

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. G (P1A0) 8 JAM
***POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI GAWAT JANIN DI**
RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa
Husada Garut

Disusun Oleh:

LAFIFAH NURHAMIDAH
KHG A. 20060



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. G (P1A0) 8 JAM POST
SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI GAWAT JANIN DI
RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : LAFIFAH NURHAMIDAH

NIM : KHG A. 20060

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan Dihadapan Penelaah Program Studi
DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui

Pembimbing



Eti Suliyawati, S. Kep., M.S

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. G (P1A0) 8 JAM
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI GAWAT
JANIN DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : LAFIFAH NURHAMIDAH

NIM : KHG A. 20060

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Penguji II



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

Mengetahui,
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan
Pembimbing



Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si

ABSTRAK

IV BAB,100 halaman,13 tabel, 1 bagan, 4 lampiran

Karya tulis ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. G (P1A0) 8 Jam *Post Sectio Caesarea* Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut”. Latar belakang dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah bahwa gawat janin (*fetal distress*) termasuk kedalam 10 besar kasus *post sectio caesarea* di RSUD dr. Slamet Garut dan menempati urutan ke 3 dengan jumlah kasus sebanyak 45 kasus. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif dengan pendekatan keperawatan. Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Gawat janin (*fetal distress*) adalah kondisi janin mengalami hipoksia akibat kurangnya asupan oksigen yang di tandai oleh denyut jantung janin yang abnormal (<120x/menit dan >160x/menit) tindakannya yaitu dengan operasi *sectio caesarea*. *Sectio caesarea* merupakan proses pembedahan untuk melahirkan bayi melalui penyayatan pada dinding abdomen dan uterus. Diagnosa yang muncul pada *sectio caesarea* adalah nyeri akut, resiko infeksi, menyusui tidak efektif. Intervensi yang dibuat berdasarkan standar yang sudah diterapkan dan implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan. Evaluasi menunjukan nyeri akut teratasi sebagian, resiko infeksi teratasi sebagian, menyusui tidak efektif teratasi. Kesimpulan yang dapat diambil adalah penulis mampu melaksanakan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan. Adapun rekomendasi yang disampaikan adalah diperlukan adanya kerja sama antara klien dan keluarga dalam melakukan perawatan luka *post* operasi untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca melahirkan seperti kemungkinan terjadi infeksi *post sectio caesarea*.

Kata kunci : Gawat janin (*fetal distress*), Asuhan Keperawatan *Post Sectio Caesarea*

Daftar Pustaka : 27 sumber (2015-2023)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan pada Ny. G (P1A0) 8 Jam Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Gawat Janin Di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut**” yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan dan memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

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

1. DR. H. Hadiat., M.A., selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Engkus Kusnadi., S.Kep ., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. K. Dewi Budiarti., M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII-Keperawatan STIKes Karsa Huasada Garut.

4. Eti Suliyawati., S.Kep., M.Si., selaku pembimbing penyusunan KTI yang selalu memberikan arahan, dukungan serta motivasi untuk terus belajar kepada penulis.
5. Kepada kedua orang tua yang telah banyak memberikan banyak cinta dan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis sehingga menjadi motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini. Semoga keringat dan air matanya dibalas dengan kebahagiaan yang haqiqi di dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
6. Kepada seluruh staf dan perawat yang ada di unit rawat inap Ruang Jade RDUD dr. Slamet Garut, khususnya CI ruangan yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan pembelajaran serta pengalaman di lapangan kepada penulis demi kelancaran pembuatan karya tulis ilmiah ini.
7. Kepada Ny. G beserta keluarga yang bersedia bersilaturahmi dan bekerjasama dengan baik dengan penulis.
8. Kepada seluruh civitas akademika yang ada di STIKes Karsa Husada Garut umumnya, beserta seluruh staf dosen Program Studi DIII-Keperawatan khususnya, yang telah memberikan bantuan berupa motivasi serta ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi DIII-Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut ini.
9. Kepada keluarga besar penulis yang selalu mendo'akan, memberikan dukungan serta semangat kepada penulis selama menyelesaikan pendidikan.
10. Kepada para sahabat Lutpiah, witri, salsa, mita yang telah memberi semangat dan dukungan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

11. Kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

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

Garut, 26 Juni 2023

Penulis

Lafifah Nurhamida

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. Tujuan	5
C. Metode Telaahan.....	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II.....	10
TINJAUN TEORI.....	10
A. Konsep Dasar Teori	10
1. Gawat Janin (<i>Fetal Distress</i>).....	10
a. Pengertian Gawat Janin.....	10
b. Etiologi.....	11
c. Tanda dan Gejala	11
d. Patofisiologi	12
e. Pemeriksaan Penunjang	13
f. Komplikasi.....	13
g. Penatalaksanaan	14
2. <i>Sectio Caesarea (SC)</i>	14
a. Pengertian <i>Sectio Caesarea (SC)</i>	14
b. Etiologi.....	15
c. Patofisiologi	16
d. Jenis – Jenis <i>Sectio Caesarea (SC)</i>	16
e. Komplikasi	17
f. Pemeriksaan Penunjang	17

g. Penatalaksanaan	18
h. Patway.....	19
3. <i>Post Partum</i>	20
a. Pengertian	20
b. Perubahan Fisiologis Pada Masa <i>Post Partum</i>	20
c. Adaptasi Psikologis <i>Post Partum</i>	24
4. Dampak <i>Post Sectio Caesarea</i> terhadap Kebutuhan Dasar Manusia.....	26
B. Konsep Asuhan Keperawatan	28
D. Pola Aktivitas Sehari – Hari.....	37
E. Data Penunjang	39
F. Analisa Data.....	39
1. Diagnosa Keperawatan	40
2. Perencanaan Keperawatan	42
BAB III	49
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	49
A. Tinjauan Kasus.....	49
1. Pengkajian.....	49
2. Analisis Data.....	61
4. Proses Keperawatan	64
5. Catatan Perkembangan.....	71
B. Pembahasan.....	74
BAB IV	80
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	80
A. KESIMPULAN.....	80
B. REKOMENDASI	81
DAFTAR PUSTAKA	83
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.....	5
Tabel 2.1 Analisa Data.....	40
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut.....	43
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Resiko Infeksi.....	45
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Defisit Perawatan Diri.....	46
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Mobilisasi.....	47
Tabel 2.6 Intervensi Menyusui Tidak Efektif.....	48
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari – hari.....	61
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium.....	62
Tabel 3.3 Therapy Medis.....	62
Tabel 3.4 Analisa Data.....	63
Tabel 3.5 Proses Keperawatan.....	66
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan.....	74

DAFTAR BAGAN

Tabel 1.1 Daftar Bagan.....	20
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : SAP

Lampiran II : Leaflet

Lampiran III : Lembar Bimbingan

Lampiran IV : Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan adalah suatu keadaan kedudukan orang dalam tingkat sehat atau sakit. Konsep hidup sehat sampai saat ini masih relevan untuk diterapkan. Kondisi sehat secara holistik bukan saja kondisi sehat secara fisik melainkan juga spiritual dan sosial bermasyarakat (Putri & Purnomo, 2017).

Status kesehatan ibu hamil merupakan suatu proses yang butuh perawatan khusus agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung unsur kehidupan ibu maupun janin. Resiko kehamilan bersifat dinamis karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat berisiko seperti pendarahan baik saat persalinan atau pasca persalinan, gangguan kesehatan dan risiko kematian (Putri, Purnomo, 2017).

Angka kematian ibu (AKI) adalah banyaknya jumlah wanita yang telah meninggal namun bukan karena kecelakaan, kasus yang insidental ataupun bunuh diri melainkan kasus ini disebabkan karena memiliki gangguan kehamilan atau bisa disebabkan karena penanganan yang salah selama masa kehamilan, melahirkan hingga masa nifas yang dalam hitungan 42 hari setelah sang ibu melahirkan tanpa memperhitungkan lama kehamilannya dan adanya tanda-tanda bahaya tentang kehamilan (Badan Pusat Statistik, 2019).

Tingginya angka kematian ibu (AKI) terkait dengan penyebab langsung yaitu kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh kesehatan ibu saat kehamilan dan persalinan, sedangkan penyebab tidak langsungnya dipengaruhi oleh 4 terlalu dan 3 terlambat. Kondisi “4T” yaitu terlalu tua hamil, terlalu muda untuk hamil, terlalu banyak jumlah anak, dan terlalu dekat jarak kelahiran kurang dari dua tahun. Dan dipengaruhi oleh 3 terlambat yaitu terlambat mengenali tanda bahaya persalinan, terlambat mengambil keputusan dan terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan (Chasanah, 2015).

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih relatif tinggi dibanding dengan negara tetangga khususnya negara ASEAN. Indonesia menduduki peringkat ke – 2 di ASEAN pada tahun 2015 dengan angka kematian ibu (AKI) 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu (AKI) pada tahun 2016 adalah 184 per 100.000 kelahiran hidup, peringkat ke - 3. Pada tahun 2017, angka kematian ibu (AKI) di Indonesia 177 per 100.000 penduduk (Hariyanti & Astuti 2017)

Angka kematian ibu (AKI) di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2020 sebanyak 745 kasus atau 85,77% per 100.000 kelahiran hidup, meningkat 61 kasus di bandingkan tahun 2019 yaitu 684 kasus. Dengan penyebab kematian ibu masih di dominasi oleh 27,92% pendarahan (jantung), 3,49% gangguan metabolik 25,91% dan 26,33% gawat janin (Nurhayati & Mulyati, 2023).

Gawat janin merupakan kondisi janin mengalami hipoksia akibat kurangnya asupan oksigen yang ditandai oleh denyut jantung janin yang abnormal (<120x/menit dan >160x/menit). Gawat janin merupakan penyebab mortalitas dan morbiditas yang paling sering terjadi segera setelah lahir sehingga perlu diperlakukan identifikasi penyebab gawat janin sehingga intervensi dapat dilakukan segera untuk meminimalkan mortalitas dan morbiditas.

Tindakan menangani persalinan dengan gawat janin (*Fetal Distress*) yaitu pemasangan infus dengan cairan dextrose 20 tetes permenit, memberikan obat antipiretik, jika sebab ibu tidak diketahui dan denyut janin tetap abnormal maka lakukan pemeriksaan dalam (PD), jika terdapat tanda - tanda gawat janin rencanakan persalinan secepatnya, jika pasien memenuhi kriteria meahirkan pervagina lakukan tindakan dengan forcep atau vakum, jika kelahiran bayi belum terlihat lakukan *sectio caesarea* (SC) (Harahap, Siregar, 2019).

