dan hormon prolaktin terhambat yang akan mengakibatkan produksi ASI keluar hanya sedikit. (Linda, 2019)

Diagnosa ini ditegakkan karena pada klien ditemukan tanda-tanda : pengeluaran ASI sedikit, bayi tidak dirawat gabung dengan ibu

3. Tahap Perencanaan

Perencanaan yang ditetapkan oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan (SIKI, 2017) :

- a. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada asuhan keperawatan Ny. A intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah manajemen nyeri nonfarmakologi teknik tarik nafas dalam. Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi nafas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu (Sulistyo,2013). Teknik relaksasi napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom. Ibu meningkatkan aktivitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara simultan. Teknik tersebut dapat mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi ibu terhadap rasa nyeri.

Selain manajemen nyeri nonfarmakologi penulis juga melakukan manajemen nyeri farmakologi yaitu dengan kolaborasi pemberian analgetik. Manajemen nyeri farmakologis adalah suatu metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktek manajemennya. Metode dan cara ini memerlukan instruksi medis dari dokter (Sulistyo, 2013).

Pada kasus ini analgetik yang direkomendasikan adalah ketorolac.

b. Intervensi diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada asuhan keperawatan Ny. A intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan ajarkan mobilisasi dini. Manfaat dari mobilisasi adalah peningkatan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri, memberi nutrisi pada daerah

penyembuhan luka dan meningkatkan status pencernaan luka (Prawirohardjo,2016)

c. Intervensi diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *sectio caesarea*

Pada asuhan keperawatan Ny. A intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan luka. Perawatan luka Sectio Caesarea karena dapat mengurangi resiko infeksi, mempercepat proses penyembuhan luka dan mengurangi nyeri ketika rawat luka ketika debridemen sehingga memberikan suatu kenyamanan bagi pasien post operasi Sectio Caesarea (Arisanty, 2014).

d. Intervensi diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Pada asuhan keperawatan Ny. A intervensi yang dilakukan oleh penulis adalah dengan perawatan payudara dengan pijat oksitosin. Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Selain memberi kenyamanan pada ibu dan merangsang refleks oksitosin, pijat oksitosin juga memiliki manfaat lain, yaitu mengurangi pembengkakan payudara (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, dan membantu

mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Armini dkk 2020).

4. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan tindakan yang telah direncanakan.

- a. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik setelah memberikan teknik nonfarmakologi dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam klien mengatakan nyeri berkurang. Setelah memberikan manajemen nyeri menggunakan obat analgetik sesuai instruksi medis dari dokter berupa injeksi ketorolac 30 mg dan diberikan obat asam mafenamat pada saat akan pulang klien mengatakan setelah diberikan obat analgetik nyeri berkurang.
- b. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini berupa latihan gerak kaki dan tangan, mengajarkan mobilisasi post *sectio caesarea* (0-6 jam latihan gerak kaki dan tangan, 6-10 jam latihan miring kanan dan kiri, 12-24 jam latihan duduk, 1 hari latihan berjalan dari tempat tidur ke toilet) klien dapat melakukan mobilisasi
- c. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *sectio caesarea* setelah

dilakukan tindakan memberikan perawatan luka klien mengatakan nyaman

- d. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI setelah mengajarkan perawatan post partum pijat oksitosin, klien mengatakan ASI meningkat

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang membandingkan antara kriteria tujuan dengan hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Dalam mengevaluasi hasil yang dicapai setelah tindakan keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. A selama 3 hari dari tanggal 04 April 2023 sampai 06 April 2023, penulis secara langsung melakukan perkembangan klien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nyeri menurun dengan skala nyeri 4 dan keluhan nyeri yang masih dirasakan klien. Penyembuhan luka pasca operasi *sectio caesarea* selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim kira-kira 3 bulan. Rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia (sarung otot) sedangkan lama penyembuhan *sectio caesarea* berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka merekat kuat (Damayanti, 2014).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari kelemahan fisik menurun, kekuatan otot meningkat masalah teratasi.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post *sectio caesarea*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari tidak ada tanda-tanda infeksi berupa rubor (kemerahan), calor (panas), dolor (nyeri), Tumor (bengkak), Fungsi Laesa, Klien mengatakan masih nyeri di luka bekas operasi *sectio caesarea*. Penyembuhan luka pasca operasi *sectio caesarea* selama 1 minggu, sedangkan pemulihan rahim kira-kira 3 bulan. Rasa nyeri mungkin masih terasa sampai 6 bulan dengan intensitas ringan yang disebabkan oleh simpul benang pada fascia (sarung otot) sedangkan lama penyembuhan *sectio caesarea* berlanjut selama 1 tahun atau lebih hingga bekas luka merekat kuat (Damayanti, 2014).

d. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakefektifan suplai ASI

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari ASI meningkat, pada saat menyusui bayi tampak tidak rewel, ada perlekatan antara ibu dan bayi, ibu tampak menyusui bayi masalah teratasi.

