

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (P_{1A0}) 12 JAM
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI LETAK SUNGSANG
DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

Deajeng Riana

NIM : KHG.A20010



**STIKES KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (P_{1A0}) 12
JAM *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI
LETAK SUNGSANG DI RUANG MARJAN BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : DEAJENG RIANA

NIM : KHGA 20010

KARYA TULIS ILMIAH

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

Garut, Juni 2023

Menyetujui

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (P_{1A0}) 12
JAM *POST SECTIO CAESAREA* DENGAN INDIKASI
LETAK SUNGSANG DI RUANG MARJAN BAWAH
RSUD dr. SLAMET GARUT**

NAMA : DEAJENG RIANA

NIM : KHGA 20010

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

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

Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si.

Mengetahui,

Mengesahkan

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Pembimbing

STIKes Karsa Husada Garut

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

ABSTRAK

IV BAB, 105 Halaman, 14 Tabel, 1 Bagan, 3 Lampiran

Latar belakang penulis Karya Tulis Ilmiah ini adalah tingginya kasus tindakan seksio caesarea pada ibu melahirkan. Janin dengan letak sungsang ditandai dengan suatu kondisi dimana posisi janin memanjang dalam rahim, dimana bagian kepala berada pada fundus uteri, sedangkan posisi bokong berada di bawah kavum uteri. Persalinan letak sungsang dengan normal pervaginam memiliki resiko lebih tinggi, sehingga persalinan letak sungsang lebih dianjurkan dengan operasi seksio sesaria (Cipta, 2019). Seksio sesaria adalah suatu persalinan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin. Tindakan seksio sesaria memang memiliki kemungkinan komplikasi, namun setiap persalinan dengan tindakan seksio sesaria terus meningkat. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah penulis mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap pasien dengan *post* seksio sesarea. Guna menghindari masalah komplikasi jangka pendek yang dapat terjadi diantaranya infeksi, perdarahan, maupun disrupsi luka. Asuhan keperawatan menggunakan metode studi kasus dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan, studi dokumentasi dan partisipasi aktif penulis. Melalui asuhan keperawatan ini didapatkan hasil pengkajian pasien memiliki beberapa masalah yaitu Nyeri akut, resiko infeksi, dan gangguan mobilitas fisik. Kesimpulan yang dapat diambil dari proses asuhan keperawatan ini adalah tidak adanya hambatan, seluruh tindakan keperawatan dapat diberikan dan berjalan dengan lancar berkat kerja sama antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Maternitas; Letak Sungsang
Daftar Pustaka :26 (2013-2023)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah “ **Asuhan keperawatan pada ny . D (P1A0) 12 jam post section caesarea atas indikasi letak sungsang di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet garut**”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat MA selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh

kesabaran, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.

5. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
6. Ny. D beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Kepada kedua orang tua, adik dan kakak tercinta yang selalu memberikan do'a, dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, jasa kalian takkan pernah terbalaskan, semoga ayah selalu diberikan kesehatan Aamiin.
8. Untuk Lilin Tria Bidadari, Dita Ayu Ariyanti dan Lina Nurherlina yang selama ini selalu memberikan dukungan motivasi, suka duka, canda dan tawa membersamai dalam perjuangan, terimakasih semoga sama-sama dilancarkan sampai akhir perjuangan.
9. Teruntuk teman- teman 3A D3 Keperawatan terutama terimakasih, semoga kita beretemu kembali dengan jalan sukses masing- masing.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis
mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR BAGAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUJUAN PENULISAN	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. METODE TELAAHAN	6
D. SISTEMATIKA PENULISAN	7
BAB II Tinjauan Dasar Teoritis	8
A. Konsep Dasar Teoritis	8
1. Konsep Dasar Letak Sungsang.....	8
2. Konsep Dasar <i>Sectio caesarea</i>	13
3. Konsep Dasar Post Partum	24
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	32
1. Pengkajian	32
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul.....	45
3. Intervensi keperawatan	45
4. Implementasi	53
5. Evaluasi	54
6. Dokumentasi.....	54
BAB III Tinjauan Kasus dan Pembahasan	55

A. Tinjauan kasus	55
1. Pengkajian	55
2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas	66
3. Proses keperawatan	68
4. Catatan Perkembangan	75
B. Pembahasan.....	79
1. Tahap Pengkajian.....	79
2. Diagnosa Keperawatan	80
3. Perencanaan.....	82
4. Tahap Pelaksanaan.....	83
5. Tahap Evaluasi.....	84
BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi.....	86
A. Kesimpulan	86
B. Rekomendasi.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	88
LAMPIRAN.....	89

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Letak Sungsang dengan Kasus SC lainnya	4
Tabel 2.1 Komplikasi Persalinan Letak Sungsang	11
Tabel 2.2 Analisa Data	41
Tabel 2.3 Perencanaan Diagnosa Keperawatan 1	44
Tabel 2.4 Perencanaan Diagnosa Keperawatan 2	46
Tabel 2.5 Perencanaan Diagnosa Keperawatan 3	47
Tabel 2.6 Perencanaan Diagnosa Keperawatan 4	48
Tabel 2.7 Perencanaan Diagnosa Keperawatan 5	50
Tabel 2.8 Perencanaan Diagnosa Keperawatan 6	51
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-Hari	63
Tabel 3.2 Hasil Labolatorium	64
Tabel 3.3 Therapy medis	64
Tabel 3.5 Proses keperawatan	68
Tabel 3.6 Catatan perkembangan	73

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>sectio caesarea</i>	22
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Leaflet

Lampiran II Daftar Riwayat Hidup

Lampiran III Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator untuk mencerminkan derajat kesehatan ibu dan anak, serta cerminan dari status kesehatan suatu negara. Jumlah kasus Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Garut mencapai 55 kasus kematian, 25 kasus karena perdarahan, 5 kasus karena eklamsi, 11 kasus karena hipertensi, 1 kasus infeksi dan 13 kasus karena gangguan system peredaran darah dan lain-lain. Kematian ibu diakibatkan oleh penyebab yang relatif sama baik di Indonesia maupun negara-negara lain di dunia, yaitu perdarahan saat persalinan (25%), infeksi selama kehamilan(14%), preklamsia (13%), janin dengan persalinan sungsang (13%), serta akibat persalinan yang berlangsung lama (7%) (Dinas Kesehatan Garut, 2020).

Janin dengan letak sungsang ditandai dengan suatu kondisi dimana posisi janin memanjang dalam rahim, dimana bagian kepala berada pada fundus uteri, sedangkan posisi bokong berada di bawah kavum uteri. Penyebab letak sungsang adalah fiksasi kepala pada pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada. Janin mudah bergerak seperti pada hidramnion, multipara, janin kecil, gemelli, kelainan uterus seperti uterus aruatus, mioma uteri. Janin sudah lama mati (Musyahida 2019).

Janin dengan letak sungsang pada seluruh kehamilan tunggal dengan umur kehamilan cukup bulan terjadi sekitar 3-4%. Presentase letak sungsang lebih tinggi terjadi pada usia kehamilan yang kurang lanjut. Pada 32 minggu 7% janin adalah sungsang dan 28 minggu atau kurang adalah sungsang secara khusus. Tingkat kekambuhan untuk kehamilan kedua hampir 10% dan untuk kehamilan berikutnya 27%.

Faktor-faktor yang terkait dengan peningkatan resiko letak sungsang adalah umur ibu, peritas, umur gestasional dan berat bayi lahir maupun riwayat seksio sesaria. Kematian perinatal meningkat 2-4 kali pada persalinan letak sungsang tidak tergantung dari cara persalinan pervaginam maupun seksio sesaria. Kematian paling sering terjadi berhubungan dengan malformasi, pematuritas dan kematian intra uterine. tidak ada perbedaan hasil neonatal antara persalinan pervaginam dan seksio sesaria. Akan tetapi, persalinan pervaginam ditemukan berhubungan dengan nilai APGAR yang rendah. Persalinan letak sungsang dengan normal pervaginam memiliki resiko lebih tinggi, sehingga persalinan letak sungsang lebih dianjurkan dengan operasi seksio sesaria (Cipta, 2019).

Seksio sesaria adalah suatu persalinan dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin. Adapun indikasi dari persalinan seksio sesaria adalah diantaranya indikasi ibu dan indikasi janin, di dalam indikasi janin terdapat letak bokong, *gemelly*, kelainan tali pusat, janin abnormal, bayi besar dan letak sungsang (NANDA, 2015). Prosedur operatif pada persalinan

seksio sesaria adalah dilakukan dibawah anestesi, hal ini dikarenakan janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus (Aspiani, 2017).

Tindakan seksio sesaria dikatakan dapat mengatasi komplikasi terhadap ibu dan bayi. Adapun komplikasi seksio sesaria dibagi menjadi dua, yaitu komplikasi jangka panjang dan komplikasi jangka pendek. Komplikasi jangka pendek yang dapat terjadi diantaranya infeksi, perdarahan, gangguan taktus urinarius, sepsis, tromboemboli, maupun disrupsi luka. Sedangkan untuk komplikasi jangka panjang diantaranya komplikasi luka, ruptur uteri, plasenta abnormal, adhesi dan lainnya. Tindakan seksio sesaria memang memiliki kemungkinan komplikasi, namun setiap persalinan dengan tindakan seksio sesaria terus meningkat.

World Health Organization (WHO) mempertimbangkan rata-rata nilai maksimum untuk tindakan seksio sesaria disebuah negara dengan prevalensi 5-15% yang ditargetkan pada intervensi penyelamatan nyawa dalam persalinan. Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD dr. Slamet Garut, bahwa jumlah ibu yang mengalami seksio sesaria pada tahun 2022 dapat dilihat dari tabel berikut ini.

Tabel 1.1
Persentase Kejadian Kasus SC atas Letak Sungsang dengan
Kasus SC lainnya di RSUD Dr. Slamet Garut dari bulan Maret-
Mei 2023

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

Sumber : Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut Maret-Mei tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa angka kejadian kasus seksio sesaria dengan indikasi letak sungsang menempati urutan ke-2 dengan jumlah kasus sebesar 76 kasus dengan presentase 17% selama bulan Maret-Mei 2023. Mengingat jumlah kejadian section caesarea yang masih tinggi ditambah dengan resiko yang ditimbulkan berupa (kematian pada ibu dan bayi) maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan mengangkat judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D (P_{1A0}) 12 JAM POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI LETAK SUNGSANG DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT.**

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada ny.D dengan post section caesarea atas indikasi letak sungsang.