Sectio caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervagina. Indikasi *sectio caesarea* secara garis besar di bagi menjadi dua : dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat panggul sempit, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat

komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, diabetes melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, miom uteri, dan sebagainya), *Chepalo Pelvik Disproportio* (CPD), pre - eklamsi berat (PEB), ketuban pecah dini (KPD), bekas *sectio caesarea* sebelumnya, gawat janin (*Fetal Distress*), dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstrasi (Putu, Ayu, Made, 2020).

Angka persalinan *sectio caesarea* (SC) di Indonesia mencapai sekitar 30-80% dari total persalinan. menurut data Kemenkes RI menyatakan 927.000 dari 4.039.00 persalinan. Dari hasil survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017, angka persalinan SC Indonesia sebesar 17,02% namun angka tersebut diikuti dengan tidak meratanya pemanfaatan persalinan *sectio caesarea* dimana sebesar 66,5% persalinan *sectio caesarea* dilakukan oleh wanita perkotaan dan sebesar 75% persalinan *sectio caesarea* dilakukan oleh wanita golongan menengah keatas (Ferinawati & Hartati, 2019).

Tabel 1.1

Perbandingan kasus Post *Sectio Caesarea* atas Indikasi Gawat Janin dengan Indikasi lain di Ruang Zade RSUD dr. Slamet Garut tahun 2023

No	Kasus	Jumlah	Persentase
1	SC Indikasi PEB	70	20,7%
2	SC Indikasi Indikasi Ketuban Pecah Dini	49	14,4%
3	SC Indikasi Gawat Janin	45	13,3%
4	SC Indikasi CPD	36	10,,7%
5	SC Indikasi Letak Sungsang	35	10,3%
6	SC Indikasi Plasenta Previa	26	7,6%%
7	SC Indikasi Prematur	23	6,8%

8	SC Indikasi Partus Maturus Lama	19	5,6%
9	SC Indikasi Ekslamsi	12	3,5%
10	SC Indikasi PPT	9	2,05%
11	SC Indikasi Bayi Besar	7	1,1%
12	SC Indikasi Gagal Induksi	4	1,1%
13	SC Indikasi Serotinus	3	0,8%
14	SC Indikasi Lintang	3	0,8%
	Total	341	100%

Sumber : Buku register RSUD dr. Slamet Garut

Berdasarkan data yang di peroleh di RSUD dr. Slamet Garut, tindakan *sectio caesarea* (SC) atas indikasi gawat janin dari bulan Januari - April 2023 dengan persentasi 13,3%, berada pada urutan ke- 3 atas dengan jumlah kasus sebanyak 45 kasus (Buku register RSUD dr. Slamet Garut).

Komplikasi yang sering terjadi pada ibu dengan post *sectio caesarea* (SC) yaitu infeksi, pendarahan, luka kandung kemih, embolim paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonenealisasi terlalu tinggi, kemungkinan rupture uteri spontan pada kehamilan mendatang (Aspian, 2017).

Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. G (P1A0) 8 JAM POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI GAWAT JANIN DI RUANG JADE RSUD dr. SLAMET GARUT”**

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu dengan post *sectio caesarea* atas indikasi gawat janin secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual denga pendekatan proses kepetawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan dignosa keperawatan dengan tepat pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan dengan tepat pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan dengan terampil pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi dari setiap tindakan yang telah dilakukan pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan pelaksana asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin di Ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Metode penulisan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah dengan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Adapun teknik pengumpulan data pada studi kasus ini sebagai berikut:

1. Wawancara

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

2. Pemeriksaan Fisik

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

3. Observasi

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

4. Studi Dokumentasi

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

5. Studi Kepustakaan

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

D. Sistematika Penulisan

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

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

BAB II Menguraikan tinjauan teoritis yang membahas tentang konsep dasar gawat janin (*Fetal Distress*), konsep dasar *sectio caesarea*, konsep dasar *post partum*, dan konsep dasar asuhan keperawatan.

BAB III Menjelaskan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan serta pembahasan permasalahan yang muncul dalam dalam proses pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, dignosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB IV Berisi tentang kesimpulan dan rekomendasi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang di lakukan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUN TEORI

A. Konsep Dasar Teori

1. Gawat Janin (*Fetal Distress*)

a. Pengertian Gawat Janin

Gawat janin merupakan kondisi hipoksia progresif yang di alami oleh janin yang diakibat oleh tidak kebutuhan oksigen ke janin. Kondisi gawat janin ini ditandai oleh beberapa hal diantaranya adalah perubahan pola denyut jantung janin (DJJ), perubahan jumlah gerak janin, pertumbuhan janin yang terlambat, maupun adanya pengeluaran mekonium selama proses persalinan (Iswanti, 2023).

Gawat janin merupakan kondisi janin mengalami hipoksia akibat kurangnya asupan oksigen yang di tandai oleh denyut jantung janin yang abnormal ($<120x/menit$ dan $>160x/menit$). Gawat janin merupakan penyebab mortalitas dan morbiditas yang paling sering terjadi segera setelah lahir sehingga perlu diperlakukan identifikasi penyebab gawat janin sehingga intervensi dapat dilakukan segera untuk meminimalkan mortalitas dan morbiditas (Putri, Astuti & Damaila, 2021)

Berdasarkan pengertian diatas dapat di simpulkan bahwa gawat janin (*fetal distress*) adalah kondisi janin yang mengalami

kekurangan oksigen atau hipoksia sehingga janin harus segera dilahirkan.

b. Etiologi

Menurut Putri, Astuti & Damaila, 2021 penyebab gawat janin sebagai berikut :

- 1) Infeksi
- 2) Insufisiensi plasenta
- 3) Kehamilan posterm
- 4) Pendarahan
- 5) Persalinan berlangsung lama
- 6) Persalinan induksi
- 7) Pre - eklamsi

c. Tanda dan Gejala

Menurut Iswanti, 2023 tanda dan gejala gawat janin sebagai berikut:

- 1) DJJ Abnormal
 - a) Bradikardi yaitu denyut jantung janin kurang dari 120 denyut permenit.
 - b) Takikardi yaitu denyut jantung janin yang lebih 160 permenit.
- 2) Mekonium keluar dari usus janin sehingga bercampur dengan air ketuban meningkatkan resiko infeksi perinatal, juga dapat mengiritasi kulit janin sehingga meningkatkan kejadian erythema toksikum

d. Patofisiologi

Gawat janin (*fetal distress*) merupakan indikator kondisi yang mendasari terjadinya kekurangan oksigen sementara atau permanen pada janin, yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan asidosis metabolik. Karena oksigenasi janin tergantung pada oksigenasi ibu dan perfusi plasenta, gangguan oksigenasi ibu, suplai darah ke rahim, transfer plasenta atau transportasi gas janin yang dapat menyebabkan hipoksia janin dan *non – reassuring fetal status*. Kondisi yang umumnya terkait dengan *non – reassuring fetal status* termasuk penyakit kardiovaskuler ibu, anemia, diabetes, hipertensi, infeksi, solusio plasenta, persentasi janin yang abnormal, pembatasan pertumbuhan intrauteri, dan kompresi tali pusat, antara lain kondisi obstetri, ibu atau janin (Iswanti, 2023)

Janin mengalami tiga tahap penurunan kadar oksigen : hipoksia sementara tanpa asidosis metabolik, hipoksia jaringan dengan risiko asidosis metabolik, dan hipoksia dengan asidosis metabolik. Respon janin terhadap kekurangan oksigen diatur oleh sistem saraf otonom, yang dimediasi oleh mekanisme parasimpatis dan simpatis. Janin dilengkapi dengan mekanisme kompensasi untuk hipoksia sementara selama kehamilan, tetapi hipoksia janin yang terus menerus dapat menyebabkan asidosis secara progresif dengan kematian sel, kerusakan jaringan, kegagalan organ, dan kemungkinan kematian. Menanggapi hipoksia, mekanisme

kompensasi janin meliputi 1) penurunan denyut jantung; 2) pengurangan konsumsi oksigen yang disebabkan oleh berhentinya fungsi - fungsi yang tidak penting seperti gerak tubuh; 3) redistribusi output jantung ke orga perpusi, seperti jantung, otak dan kelenjar adreal; dan 4) beralis ke metabolisme seluler anaero (Iswanti, 2023).

Metabolismen anaerob yang terjadi saat hipoksia menyebabkan siklus metabolisme glukosa janin menghasilkan tmbunan asam laktat dan piruvat, menyebabkan keterbatasan menetralsir asidosis, menurunkan pH janin sehingga memberikan gangguan metabolisme lebih lanjut dan membahayakan fungsi organ serta dapat menimbulkan kematian (Iawanti, 2023).

e. Pemeriksaan Penunjang

- 1) USG (*untrasonoghrapi*) untuk memonitor DJJ, memperoleh visualisasi jaringan perut dan organ didalamnya, memonitor gerakan pernafasan fetus, dan gerakan fetus.
- 2) Sinar X untuk menampakan bagian -bagian tubuh dari janin.
- 3) Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui ada atau tidak hemoglobin dan hematokrit menurun (Harahap, Siregar, 2019).

f. Komplikasi

- 1) Bayi mengalami asfiksia (KEMENKES, 2018)
- 2) Membahayakan keselamatan ibu dan bayi (KEMENKES, 2018)
- 3) Cacat jangka panjang (Federico dan Staton, 2018)

- 4) Bayi mengalami asfiksia, bayi akan mengalami hipotemi, detak jantung bayi akan lemah dan mengakibatkan kematian bayi (Harahap, Siregar, 2019)

g. Penatalaksanaan

Menurut Harahap & Siregar 2019, tindakan menangani persalinan dengan gawat janin (*Fetal distress*) yaitu pemasangan infus dengan cairan dekstros 5% 20 tetes per menit, memberikan obat anti piretik, jika denyut jantung janin tetap abnormal maka lakukan pemeriksaan dalam, jika terdapat tanda – tanda gawat janin rencanakan persalinan secepatnya, jika kondisi pasien memenuhi kriteria melahirkan pervagina lakukan tindakan dengan vakum, jika kelahiran bayi belum terlihat lakukan (SC).

2. Sectio Caesarea (SC)

a. Pengertian Sectio Caesarea (SC)

Sectio caesarea (SC) merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu hysterotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Ayuningtyas, Dumilah, et al, 2018).

(SC) merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut

dan dinding uterus untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu. Beberapa tahun terakhir persalinan normal dianggap sebagai cara melahirkan yang sulit dan cenderung berbahaya bagi ibu bersalin dan bayinya, sehingga metode (SC) pada sebagian masyarakat menjadi pilihan alternatif dalam metode bersalin (Putra, Sena dkk, 2021).