Perencanaan yang disusun dapat dilaksanakan, klien juga dapat menerima semua implementasi yang diberikan dan bersedia menerima terapi sesuai advis dokter. Pada tanggal 06 April 2023 klien diperbolehkan untuk pulang kerumah.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan P₁A₀ Post *Sectio Caesarea* atas indikasi ketuban pecah dini di ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 03-08 April 2023 maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada Ny. A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Ny. A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
5. Penulis mampu mengevaluasi hasil dari pada Ny. A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

6. Penulis mampu mendokumentasikan pada Ny. A P₁A₀ 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi ketuban pecah dini di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis berusaha mencoba mengemukakan rekomendasi yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapun saran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan/ Rumah Sakit

Bagi rumah sakit diharapkan untuk meningkatkan pelayanan pada pasien post *sectio caesarea* lebih memperhatikan penyembuhan luka post *sectio caesarea*, pemulihan pada masa post partum, dan manajemen laktasi untuk penyembuhan luka perlu adanya SOP perawatan luka dan SOP mobilisasi dini, memfasilitasi rawat gabung dan inisiasi menyusui dini untuk mengurangi resiko menyusui tidak efektif.

2. Bagi Perawat

Bagi perawat dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan dalam melaksanakan SOP perawatan luka dan mobilisasi, bisa menjadi fasilitator dalam manajemen laktasi, melakukan discharge planning (perencanaan pasien pulang) di rumah sakit untuk mengurangi resiko infeksi di rumah dan kegagalan laktasi.

3. Klien dan Keluarga

Kepada keluarga agar selalu memberi dukungan secara psikologis serta memberikan dorongan agar dapat membantu mempercepat penyembuhan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin & Hardhi (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2. Yogyakarta: MediAction
- Andarmoyo, Sulistyono 2013. Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta Ar-Ruzz Media.
- Arisanty, I. P. (2014). Konsep Dasar Manajemen Perawatan Luka. Jakarta: EGC.
- Armini NW, Marhaeni GA, Sriasih GK (2020). Asuhan Kebidanan Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Aromateraphy Lavender Terhadap Peningkatan Produksi Asi Pada Ibu Postpartum Di Wilayah kerja Puskesmas Batur I Kabupaten Banjar Negara.
- Armini, N. K. A. et al. (2016) Buku Ajar Keperawatan Maternitas 2. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Betran A.P, dkk. (2008). Rates Of Caesarean Section:Analysis Of Global, Regional And National Estimates[http://rabn.org/pdf/CsectionRates.p df](http://rabn.org/pdf/CsectionRates.pdf). Journal. Diakses tanggal 4 Maret 2017.
- Budiono & Pertami, Sumirah Budi. 2015. Konsep dasar keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- Damayanti, I. P., Maita & Triana. (2014). Buku ajar: Asuhan kebidanan komprehensif pada ibu bersalin dan bayi baru lahir. Yogyakarta: Deepublish.
- Dinarti & Yuli Muryanti. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan (M. K. Dinarti, S.Kp, MAP Yuli Mulyanti, S.Kp. (ed.); tahun 2017). Rini Dwiyan H., S.E., M.T.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. Profil Kesehatan Kabupaten Garut 2021
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2021.