2. Tujuan Khusus

Dengan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan penulis mampu untuk:

- a. Mampu melakukan pengkajian yang meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spiritual pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Mampu menyusun diagnosa keperawatan pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Mampu membuat perencanaan keperawatan pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan/ mengimplementasi keperawatan pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan kasus persalinan sungsang pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam

Post Sectio caesarea dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

- f. Mampu melakukan dokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

C. METODE TELAAHAN

Metode telaahan yang digunakan dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu dengan cara pengumpulan data dengan melakukan pendekatan studi kasus yang berfokus pada pemecahan masalah yang ada pada masa sekarang (aktual) untuk kemudian dianalisa. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi:

1. Observasi, merupakan suatu proses pengamatan baik secara fisik, sikap dan gerak-gerik yang berkaitan dengan pemecahan diagnosa keperawatan.
2. Wawancara, dengan melakukan tanya jawab pada klien maupun keluarga klien yang berkaitan.
3. Pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
4. Studi dokumenter dengan mengumpulkan data dari rekam medik klien.
5. Studi Pustaka digunakan untuk mencari data dari literatur dan referensi yang telah ada.

Kegiatan inti dilaksanakan selama 4 hari yang didampingi langsung oleh *Clinical Instuructor*. Kemudian pelaksanaan dari implementasi

dilakukan selama 4 kali pertemuan dengan satu kali kegiatan pendidikan kesehatan.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika penulisan pada karya tulis ilmiah ini terdiri dari 4 BAB, yaitu :

1. BAB I : Pendahuluan, pada BAB ini terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan secara umum dan khusus, metode telaahan dan sistematika penulisan.
2. BAB II : Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan terhadap Klien Post Partum Seksio Sesaria dengan Persalinan Letak Sungsang. Pada BAB ini terdiri dari konsep dasar teori dan tinjauan teoritis tentang asuhan keperawatan.
3. BAB III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan. Pada BAB ini terdiri dari tinjauan kasus dan pembahasan kasus.
4. BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi, pada BAB ini berisikan kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan formulasi saran ataupun rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR TEORI

1. Konsep Dasar Letak Sungsang

a. Definisi Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan suatu letak dimana bokong bayi merupakan bagian terendah dengan atau tanpa kaki keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala dipundus uteri dan bokong berada dibagian bawah (Marmi, 2016).

Letak sungsang merupakan keadaan janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bawah bagian kavum uteri. Letak sungsang juga merupakan presentasi bokong (sungsang) dimana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada difundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah (di daerah pintu atas panggul/symphisis) (Aspiani, 2017).

Letak sungsang adalah janin yang letaknya memanjang membujur dalam rahim kepala berada di fundus dan bokong berada di bawah (Reny, 2017).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa letak sungsang adalah keadaan dimana janin memanjang dalam rahim, dengan kepala berada difundus dan bokong berada di bawah kavum uteri.

b. Klasifikasi

Terdapat klasifikasi letak sungsang menurut aspiani (2017) yaitu:

1) Letak bokong murni (*frank breech*)

Letak bokong murni adalah letak bokong dengan kedua tungkai terangkat keatas, yang menjadi bagian depan, kedua tungkai lurus keatas.

2) Letak sungsang sempurna (*complete breech*)

Letak sungsang sempurna adalah letak bokong dimana kaki ada disamping bokong (letak bokong sempurna atau kijang).

3) Letak sungsang tidak sempurna (*incomplete breech*)

Letak sungsang tidak sempurna adalah dimana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut, terdiri dari:

a) Kedua kaki: letak kaki sempurna (24%)

Satu kaki : letak kaki tidak sempurna

b) Kedua lutut letak lutut sempurna (1%)

Satu lutut : letak lutut tidak sempurna.

c. Etiologi

Didalam faktor –faktor etiologi presentasi letak sungsang meliputi prematuritas ,air ketuban yang berlebih, kehamilan ganda, plasenta previa,panggul sempit, fibromyoma hydrocephalus, dan janin besar. Setiap keadaan yang mempengaruhi masuknya kepala janin kedalam panggul mempunyai peranan dalam etiologi presentasi letak sungsang

banyak yang tidak diketahui penyebabnya dan setelah mengesampingkan kemungkinan lain maka sebab malposisi tersebut baru ditanyakan hanya karena kebetulan saja, ada presentasi bokong daripada presentasi kepala. Implementasi plasenta di fundus dicornu uteri cenderung untuk mempermudah terjadinya presentasi bokong (Oxom Harry William R. Forte, 2013).

d. Patofisiologi

Pada letak janin dalam uterus bergantung dalam proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, Jumlah air ketuban relatif lebih banyak, Sehingga memungkinkan janin bergerak lebih leluasa dengan demikian janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala letak sungsang. Pada kehamilan treimester tewrakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar dari pada kepala, Maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, Sedangkan kepala diruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dapat dipahami dalam kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi. (Aspiani, 2017).

e. Tanda dan Gejala

- 1) Pergerakan anak teraba oleh ibu dibagian perut bawah, dibawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.
- 2) Pada palpasi akan teraba bagian keras, bundar dan melenting pada fundus uteri. Punggung anak dapat diraba pada salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pihak yang berlawanan di atas symphysis, teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.
- 3) Bunyi jantung tedengar pada punggung anak setinggi pusat. Jika permukaan sudah, Pada pemeriksaan dapat teraba 3 tonjolan tulang, yaitu kedua tubera ossis ischia dan ujung ossacrum dapat dikenal serbagai tualng yang merunding dengan deretan prosesus spinosus ditengah-tengah tulang tersebut. Antara 3 tonjolan tadi dapat diraba anus dan genetalia anak tetapi jenis kelamin anak hanya dapat ditentukan jika edema tidak terlalu besar (Aspiani, 2017).

f. Komplikasi

Tabel 2.1
Komplikasi Persalinan Letak sungsang

Komplikasi	Pada ibu	Pada bayi
1	2	3
Pendarahan	Trauma jalan lahir mioma uteri Sisa plasenta	Pendaraha intrakranial edema intrakranial pendarahan alat alat vital intra abnormal
Infeksi	Melalui trauma (assendens)	Karena manipulasi
Trauma persalinan	Trauma jalan lahir	Dislokasi /fraktur ekstremitas ruptur alat alat

Komplikasi	Pada ibu	Pada bayi
1	2	3
	Empisialis	vital intra abnormal kerusakan pleksus brachialis dan faliasis. Fraktur persendian leher Kerusakan pusat vital di medulla oblongata. Trauma langsung alat alat vital Asfiksia sampai mati

(Sumber: Nurul Janah, 2015)

Pada ibu jarang dijumpai komplikasi yang berkelanjutan, tetapi pada bayi kemungkinan terdapat sisa (komplikasi) dalam bentuk deformitas gangguan fungsi saraf dan menurunnya intelegensia.

g. Penatalaksanaan

1) Dalam kehamilan

Mengingat bahaya-bahayanya sebaiknya persalinan dalam letak sungsang dihindari, untuk itu bila saat pemeriksaan antenatal dijumpai letak sungsang terutama pada primigravida, hendaknya diusahakan melalukan versi luar menjadi presentasi kepala. Versi luar sebaiknya dilakukan pada kehamilan antara 34/38 minggu, pada umumnya versi luar sebelum minggu ke 34 belum perlu dilakukan, karena kemungkinan besar janin masih dapat memutar sendiri. Sedangkan setelah minggu ke 38 versi luar sulit untuk berhasil karena janin sudah besar dan jumlah air ketuban relatif berkurang.

Sebelum melakukan versi luar diagnosis letak janin harus pasti, sedangkan DJJ harus dalam keadaan baik.

Apabila bokong sudah turun, bokong harus dikeluarkan terlebih dahulu dari rongga panggul, tindakan ini dilakukan dengan kehidupan janin, maka penolong tidak perlu melakukan tindakan yang bertujuan untuk mempercepat kelahiran janin. Pertama-tama hendaknya ditentukan apakah tidak ada kelainan lain yang merupakan indikasi untuk melakukan *sectio caesarea*, seperti kesempitan panggul, plasenta previa, atau adanya tumor dalam rongga panggul. Apabila tidak didapatkan kelainan dan persalinan diperkirakan dapat berlangsung pervagina.

Dalam kondisi seperti ini *sectio caesarea* merupakan tindakan yang menjadi pilihan dengan resiko paling rendah yang dapat dipilih dalam penanganan persalinan letak sungsang, oleh karena itu letak sungsang pada janin besar dan disproporsi *cefalo-pelvik* merupakan indikasi mutlak untuk melakukan *sectio caesarea* (Nurjannah, 2013).

2. Konsep Dasar *Sectio caesarea*

a. Definisi *sectio caesarea*

Sectio caesarea merupakan prosedur operasi dengan menyayat dinding abdomen untuk mengeluarkan bayi (Mardiawati, 2017). *Sectio caesarea* yaitu prosedur pembelahan bertujuan mengeluarkan bayi dengan cara membuat jalan lahir pada dinding abdomen (Anggorowati & Sudiharjani, 2018).

Sectio caesarea 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 histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Dumilah, 2018).

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding saraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gr (Aprina, 2016).

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

b. Patofisiologi

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500gram. Tindakan *sectio caesarea* menginsisi pada bagian abdomen dan dinding uterus. Setelah kavum uteri terbuka selaput ketuban dipecahkan. Setelah janin dan plasenta dilahirkan kemudian lapisan endometrium, miometrium, dan

perimetrium di jahit kembali. Penyebab dilakukan tindakan ini indikasi dari ibu yaitu panggul sempit absolut, tumor jalan lahir, stenosis serviks, disproporsi sefalopelvis, ruptur uteri, riwayat observasi yang jelek, riwayat dasar klasik, infeksi herpes virus tipe II dan preeklamsi. Sedangkan indikasi dari janin yaitu kelainan letak janin dan gawat janin. Kelainan letak janin dan gawat janin menyebabkan janin tidak bisa lahir melalui jalan lahir sehingga harus dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

Setelah dilakukan *sectio caesarea* ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis. Adaptasi post partum secara psikologisakan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan masalah gangguan pola tidur. Sedangkan adaptasi post partum secara fisiologis akan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat produksi ASI Juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI (Nuralif, dkk., 2016).

Pada tindakan *sectio caesarea* akan ada tindakan anastesi yang akan menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik akan

menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah defisit perawatan diri (Nuralif, dkk., 2016).

Anastesi pada tindakan *sectio caesarea* juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus. Seperti yang telah dilakukan setelah makanan masuk ke lambung akan terjadi proses penghancuran dengan bantuan peristaltik usus. Kemudian diserap untuk metabolisme sehingga tubuh memperoleh energi. Akibat dari mortilitas yang menurun maka peristaltik juga menurun sehingga makanan yang ada dilambung akan menumpuk. Karena mortilitas yang menurun, akan mengakibatkan perubahan pada pola eliminasi yaitu konstipasi (Nuralif, dkk., 2016).