Berdasarkan pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa (SC) adalah tindakan yang dilakukan untuk mengeluarkan janin dengan cara membuat sayatan pada dinding abdomen dan uterus untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin.

b. Etiologi

Menurut Nurarif dan Kusuma, 2015 etiolog *sectio caesarea* (SC)

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Yaitu terdapat panggul sempit, plasenta previa, solutsio plasenta, komplikasi kehamilan yaitu preeclampsia-eklampsia, kehamilan yang disertai penyakit jantung, penyakit DM, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum.

c. Patofisiologi

Sectio caesarea (SC) merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat badan diatas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini untuk ibu yaitu distrosi kepala panggul, disfungsi uterus, distorsia jaringan lunak, plasenta previa, dan lain-lain. Sedangkan untuk janin adalah gawat janin. Janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologis yaitu produksi oksitosin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi post desentris bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotic dan perawatan luka dengan prinsip steril. Nyeri adalah salah satu utama karena insisi yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman (Aurelly & Yurike, 2015)

d. Jenis – Jenis *Sectio Caesarea* (SC)

Jenis-jenis operasi *seksio sesarea* (SC) menurut (Aurelly & Yurike, 2015) yaitu sebagai berikut:

1) *Sectio caesarea* (SC)

Seksio sesarea transperitonealis

2) *Sectio caesarea* (SC) vaginalis menurut arah sayatan pada

Rahim, seksio sesarea dapat dilakukan sebagai berikut:

a) Sayatan memanjang (longitudinal).

b) Sayatan melintang (transversal).

c) Sayatan huruf T (T-incision).

e. Komplikasi

Menurut (Aspiani, 2017) komplikasi yang sering terjadi pada dengan *sectio caesarea* (SC) adalah sebagai berikut:

- 1) Infeksi puerperal (nifas)
- 2) Pendarahan disebabkan karena
- 3) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reoperitonealisasi terlalu tinggi.
- 4) Kemungkinan ruptura uteri spontan pada kehamilan mendasar.

f. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Aspiani, 2017) pemeriksaan dengan *sectio caesarea* (SC) adalah sebagai berikut:

- 1) Hitungan darah lengkap
- 2) Golongan darah (ABO) dan pencocokan silang, tes coombs. Nb.
- 3) Urinalisis untuk menentukan kadar albumin/glukosa.
- 4) Kultur untuk mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe

II.

- 5) Ultrasonografi untuk melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- 6) Amniosintesis untuk mengkaji maturitas paru janin.
- 7) Test stres kontraksi untuk mengkaji respons janin terhadap gerakan stress dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.

- 8) Penentuan elektronik selanjutnya untuk memastikan status janin/aktivitas uterus.

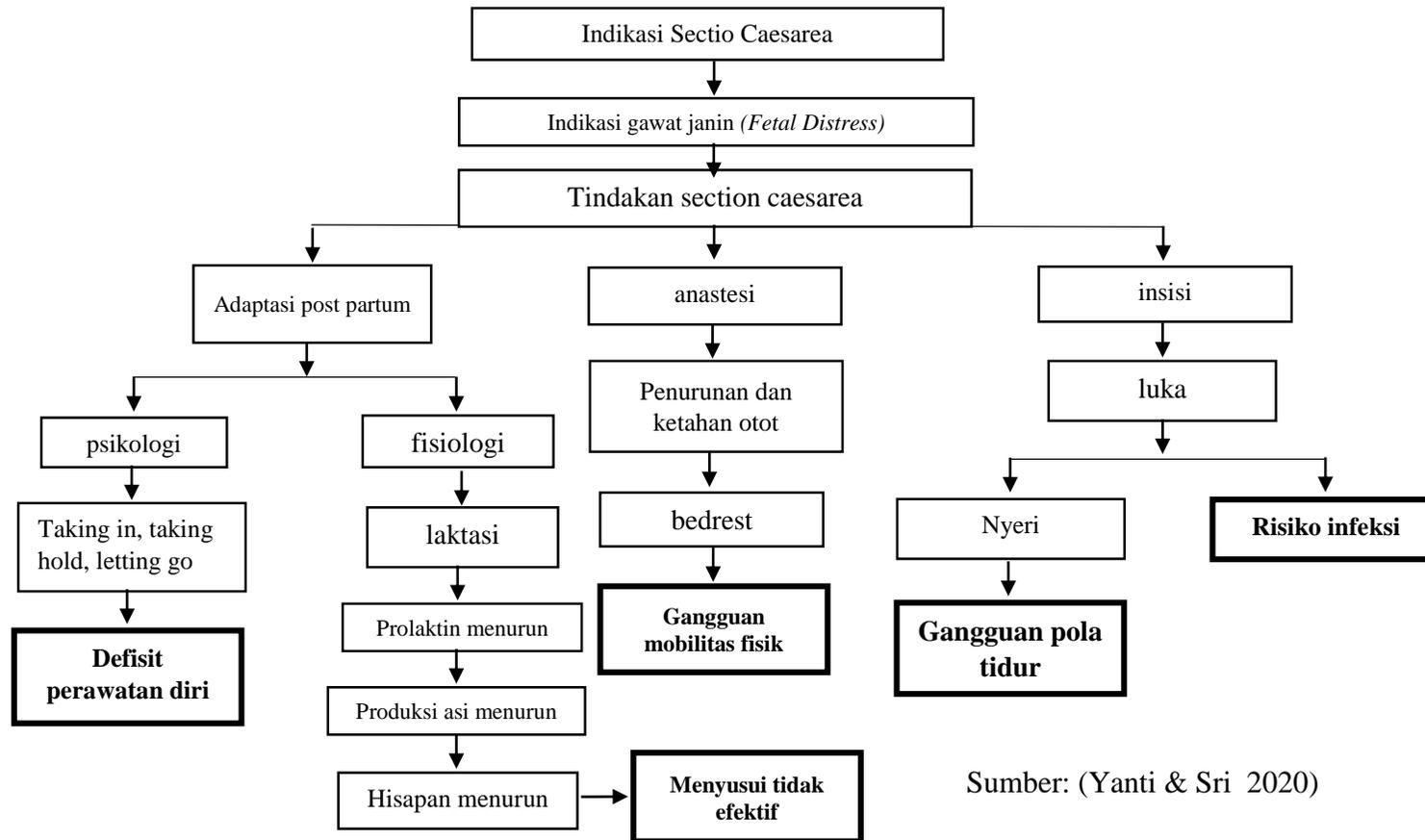
g. Penatalaksanaan

Menurut (Aspiani, 2017) penatalaksanaan medis setelah dilakukan SC yaitu:

- 1) Perdarahan pada vagina harus dipantau dengan cermat.
- 2) Pemberian analgetik dan antibiotic.
- 3) Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam.
- 4) Pemberian cairan intra vaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan.
- 5) Ambulasi satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain.
- 6) Perawatan luka
- 7) Pemeriksaan laboratorium (Aspiani, 2017)

h. Patway

Bagan 1.1
Pathway post sc atas indikasi Gawat Janin (*Fetal Distress*)



3. *Post Partum*

a. Pengertian

Post partum atau puerperium adalah masa sesudah persalinan, masa perubahan, pemulihan, penyembuhan dan pengembalian alat-alat kandungan/reproduksi seperti sebelum hamil yang lama nya 6 minggu atau 40 hari pasca persalinan. (Jannah, Miftahul, Azza, dkk 2020).

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir setelah alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa *post partum* berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Hasanah & Uswatun 2021). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa post partum adalah masa pemulihan yang dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir kira-kira 6 minggu.

b. Perubahan Fisiologis Pada Masa *Post Partum*

1) Uterus

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

- a) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000gr.
- b) Pada 1 hari post partum, TFU 2 jari di bawah pusat.
- c) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simfisis dengan berat 500gr.

- d) Pada 2 minggu post partum, TFU tidak teraba dengan berat 350gr.
- e) Pada 6 minggu post partum, TFU mengecil dengan berat 50gr.
- f) Pada 8 minggu post partum, normal dengan berat 30gr.

2) Lochea

Lochea yaitu cairan berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa post partum. Berikut ini beberapa jenis lochea:

- a) Lochea Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, desidua, vernik kaseosa, lanugo, meconium berlangsung 2 hari post partum.
- b) Lochea Sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan berlangsung selama 3-7 hari post partum.
- c) Lochea Serosa berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit berlangsung 7-14 hari post partum.
- d) Lochea Alba berwarna putih terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua berlangsung 14 hari-2 minggu berikutnya 26.

3) Endometrium

Perubahan terjadi dengan timbulnya thrombosit, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Bekas implantasi plasenta karena kontraksi sehingga menonjol ke kavum uteri,

hari ke 1 endometrium tebal 2,5 mm, endometrium akan rata setelah hari ke 3.

4) Serviks

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

5) Vagina dan Perineum

Vagina secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran nulipara. Minggu ke 3 rugae vagina kembali. Perineum yang terdapat jahitan serta edema akan berangsur-angsur pulih sembuh 6-7 hari tanpa infeksi.

6) Mamae atau payudara

Selama kehamilan jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya mempersiapkan makanan untuk bayi. Pada hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai dirasakan. sel acini yang menghasilkan ASI mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, oksitosin merangsang ensit let down (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI.

7) Sistem Pencernaan

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

8) Sistem Perkemihan

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

9) Sistem Musculoskeletal

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

10) Sistem endokrin

Hormon – hormon yang berperan:

- a) Oksitosin berperan dalam kontraksi uterus mencegah perdarahan, membantu uterus kembali normal.
- b) Prolaktin, dikeluarkan oleh kelenjar dimana pituitrin merangsang pengeluaran prolactin untuk produksi ASI (Wahyuningsih & Sri, 2019).

11) Perubahan Tandan – Tanda Vital

Tanda-tanda vital sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah. Denyut nadi normal 60-80x /menit. Pada proses persalinan biasanya akan mengalami peningkatan, tetapi pada masa nifas denyut nadi akan kembali normal. Frekuensi pernafasan normal 18-24x /menit. Setelah persalinan, frekuensi pernafasan akan kembali normal, keadaan pernafasan biasanya

berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal $36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$, hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Tekanan darah normal sistol 110-140 mmHg dan untuk diastol 60-80 mmHg, setelah persalinan tekanan darah sedikit menurun karena terjadinya perdarahan pada saat proses persalinan.

12) Setelah melahirkan, adanya striae pada dinding abdomen tidak dapat dihilangkan sempurna dan berubah jadi putih (striae albicans).

13) Evaluasi tonus otot abdomen untuk menentukan diastasis (derajat pemisah otot rektus abdomen)

Pada saat hamil otot dan persendian menjadi relaks untuk persiapan melahirkan (linea alba menjadi sangat mudah mulur).