- Doenges, Marilyn E. (2015). *Manual Diagnosis Keperawatan: Rencana, Intervensi & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Hartati dan Maryunani (2015). *Asuhan Keperawatan Ibu Postpartum Sectio Caesarea (Pendekatan Teori Model Selfcare dan Comfort)*. Jakarta: TIM
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.
- Kennedy, B., Ruth, D., & Martin, E. (2019). *Modul Manajemen Intrapartum*. Jakarta: EGC.
- Linda E. ASI Eksklusif. Teguh Wiryanto, editor. Cilacap: Yayasan Jami'ul Fawaid; 2019. 5 hal.
- Martowirjo, A. L., Atoy, L., & Prio, A. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri) Di Ruang Nifas RSUD Dewi Sartika Kendari*. Doctoral Dissertation, Poltekkes Kemenkes Kendari.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nic-Noc (2nd Ed)*. MediAction.
- Nurkhayati, E., Hasanah, R., & Faletahan, S. (2020). *Gambaran Faktor Penyebab Ketuban Pecah Dini Pada Ibu Bersalin*. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(1), 18–24. Retrieved from scholar.google.ac.id
- Nursalam (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tirane Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Prawirohardjo, S. 2016. Ilmu Kebidanan Cetakan Kelima. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono
- Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut, Data Tahun 2023
- Safari, F. R. N. 2017. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum H. Abdul Manan Simatupang Tahun 2016. Wahana Inovasi, Vol 6(No (2)).
- Sagita, F. (2019). Asuhan Keperawatan Ibu Post Partum Dengan Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Inap Kebidanan Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Padang: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
- Taviyanda, D. (2019). Adaptasi Psikologis Pada Ibu Post Partum Primigravida (Fase Taking Hold) Sectio Caesarea Dan Partus Normal. Jurnal Penelitian Keperawatan, 5(1).
- Walyani. 2017. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta : Pustaka Barupess.
- WHO. World Health Statistics 2015: World Health Organization; 2015
- World Health Organization. (2021). Monitoring Health For the Sdgs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yuliani, N. W., & Wahyuningsih, M. (2019). Lahir Dengan Ketuban Pecah Dini Dan Normal Ketuban Pecah Di RSUD Kota Yogyakarta the Differences Apgar Score of First Minute Newborns With Premature Rupture of the Membrane and Normal Rupture of Membranes At Regional. 1–7.

SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)
MOBILISASI DINI POST SC



Disusun oleh :
ALMA FADIRA
KHGA 20005
3A D3 Keperawatan

STIKES KARSA HUSADA GARUT
TAHUN AJARAN 2022-2023

SATUAN ACARA PENYULUHAN

MOBILISASI DINI POST SC

Waktu : 20 menit

Tanggal : 03-04-2023

Tempat : Di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

Sasaran : Ny. A dan keluarga

Pemateri : Alma Fadira

A. Tujuan Umum (TU)

Pendidikan kesehatan ini bertujuan agar masyarakat mampu memahami atau menambah pengetahuan tentang mobilisasi dini

B. Tujuan Khusus (TK)

Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :

1. Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini
2. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini
3. Peserta mampu mengetahui tentang rentang gerak dalam mobilisasi
4. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat mobilisasi dini
5. Peserta mampu mengetahui tentang kerugian tidak melakukan mobilisasi
6. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah mobilisasi

C. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media Penyuluhan

- Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No.	Tahap kegiatan	Kegiatan	Waktu
1.	Pembukaan	<ul style="list-style-type: none">- Memberi salam- Memperkenalkan diri- Menjelaskan tujuan penyuluhan- Kontrak waktu	5 menit
2.	Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none">- Menjelaskan pengertian mobilisasi dini- Menjelaskan tujuan mobilisasi dini- Menjelaskan rentang gerak dalam mobilisasi- Menjelaskan manfaat mobilisasi dini- Menjelaskan kerugian tidak melakukan mobilisasi- Menjelaskan langkah-langkah mobilisasi dini	10 menit
3.	Penutup	<ul style="list-style-type: none">- Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya- Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan- Memberi salam penutup	5 menit

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi struktur

Ny. A dan keluarga ikut dalam penyuluhan yang dilakukan

2. Evaluasi Proses

- a. Ny. A dan keluarga antusias terhadap pendidikan kesehatan
- b. Keluarga Ny. A tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mampu mengetahui tentang mobilisasi dini
- b. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan mobilisasi dini
- c. Peserta mampu mengetahui tentang rentang gerak dalam mobilisasi
- d. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat mobilisasi dini
- e. Peserta mampu mengetahui tentang kerugian tidak melakukan mobilisasi
- f. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah mobilisasi

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Menurut Kasdu (2013), mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas/kegiatan. Mobilisasi ibu post partum adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan *Sectio Caesarea*.

Mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas. Mobilisasi dan imobilisasi berada pada suatu rentang dengan banyak tingkatan imobilisasi parsial. Beberapa klien mengalami kemunduran dan selanjutnya berada di antara rentang mobilisasi, tetapi pada klien lain, berada pada kondisi imobilisasi mutlak dan berlanjut sampai jangka waktu tidak terbatas.