Pada saat proses pembedahan akan dilakukan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan putusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah dan saraf-saraf disekitar insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rasa nyeri (nyeri akut) yang mengakibatkan enggan melakukan pergerakan sehingga menimbulkan masalah gangguan mobilitas fisik. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisiakan ditutup dan menimbulkan masalah resiko infeksi (Nurarif, dkk., 2016).

c. Etiologi

Indikasi *sectio caesarea* pada ibu antara lain pre eklamsia berat, plasenta previa, ketuban pecah dini, uteri iminen. Sedangkan indikasi janin diantaranya fetal distress dan janin besar melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor diatas dapat diuraikan beberapa penyebab *sectio caesarea* sebagai berikut:

1) Pre eklamsia berat (PEB)

Pre eklamsia adalah sindrom spesifik kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD), edema, dan proteinuria (Aprina.2016). Pre eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah dan infeksi, pre eklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

2) Ketuban pecah dini (KPD)

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan ketuban

dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriokarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya ketuban membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin serta adanya tanda-tanda persalinan (Sarwono Prawirohardjo, 2013).

3) Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Aprina, 2016).

4) Bayi kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadinya komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

5) Partus Tak Maju

Partus tak maju adalah ketiadaan kemajuan dalam dilatasi serviks, atau penurunan dari bagian yang masuk selama persalinan aktif (Mochtar, 2014). Partus tak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan (Aprina, 2016).

6) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin, 2013).

7) Kelainan letak lintang

Letak lintang ialah jika letak anak didalam rahim sedemikian rupa hingga paksi rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada rahim dan menjadikan sudut 90) jarang terjadi (Eni Nur Rahmawati, 2014).

Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentasi bahub atau acromion (Icesmi sukarni, 2013).

d. Manifestasi klinis

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan *sectio caesarea* yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif (Doenges, 2013) mengemukakan manifestasi klinis *sectio caesarea* meliputi :

- 1) Nyeri yang disebabkan luka dari pembedahan
- 2) Adanya luka insisi dibagian abdomen
- 3) Umbilicus, fundus uterus kontraksi kuat
- 4) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak).
- 5) Ada kurang lebih 600-800 ml darah yang hilang selama proses pembedahan

- 6) Emosi yang labil atau ketidakmampuan menghadapi situasi baru pada perubahan emosional
- 7) Tidak terdengarnya suara bising usus
- 8) Pengaruh anestesi dapat memicu mual, muntah dan imobilisasi
- 9) Klien memilih untuk tidak banyak melakukan pergerakan

e. Indikasi

Menurut Mitayani (2013) indikasi dibagi 2 yaitu:

1) Indikasi ibu

Stenosis panggul, tumor jalan lahir yang obstruksi, penyempitan serviks, plasenta previa, disproporsi sefalopelvis, ruptur uterus, diabetes (kadang –kadang), riwayat obstetri yang buruk, riwayat *sectio caesarea* klasik, infeksi hipervirus tipe II (genetik)

2) Indikasi bayi

Posisi janin yang tidak stabil, presentasi sungsang (kadang-kadang), penyakit atau kelainan pada janin (Morita,2018).

f. Komplikasi

Menurut Bergholth, Stenderup, Vedsted, Hellm dan Lenstrup yang melakukan penelitian pada tahun 2003 menyebutkan bahwa komplikasi ibu post partum mayoritas 12,1% sedangkan Lowdermilk, Perry dan Bobak pada tahun 2000 menunjukkan bahwa komplikasi biasanya terjadi setelah melahirkan yaitu Aspirasi (25-50%), emboli pulmonari,

mengeluarkan banyak darah, luka yang infeksi, gangguan rasa nyeri, infeksi dinding rahim, infeksi saluran kemih, cidera di perkemihan, tromboflebitis, infark dada, dan demam (Morita, 2018).

g. Jenis *sectio caesarea*

1) *Sectio caesarea* transperitoneal

a) *Sectio caesarea* klasik/corporal

Melakukan pembedahan seperti membuat irisan luka berbentuk tegak lurus pada perut untuk jalan keluar bayi.

b) *Sectio caesarea* ismika

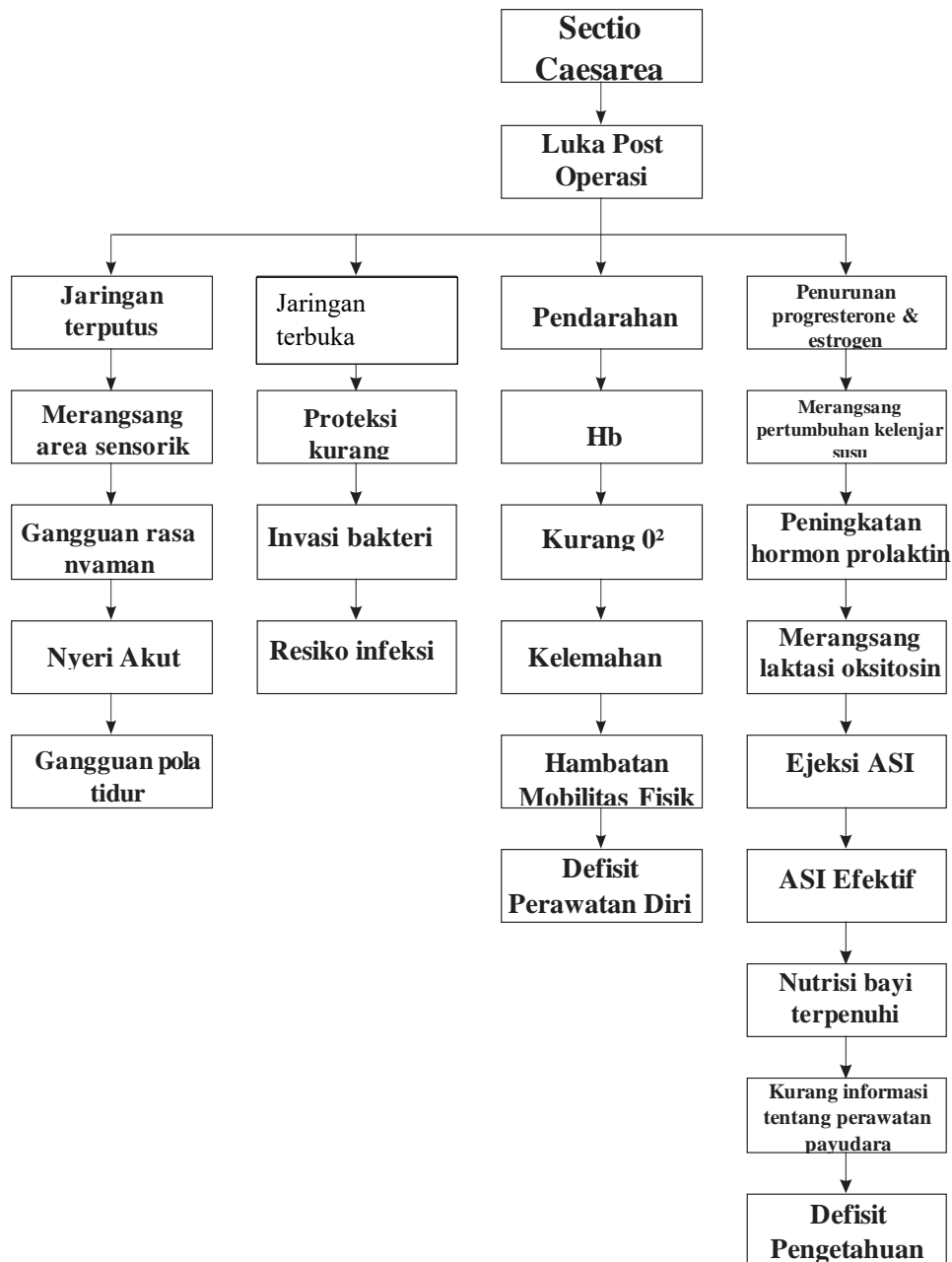
Melakukan pembedahan seperti membuat irisan luka garis mendatar diatas tulang kemaluan bawah rahim.

2) *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Melakukan SC dengan membuka parietalitas tanpa membuka kavum perut (Wahyuningsih, 2018).

h. Pathway

Bagan 2.1

Pathway *sectio caesarea*

Sumber: Aspiani, 2017

3. Konsep Dasar Post Partum

a. Definisi

Masa post partum adalah fase dimana bagi ibu untuk mengembalikan alat reproduksi semula sebelum hamil dalam waktu 1 bulan (Sridani et al., 2019).

Post partum adalah fase dimana alat-alat reproduksi wanita kembali dalam keadaan semula sebelum hamil yang ditandai dengan kelahiran plasenta dan membran sebagai tanda berakhirnya periode intrapartum (Seniorita, 2017).

Tindakan *sectio caesarea* adalah proses pembedahan dengan membuat sayatan di perut untuk mengeluarkan bayi sekaligus untuk menyelamatkan ibu dan bayi (Zamzara et al., 2015).

Masa puerperium disebut juga masa nifas adalah masa ketika organ reproduksi kembali normal, yaitu masa dimulai sebelum hamil dan setelah melahirkan berlangsung sekitar 1 bulan. Dan masa ini adalah awal dari fase reproduksi dalam siklus kehidupan keluarga. Selama periode ini akan terjadi perubahan psikososial dan fisiologis seperti kardiovaskuler, pernafasa, integrasi dan reproduksi (Sambas, 2017).

b. Patofisiologi

Pada post partum spontan akan terjadi perubahan fisiologis dan psikologis, pada perubahan fisiologis terjadi proses involusi menyebabkan terjadi peningkatan kadar

oksitosin, peningkatan kontraksi uterus sehingga muncul masalah keperawatan nyeri akut. Perubahan laktasi akan muncul struktur dan karakter payudara, laktasi dipengaruhi oleh hormon estrogen dan peningkatan prolaktin sehingga terjadi pembekuan ASI tetapi terkadang terjadi juga aliran darah dipayudara maka akan terjadi bengkak dan penyempitan pada ductus intiverus, sehingga ASI tidak keluar dan muncul masalah keperawatan menyusui tidak efektif, pada perubahan psikologis akan muncul *taking in* (ketergantungan), *taking hold* (ketergantungan kemandirian), *taking in* (kemandirian).

c. Tanda-tanda bahaya post partum

Tanda tanda bahaya pada post partum menurut (pitriani, 2014) sebagai berikut:

- 1) Perdarahan vagina yang hebat atau tiba-tiba bertambah banyak.
- 2) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 3) Sakit kepala terus menerus, nyeri uluh hati.
- 4) Ibu demam tinggi dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$.
- 5) Payudara yang berubah menjadi merah,panas, dan atau terasa sakit.
- 6) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang sama.
- 7) Merasa sangat letih/nafas terengah-engah.
- 8) Kontraksi uterus tidak baik.

d. Komplikasi

Komplikasi post partum menurut Aspirasi, 2017 antara lain:

- 1) Pembengkakan payudara
- 2) Mastitis (peradangan pada payudara)
- 3) Endometritis (peradangan pada endometrium).
- 4) Post partum blues
- 5) Infeksi puerperalis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan pada jaringan terinfeksi atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan.

e. Periode post partum

Menurut (Yanti & Sundawati, 2014) post partum dibagi menjadi 3 periode:

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intemedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya mencapai 6-8 minggu.
- 3) Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil/waktu persalinan mempunyai komplikasi.

f. Perubahan fisiologis dan adaptasi psikologis post partum

Perubahan fisiologis post partum menurut (Morita, 2018) yaitu :

1) Sistem Reproduksi

Uterus akan kembali normal dalam waktu 1 - 2 bulan. Aktivitas uterus akan mulai stabil dalam waktu 1-2 jam, akan terjadi relaksasi kontraksi yang menimbulkan afterpain yang akan bertambah dengan menyusui karena dikeluarkannya oksitosin dari kelenjar pituitary posterior sebagai respon terhadap rangsangan puting/ isapan bayi. Selain itu, tuba falopi menjadi atropi karena rendahnya kadarnya estrogen pada dua minggu post partum.