Ketika otot rectus abdomen makin terpisah dan linea alba makin mulur ke samping dan menjadi sangat tipis, pemisahan otot ini disebut diastasis (Wahyuningsih & Sri, 2019)

c. Adaptasi Psikologis *Post Partum*

Periode *post partum* menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- 2) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi.
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain.
- 4) Pengaruh budaya satu atau dua hari postpartum mengalami 3 fase yaitu:
 - a) Fase *Talking In*
 - (1) Periode ini terjadi 1 – 2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
 - (2) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan.
 - (3) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur.
 - (4) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah.
 - b) *Talking Hold*
 - (1) Berlangsung 2 – 4 hari post partu. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orangtua yang sukses dan meningkat tanggung jawab terhadap janin.
 - (2) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh (mis, eliminasi).
 - (3) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi.

c) *Letting Go*

(1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatiannya yang diberikan oleh keluarga.

(2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi.

(3) Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum
(Wahyuningsih & Sri, 2019)

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

a. Nyeri

Biasanya dirasakan pada daerah abdomen akibat luka operasi. Untuk mengatasi rasa sakit pada klien maka anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi atau nafas dalam. Serta memberi therapy obat analgetic.

b. Nutrisi dan cairan

Pada ibu post partum section caesarea masih dianjurkan untuk puasa apabila ibu belum flatus dan bising usus belum terdengar untuk menghindari aspirasi. Sebagai pengganti dari makanan dan cairan, diberikan cairan infus RL, apabila klien sudah flatus dan bising usus normal klien diperbolehkan untuk minum 1 sendok tiap jam kemudian setelah itu dicoba untuk diet lunak Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP).

c. Aktivitas

Klien pasca bedah mengalami gangguan aktivitas disebabkan karena rasa nyeri yang ditimbulkan dari luka dan adanya penurunan dari kekuatan otot, sehingga aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

d. Personal hygiene

Kebutuhan personal hygiene pada ibu post partum section caesarea tidak terpenuhi karena keadaan klien yang lemah untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene tersebut maka dilakukan bantuan membersihkan tubuh klien, membersihkan mulut, membersihkan rambut, dan membersihkan vulva.

e. Eliminasi urine

Kebanyakan klien dapat berkemih secara spontan dalam waktu 8jam setelah melahirkan. Selama kehamilan terjadi peningkatan cairan 50%. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine.

f. Emosi

Ketika saat kelahiran telah dekat wanita akan mengalami peningkatan kegembiraan mencapai klimaks dengan kelahiran bayi. Seringkali emosi yang tinggi menurun dengan cepat setelah kelahiran.

g. Istirahat tidur

Pada ibu post section caesarea biasanya mengalami kurang tidur akibat dari adanya rasa nyeri yang dirasakan pada daerah abdomen (Ayuningtyas, Oktarina, Nyoman dkk, 2018).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan aktivitas bagian praktik keperawatan yang dilakukan secara sistematis. Perawatan menggunakan pengetahuan komprehensif untuk mengkaji masalah pasien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendignosa, mengindentifikasi hasil akhir kesehatan psien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat untuk mencapai tujuan merupakan pelaksanaan proses keperawatan (Dermawan, 2013).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu dignosa keperawtan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Ahmad & Fitriani 2023).

a. Identitas Klien

Nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan suku, status perkawinan, alamat, diagnosa medis, tanggal masuk, tanggal pengkajian, NO.RM.

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pada klien post operasi keluhan utamanya yaitu klien mengeluh nyeri pada bekas operasi, badannya lemah, tidak berani bergerak.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu jam selesai operasi, kesadaran klien, keadaan umum, letak dan ukuran, dari luka operasi juga menjelaskan tentang tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post sc dengan menggunakan format P,Q,R,S,T Yaitu :

- 1) P (paliatif/penyebab): Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri, apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik, apa yang dilakukan jika sakit/nyeri hilang timbul, apakah nyeri mengganggu tidur.

- 2) Q (quality/kualitas): Bisakah pasien menjelaskan rasa sakit/nyeri, apakah rasanya tajam, sakit seperti diremas, ditusuk – tusuk.
 - 3) R (region/penyebaran) Apakah nyeri menyebar atau fokus pada satu titik.
 - 4) S (skala): Nilai nyeri dalam skala 0 -10, 0 berarti tidak nyeri, 6 -7 nyerinya sedang, dan 10 paling nyeri.
 - 5) T (time/waktu): Kapan sakit muncul, apakah munculnya secara terus menerus atau kadang – kadang.
- 3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah klien pernah sakit parah sebelumnya sampai mengalami pembedahan.
 - 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu penyakit berat yang pernah diderita salah satu anggota yang ada hubungannya dengan operasi misalnya TBC, DM dan hipertensi.
 - 5) Riwayat Obstetri dan Ginekologi
 - 6) Riwayat obsetri
 - a) Riwayat Obsetri

Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), berapa kali

ibu hamil, penolong persalinan, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir anak jika masih ingat. Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

b) Keadaan Haid

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

c) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

d) Kehamilan

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

e) Riwayat Kehamilan dan Persalinan yang Lalu

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

f) Pemeriksaan Fisik

(1) Keadaan Umum

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

(2) Tanda-Tanda Vital

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

(a) Nadi dan suhu di atas normal dapat menunjukkan kemungkinan adanya infeksi.

(b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan.

(c) Respirasi keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan denyut nadi dan suhu.

(3) Pemeriksaan *Head To Toe*

(a) Kepala

Pengkajian kepala dalam bentuk dan fungsi kepala, dimulai dengan inspeksi kemudian palpasi. Saat inspeksi amati kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kepala, palpasi kepala

mengenai keadaan rambut, kulit kepala, adanya massa, pembengkakan dan nyeri tekan.

(b) Mata

Tujuannya untuk mengetahui efek anestesi masih ada atau sudah hilang. Respon buka mata belum stabil, pandangan kabur mengindikasikan efek anestesi belum hilang.

(c) Hidung

Hidung dikaji dengan tujuan untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi hidung dengan cara inspeksi dan palpasi. Inspeksi tentang kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembengkakan atau sumbatan dan secret. Palpasi senus maksilaris, frontalis, apakah ditemukan nyeri tekan dan dikaji fungsi penciuman.

(d) Telinga

Bertujuan untuk mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga/membrane timpani dan pendengaran. Dengan inspeksi dapat diketahui kesimetrisan telinga kiri dan kanan, warna kulit dan kebersihannya. Palpasi adanya nyeri tekan dan kaji juga pendengaran dengan menggunakan arloji dan bisikan.

(e) Mulut dan Gigi

Pengkajian mulut dilakukan dengan adanya pencahayaan yang baik sehingga semua bagian mulut dapat diamati dengan jelas. Inspeksi apakah ada kelainan konginetal seperti bibir sumbing, warna, kebersihan gigi, dan lidah. kemudian lakukan palpasi apakah ada pembengkakan atau nyeri tekan dan serta kaji juga tentang fungsi pengecapan baik atau tidak.

(f) Leher

Pemeriksaan dimulai dengan inspeksi mengenai warna kulit, kaji adakah pembengkakan dan pergerakan kelenjar tiroid. kemudian lakukan palpasi mengenai kelenjar limfe dan kelenjar getah bening lalu lanjutkan dengan pemeriksaan mobilitah leher.

(g) Dada dan Payudara

(1) Jantung

Lakukan auskultasi bunyi jantung lup dub, irama regular, denyut jantung normal (60-100 detak/menit).

(2) Paru – Paru

Lakukan inspeksi kesimetrisan dada kiri dan kanan. kebersihan dada, lihat perkembangan dada dan frekuensinya. Palpasi adakah nyeri

tekan atau tidak. Perkusi apakah ada suara nafas normal antara dada kiri dan kanan, bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

(3) Payudara

Inspeksi, bentuk simetris atau tidak, biasanya terdapat hiperpigmentasi areola, kemungkinan terdapat tanda-tanda pembendungan ASI sedikit atau bahkan belum ada, puting susu menonjol keluar, payudara tampak bersih, palpasi ada atau tidaknya benjolan dan nyeri tekan.

(h) Abdomen

Dilakukan dengan cara inspeksi: kaji keadaan abdomen dan kebersihannya, kaji adakah striae livide dan linea nigra. Pada luka post operasi SC harus dikaji apakah terdapat luka operasi, bentuk cembung, tanda-tanda infeksi seperti terdapat eritema bengkak, keadaan balutan apakah ada noda atau kering dan utuh, Lakukan palpasi TFU 2 jari dibawah pusat, terdapat nyeri tekan pada luka operasi SC, abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan, abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat di

masase untuk merangsang kontraksi, palpasi kandung kemih, perkusi bunyi tympani, Auskultasi biasanya bising usus 12x/menit

(i) Genitalia

Dilakukan dengan inspeksi: Adakah pengeluaran lochea rubra, bagaimana warnanya, banyaknya, bau serta adakah oedema vulva.

(j) Ekstermitas

(1) Ekstermitas atas

Kesimetrisannya, ujung-ujung jari sianosis atau tidak, ada tidaknya oedema, klien dengan post operasi biasanya terpasang infus dan ada keterbatasan gerak.

(2) Ekstermitas bawah

Kesimetrisannya, ada tidaknya oedema, bagaimana dengan pergerakannya biasanya klien dengan post operasi sering takut menggerakkan kakinya. Kaji adanya varises, reflek patella, archiles positif, sering merasa kesemutan atau tidak.

C. Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual

1. Aspek Psikologis

Pada klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung.

2. Aspek Sosial

Klien dengan post sectio caesarea akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu di kaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.

3. Aspek Spiritual

Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

D. Pola Aktivitas Sehari – Hari

1. Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6 jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah 8 jam baru diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung di beri makan, minum seperti biasanya, bahkan

anjurkan banyak minum. Kaji frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya.

2. Eliminasi BAB dan BAK

Meliputi beberapa kali BAB, konsistensi, warna, bau, dan klien dengan *post sectio caesarea* untuk BAK sudah memakai diapers.

3. Istirahat Tidur

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

4. Personal Hygiene

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

5. Aktivitas

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

E. Data Penunjang

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

1. Hemoglobin mungkin rendah akibat dari pengeluaran darah yang banyak sehingga terjadi volume plasma darah yang meningkat.
2. Leukosit untuk mengetahui kemungkinan terjadinya infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis.
3. Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
4. Pemeriksaan jumlah tiroksin akibat pengaruh dan hormon estrogen.