B. Tujuan

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

C. Rentang Gerak dalam Mobilisasi

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

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

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

3. Rentang gerak fungsional

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

D. Manfaat Mobilisasi

Manfaat Mobilisasi Pada Ibu Post Operasi *Sectio Caesarea* (SC) Menurut Kasdu (2013), yaitu:

1. Membantu jalannya penyembuhan penderita/ibu yang sudah melahirkan
2. Untuk menghindari terjadinya infeksi pada bekas luka sayatan setelah operasi section caesarea
3. Mengurangi resiko terjadinya konstipasi
4. Mengurangi terjadinya decubitus, kekakuan atau penegangan otot-ototdi seluruh tubuh
5. Mengatasi terjadinya gangguan sirkulasi darah, pernapasan, peristaltic, maupun berkemih.
6. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation:
 - a. Dengan bergerak, otot-otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit, dengan demikian ibu merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.
 - b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik
 - c. Dengan bergerak akan merangsang peristaltic usus untuk kembali normal
 - d. Aktivitas ini juga membantu mempercepat penyembuhan organ-organ tubuh bekerja seperti semula

E. Kerugian tidak melakukan mobilisasi

1. Peningkatan suhu tubuh karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan

infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.

2. Perdarahan yang abnormal. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uterus keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka
3. Involusi uterus yang tidak baik. Tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus

F. Langkah-langkah

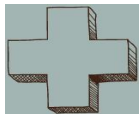
Menurut Kasdu (2013) mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu post operasi section caesarea

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi *sectio caesarea* harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki
2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.
3. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk tegak, tahan tubuh dengan kedua tangan, geserkan kaki ke pinggir tempat tidur kemudian turunkan kaki hingga menjuntai selama beberapa saat.
4. Setelah ibu dapat duduk, perlahan-lah turunkan kedua kaki ke lantai sementara kedua tangan tetap memegang pinggir tempat tidur. Tegak dan kuatkan tubuh pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit

DAFTAR PUSTAKA

Kasda Dini, 2013. Operasi Caesarea Masalah dan Solusinya. Jakarta: Puspa Sehat

Kapeti, 2013. Mobilisasi Pada Pasien Post Op. Jakarta: MNH



Manfaat mobilisasi

- ✓ Membantu penyembuhan
- ✓ Menghindari terjadinya infeksi pada bekas luka sayatan setelah operasi
- ✓ Mengurangi resiko terjadinya konstipasi
- ✓ Mengatasi terjadinya gangguan sirkulasi darah, pernafasan, peristaltik maupun berkemih
- ✓ Mengurangi terjadinya kekakuan otot-otot pada tubuh



Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas/kegiatan.

Mobilisasi ibu post partum adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalinan Sectio Caesarea

• Tujuan mobilisasi

- ✓ Memperlancar peredaran darah
- ✓ Mencegah komplikasi, seperti gangguan system pernafasan
- ✓ Mempercepat proses penyembuhan luka.
- ✓ Meningkatkan PD (kepercayaan diri) setelah operasi.
- ✓ Mengurangi lama rawat di rumah sakit

Mobilisasi Dini Post SC



ALMA FADIRA
KHGA20005



STIKES KARSA HUSADA GARUT
2023



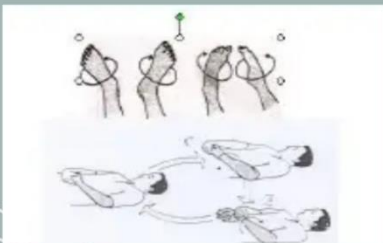
Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi

- ✓ Peningkatan suhu tubuh
- ✓ Perdarahan yang abnormal
- ✓ Involusi uterus yang tidak baik



Langkah-langkah

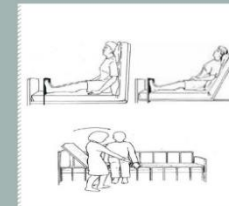
1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca operasi sectio caesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekut dan menggeser kaki.



2. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli apabila tubuh semakin kuat, tekuk kedua kaki lalu luruskan ulangi semampunya.



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



4. Setelah ibu dapat duduk perlahan-lahan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat lanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit.