2) Endokrin

Kortisol dan Human placental lactogen (Hpl) akan mengalami penurunan, karena masa laktasi oksitosin dan prolaktin akan mengalami peningkatan

3) Urinarius

Pada saat persalinan kandung kemih akan mengalami trauma karena tekanan yang berlebihan sehingga menyebabkan luka dan sensitivitas pada cairan.

4) Sistem Pencernaan

Adanya sayatan atau robekan pada kulit akibat SC yang dapat menyebabkan gangguan pada kenyamanan perineum serta ibu akan merasa lapar dan haus secara terus menerus yang disebabkan oleh penurunan motilitas usus.

5) Kardiovaskuler

Pada persalinan SC ibu akan kehilangan banyak darah dua kali lipat dari persalinan spontan. Ibu juga akan kehilangan volume plasma serta akan mengalami bradikardi karena peningkatan hemotokrit.

6) Neurologi

Pada periode ini ibu akan mengalami stress dan nyeri kepala akibat pemberian anatesi nyeri serta akan mengalami gatal dan mati rasa.

7) Moskuloskletal

Pada masa kehamilan otot perut akan kencang yang menyebabkan hilangnya kekenyalan otot. Perut juga akan kembali lembek dan kendor seperti semula dalam kurun waktu 1 bulan.

Adaptasi psikologis post partum menurut aspiani (2017) terbagi menjadi 3 tahap yaitu sebagai berikut :

1) Fase Taking In

Berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua melahirkan, ibu masih sangat pasif dan ketergantungan terhadap orang lain. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada diri sendiri lebih mengingat pengalaman melahirkan yang dialami, ketidaknyamanan yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang

tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari.

2) Fase Taking Hold

Merupakan suatu periode yang berlangsung antara 3 hari sampai 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu berusaha bertanggung jawab terhadap bayinya dengan berusaha untuk menguasai keterampilan perawatan bayi. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalnya buang air kecil dan buang air besar. Pada masa ini ibu sensitive sehingga membutuhkan dorongan dan bimbingan

3) Fase Letting Go

Merupakan suatu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Keinginan merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. (Aspiani, 2017).

Adaptasi psikologis masa nifas merupakan suatu proses adaptasi yang sebenarnya sudah terjadi pada saat kehamilan. Menjelang persalinan, perasaan senang karena akan berubah peran menjadi seorang ibu dan segera bertemu dengan bayi yang dikandungnya selama berbulan-bulan dan telah lama dinantikan. Selain itu, akan timbul

perasaan cemas karena khawatir terhadap calon bayi yang akan dilahirkannya nanti, apakah lahir dengan sempurna atau tidak. Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting karena pada masa ini ibu nifas menjadi lebih sensitif. Tentunya pada ibu primipara dan multipara memiliki kebutuhan yang berbeda-beda. Multipara akan lebih mudah dalam mengantisipasi keterbatasan fisiknya dan lebih mudah beradaptasi terhadap peran dan interaksi sosialnya. Sedangkan pada ibu primipara mungkin kebingungan dan frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Maka dari itu ibu primipara lebih memerlukan dukungan yang lebih besar (Maritalia, 2017).

g. Dampak section caesarea terhadap kebutuhan dasar manusia

Dampak section caesarea atas indikasi letak sungsang terhadap kebutuhan dasar manusia (maryuani, 2015).

1) Nyeri

Terdapat nyeri pada daerah abdomen dikarenakan luka setelah operasi, klien akan dianjurkan untuk tehnik distraksi dan relaksasi nafas dalam selain itu juga diberikan analgetic.

2) Aktivitas

Klien pada post operasi section caesarea memiliki kemungkinan gangguan aktivitas, yang disebabkan luka setelah operasi, sehingga perlu dilakukannya mobilisasi dini untuk memulihkan kekuatan otot.

3) Nutrisi dan Cairan

Pada klien post partum terlebih dahulu dianjurkan untuk puasa sebelum bising usus kembali terdengar, maka dari itu memenuhi kebutuhan cairannya terdapat infusan RL. Apabila telah normal dapat dengan memulai diet lunak tinggi kalori tinggi protein.

4) Gangguan eliminasi urine

Dalam waktu 8 jam klien berkemih secara spontan, setelah melahirkan juga cairan yang dieliminasi menjadi urine, terdapat aseton sehingga klien kemungkinan mengalami dehidrasi.

5) *Personal hygiene*

Dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* pada klien setelah operasi *section caesarea* pada umumnya tidak sepenuhnya terpenuhi, karena keadaan yang tidak memungkinkan.

6) Istirahat tidur

Pada klien post operasi *section caesarea* biasanya terdapat gangguan pola tidur karena nyeri yang dirasakan. Maka

dari itu dalam pengendalian nyeri dianjurkan untuk pengalihan dengan teknik distraksi dan relaksasi disertai pemberian analgetic.

B. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan (Budiyono, 2015).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar pengumpulan informasi subjektif, objektif dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien dan keluarga atau ditemukan dalam rekam medik (Nanda, 2015).

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dan identitas penanggung jawab.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Pada umumnya klien post operasi hari pertama mengeluh nyeri pada luka bekas operasi, badannya lemah, dan tidak berani bergerak.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang berisi tentang pengkajian data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi *sectio caesarea*. Serta menjelaskan tentang perjalanan penyakit yang dirasakan oleh klien post SC dengan menggunakan format P, Q, R, S, T, diantaranya yaitu :

- (1) P : paliatif / provokatif, yaitu keluhan yang dirasakan klien, yang meringankan dan memberatkan keluhan .
Yang meringankan pada klien *sectio caesarea* adalah ketika klien istirahat atau tidak terlalu banyak bergerak sedangkan yang memperberat adalah saat melakukan aktifitas berlebih.
- (2) Q : Qualitative / Quantitative, merupakan kualitas atau kuantitas keluhan yang dirasakan klien, biasanya yang dikeluhkan seperti nyeri pada luka post operasi SC.
- (3) R : Region, yaitu daerah yang mengalami gangguan dan apakah ada penyebaran ke daerah lain. Pada klien post operasi SC yang dirasakan yaitu nyeri pada bagian bawah abdomen.
- (4) S : Skala intensitas, pada nyeri yang dirasakan klien misalnya dari rentang 1-10, 0: tidak nyeri, 1-3: nyeri ringan, 4-7: nyeri sedang, 8-10: nyeri berat

(5) T : Time, yaitu timbulnya rasa tidak nyaman bisa dirasakan kadang-kadang, terus menerus, bahkan sampai beberapa lama keluhan bisa berlangsung, bisa hilang timbul konstan.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji terhadap adanya penyakit yang pernah dialami klien yang dapat mempengaruhi kesehatan klien sekarang misalnya penyakit DM, penyakit jantung, dan hipertensi.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji penyakit yang dialami keluarga klien, mungkin ditemukan adanya penyakit yang sama dengan yang diderita oleh klien saat ini atau penyakit menular dan keturunan dalam keluarga.

e) Riwayat obstetri dan ginekologi

(1) Riwayat menstruasi

Kaji riwayat : menarce, siklus menstruasi, lamanya, sifat darah, lamanya, dismenore, keluhan haid, HPHT, dan taksiran partus.

(2) Riwayat perkawinan

Meliputi status, umur pada saat menikah, lama perkawinan, banyaknya menikah, dan status pernikahan saat ini.

(3) Riwayat keluarga berencana

Jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil, jenis kontrasepsi setelah melahirkan, keluhan yang timbul, dan jumlah anak yang direncanakan.

(4) Riwayat kehamilan dan persalinan

Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang dan persalinan sebelumnya.

b. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan klien pada umumnya lemah

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Normal atau menurun <120/90 mmHg

Nadi : Nadi meningkat >80x/ menit

Respirasi : Respirasi meningkat

Suhu : Suhu meningkat >37,5°C

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

Pengkajian mata dalam kesimetrisan mata, konjungtiva anemis, sclera putih kemerahan, ketajaman penglihatan, pupil isokor, apakah ada benjolan atau peningkatan tekanan bola 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 sinus 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. auskultasi apakah terdengar sonor, 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.

(4) 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.perkusi biasanya .

(5)Genetalia

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

(6)Ekstremitas

1. Ekstremitas atas

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

2. Ekstremitas 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, Kaji adanya tanda homan Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat menghambat sirkulasi ke organ distal. Cara memeriksa tanda homan adalah memposisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi, kemudian didorsofleksikan dan

tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis. Jika nyeri maka tanda homan positif, untuk mencegah terjadinya tromboflebitis, ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar sehingga tromboflebitis bisa diabsorpsi, Kaji pemeriksaan otot.

c. Pola aktivitas

1) Pola nutrisi

Adanya perubahan pola makan, jenis makanan dan minuman, frekuensi makan dan minum, kemungkinan klien akan mengalami penurunan nafsu makan serta porsi makan tidak habis.

2) Pola eliminasi

Adanya perubahan pola dan frekuensi eliminasi, sering atau tidak serta bagaimana kebiasaan BAB dan BAK klien, termasuk gangguan dalam BAB dan BAK klien.

3) *Personal hygiene*

Terdapat kemungkinan *personal hygiene* terganggu dikarenakan adanya nyeri, sehingga menyebabkan kesulitan dalam melakukan *personal hygiene*.