F. Analisa Data

Tabel 2.1
Analisa Data

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak Meringis 2) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur 	Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikardin, serotone, histamin, dan serotonin rangsangan ini di hantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri yang di persepsikan sebagai nyeri	Nyeri Akut
2		Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri sehingga menimbulkan infeksi	Risiko infeksi
3	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: -</p>	Adanya luka post op menyebabkan keterbatasan gerak	

	<p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri 2) Minat melakukan perawatan diri kurang 	dalam melakukan aktivitas sehingga ADL dibantu 40eficit perawatan diri terganggu	Difisit Perawatan Diri
4	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot menurun 2) Rentang gerak (ROM) menurun 	Pasien dengan post operasi sc mengalami penurunan kekuatan atau kelemahan fisik karena nyeri sehingga kebutuhan ADL nya harus dibantu	Gangguan mobilitas fisik
5	<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kelelahan maternal 2) Rentang gerak (ROM) menurun <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bayi tidak mampu melekat pada payudara ibu 2) ASI tidak menetes/memancar 3) BAK bayi kurang dari 8 kali dalam 24 jam 4) Nyeri dan/atau lecet terus menerus setelah minggu kedua 	Post partum atau SC hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI ketidak efektifan pemberian asi	Menyusui tidak efektif

1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian yang dibuat hanya setelah pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh. Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses

keidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda atau gejala. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2018). Kemungkinan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan post sectio caesarea adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik
- b. Resiko Infeksi dibuktikan dengan dengan kerusakan integritas kulit
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan refleks oksitoksin

2. Perencanaan Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
 1. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko infeksi
 2. Kriteria Hasil:
 - a) Keluhan nyeri menurun
 - b) Meringis menurun
 - c) Tekanan darah membaik
 - d) Pola tidur tidur membaik

Tabel 2.2

Perencanaan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri	1) untuk mengetahui lokasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dirasakan pasien 2) dapat mengetahui skala nyeri

<p>3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>4) Identifikasi pengaruh budaya terhadap reespon nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>5) Jelaskan penyebab, periode, dan penyebab nyer</p> <p>6) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p>7) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>8) Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>3) untuk mengetahui penyebab nyeri dan memperingan nyeri</p> <p>4) untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap manajemen nyeri, karena budaya mempengaruhi seseorang bagaimana toleransi terhadap nyeri, menginterpretasikan nyeri, dan bereaksi secara verbal atau non verbal terhadap nyeri</p> <p>5) agar dapat mengetahui penyebab, kurun waktu, dan aktivitas apa yang menyebabkan nyeri itu timbul</p> <p>6) Agar bisa memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>7) Agar dapat merelaksasikan tubuh tidak nyaman menjadi nyaman sehingga dapat mengurangi nyeri untuk membantu mengobati nyeri luka sc pada pasien</p> <p>8) Untuk mengatasi nyeri</p>
---	---

b. Risiko Infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit

(D.0142)

1) Tujuan: setelah dilakukan Tindakan keperawatan risiko infeksi

2) Kriteria Hasil :

- a) Nyeri menurun
- b) Kemerahan menurun
- c) Bengkak menurun
- d) Kultur area luka membaik
- e) Kultur darah membaik.

Tabel 2.3
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit di area luka 4) Pertahankan Teknik aspetik pada pasien beresiko tinggi Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> 5) Kolaborasi pemberian antibiotic 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Untuk memonitor tanda dan gejala infeksi 2) Untuk menghindari kontaminasi dari luar yang dapat membahayakan pasien 3) Untuk merawat kulit dan area yang beresiko infeksi 4) Untuk menjaga kebersihan dan mempertahankan area yang beresiko infeksi 5) 6) Dapat mengurangi inokulasi bakteri hidup pada luka operasi

- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)
 - 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama defisit perawatan diri
 - 2) Kriteria hasil:
 - a) Kemampuan makan meningkat
 - b) Minat melakukan perawatan diri meningkat

- c) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2.4
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Intervensi	Rasional
Dukungan Perawatan Diri (I.11348)	
Observasi :	
1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan Diri	1) Dengan membantu kebersihan diri dapat mengetahui tingkat ketergantungan klien
2) Identifikasi jenis bantuan yg di butuhkan	2) Mengidentifikasi kebutuhan spesifik dan jumlah bantuan yang diperlukan
3) Monitor kebersihan tubuh	3) Untuk mengetahui tingkat kebersihan tubuh klien
4) Monitor integritas kulit	4) Untuk mengetahui keadaan integritas kulit klien
Teurapeutik :	
5) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri	5) Dengan mempertahankan kebersihan diri klien akan merasa nyaman
6) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian	6) Dapat meningkatkan tingkat kemandirian

- d. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan (D.0054)

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan mobilisasi teratasi
- 2) Kriteria Hasil:
 - a) Pergerakan ekstermitas meningkat
 - b) Kekuatan otot meningkat
 - c) Rentang gerak (ROM) meningkat

Tabel 3.5
Perencanaan Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilisasi

Intervensi	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173) Terapeutik 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 3) Fasilitasi aktivita mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 4) Fasilitasi melakukan pergerakan Edukasi 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6) Ajarkan melakukan mobilisasi dini	1) Agar mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam melakukan pergerakan 2) Untuk mengetahui berhasil atau tidanya intervensi dukungan mobilisasi 3) Agar memudahkan klien 4) Agar klien terbantu 5) Agar klien tahun tujuan dari mobilisasi 6) Agar klien paham

e. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

- 1) Tujuan : setelah dilakukan Tindakan keperawatan menyusui tidak efektif teratasi.
- 2) Kriteria hasil :
 - a) Tetesan ASI meningkat
 - b) Suplai asi adekuat meningkat.

Tabel 2.6
Intervensi Keperawatan Menyusui tidak Efektif

Intervensi	Rasional
Edukasi Menyusui (I.12393) Observasi : 1) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui Teurapeutik : 2) Jadwal kan penkes sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : 4) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 5) Ajarkan payudara post partum	1) Untuk mengetahui tujuan dan keinginan dalam menyusui 2) Untuk memberikan penkes secara terjadwal 3) Mengetahui sejauh mana pemahaman pasien atau keluarga tentang materi yang disampaikan 4) Supaya mengetahui manfaat menyusui bagi ibu dan bayi 5) Klien dapat mengetahui perawatan payudara

3. Implementasi

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

4. Evaluasi

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

BAB III
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. G
Tanggal Lahir	: 05 – 10 - 1997
Umur	: 25 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status Pernikahan	: Menikah
Suku/Bangsa	: Sunda/Indonesia
Tanggal Masuk RS	: 03 April 2023
Tanggal Pengkajian	: 03 April 2023
NO. RM	: 01355566
Diagnosa Medis	: P1 A0 Partus <i>Sectio Caesarea</i> Atas Indikasi Gawat Janin
Alamat	: KP. Citeureup – Pamengpeuk

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
Umur : 37 Tahun
Agama : Islam
Pendidikan Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan dengan Klien : Suami
Alamat : KP. Citeureup – Pamengpeuk

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi *sectio caesarea* (SC)

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 03 April 2023 Pukul 21.05 WIB Ny. G terdapat luka oprasi *sectio caesare* (SC) luka masih tertutup perban dengan panjang ± 10 cm, saat dikaji pasien mengalami nyeri pada luka operasi di bagian perut bawah nyeri dirasakan apabila pasien bergerak dan nyeri berkurang apabila istirahat, rasa nyeri seperti di sayat – sayat oleh pisau, nyeri hanya dirasakan dibagian abdomen yang terdapat luka *sectio caesarea* (SC) dengan skala nyeri 6 dari rentang (0 – 10), rasa nyeri hilang timbul dengan durasi 5 menit sekali, dan aktivitasnya dibantu oleh suami dan keluarga pasien.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di RS apalagi sampai di operasi, tidak pernah menderita penyakit parah yang memerlukan perawatan khusus, dan klien tidak memiliki penyakit menular ataupun penyakit genetik/keturunan yang dapat memperberat masa kehamilan dan nifas.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya ada yang pernah mengalami persalinan *sectio caesarea* (SC) karena panggul sempit dan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular dan penyakit keturunan.

5) Riwayat Obsetri dan Ginekologi

a) Riwayat Menstruasi

Menarche	: 13 Tahun
Lama	: 6-7 hari
Siklus	: 28 hari
Disminore	: Tidak
Teratur atau tidak	: Teratur
HPHT	: 21 – 06 - 2022
TP	: 28 – 03 – 2023

b) Riwayat Perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan pertama

Usia suami : 36 Tahun

Usia istri : 24 Tahun

Lama perkawinan : 2 Tahun

c) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang P₁A₀, usia kehamilan 9 bulan, BB sebelum hamil 65kg BB saat hamil 79kg, klien mengalami kenaikan BB 14kg. TB klien 155 cm.

d) Keadaan Saat Hamil

(1) Trimester I: Pada saat trimester I klien mengeluh mual muntah

(2) Trimester II : Pada saat trimester II klien tidak mengeluh mual muntah

(3) Trimester III : Pada saat trimester III klien mengatakan mengeluh sakit pinggang.

(4)) Riwayat *anteatal care* (ANC): Klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan.

e) Riwayat KB

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah memasang jenis KB apapun.

f) Riwayat Persalinan Sekarang

Data kelahiran : pada tanggal 03 April 2023 klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan Sectio Caesarea. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki - laki dengan berat 2490 gr dan panjang badan 48cm. Sejak lahir klien belum memberikan bayinya ASI karena bayi dirawat di ruang perinatology dan ibu terpisah ruangan.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Compos mentis
GCS : 15 (E:4 V:5 M:6)
Keadaan Umum : Tampak lemah
BB saat hamil : 79kg
TB : 155 cm

2) Tanda-Tanda Vital

TD : 130/80 mmHg
N : 80x/mnt
RR : 20 x/mnt
S : 36,6°C

3) Kepala

a) Kepala, Rambut & Wajah

Warna rambut hitam, rambut panjang dan tampak kusut, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih,

kepala klien simetris antara bahu kanan dan bahu kiri, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

b) Mata

Kedua mata klien simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, sclera putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflex pupil baik terbukti ketika mata klien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan berfungsi dapat melihat objek yang jauh dan dekat atau melihat kondisi di sekitar, keadaan mata bersih tidak ada kotoran. Saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

c) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, fungsi penciuman berfungsi dapat mendeteksi bau dan aroma kayu putih, tidak ada pernafasan cuping hidung. Saat dipalpasi, tidak ada nyeri tekan.

d) Telinga

Letak telinga simetris antara kiri dan kanan, tidak ada serumen, fungsi pendengaran berfungsi terbukti klien dapat menjawab pertanyaan yang dilontarkan perawat, tidak memakai alat bantu pendengaran.

e) Mulut dan Gigi

Mukosa bibir merah muda dan lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, reflek menelan dan mengunyah.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada tumor, fungsi menelan berfungsi terbukti klien dapat menelan dengan. Saat di palpasi, tidak ada nyeri tekan.