SAP (SATUAN ACARA PENYULUHAN)

PIJAT OKSITOSIN



Disusun oleh :

ALMA FADIRA

KHGA 20005

3A D3 Keperawatan

STIKES KARSA HUSADA GARUT

TAHUN AJARAN 2022-2023

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PIJAT OKSITOSIN

Waktu : 20 menit

Tanggal : 04-04-2023

Tempat : Di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

Sasaran : Ny. A dan keluarga

Pemateri : Alma Fadira

A. Tujuan Umum (TU)

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

B. Tujuan Khusus (TK)

Setelah penyuluhan diberikan kepada masyarakat dapat memahami :

1. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin
2. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin
3. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin
4. Peserta mampu mengetahui tentang hal yang mempengaruhi produksi oksitosin
5. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

C. Metode Penyuluhan

3. Ceramah
4. Tanya Jawab

D. Media Penyuluhan

- Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No.	Tahap kegiatan	Kegiatan	Waktu
-----	----------------	----------	-------

1.	Pembukaan	<ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan penyuluhan - Kontrak waktu 	5 menit
2.	Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan pengertian pijat oksitosin - Menjelaskan tujuan pijat oksitosin - Menjelaskan manfaat pijat oksitosin - Menjelaskan hal yang mempengaruhi produksi oksitosin - Menjelaskan langkah-langkah pijat oksitosin 	10 menit
3.	Penutup	<ul style="list-style-type: none"> - Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya - Menanyakan kembali kepada audien tentang materi yang sudah disampaikan - Memberi salam penutup 	5 menit

F. Evaluasi Hasil

- a. Peserta mampu mengetahui tentang pengertian pijat oksitosin
- b. Peserta mampu mengetahui tentang tujuan pijat oksitosin
- c. Peserta mampu mengetahui tentang manfaat pijat oksitosin

- d. Peserta mampu mengetahui tentang hal yang mempengaruhi produksi oksitosin
- e. Peserta mampu mengetahui tentang langkah-langkah pijat oksitosin

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Pijat oksitosin juga dapat didefinisikan sebagai tindakan yang dilakukan oleh keluarga, terutama suami pada ibu menyusui yang berupa pijatan pada punggung ibu untuk meningkatkan produksi hormon oksitosin sehingga dapat mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta, mencegah perdarahan, serta memperbanyak produksi ASI. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflex oksitosin atau reflex let down. Selain untuk merangsang reflex let down manfaat pijat oksitosin adalah memberikankenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu. 2015).

B. Tujuan

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

C. Manfaat

Manfaat dari pijat oksitosin diantaranya adalah membantu ibu secara psikologis, memberikan ketenangan, mengurangi stress serta meningkatkan rasa percaya diri dan berfikir positif akan kemampuan diri dalam memberikan Asi. Selain untuk memperlancar pengeluaran Asi pijat/Massage oksitosin juga membantu proses involusi uterus. Dengan pijat oksitosin maka hypofisis posterior akan meningkatkan

produksi hormon oksitosin. Hormon ini akan menstimulasi otot polos dalam uterus saat persalinan maupun nifas. Banyak penelitian yang sudah membuktikan bahwa pijat oksitosin berpengaruh dalam proses involusi uterus, sehingga dapat mencegah risiko pendarahan post partum. (Hockenberry 2015)

D. Hal Yang Dapat Mempengaruhi Produksi Oksitosin

Hal yang dapat meningkatkan hormon oksitosin

1. Ibu dalam keadaan tenang
2. Mencium dan mendengarkan celotehan bayi atau tangisannya
3. Melihat dan memikirkan bayinya
4. Ayah menggendong bayi dan diberikan pada ibunya saat akan menyusukenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement). mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Rahayu. 2015).

E. Langkah-langkah

1. Persiapan alat-alat
 - a. Kursi
 - b. Meja
 - c. Minyak aroma terapi / minyak telon aroma terapi
 - d. BH kusus untuk menyusui.
 - e. Handuk
2. Langkah-Langkah Pijat Oksitosin

Berikut ini langkah-langkah melakukan pijat oksitosin:

 - a. Duduklah dengan nyaman sambil bersandar ke depan, bisa dengan cara melipat lengan di atas meja.
 - b. Pasang kepala di atas lengan
 - c. Lepas bra dan baju bagian atas. Biarkan payudara tergantung lepas
 - d. Lumuri kedua tangan dengan sedikit baby oil
 - e. Kepalkan kedua tangan dengan ibu jari menunjuk ke depan dimulai dari bagian tulang yang menonjol di tengkuk. Turun

sedikit ke bawah kira-kira dua ruas jari dan geser ke kanan ke kiri, setiap kepalan tangan sekitar dua ruas jari