4) Pola istirahat tidur

Kaji terhadap perubahan pola tidur, lama tidur siang dan malam, kemungkinan klien mengeluh susah tidur karen nyeri. Pada klien *post sectio caesarea* hari pertama biasanya

mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup.

d. Aspek Psikologis, Sosial, Spiritual

1) Aspek psikologis

Pada pasien hari pertama dan hari kedua biasanya mengalami fase *taking in*. Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu berfokus pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuar ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi sensitif terhadap lingkungan, oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

2) Aspek sosial

Klien dengan post *sectio caesarea* akan merasakan adanya nyeri yang menghambat aktifitas klien sehari hari sehingga perlu dikaji akibat penyakit terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama dirawat.

3) Aspek spiritual

Kaji keadaan klien dalam menghadapi kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaan, selama dirawat di rumah sakit.

e. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan diagnostik dapat memberikan informasi tentang hal-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 terjadi infeksi atau kemungkinan terjadinya sepsis. Pada post *sectio caesarea* hari pertama leukosit mungkin meningkat sebagai efek upaya dari inflamasi.
- 3) Trombosit untuk mengetahui jumlah trombosit serta perannya dalam pembekuan darah, sehingga akan diketahui waktu pembekuan darah.
- 4) Pemeriksaan jumlah tiroksin terjadi akibat pengaruh dari hormon esterogen

f. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Nursalam, 2015).

Tabel 2.2
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS: - Mengeluh nyeri DO - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berfikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaphoresis	Adanya luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradikinin, serotinin, dan histamin. rangsangan ini dihantarkan ke talamus dan meneruskan ambang nyeri yang dipersepsikan sebagai nyeri.	Nyeri Akut
2	DS: - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup - Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun DO: -	Adanya nyeri merupakan impuls sensorik yang merangsang saraf otonom mengaktifasi neuropineprin mengakibatkan saraf simpatis terangsang untuk mengaktifasi regulasi activating sistem (RAS) mengakibatkan kerja organ tubuh selalu siaga hingga kebutuhan tidur terganggu	Gangguan pola tidur
3	DS: - Menolak melakukan perawatan diri DO: - Tidak mampu mandi/makan/ke toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang	Adanya luka post operasi menyebabkan keterbatasan gerak dalam melakukan aktifitas sehingga ADL dibantu.	Defisit perawatan diri

1	2	3	4
4	DS: - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas saat bergerak DO: - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah	Keadaan fisik yang lemah akibat post operasi menyebabkan kemampuan untuk beraktifitas dibatasi karena pasien khawatir karena pergerakannya membahayakan terhadap luka post operasinya sehingga aktifitas pasien akan sangat terbatas	Gangguan mobilitas fisik
5	DS: - DO: -	Post operasi menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk pertumbuhan dan perkembangan bakteri sehingga menimbulkan infeksi.	Resiko infeksi
6	DS: - Menanyakan masalah yang dihadapi DO: - Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis: apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Pertama kali dalam tindakan <i>sectio caesarea</i> , terdapat luka post operasi, kurang pengetahuan tentang kondisi, kurangnya informasi, klien bertanya-tanya tentang keadaannya.	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2019). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post section caesarea adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaam fisik.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
- e. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif.
- f. Defisif pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (tim pokja SIKI DPP PPNI 2018).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun

- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Frekuensi nadi membaik

Tabel 2.3
Perencanaan Diagnosa Keperawatan 1

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
1	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identitas respon nyeri non verbal 4. Identitas faktor yang memperingan dan memperberat nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup pasien 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik 9. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan dikaji tingkat nyeri diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri dirasakan adakah rasa nyeri yang menyebar atau tidak 2. Mengetahui seberapa tingkat nyeri yang dialami oleh klien 3. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya 4. Untuk menghindari faktor yang memper berat nyeri 5. Untuk mengetahui kemampuan mengatasi nyeri 6. Untuk menghindari adanya budaya yang dapat membahayakan kesehatan klien terkait dengan penyakitnya 7. Karena nyeri dapat mempengaruhi kualitas hidup klien 8. Untuk membantu mengurangi komplikasi 9. Untuk mengetahui perkembangan terapi yang diberikan
2	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan ketegangan otot, sendi dan melancarkan peredaran darah sehingga nyeri berkurang. 2. Lingkungan bisa menjadi pemicu meningkatnya derajat nyeri. 3. Membantu memberikan

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
	4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	kenyamanan 4. Pemilihan strategi nyeri yang tepat dapat membantu mengurangi rasa nyeri.
3	Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1. Meningkatkan pemahaman ibu tentang penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Untuk membantu mengontrol nyeri ketika nyeri muncul 3. Agar klien mampu memonitor nyerinya secaramandiri 4. Penggunaan analgetik yang tepatdapat mengurangi rasa nyeri 5. Untuk menghindari peningkatan nyeri
4	Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik	Membantu dalam mengurangi rasa nyeri dengan memblokade pusat hantaran nyeri.

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24

jam diharapkan pola tidur membaik

Kriteria hasil :

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

Tabel 2.4
Perencanaan Diagnosa Keperawatan 2

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
1	Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan mengetahui pola aktivitas dan tidur klien, perawat dapat mengawasi klien untuk tidur sesuai kebutuhannya. 2. Untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor pengganggu tidur 3. Minuman yang mengandung kafein dapat mengganggu kualitas tidur 4. Untuk mengetahui obat tidur yang dikonsumsi klien.
2	Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya pijat, pengaturan posisi, dan terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menungjang siklus tidur terjaga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan rasa nyaman terhadap klien 2. Untuk membantu mengurangi susah tidur menjelang malam hari 3. Untuk menurunkan gangguan pola tidur 4. Agar klien mempunyai jadwal tidur yang tetap 5. Untuk membantu relaksasi saat tidur 6. Agar siklus tidur klien terjaga
3	Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidur yang cukup akan meningkatkan daya tahan tubuh sehingga tubuh tidak mudah terserang penyakit 2. Memberikan penjelasan agar klien menepati kebiasaan waktu tidur 3. Memberikan penjelasan agar klien menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat.

Kriteria hasil :

- 1) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- 2) Minat melakukan perawatan diri meningkat
- 3) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Tabel 2.5
Perencanaan Diagnosa Keperawatan 3

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
1	Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. dentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Untuk melihat kemampuan perawatan diri klien 3. Untuk mempermudah klien dalam membantu perawatan diri
2	Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan terapeutik (suasana hangat, rileks, dan privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri 4. Failitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5. Failitasi kemandirian klien 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menjaga privasi klien agar klien merasa nyaman 2. Mempermudah klien dalam perawatan diri 3. Dengan adanya dukungan dan keluarga maka klien akan merasa tenang 4. Dengan pemberian alat bantu dapat mengatasi ketergantungan klien 5. Agar perawatan diri klien dapat terpenuhi dengan adanya bantuan 6. Agar rutinitas perawatan diri klien terjadwal
3	Edukasi: Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.

Kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas, meningkat
- 2) Kekuatan otot, meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM), meningkat
- 4) Gerakan terbatas, menurun
- 5) Kelemahan fisik, menurun

Tabel 2.6
Perencanaan Diagnosa Keperawatan 4

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
1	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri dapat menyebabkan klien takut untuk bergerak 2. Mengetahui sampai sejauh mana klien dalam beraktivitas 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4. Untuk mengetahui kondisi umum saat melakukan mobilisasi.
2	<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membantu aktivitas mobilisasi 2. Untuk membantu dalam pergerakan 3. Untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan
3	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan pemahaman ibu tentang tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Agar klien dapat melakukan

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
	mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana	mobilisasi segera mungkin 3. Mobilisasi meningkatkan sirkulasi darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, nyeri berkurang, klien dapat bergerak/beraktivitas tanpa adanya keluhan

e. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteria hasil :

- 1) Demam menurun
- 2) Nyeri menurun
- 3) Kadar sel darah putih membaik

Tabel 2.7

Perencanaan Diagnosa Keperawatan 5

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
1	Observasi: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Mengetahui tanda dan gejala infeksi meliputi,dolor, kalor, tumor, rubor dan fungsi laesa
2	Terapeutik: 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area luka 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	1. Meminimalkan interaksi antara klien dengan pengunjung agar tidak terjadi penyebaran infeksi 2. Menjaga area luka agar tetap bersih 3. Mencuci tangan mampu mencegah proliferasi bakteri sehingga menurunkan resiko infeksi nosokomial 4. Teknik aseptik dapat mencegah masuknya mikroorganisme melalui luka operasi
3	Edukasi: 1. Jelaskan tandadan gejala infeksi	1. Meningkatkan pemahaman ibu

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
	2. Ajarkan tanda mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etikabatuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	mengenai tanda dan gejala infeksi 2. Mencuci tangan yang benar dapat menurunkan resiko infeksi 3. Etika batuk berguna untuk meminimalisir penularan 4. Memberikan penjelasan agar klien mengetahui cara memeriksa kondisi luka 5. Asupan nutrisi seperti tinggi kalori dan protein dapat mempercepat penyembuhan luka 6. Untuk mempertahankan cairan yang cukup
4	Kolaborasi: Kolaborasi pemberian antibiotik	Mencegah infeksi dan penyebaran ke daerah sekitar

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.

Kriteria hasil:

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- 3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Tabel 2.8
Perencanaan Diagnosa Keperawatan 6

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
1	Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan	1. Mengobservasi kesiapan klien serta hambatan yang terdapat dalam klien 2. Untuk mengetahui faktor-faktor yang ada di dalam diri

No	Intervensi	Rasional
1	2	3
	motivasi belajar	klien
2	Terapeutik: 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya	1. Sebagai bahan dalam menyampaikan informasi kepada klien 2. Agar pendidikan kesehatan terjadwal secara rutin 3. Agar klien mengetahui informasi yang ingin klien ketahui
3	Edukasi: 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	1. Untuk menambah wawasan klien mengenai faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Memberikan penjelasan agar klien mengetahui perilaku hidup bersih dan sehat 3. Memberikan penjelasan agar klien mengetahui strategi perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien, hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan keterampilan interpersonal, intelektual yang harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keadaan dan psikologi dilindungi dan dokumentasi keperawatan berupa pencatatan laporan (NANDA, 2015).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian terakhir proses keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penempatan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2015).

6. Dokumentasi

Proses akhir dari kegiatan asuhan keperawatan, dokumentasi ini sangat diperlukan karena sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap hasil asuhan keperawatan tertulis (Nursalam, 2015).