4) Dada

a) Paru –Paru

Pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan. Bunyi paru sonor, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas 20x/menit.

b) Jantung

Irama jantung reguler, terdengar bunyi jantung S1 dan S2.

c) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, puting menonjol, payudara tampak bersih, payudara klien tampak bengkak, areola berwarna hitam, ASI belum keluar, tidak ada benjolan.

d) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat striae linea nigra dan stretch mark atau striae gravidarum terdapat luka operasi dengan

panjang ± 10 cm, luka operasi tertutup perban. Saat diauskultasi bising usus 12x/menit, Saat dipalpasi TFU 2 jari di atas pusat, terdapat nyeri tekan, uterus teraba keras, tidak terdapat distensi kandung kemih.

e) Genitalia

Genetalia, keadaan genetalia kotor, sudah ganti pembalut, terdapat lochea rubra, klien terpasang selang kateter, urin yang keluar 100 cc dalam urin bag. Perineum dan anus tampak utuh. Pada anus tidak ada hemoroid.

f) Ekstermitas

1) Ekstermitas Atas

Klien tampak terbaring, pergerakan tangan dapat digerakan, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan dan tangan kanan terpasang infus RL. 20tpm, kulit berwarna sawo matang turgor kulit saat di cubit kembali < 3 detik.

2) Ekstermitas Bawah

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak ada varises, reflex patella (-), human sign (-), kaki susah di gerakan, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan tetapi kaki masih susah digerakan.

5	5
5	5

d. Konsep Diri

1) Identitas Diri

Klien seorang perempuan dengan usia 25 tahun, klien beragama islam.

2) Peran Diri

Klien berperan sebagai istri dari suaminya dan seorang ibu dari anak-anaknya.

3) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat bertemu dengan anaknya dan ingin segera pulang agar bisa merawat anaknya.

4) Harga Diri

Klien merasa sangat dihargai oleh suaminya, keluarga dan ingin segera pulang.

5) Gambaran Diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti peran baru klien memiliki 1 orang anak dan perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan bentuk tubuh dan lain-lain selama periode post operasi. Namun perubahan tersebut tidak berpengaruh pada perilaku dan adaptasinya terhadap pengasuhan bayi.

e. Aspek Psikologi

- 1) Pada fase talking in aktivitas klien bergantung pada keluarga dan perhatian klien masih tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.

- 2) Persepsi diri, klien berharap agar segera sembuh dan segera pulang ke rumah.
- 3) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat bahagia atas kelahiran bayinya dan ingin segera bertemu dengan bayinya.
- 4) Respon ibu bertanya kepada perawat kenapa ASI nya masih belum keluar dan kapan bisa bertemu dengan bayinya.
- 5) Respon keluarga terhadap kelahiran bayi, keluarga mengatakan bahagia klien bisa melahirkan dengan selamat dan bayinya yang sehat.

f. Aspek Sosial

Hubungan klien dengan keluarganya baik, terbukti banyak keluarga yang menjaga klien. Pola komunikasi klien baik, terbukti klien dapat berkomunikasi dengan baik dan benar.

g. Aspek Spiritual

Klien adalah seorang muslim dan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

h. Pola Koping

Apabila klien mempunyai masalah, klien selalu memecahkan masalahnya dengan cara bermusyawarah bersama suaminya dan keluarganya.

i. Kebiasaan Seksual

Hubungan seksual sebelum masa nifas klien tidak memiliki gangguan dalam berhubungan suami istri, setelah masa nifas klien dan suami sepakat tidak melakukan hubungan suami istri setelah masa nifas selesai dan klien beserta suami sepakat merencanakan akan menggunakan alat kontrasepsi IUD.

j. Pola Aktivitas Sehari – hari

Tabel 3.1
Pola Aktivitas Sehari – hari

N0	Jenis Aktivits	Di Rumah	Di Rumas Sakit
1	2	3	4
1	Nutrisi a. Makanan Frekuensi Jenis Porsi Cara Keluhan b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	3x/Hari Nasi+lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada keluhan Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Baru 1x makan Nasi+lauk pauk 1/4 porsi Di bantu Tidak ada keluhan Air putih 1/2 gelas Dibantu
2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau b. BAK Frekuensi Warna Bau	1x/Hari Padat Khas veses Khas veses 5-6x/Hari Kuning jernih Khas urin	Belum BAB - - - 100 cc pada urine bag Kuning pekat Khas urin
3	Pola iatirahat a. Tidur siang Kuantitas b. Tidur malem Kuantitas Keluhan	1-2 jam/Hari Baik 6-7jam/Hari Baik	Belum tidur - Belum tidur - -

		Tidak ada keluhan	
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju Cara	2x/Hari 2x/Hari 1 minggu 3x 2x/Hari Mandiri	Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS Belum gosok gigi Belum keramas 1x Dibantu

k. Data Penunjang

Nama : Ny. G

Alamat : Pamengpeuk

Umur : 25 Tahun

Ruang : Jade

Tanggal Masuk RS : 03 - 04 -2023

NO. RM : 0135556

Tabel 3.2

Hasil Laboratorium

PEMERIKSAAN	HASIL	UNIT	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13.6	g/d	13 – 16
Hematokrit	39	%	35 - 47
Jumlah Lekosit	15. 300	/mm ³	3,800 – 10. 600
Jumlah Trombosit	270, 000	/mm ³	150,000 - 440,000
Jumlah Eritrosit	4,37	Juta/mm ³	36 – 5.8

l. Therapy Medis

Nama : Ny. G

Alamat : Pamengpeuk

Umur : 25 Tahun

Ruang : Jade

Tanggal Masuk RS : 03 – 04 -2023

NO. RM : 0135556

Tabel 3.3
Therapy Medis

No	Nama Obat	Dosis	Rute
1.	Infus RL	20 Tpm	IV
2.	Cefotaxime	2x1gr	IV
3.	Keterolac	3x30mg	Iv

2. Analisis Data

Tabel 3.4
Analisis Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	3
1	<p>DS : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> (SC)</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Skala nyeri 6 (0-10) 2) Klien tampak meringis 3) Terdapat luka post op pada abdomen dengan panjang ± 10 cm 4) Terdapat nyeri tekan 5) TD: 130/80 mmHg 6) N: 80x/mnt 7) RR: 20 x/mnt 8) S: 36,6°C 	<p>Adanya luka operasi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikardin, serotonin dan histamin, rangsang ini dihantarkan ke talamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipresepsikan sebagai nyeri</p>	Nyeri akut
2	<p>DS : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> (SC)</p> <p>Do :</p>	<p>Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk tubuh dan berkembang bakteri</p>	Risiko infeksi

	1) Terdapat luka post op pada abdomen 2) Leukosit 15,300/mm ³ 3) TD: 130/80 mmHg 4) N: 80x/mnt 5) RR: 20 x/mnt 6) S: 36,6°C	sehingga menimbulkan infeksi	
3	DS: Klien mengatakan ASI belum keluar DO: 1) ASI belum keluar 2) TD: 130/80 mmHg 3) N: 80x/mnt 4) RR: 20 x/mnt 5) S: 36,6°C	Post partum atau SC hormone prolactin belum ada, kelenjar alveoli belum efektif mengeluarkan ASI ketidak efektifan pemberian asi	Menyusui tidak efektif

3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik

DS: Klien mengatakan nyeri abdomen bagian bawah setelah operasi

DO:

- 1) Skala nyeri 6 (0-10)
- 2) Klien tampak meringis
- 3) Terdapat luka post op pada abdomen dengan panjang ±10 cm
- 4) Terdapat nyeri tekan
- 5) TD: 130/80 mmHg
- 6) N: 80x/mnt
- 7) RR: 20 x/mnt

8) S: 36,6°C

b. Resiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit

DS: Klien mengeluh nyeri pada luka operasi *sectio caesarea* (SC)

DO :

c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadegan suplai

ASI

DS: Klien mengatakan ASI belum keluar

DO:

- 1) ASI belum keluar
- 2) TD: 130/80 mmHg
- 3) N: 80x/mnt
- 4) RR: 20 x/mnt
- 5) S: 36,6°C

4. Proses Keperawatan

Nama: Ny. G
 Umur: 25 Tahun
 Tanggal Masuk RS: 03 – 04 -2023

Alamat: Pamengpeuk
 Ruang: Jade
 NO. RM: 01355566

Tabel 3.5
Proses Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik</p> <p>DS: Klien mengeluh nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> (SC)</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Skala nyeri 6 (0-10) 2) Klien tampak meringis 3) Terdapat luka post op pada 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun (skala 3, 0 – 10) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Tindakan Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1) untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien 	<p>Tanggal 03 April 2023 Pukul 21. 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan identifikasi lokasi, karakteristik nyeri Dengan hasil: Nyeri di bagian abdomen bawah bekas operasi, nyeri seperti di sayat – sayat, nyeri hilang timbul 	<p>Tanggal 04 April 2023 Pukul 05.00 WIB</p> <p>S : Pasien mengeluh masih terasa nyeri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Skala nyeri 6 (0 – 10) 2) Wajah tampak rileks 3) Klien bisa melakukan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri

	<p>abdomen dengan panjang ± 10 cm</p> <p>4) Terdapat nyeri tekan</p> <p>5) TD: 130/80 mmHg</p> <p>6) N: 80x/mnt</p> <p>7) RR: 20 x/mnt</p> <p>8) S: 36,6°C</p>		<p>2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Misal, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p>	<p>2) Untuk mengetahui skala nyeri pasien</p> <p>3) Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pasien</p> <p>4) Untuk mengurangi nyeri dengan teknik nonfarmakologis</p>	<p>Pukul 21.05 WIB</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri Dengan hasil: Skala nyeri 6 (0 – 10)</p> <p>Pukul 21.07 WIB</p> <p>3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat Dengan hasil: Nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat</p> <p>Pukul 21.09 WIB</p> <p>4) Mengontrol lingkungan dengan cara membuat ruangan tidak bising dan mengatur pencahayaan Dengan hasil: Nyeri bertambah bila</p>	<p>4) TD: 120/80 mmHg</p> <p>5) N: 70x/mnt</p> <p>6) RR: 20 x/mnt</p> <p>7) S: 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1) Melatih teknik relaksasi dan distrasi tarik napas dalam</p> <p>2) Pemberian obat analgetik keterolac 30mg</p>
--	---	--	--	--	--	--