- f. Dengan menggunakan kedua ibu jari, mulailah memijat membentuk gerakan melingkar kecil menuju tulang belikat atau daerah dibagian batas bawah bra ibu
- g. Lakukan pijat ini sekitar 3 menit dan dapat diulangi sebanyak 3 kali.
- h. Setelah selesai memijat sambil membersihkan sisa baby oil, kompres pundak-punggung ibu dengan handuk hangat (Kumalasari, Intan. 2015)

DAFTAR PUSTAKA

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

- Hal yang dapat meningkatkan hormon oksitosin

1. Ibu dalam keadaan tenang
2. Mencium dan mendengarkan celotehan bayi atau tangisannya
3. Melihat dan memikirkan bayinya
4. Ayah menggendong bayi dan diberikan pada ibunya saat akan menyusui.
5. Ayah menggantikan popok dan memandikan

- Manfaat perawatan payudara bagi ibu nifas dengan sectio caesarea

1. Membantu ibu secara psikologis
2. Memberikan ketenangan mengurangi stress
3. Meningkatkan rasa percaya diri dan berfikir positif akan kemampuan diri dalam memberikan Asi.
4. Memperlancar pengeluaran ASI
5. Membantu proses involusi uterus
6. Meningkatkan produksi hormon oksitosin



Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae kelima dan keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan

- Tujuan perawatan payudara

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

Pijat Oksitosin



ALMA FADIRA
KHGA20005



STIKES KARSA HUSADA GARUT



LANGKAH - LANGKAH



Persiapan alat

- 1) Kursi
- 2) Meja
- 3) Minyak aroma terapi / minyak telon aroma terapi
- 4) BH khusus untuk menyusui.
- 5) Handuk 2.

Langkah-langkah pelaksanaan

- 1) Duduklah dengan nyaman sambil bersandar ke depan, bisa dengan cara melipat lengan di atas meja.
- 2) pasang kepala di atas lengan
- 3) Lepas bra dan baju bagian atas. Biarkan payudara tergantung lepas



4) Lumuri kedua tangan dengan sedikit baby oil

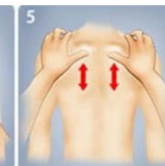
5) Kepalkan kedua tangan dengan ibu jari menunjuk ke depan dimulai dari bagian tulang yang menonjol di tengkuk. Turun sedikit ke bawah kira-kira dua ruas jari dan geser ke kanan ke kiri, setiap kepalan tangan sekitar dua ruas jari



6) Dengan menggunakan kedua ibu jari, mulailah memijat membentuk gerakan melingkar kecil menuju tulang belikat atau daerah dibagian batas bawah bra ibu



7) Lakukan pijat ini sekitar 3 menit dan dapat diulangi sebanyak 3 kali.



8) Setelah selesai memijat sambil membersihkan sisa baby oil, kompres pundak-punggung ibu dengan handuk hangat









FORMAT BIMBINGAN









Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A (P₁A₀) 3 Jam Post *Sectio Caesarea* Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD) di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

Nama : ALMA FADIRA

NIM : KHGA20005

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	25 Mei 2023	BAB I	Perbaiki latar belakang, data dari RS		
2.	08 Juni 2023	BAB I	Perbaiki latar belakang sesuai petunjuk dan lanjut bab II		
3.	12 Juni 2023	BAB II	Pengkajian, luaran sesuai SLKI		
4.	13 Juni 2023	BAB II	Lanjut BAB III		

5.	15 Juni 2023	BAB III	Intervensi perbaiki sesuai petunjuk		
6.	22 Juni 2023	BAB III	Perbaiki catatan perkembangan, intervensi, implementasi cantumkan waktu dan lanjut pembahasan		
7.	25 Juni 2023	BAB IV	Perbaiki di rekomendasi lanjut buat draf		
8.	27 Juni 2023	Abstrak, kata pengantar, daftar isi, SAP dan leaflet	ACC untuk sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Alma Fadira

Jenis kelamin : Perempuan

Tempat, tanggal lahir : Garut, 23 Agustus 2001

Alamat : Jln.Raya Samarang Kp. Lebak Gede

2. Riwayat Pendidikan

a. SDN Mekarwangi 3 : 2008-2014

b. SMPN 1 Tarogong Kaler : 2014-2017

c. SMAN 17 Garut : 2017-2020

d. STIKes Karsa Husada Garut : 2021-2023