BAB III
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny.D
Umur	: 24 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status pernikahan	: Menikah
Suku/bangsa	: Sunda/Indonesia
Tanggal masuk RS	: 6 April 2023
Tanggal operasi	: 6 April 2023
Tanggal pengkajian	: 7 April 2023
No. RM	: 1355803
Diagnose medis	: Atas Indikasi letak sungsang
Alamat	: Kp. Barusuda

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 26 Tahun

Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : wirausaha
Hubungan dengan klien : Suami
Alamat : Kp. Barusuda

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada area luka post operasi.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 7 april 2023 pukul 11:00 WIB, klien tampak meringis, klien mengeluh nyeri pada luka post operasi. Nyeri bertambah saat klien banyak beraktivitas dan nyeri berkurang apabila klien beristirahat, nyeri dirasakan seperti tersayat- sayat, nyeri dirasakan pada abdomen bagian bawah, klien mengatakan skala nyeri 6dari (1-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien, klien tidak mempunyai penyakit menular atau kronis, klien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang pernah mengalami persalinan *sectio caesarea* dan keluarga

nya tidak ada yang memiliki Riwayat penyakit menular dan penyakit keturunan seperti (hipertensi, asma, hiv, dll)

5) Riwayat Obsetrik dan Ginekologi

a) Riwayat mentruasi

Menarche : 13 tahun
 Lama : 6-7 hari
 Siklus : 1 bulan
 Banyaknya : 3x mengganti pembalut
 Teratur atau tidak : teratur
 HPHT : 29 juli 2022
 TP : 6 april 2023

b) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan pertama

Usia suami : 24 Tahun
 Usia istri : 22 Tahun
 Lama perkawinan : 2 tahun

c) Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Anak ke-	Persalinan				Anak		
	Tahun	Usia kehamilan	Jenis	Penolong	Jenis kelamin	BB	Keadaan
1	2023	9 bulan	SC	Dokter	perempuan	2,700gr	Baik

Riwayat kehamilan sekarang P₁A₀, usia kehamilan 9 bulan , BB sebelum hamil 65kg BB saat hamil 70kg, klien mengalami kenaikan BB 5kg. TB klien 160 cm.

d) Keadaan saat hamil

(1) Trimester I: pada saat trimester I klien mengeluh mual muntah, tubuh lemas

(2) Trimester II : pada saat trimester II klien mengeluh mual muntah namun tidak berlebihan.

(3) Trimester III : pada saat trimester III klien mengeluh sering merasa pusing.

Riwayat ANC: Klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke klinik kandungan.

e) Riwayat KB

Menurut Penuturan klien sebelumnya belum pernah memakai KB jenis apapun

f) Riwayat persalinan sekarang

Data kelahiran : pada tanggal 6 April 2023, klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan *Sectio caesarea*. Bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan dengan berat 2,700 gr dan panjang badan 45 cm.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran : Compos mentis

GCS : 15 (E:4 V:5 M:6)

Keadaan : Klien tampak lemah

BB saat hamil : 70 kg

TB : 160 cm

2) Tanda-tanda vital

TD : 120/70 mmHg

N : 80x/mnt

RR : 22 x/mnt

S : 37°C

3) Kepala

Warna rambut hitam, rambut pendek dan tampak rapih, 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.

4) Wajah

Ekspresi wajah tampak meringis, tidak terdapat kloasma.

a) Mata

Kedua mata klien simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, bola mata dapat digerakan ke segala arah, reflex pupil baik terbukti ketika mata klien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan baik, keadaan mata bersih tidak ada kotoran. tidak ada nyeri tekan.

b) Hidung

Lubang hidung simetris antara kanan dan kiri, hidung bersih tidak ada secret, fungsi penciuman baik, terbukti

klien dapat membedakan bau kayu putih tidak ada pernafasan cuping hidung. Tidak ada nyeri tekan.

c) Telinga

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

d) Mulut dan gigi

mukosa bibir lembab, gigi tampak bersih, tidak ada karang gigi, tidak memakai gigi palsu, fungsi pengecapan baik, reflek menelan baik.

5) Dada

a) Paru-paru

Pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada bekas luka. bunyi nafas vesikuler.

b) Jantung

Bunyi jantung regular, terdengar bunyi S1 dan S2 lup dup, tidak ada sianosis.

c) Payudara

Bentuk payudara simetris antara kiri dan kanan, puting menonjol, payudara tampak bersih, areola berwarna hitam, ASI sudah keluar, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

6) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat striae tidak ada dan linea nigra, terdapat luka operasi dengan panjang ± 9 cm, luka operasi tertutup perban. Saat diauskultasi bising usus 12x/menit, terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih, TFU 2 jari dibawah pusat, uterus teraba keras.

7) Genetalia

Keadaan genetalia kotor, terdapat lochea rubra, klien terpasang selang kateter, urin yang keluar 600 cc dalam urine bag, hemoroid (-).

8) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

Klien tampak terbaring, pergerakan tangan baik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan dan tangan kanan terpasang infus RL. 20tpm.

5	5
3	3

b) Ekstremitas bawah

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak ada varises, abdomen terasa nyeri saat ekstremitas bawah digerakan, reflek patela(+), homan sign (-).

5	5
3	3

d. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien seorang perempuan dengan usia 24 tahun, klien beragama islam, klien senang dengan kelahiran anak ke- 1 nya.

2) Peran diri

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

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat pulang dan bersama bayinya.

4) Harga diri

Klien merasa sangat dihargai dan disayangi oleh keluarganya, terbukti keluarga silih berganti untuk menengok dan menjaganya

5) Gambaran diri

Klien merasa terdapat perubahan pada dirinya seperti perubahan pada tubuhnya seperti peningkatan BB, perubahan bentuk tubuh. Namun, apapun perubahannya klien tetap bahagia karena kedatangan sosok anak perempuan yang ditunggu.

e. Aspek psikologi

- 1) Taking in pada hari ke aktivitas klien bergantung pada keluarga dan perawat

- 2) Persepsi diri, klien berharap segera pulang bersama anaknya kerumah dan berkumpul bersama keluarga.
- 3) Pola pikir, klien mengatakan sudah tau cara perawatan bayi, namun klien belum tahu cara perawatan luka post operasi di rumah
- 4) Respon ibu terhadap kelahiran bayi, klien mengatakan sangat bahagia dan bersyukur atas kelahiran bayinya yang sehat.
- 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 selalu beribadah sesuai dengan kepercayaannya, klien selalu berdoa untuk kebaikan dirinya dan anaknya.

h. Pola koping

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

- i. Kebiasaan 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. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.1
Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Jenis Aktivitas	Di Rumah	Di Rumah 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	1x/Hari Nasi+lauk pauk 1 porsi Di bantu Tidak ada keluhan Air putih 5 gelas/hari 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 - - - - - Kuning pekat Khas urine
3	Pola istirahat a. Tidur siang Kuantitas b. Tidur malam Kuantitas Keluhan	1-2 jam/Hari Baik 6-7jam/Hari Baik Tidak ada keluhan	1jam/Hari Baik 5-6jam/Hari Baik Tidak ada keluhan
4	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti baju e. Cara	2x/Hari 2x/Hari 1 minggu 3x 2x/Hari Mandiri	Klien mengatakan belum mandi sejak masuk RS 1x Belum keramas 1xDibantu

m. Analisa Data

Table 3.4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	Ds: – klien mengeluh nyeri pada luka post operasi – klien mengatakan nyeri seperti tersayat sayat – klien mengatakn nyeri timbul saat klien banyak bergerak Do: – skala nyeri 6 (0-10) – Klien tampak meringis – Klien tampak takut pada saat dipalpasi – Terdapat luka post op pada abdomen ± 9cm garis vertikal – Terdapat nyeri tekan	<i>Sectio caesarea</i> ↓ Luka post operasi ↓ Jaringan Terputus ↓ Merangsang area sensorik motorik ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut
2	Ds: – Klien mengatakan nyeri saat bergerak – Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga Do: – Klien tampak lemas – Klien tampak berhati hati saat bergerak – Aktivitas klien ditempat tidur – Klien masih berbaring ditempat tidur – Kekuatan otot 4/4	Luka post operasi ↓ Perdarahan ↓ kelemahan ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3	Ds : – Klien mengatakan luka post op masih terasa nyeri DO : – Terdapat luka post op dibagian abdomen – Leukosit 25,400/mm3	<i>Sectio caesarea</i> ↓ Luka post operasi ↓ Jaringan terbuka ↓ Proteksi kurang ↓ Invasi bakteri ↓ Resiko infeksi	Resiko infeksi

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan *sectio caesarea*) ditandai dengan :

Ds:

- klien mengeluh nyeri pada luka post operasi
- klien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat
- klien mengatakan nyeri timbul saat klien bergerak

Do:

- Skala nyeri 6 (1-10)
- Klien tampak meringis
- Klien tampak takut pada saat dipalpsi
- Terdapat luka post op pada abdomen ± 9cm garis vertikal
- Terdapat nyeri tekan.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan :

Ds:

- Klien mengatakan nyeri saat bergerak
- Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga

Do:

- Klien tampak lemas
- Klien tampak berhati hati saat bergerak

- Aktivitas klien ditempat tidur
- Klien tampak berbaring ditempat tidur
- Kekuatan otot 4/4

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasi (tindakan *sectio caesarea*)

Ds :

- Klien mengatakan luka post op masih terasa nyeri

Do :

- Terdapat luka post op dibagian abdomen
- Leukosit 25,400/mm³

3. Proses keperawatan

Nama : Ny. D

No.RM : 1355803

Umur : 24 tahun

Ruang : Marjan Bawah

Tabel 3.5
Proses keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik Ds: -Klien mengeluh nyeri pada luka post operas -klien mengatakan nyeri seperti tersayat sayat -klien mengatakan nyeri timbul saat klien banyak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil – Keluhan nyeri menurun – Meringis menurun – Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis	Manajemen nyeri Observasi 1) Identifikasi skala nyeri 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri	1) untuk mengetahui seberapa tingkat nyeri yang dialami klien 2) untuk menghindari faktor yang memper berat nyeri 3) menurunkan ketegangan otot,sendi dan melancarkan	Tanggal 7-April-2023 Observasi Pukul 08.00 WIB 1) Mengidentifikasi sakala nyeri Respon: Klien masih merasa nyeri dibagian abdomen dengan skala nyeri 6(0-10) Pukul 08.10 2) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan	Tanggal 7-April 2023 Pukul 14.00 WIB S: – Klien mengatakan nyeri masih dirasakan terutama saat bergerak O: – Klien masih tampak meringis – Skala nyeri 6 (0-10) A: – Nyeri akut belum teratasi P:

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
	gerak Do: - skala nyeri 6 (0-10) - Klien tampak meringis - Klien tampak takut pada saat dipalpasi - Terdapat luka post op pada abdomen ± 9cm garis vertika - Terdapat nyeri tekan		4) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 5) Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 6) Jelaskan strategi meredakan nyeri Pemberian obat 7) Kolaborasi pemberian analgetik	peredaran darah sehingga nyeri berkurang 4) lingkungan bisa menjadi pemicu meningkatnya derajat nyeri 5) membantu memberikan kenyamanan 6) membantu mengontrol nyeri ketika nyeri muncul 7) membantu dalam mengurangi rasa nyeri dengan memblokkade pusat hantaran nyeri.	memperingan nyeri Respon : Nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat Teurapeutik Pukul 08.20 3) Memberikan teknik non farmakologis/melatih teknik napas dalam Respon :Klien merasa lebih tenang dan nyeri berkurang Edukasi Pukul 08.30 4) Menjelaskan strategi meredakan nyeri Respon : Klien mnegerti apa	Lanjutkan intervensi – Identifikasi skala nyeri – Identifikasi Faktor yang memperberat dan memperingan nyeri – Berikan teknik nonfarmakologis – Komtrol lingkungan yang memperberat nyeri – Fasilitasi istirahat tidur – Jelaskan strategi meredakan nyeri – Pemberian analgetik

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
					yang dijelaskan perawat Kolaborasi Pukul 09.00 5) Pemberian obat analgetik Hasil : Ketorolac 1 ampul	
2	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri Ds: – Klien mengatakan nyeri saat bergerak – Klien mengatakan aktivitas	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : – Kekuatan otot meningkat – Pergerakan Ekstremitas bawah meningkat – Kelemahan fisik menurun – Gerakan terbatas	Dukungan mobilitas Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri/Faktor lain 2) Monitor kondisi umum Terapeutik 3) Fasilitasi melakukan pergerakan	1) Untuk mengetahui faktor gangguan mobilitasi 2) Untuk melihat kondisi klien selama mobilitasi 3) Untuk membantu dalam pergerakan klien	Tanggal 7-April-2023 Observasi Pukul 09.00 1) Mengidentifikasi adanya nyeri/faktor lain Respon: Klien masih merasa nyeri dibagian post op sc Pukul 09.10 2) Memonitor keadaan umum	Tanggal 7-April-2023 Pukul 14:00 WIB S: – klien mengatakan sudah mulai bisa bergerak – klien mengatakan aktivitas masih perlu dibantu keluarga O: – klien mampu miring kanan dan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
	dibantu keluarga Do: – Klien tampak lemas – Klien tampak berhati hati saat bergerak – Aktivitas klien ditempat tidur – ADL dibantu keluarga – Kekuatan otot 4/4	menurun	4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan Edukasi 6) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7) Anjurkan mobilisasi dini pada pasien post sc. -(0-6) menggerakkan kaki -(6-12) miring kanan,miring kiri -(12-24) klien mampu berjalan kaki -24> klien dapat beraktivitas normal	4) Untuk membantu aktivitas mobilisasi 5) Agar keluarga bisa membantu klien dalam pergerakan 6) Agar klien paham tindakan yang dilakukan 7) Agar klien dapat melakukan mobilisasi sesegera mungkin	Hasil : TD :120/70mmhg N : 115x/menit R : 22x/menit S : 37 °C Teurapeutik Pukul 09.20 3) Memfasillitasi melakukan pergerakan Hasil : Klien mencoba melakukan pergerakan sedikit demi sedikit 4) Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan Hasil : keluarga membantu dalam proses peningkatan	kiri(6-12) jam – klien tampak berhati hati saat bergerak – aktivitas klien dibantu keluarga A: – Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi – Identifikasi adanya nyeri/faktor lain – Minitor kondisi umum – fasilitasi melakukan pergerakan – libatkan keluarga untuk membantu klien melakukan aktivitas – Anjurkan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
					<p>pergerakan dan klien tampak berusaha untuk bergerak</p> <p>Edukasi Pukul 09.30</p> <p>5) Menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi Respon: Klien paham yang dijelaskan perawat tentang tujuan mobilisasi</p> <p>6) Menganjurkan mobilisasi dini (6-12) jam Respon : Klien mampu melakukan miring kiri miring kanan.</p>	melakukan mobilisasi
3	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif	Setelah dilakukan Tindakan 3x24 tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	Perawatan luka Observasi 1) Monitor tanda tanda infeksi	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala	Tanggal 7 April-2023 Observasi Pukul 10.25	Tanggal 7-April-2023 Pukul 14.00 S:

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka post op masih terasa nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post op dibagian abdomen - Leukosit 25,400/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat - Nyeri menurun - Kadar sel darah putih membaik 	<p>Terapeutik</p> <p>2) Berikan perawatan luka pada area post operasi POD 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dengan Nacl - Pasang balutan sesuai jenis luka <p>Edukasi</p> <p>3) Anjurkan mengkonsumsi tinggi kalori dan protein</p> <p>4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Pemberian obat antibiotik</p> <p>5) Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>infeksi meliputi,dolor,kalor,tumor,rubor dan fungsio laesa</p> <p>2) Untuk menjaga area luka agar tetap bersih</p> <p>3) Untuk merawat luka klien agar bersih dan terhindar dari infeksi</p> <p>4) Untuk merawat luka klien agar bersih dan terhindar dari infeksi</p> <p>5) Untuk merawat luka klien agar bersih dan terhindar dari infeksi</p>	<p>1) Memonitor tanda tanda infeksi Hasil: Luka masih tertutup perban</p> <p>Edukasi</p> <p>2) Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Respon : Klien mengerti penjelasan yang dijelaskan perawat</p> <p>3) Klien paham tentang tanda tanda infeksi</p> <p>Pemberian obat</p> <p>4) Pemberian antibiotik Hasil: Cefotaxime 2x1 gr</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasa nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak belum dilakukan vulva hygiene <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko infeksi belum teratasi - Tampak luka sc tertutup perban <p>P:</p> <p>Intervensi lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda tanda infeksi - Perawatan luka - Kolaborasi pemberian antibiotik

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
				<p>6) Meningkatkan pemahaman ibu mengenai tanda dan gejala infeksi</p> <p>7) Untuk mencegah infeksi menyebar ke daerah sekitar</p>		

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.D

Umur : 24 Tahun

No.RM : 1355803

Ruang : Marjan

Bawah

Tabel 3.6

Catatan perkembangan

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	8 April 2023 08.00 WIB	Dx 1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri dibagian post op sc - Klien mengatakan nyeri berkurang ketika sudah di beri obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak terlalu meringis - Skala nyeri 4(0-10) - Luka post sc masih tertutup perban <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>I: Pukul 08.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri <p>Pukul 08:10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan terapi tarik napas dalam dan mengalihkan rasa nyeri “Klien merasa nyaman dan rileks setelah di beri tindakan distraksi dan relaksasi <p>Pukul 08:30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan obat keterolac 1 ampul “Setelah di beri obat nyeri klien berkurang” - Kolaborasi pemberian analgetik <p>E:</p> <p>Masalah teratasi Sebagian</p>	Deajeng
2	8-April-2023	DX II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan sudah bisa 	Deajeng

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
	11.30 WIB		<p>bergerak miring kanan/miring kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih merasa nyeri ketika bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktivitas masih dibantu - Klien tampak bisa berjalan ke kamar mandi dengan bantuan keluarga - Klien tampak kesakitan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>I: Pukul 11.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 24>jam “klien dapat berjalan” <p>11:35</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga dalam dalam melakukan pergerakan “supaya tidak terjadi jatuh dan klien melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan <p>11:40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisiasi <p>E:</p> <p>Masalah teratasi Sebagian</p>	
3	8 April-2023 12.30 WIB	Dx III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan luka masih merasa nyeri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah vlva hygiene dibantu perawat - Luka tampak tertutup perban - Leukosit 19,9/mm³ <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda infeksi - Anjurkan klien untuk personal hygiene - Pemberian obat antibiotik 1.Cefotaxime 2x1 <p>I: pukul 13:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda infeksi “tidak ada tanda tanda infeksi 	Deajeng

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			<p>Pukul 13:10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien untuk personal hygiene “klien melakukannya dan merasa nyaman “ <p>Pukul 13:30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian obat antibiotik 1.Cefotaxime 2x1 “klien merasa nyaman ketika diberi obat “ 	
No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	9-April-2023 14:00 WIB	DX I	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak meringis - Skala nyeri 2 (0-10) <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian obat analgetik - Keterolac 2x1 gr <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian 	Deajeng
2	9-April 2023 15.00 WIB	Dx II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa bergerak miring kanan/miring kiri - Klien mengatakn sudah bisa ke kamar mandi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bisa bergerak,jalan-jalan - Klien bergerak tampak dibantu keluarga <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik teratasi 	Deajeng
3	9-April-2023 11.00 WIB	Dx III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasa nyeri namun nyeri berkurang <p>O:</p>	Deajeng

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			<ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak sudah diganti perban - Luka dibersihkan menggunakan nacl - Leukosit 19,9 - Luka klien tampak bersih tidak ada pus <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko infeksi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>I:</p> <p>Pukul 11:30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan luka dengan Nacl “melakukan perawatan luka “ <p>Pukul 11:35</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda infeksi “tidak ada tanda tanda infeksi <p>Pukul 11:40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien untuk personal hygiene “klien melakukannya dan merasa nyaman “ <p>Pukul 12:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian obat antibiotik 1.Cefotaxime 2x1 <p>“klien merasa nyaman ketika diberi obat</p> <p>“ Bersihkan luka dengan Nacl “melakukan perawatan luka “</p> <p>Pukul 12:30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda infeksi “tidak ada tanda tanda infeksi <p>Pukul 12:35</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien untuk personal hygiene “klien melakukannya dan merasa nyaman “ <p>Pukul 13:00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian obat antibiotik 1.Cefotaxime 2x1 <p>“klien merasa nyaman ketika diberi obat “</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan ganti perban <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>R:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persiapan pulang 	

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
			– Kontrol luka setelah 3 hari diklinik kesehatan terdekat	

B. Pembahasan

Setelah melakukan "**Asuhan Keperawatan pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam Post Sectio caesarea dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut**". Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 07 April 2023 sampai dengan tanggal 10 April 2023. Penulis menemukan masalah-masalah berupa kesenjangan kesenjangan antara teori yang didapatkan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Adapun pembahasan ini dibagi berdasarkan tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pada saat pengumpulan data, penulis tidak menemukan banyak kendala karena Ny. D dan keluarganya cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. D serta keluarga Ny. D menjawab pertanyaan yang dilontarkan penulis tanpa terlihat adanya perasaan ragu dari mulai data identitas sampai data psikologinya 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 letak sungsang didapatkan

bahwa klien mengeluh nyeri pada luka *post sc*, hal ini disebabkan karena terputusnya kontinuitas jaringan, dan merangsang reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter, bradikinin, serotonin dan histamine, rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri dipersepsikan sebagai nyeri, (Nurarif, 2015).