			<p>Edukasi</p> <p>5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6) Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>5) Untuk kenyamanan pasien sekaligus memperingan nyeri</p> <p>6) Untuk membantu mengurangi nyeri pasien dengan teknik nonfarmakologis</p>	<p>ruangan bising dan pencahaan terang</p> <p>Pukul 21.12 WIB</p> <p>5) Mengajarkan taris napas dalam Dengan hasil: Klien mampu mendemonstrasikan</p> <p>Pukul 21.14 WIB</p> <p>6) Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian keterolac 30mg dengan hasil klien nyaman</p> <p>Lafifah</p>	
2.	Risiko infeksi dengan kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keparawatan 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi pada pasien	Perawatan Luka (I.14564) Tindakan Observasi 1) Monitor tanda – tanda infeksi	1) Untuk mengetahui	Tanggal 03 April 2023 Pukul 21.16 WIB 1) Memonitor adanya tanda	Tanggal 05 April 2023 Pukul 05.15 WIB S :klien mengatakan masih terasa nyeri

	<p>DS: Klien mengeluh nyeri pada luka operasi <i>sectio caesarea</i> (SC)</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terdapat luka post op pada abdomen 2) Leukosit 15,300/mm³ 3) Terdapat nyeri tekan 4) TD: 130/80 mmHg 5) N: 80x/mnt 6) RR: 20 x/mnt 7) S: 36,6°C 	<p>menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 	<p>tanda – tanda infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Agar pasien tidak kesakitan 	<p>dan gejala infeksi</p> <p>Dengan hasil : leukosit di atas normal 15,3000, nyeri pada luka operasi</p> <p>Pukul 21.19 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Menjeaskan tanda – tanda infeksi dengan hasil: klien dan keluarga paham 	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan luka tertutup perban 2) Masih ada nyeri tekan 3) TD:120/80 mmHg 4) N: 70x/mnt 5) RR: 20 x/mnt 6) S: 36,5°C <p>A: Risiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda – tanda infeksi 2) Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 1gr
--	---	--	--	---	--	---

			<p>3) Bersihkan dengan cairan NACI</p> <p>4) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Jelaskan tanda – tanda infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6) Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>3) Supaya luka tidak infeksi</p> <p>4) Agar luka tertutup dan terhindar dari bakteri</p> <p>5) Agar pasien dan keluarga tahu tanda – tanda infeksi</p> <p>6) Untuk mencegah terjadinya infeksi</p>	<p>Pukul 21.20 WIB</p> <p>3) Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian cefotaxime 1gr dengan hasil klien nyaman</p> <p>Lafifah</p>	
--	--	--	---	---	---	--

3.	<p>Menyusui tidak efektif berhubungan ketidakadekuatan suplai ASI</p> <p>DS: Klien mengatakan ASI belum keluar keluar</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Payudara klien tampak bengkak 2) Payudara klien tampak kemerahan 3) ASI belum keluar 4) Ada nyeri tekan 5) TD: 130/80 mmHg 6) N: 80x/mnt 7) RR: 20 x/mnt 8) S: 36,6°C 	<p>Setelah dilakukan tindakan keparawatan 3x8 jam diharapkan status menyusui membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tetesan atau pancaran ASI meningkat 2) Suplai ASI adekuat meningkat 	<p>Edukasi menyusui (1. 12393)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Libatkan sistem pendukung: 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan ibu dalam menyusui 2) Untuk mengetahui keinginan ibu dalam menyusui 3) Untuk meningkatkan kepercayaan 	<p>Tanggal 03 April 2023 Pukul 21.18 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi asi kesiapan dan kemampuan ibu dengan hasil: klien belum tahu tentang menyusui dikarenakan anak pertama <p>Pukul 21.21 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Mengidentifikasi asi keinginan ibu untuk menyusui dengan hasil ibu ingin segera menyusui bayinya <p>Pukul 21.25 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Memberikan dukungan ibu dalam 	<p>Tanggal 05 April 2023 Pukul 07. 00 WIB</p> <p>S: Klien mengatakan ASI belum keluar</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ASI tampak masih belum keluar 2) TD: 120/80 mmHg 3) N: 70x/mnt 4) RR: 20 x/mnt 5) S: 36,5°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perawatan payudara (pijat oksitosin)
----	--	---	--	--	---	--

			<p>suami, keluarga, dan tenaga kesehatan</p> <p>Edukasi</p> <p>4) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi</p> <p>5) Ajarkan perawatan payudara (mis. Pijat oksitosin)</p>	<p>diri ibu dalam menyusui</p> <p>4) Agar ibu tahu mamfaat dari menyusui</p> <p>5) Agar Asi keluar lancar</p>	<p>menyusui dengan hasil: keluarga siap memberi dukungan</p> <p>Tanggal 04 April 2023 Pukul 05.20 WIB</p> <p>4) Menjelaskan manfaat menyusui dengan hasil: klien mengerti</p> <p>Pukul 05.30 WIB</p> <p>5) Melakukan pijat oksitosin dan mengajarkan kepada kelurga cara pijat oksitosin dengan hasil: klien rileks dan keluarga paham</p>	
--	--	--	--	---	--	--

5. Catatan Perkembangan

Nama: Ny. G

Alamat: Pamengpeuk

Umur: 25 Tahun

Ruang: Jade

Tanggal Masuk RS: 03 – 04 -2023 NO. RM: 01355566

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan

No	Tanggal & waktu	Diagnosa	Catatan Perkembangan	Paraf
1	04 April 2023	I	<p>20.00 WIB</p> <p>S: Klien mengatakan nyeri di bagian perut bekas operasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak meringis 2) Skala nyeri 5 (0 – 10) 3) Hasil TTV TD 120/90 N 70 x/menit RR 20 x/menit S 36,5°C <p>A: Nyeri akut</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih teknik relaksasi dan distrasi tarik napas dalam 2) Pemberian obat analgetik (keterolac 30mg) <p>20.14 WIB</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih teknik relaksasi dan distraksi dengan cara tarik napas dalam dengan hasil klien merasa rileks 2) Memberikan terapi analgetik (keterolac 30 mg IV) <p>E: Masalah teratasi sebagian</p>	Lafifah
2	04 April 2023	II	<p>20.19 WIB</p> <p>S: Klien masih mengeluh nyeri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hasil TTV TD 120/90 	Lafifah

			<p>N 70 x/menit RR 20 x/menit S 36,5°C</p> <p>A: Resiko infeksi P: Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda – tanda infeksi 2) Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 1gr</p> <p>20.23 WIB I: 1) Memonitor tanda – tanda infeksi, hasil tidak ada pus dan pembengkakan</p> <p>21.14 WIB 2) Memberikan terapi antibiotic (cefotaxime 1gr IV) E: Masalah teratasi sebagian</p>	
3	04 April 2023	III	<p>20.27 WIB S: Klien mengatakan ASI keluar sedikit O: Asi tampak keluar sedikit (hanya menetes) 05 April 2023 05.30 WIB P: 1) Lakukan pijat oksitosin I: 1) Melakukan pijat oksitosin, hasil klien merasa nyaman dan rileks E: Masalah belum teratasi</p>	Lafifah
4	05 April 2023	I	<p>20.05 WIB S: Klien mengatakan masih nyeri di bagian perut bekas operasi O: 4) Klien tampak sedikit meringis 5) Skala nyeri 4 (0 – 10) 6) Hasil TTV TD 120/90 N 70 x/menit RR 20 x/menit S 36,5°C</p> <p>A: Nyeri akut P: Lanjutkan intervensi 1) Melatih teknik relaksasi dan distrasi tarik napas dalam 2) Pemberian obat analgetik (keterolac 30mg)</p>	Lafifah

			<p>20.16WIB</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melatih teknik relaksasi dan distraksi dengan cara tarik napas dalam dengan hasil klien merasa rileks 2) Memberikan terapi analgetik (keterolac 30 mg IV) <p>E: Masalah teratasi sebagian</p>	
5	05 April 2023	II	<p>20.19 WIB</p> <p>S: Klien masih mengeluh nyeri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Hasil TTV TD 120/90 N 70 x/menit RR 20 x/menit S 36,5°C <p>A: Resiko infeksi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime 1gr 2) Perawatan luka <p>21.14 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Memberikan terapi antibiotic (cefotaxime 1gr IV) 4) Melakukan perawatan luka <p>E: Masalah teratasi sebagian</p>	Lafifah
6	05 April 2023	III	<p>20.27 WIB</p> <p>S: Klien mengatakan ASI keluar</p> <p>O: Asi tampak merembes keluar dari payudara klien</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan pijat oksitosin, hasil klien merasa nyaman dan rileks <p>20.30 WIB</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan pijatt oksitosin <p>E: Masalah teratasi sebagian</p>	Lafifah

B. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan Pada Ny.G, dengan *post sectio caesarea* Hari Ke-1 atas indikasi gawat janin di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 03 April 2023 sampai dengan tanggal 05 April 2023. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny. G dan keluarga cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. G serta keluarga Ny. G menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologisnya dan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan fisik secara sistematis serta keluarganya pun membantu untuk memberikan data-data yang diperlukan.

Data pengkajian asuhan keperawatan yang ada pada teori *post operasi sectio caesarea* dengan indikasi gawat janin didapatkan bahwa klien mengeluh nyeri pada luka post SC skal nyeri 6 (0-10), tampak luka post SC 10 cm di bagian perut bawah, klien tampak meringis. Hal ini

disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikanin, serotinin dan histamin, rangsangan ini diharapkan ke thalamus dan meneruskan ke ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri, keluhan nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan (Yanti & Sri 2020)

Pada Ny. G ditemukan tanda-tanda munculnya infeksi dengan tanda meningkatnya jumlah leukosit 13,300, proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu: Fase inflamasi, terjadinya dari hari pertama luka sampai hari ke-2. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan pendarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan dreganulasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, trombokson bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadinya vasokonstriksi dan proses pembekuan darah. Fase proliferasi terjadi hari ke-3 sampai hari ke-14, serta kolagen tervebentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautannya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontasminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadinya resiko infeksi (Perdanakusuma, 2015).

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnosa keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dari data-data hasil pegkajian yang telah dilakukan. Masalah yang ada pada

teori klien post SC dengan indikasi gawat janin adalah nyeri akut, resiko infeksi, gangguan mobilisasi fisik, defisit perawaran diri, menyusui tidak efektif, dari kelima masalah yang ditemukan hanya 3, 3 diantaranya terdapat dalam teori yaitu:

- a) Nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala yang berbeda- beda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien mengeluh nyeri dirasakan pada bagian perut bawah, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat. Skala nyeri 7 90-10) nyeri dirasakan saat sedang bergerak dan hilang saat beristirahat. Data objektif yaitu klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen, ada nyeri tekan. Diagnosa tersebut penulis prioritas karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga rasa kekutan untuk melakukan gerak (SDKI, 2018)
- b) Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang prganisme patogenik. Dengan penyebab yang ada pada pasien adalah ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit akibat dari tinsakan sectio caesarea. Ditemukan data faktor pendukung resiko infeksi yaitu objektif

terdapat luka post SC dan didapatkan hasil leukosit 13,300. Dimana jumlah tersebut meningkat dari nilai normal 10.400.

- c) Menyusui tidak efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidak puasan atau kesukaran, pada proses menyusui. Alasan diagnosa diangkat karena saat pengkajian di dapatkan data subjektif klien mengeluh ASI belum keluar, payudara nyeri dan saat di tanyakan kelahiran sekarang merupakan kelahiran anak pertama sehingga belum ada pengalam dalam menyusui sehingga mengangkat diagnosa menyusui tidak efektif.

3. Perencanaan

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

4. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, penulis tidak mendapatkan hambatan atau kesulitan, karena adanya kerjasama, dukungan, bantuan dari keluarga klien dan petugas kesehatan dalam ruangan sehingga terlaksananya pelaksanaan.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang dibuat yaitu pada intervensi utama untuk masalah nyeri akut adalah dengan manajemen nyeri dengan melakukan observasi karakteristik nyeri pasien kemudian mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi untuk meredakan nyeri serta memberi terapi analgetik ketelolac 30mg IV.

Pada diagnosa kedua, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu intervensi utama resiko infeksi dengan tingkat infeksi monitor tanda-tanda infeksi didapatkan merasa nyeri dengan leukosiy 13,300. Penulis juga melakukan perawatan luka pada pasien dan memberikan obat antibiotik cefotaxime 1gr IV.

Pada diagnosa ke tiga, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yaitu pada intervensi utama edukasi menyusui dengan melakukan pijat oksitosin dan mengajarkan kepada keluarga cara pijat oksitosin untuk membantu merangsang ASI keluar sekaligus untuk membyat ibu rileks.

5. Tahap Evaluasi

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

Hasil evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 4

(0-10) yang berarti nyeri klien berkurang yang tadinya berada pada skala 6 (0-10). Sehingga masalah tertasai sebagian.

Hasil evaluasi pada resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit didapatkan setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3x8 jam pasien masih merasa nyeri pada luka bekas operasi. Sehingga masalah tertasi sebagian.

Hasil evaluasi pada diagnosa menyusui tidak efektif berhubungan ketidakadekuatan suplai ASI didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam ASI sudah keluar. Sehingga masalahh teratasi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat jani (*fetal distress*) di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut dari tanggal 03 April 2023 sampai 05 April 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian terhadap status kesehatan klien secara lengkap dan mampu menganalisis data yang timbul pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin. Dalam tahap pengkajian ini, penulis tidak menemukan kesulitan dikarenakan Ny. G bersikap kooperatif.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang muncul pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin. Adapun diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidaadekuatan suplai ASI.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian.

Perencanaan ditujukan untuk mengatasi nyeri akut, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif.

4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin dan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.
5. Penulis dapat melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin. Setelah di evaluasi, penulis dapat menyimpulkan dari masalah – masalah yang muncul, diagnosa keperawatan semua dapat teratasi mulai dari nyeri akut, resiko infeksi dan menyusui tidak efektif.
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. REKOMENDASI

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny. G (P1A0) 8 jam *post sectio caesarea* atas indikasi gawat janin secara sistematis dan komprehensif, maka penulis akan mengemukakan beberapa saran yang bisa dijadikan pertimbangan dan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Adapun saran – saran tersebut diantaranya sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan pengajaran tidak hanya dilakukan oleh pengajar atau dosen tetapi melibatkan perawat

profesional untuk memberikan ilmu kepada mahasiswa karena pada saat dilahan peraktek sering terjadi beberapa kesenjangan antara teori dan fakta di lapangan sehingga mahasiswa mampu menyesuaikan dan mampu melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar operasional. Serta untuk menunjang dalam hal proses belajar bagi mahasiswa diharapkan perpustakaan memiliki referensi sumber yang lengkap dan *update* untuk dijadikan bahan kajian dalam pembuatan karya tulis ilmiah ataupun penelitian.

2. Bagi Rumah Sakit

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan sarana dan perasarana bagi pasien *post SC* , hal ini pentingnya sarana dan prasarana yang menunjang. Rumah sakit diharapkan sebagai pemberi pelayanann kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Oprasional Prosedur (SOP).

3. Bagi Perawat

Bagi perawat diharapkan mampu meningkatkan kinerja melalui pelatihan – pelatihan sehingga mampu meningkatkan asuhan keperawatan. Dan mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Klien di harapkan mampu mengetahui tanda – tanda infeksi. Dan bagi keluarga mampu tertib dalam mendampingi ibu *post sectio caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Trans Infos Media.
- Ahmad, Fifi Fitriani. *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. J DENGAN ACUTE LUNG OEDEMA (ALO) MELALUI PEMBERIAN LATIHAN PURSED LIPS BREATHING (PLB) DI RUANG ICU RSUD KANJURUHAN KEPANJEN*. Diss. Universitas Muhammadiyah Malang, 2023.
- Aurelly, Yuriko. *PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PADA PASIEN POST SC G1P0A040-41 MGG POST TERM, INSUFISIENSI PLACENTA, HT PRA INDUKSI DI RUMAH SAKIT BETHESDA LEMPUYANGWANGI*. Diss. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, 2021.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Nyoman, N., & Sutrisnawati, D. (2018). Etika kesehatan pada persalinan melalui sectio caesarea tanpa indikasi medis bioethics in childbirth through Sectio Caesaria without Medical Indication. *Jurnal Mkmi*, 14(1), 9-16.
- Ayuningtyas, Dumilah, et al. "Etika kesehatan pada persalinan melalui sectio caesarea tanpa indikasi medis bioethics in childbirth through Sectio Caesaria without Medical Indication." *Jurnal Mkmi* 14.1 (2018): 9-16.
- Chasanah, Siti Uswatun. "Peran petugas kesehatan masyarakat dalam upaya penurunan angka kematian ibu pasca MDGs 2015." *Jurnal kesehatan masyarakat Andalas* 9.2 (2015): 73-79.
- DARYANTI, APRILINA, Happy Dwi. Gambaran Yang Mempengaruhi Fetal Distress Pada Sectio Caesarea Di RSUD Banyumas. *Adi Husada Nursing Journal*, 2020, 6.1: 59-66.
- FERINAWATI, Ferinawati; HARTATI, Rita. Hubungan Mobilisasi Dini Post Sectio Caesarea Dengan Penyembuhan Luka Operasi Di Rsu Avicenna Kecamatan Kota Juang Kabupaten Bireuen. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 2019, 5.2: 318-329.
- Hasanah, Layli Uswatun. *ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS PIA0 POST PARTUM HARI KE-5 TERHADAP NY. S UMUR 21 TAHUN DI KLINIK WILUJENG SUKOHARJO PRINGSEWU LAMPUNG TAHUN 2021 Tanggal Ujian Praktik 21 Juni 2021*. Diss. Universitas Muhammadiyah Pringsewu, 2021.

- Harahap dan Siregar. 2019. *Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Persalinan Dengan Gawat Janin*. JURNAL KEBIDANAN MATORKIS. 16-21.
- Hariyanti, Hariyanti, and Yunita Laila Astuti. "ANTENATAL CARE DAN KOMPLIKASI PERSALINAN DI INDONESIA: ANALISIS DATA SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA 2017: ANTENATAL CARE AND CHILDBIRTH COMPLICATIONS IN INDONESIA: DATA ANALYSIS OF INDONESIA DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY 2017." *Journal of Midwifery Science and Women's Health* 1.2 (2021): 77-83.
- JANNAH, MIFTAHUL, A. Azza, and S. Kholifa. "Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Post Partum Dengan Persalinan Spontan Indikasi Ketuban Pecah Dini Diruang Kenari Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember." *Universitas Muhammadiyah Jember* (2020).
- Juliathi, Putu, Marhaeni, Ayu, Marahayati, Made. 2020. *Gambaran Persalinan Sectio Caesarea*. Jurnal Ilmiah Kebidanan. 19-27.
- KEMENKES, R. I. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 2018, 53.9: 1689-1699.
- Nurarif, dan Hardhi Kusuma. "Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & Nanda NIC-NOC." *Yogyakarta: Mediation* (2015).
- Nurhayati, N., & Mulyanti, D. (2023). Peran Puskesmas untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan*, 2(2), 108-116.
- Putri, and Agus Sidiq Purnomo. "Sistem Pakar Untuk Menentukan Status Kesehatan Ibu Hamil Dengan Metode Inferensi Fuzzy (Sugeno)." *Jurnal Teknologi* 10.1 (2017): 1-8.
- Putri, Astuti & Damaila. 2021. *Hubungan Persalinan Induksi dan Gawat Janin di Provinsi Jawa Barat*.
- Putra, I. B. G. S., Wandia, I. M., & Harkitasari, S. (2021). Indikasi Tindakan Sectio Caesarea di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2017-2019. *AMJ (Aesculapius Medical Journal)*, 1(1), 63-69.
- Statistik, Badan Pusat. "Profil Perempuan Indonesia 2019." *Kementeri. Pemberdaya. Peremp. dan Perlindungan Anak* (2019).
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Cetakan III (Revisi)*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Cetakan II (Revisi)*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Cetakan II (Revisi)*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.
- Tutik Iswanti, S. S. T., et al. *Buku Ajar Asuhan Kegawatdaruratan Pada Persalinan*. Mahakarya Citra Utama Group, 2023.
- Wahyuningsih. "Pengaruh Terapi Pijat Punggung Terhadap Skor Stres Pada Ibu Postpartum Di RSIA Sakina Idaman." *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta* 6.3 (2019): 690-694.
- Wahyuningsih, Sri. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Dilengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Deepublish, 2019.
- YANTI, SRI. *ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN ISTIRAHAT PADA KASUS POSTSECTIO CAESAREATERHADAP Ny. M DI RUANGKEBIDANAN RSD MAYJEND HMRYACUDU KOTABUMI LAMPUNG UTARA 12-14 MARET 2019*. Diss. Poltekkes Tanjungkarang, 2020.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : Lafifah Nurhamidah
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat/Tanggal Lahir : Cianjur, 16 Maret 2022
Agama : Islam
Alamat : Kp. Ciawitali RT.04/RW.03 Ds. Neglasari Kec. Cidaun Kab. Cianjur

B. PENDIDIKAN

1. Tahun 2008-2014 : SDN Gobangkencana
2. Tahun 2014-2017 : MTsN 3 Garut
3. Tahun 2017-2020 : MAN 4 Garut
4. Tahun 2020-2023 : STIKes Karsa Husada Garut Program Studi DIII Keperawatan