Nyeri yang timbul menyebabkan klien takut bergerak, berhati-hati saat bergerak, aktifitas dilakukan ditempat tidur, klien masih berbaring ditempat tidur & kekuatan otot menurun terutama ekstremitas bawah . Adanya luka terbuka dan beresiko terhadap invasi kuman sehingga beresiko terhadap terjadinya infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Tahap selanjutnya adalah diagnosa keperawatan yaitu proses pengelompokan data dan interpretasi data serta menentukan permasalahan. Pada kasus ini tidak semua diagnosa keperawatan muncul sesuai teori yang terdapat pada bab II karena dalam merumuskan masalah keperawatan ini harus berdasarkan pada keluhan keluhan yang didapat dari klien ataupun hasil pemeriksaan yang didapat secara inspeksi, palpasi dan auskultasi.

Pada kasus ini hanya 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. D dengan *post sectio caesarea* atas indikasi letak sungsang yaitu:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Pada Ny.D didapatkan data Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi, klien mengatakan nyeri seperti tersayat sayat, klien mengatakan

nyeri timbul saat klien banyak gerak, skala nyeri 6 (0-10), Klien tampak meringis, Klien tampak takut pada saat dipalpasi, Terdapat luka post op pada abdomen \pm 9cm garis vertika, Terdapat nyeri tekan. gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan nyeri. Keluhan nyeri muncul karena adanya luka post *sectio caesarea*. Luka post sc ini menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan terputus sehingga akan merangsang area sensorik nyeri, (Nanda, 2015).

b. Gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan nyeri

pada Ny.D didapatkan data Klien mengatakan nyeri saat bergerak, Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga, Klien tampak lemas, Klien tampak berhati hati saat bergerak, Aktivitas klien ditempat tidur, klien tampak berbaring ditempat tidur ,Kekuatan otot 4/4. Berdasarkan data tersebut penulis mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan nyeri. Menurut SDKI 2017 gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri yang ditandai dengan sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Penurunan kekuatan otot dan rentang gerak ini terjadi karena adanya sensor nyeri yang diakibatkan dari luka post sc.

c. Risiko infeksi sehubungan dengan efek tindakan invasif

Pada Ny. D ditemukan faktor-faktor resiko yang mendukung yaitu, luka terbuka yang menyebabkan resiko infeksi yang ditandai dengan leukosit meningkat 25,400/mm³ yang merupakan fase inflamasi terjadi dari hari pertama luka sampai hari ke-2. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan

perdarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan agregasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah

3. Perencanaan

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

a. Nyeri Akut

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu manajemen nyeri non- farmakologi tehknik distraksi tarik nafas dalam. Nyeri merupakan gejala tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien post operasi *sectio caesarea*. Salah satu terapi yang dapat diberikan untuk mengurangi nyeri adalah teknik relaksasi nafas dalam yaitu dengan memposisikan tubuh secara rileks dan menarik nafas dalam agar mengalirkan oksigen ke darah dan mengeluarkan hormon endorphin. Hasil penelitian Kartaatmadja,suherman 2023 menunjukkan bahwa terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post partum *sectio caesarea*.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik rencana tindakan utama adalah melakukan mobilisasi dini pada pasien post sc dengan tahapan: melatih mobilisasi dini 0-6 jam klien mampu bergerak, 6-12 jam klien mampu miring kanan miring kiri, 12-24 jam klien tampak bisa berjalan, >24 jam klien tampak beraktivitas normal, Menurut SIKI 2017.

c. Resiko Infeksi

Pada diagnosa risiko infeksi sehubungan dengan efek tindakan invasif rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu perawatan luka sc & observasi tanda-tanda infeksi yang meliputi nyeri, bengkak, kemerahan, panas, fungsi laesa. Prinsip perawatan luka yang dilakukan harus mempertahankan teknik aseptik & antiseptik dan baru boleh dilakukan setelah pasien berada pada hari ke 3 post sc.

4. Tahap Pelaksanaan

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

a. Nyeri akut

Pada diagnosa nyeri akut sehubungan dengan agen pencedera fisik setelah intervensi tindakan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri non farmakologi pasien mampu melakukannya dengan respon nyeri klien berkurang.

b. Gangguan mobilitas fisik

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan nyeri setelah dilakukan intervensi tindakan yaitu melakukan mobilisasi dini pada pasien post sc dengan tahapan: melatih mobilisasi dini 0-6 jam klien mampu bergerak, 6-12 jam klien mampu miring kiri miring kanan, 12-24 jam klien tampak bisa berjalan dan setelah >24 jam klien bisa beraktivitas normal

c. Resiko infeksi

Pada diagnosa resiko infeksi sehubungan dengan efek tindakan invasif setelah dilakukan intervensi tindakan yaitu perawatan luka post sc dengan hasil leukosit klien menurun 19,9/mm³.

5. Tahap Evaluasi

Merupakan akhir dari proses keperawatan setelah intervensi dan implementasi. Setelah dilakukan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi klien dan di dapatkan hasil.

- a. Hasil evaluasi pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan hasil setelah perawatan selama 3 hari masalah teratasi Sebagian. Masalah nyeri akut belum teratasi karena luka sc klien masih berada pada fase proliferasi

yaitu fase dimana serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Pada fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi, dan menyebabkan masih adanya reseptor nyeri.

- b. Hasil evaluasi pada gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik. Setelah dilakukan intervensi selama 24 jam masalah teratasi
- c. Hasil evaluasi pada risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit. Setelah perawatan selama dua hari masalah keperawatan teratasi sebagian. Masalah belum teratasi karena fase proliferasi terjadi hari ke-3 sampai hari ke-14, dimana serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Pada fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi, dan menyebabkan masih nyeri. Untuk mencegah infeksi setelah pasien pulang maka perlu adanya discharge planning terkait menjadwalkan kontrol luka post sc pada pelayanan kesehatan terdekat, edukasi terkait tanda gejala infeksi dan cara pencegahan infeksi.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. D (P1A0) post sectio caearea Hari Ke-1atas indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut. Pada tanggal 6 april sampai 9 april 2023 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Ny. D (P1A0) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Ny. D (P1A0) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun pada Ny. D (P1A0) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. D (P1A0) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Ny. D (P1A0) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

6. Penulis mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada Ny. D (P₁A₀) 12 jam *Post Sectio caesarea* dengan indikasi letak sungsang di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberikan asuhsn keperawatan pada Ny. D secara sistematis, maka penulis dapat memberikan rekomendasi, diantaranya:

1. Bagi institusi rumah sakit

Bagi institusi rumah sakit pelayanan kesehatan diharapkan mampu menyediakan SOP terkait perawatan luka dan mobilisasi dini pasien post sc guna menunjang terlaksananya asuhan keperawatan secara optimal.

2. Bagi perawat

Perawat diharapkan memberikan layanan keperawatan secara optimal pada pasien post sc dengan melakukan SOP secara maksimal.

3. Bagi keluarga

Keluarga mampu memberikan suport sistem bagi pasien guna mempercepat proses penyembuhan dan adaptasi ibu pada masa post partum.

DAFTAR PUSTAKA

- Pramana, cipta. (2019) Manajemen persalinan
- Aspiani, Ns. Reny Yuli, 2017. *Asuhan Keperawatan Maternitas*, Jakarta: CV. Trans Infomedia
- Budiono, dkk. 2015. *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta. Bumi Medika
- Haryati, Septi. 2014. *Asuhan Keperawatan Dengan Post Sectio caesarea*.
- Jannah, Nurul 2015. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan-Persalinan*. Jogjakarta: CV Andi Offset.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2021. *Profil Kesehatan Indonesia 2020*. Kemenkes RI 2021.
- Marmi. 2016. *Infranatal Care*..Jogjakarta: Pustaka Pelajar.
- Mariyuani, 2015. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Jakarta: Trans Infomedika
- Nanda, 2015. *Diagnosis Keperawatan*. Edisi 10, Jakarta: EGC
- Nurarif, H.K, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan diagnosa Medis dan Nanda Nic-noc*. Ed. 3. Jogjakarta: Medication Publishing.
- Nurjannah Siti Nunung, 2013 *Asuhan Kebidanan Pos Partum*. Bandung: PT. Lefika Aditama.
- Nursalam, 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oxom, Hari dan William, R. Forte. 2013. *Ilmu Kebidanan Patologi dan fisiologi Persalinan*. Jogjakarta: Yayasan Essentina Medica.
- Profil Kesehatan Jawa Barat, 2021 *Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Barat tahun 2020*.
- Ratnawati, Ana 2016. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jogjakarta: Pustaka Baru.
- Reny, Yuli. 2017. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*, Aplikasi Nanda Nicnoc, Jakarta: Trans Infomedia.
- Rekam Medik RSUD. Slamet Garut tahun 2023
- Sugiono, 2018. *Metode Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta

- Tavianda, D. 2019. *Adaptasi Psikologis Pada Ibu Pospartum Pramigravida section Caesarea dan Partus Normal.*
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016. *Standar diagnosis Keperawatan Indonesia.* (SDKI), Edisi 1, Jakarta. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.* (SIKI), Edisi 1, Jakarta. Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia.* (SLKI), Edisi 1, Jakarta. Persatuan Perawatan Nasional Indonesia.
- Wahyuningsih, Heni Puji, 2019. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui.* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia.
- Walyani, S. dan Purwoastuti, 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan.* Jogjakarta: Pusataka Baru, 2015.
- Waryana, 2016. *Gizi Reproduksi,* Yogyakarta: Pustaka Rahiman.
- WHO, 2019. *World Health Statistic 2019: World Health Organization,* 2

Lampiran I

SATUAN ACARA PENYULUHAN
MANAJEMEN NYERI

Pokok bahasan : Manajemen nyeri
Sub pokok bahasan : Manajemen nyeri pada luka post operasi
Sasaran : Keluarga dan pasien post operasi
Waktu : 30 menit
Hari/tanggal : 09 april 2023

1. Tujuan

1.1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan klien diharapkan mampu mengontrol nyeri secara nonfarmakologi.

1.2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan / pendidikan kesehatan selama 1 x 30 menit klien diharapkan mampu :

1. Mengetahui pengertian dari nyeri
2. Mengetahui klasifikasi nyeri
3. Mengetahui tanda dan gejala nyeri
4. Menjelaskan manajemen nyeri secara nonfarmakologi

2. Sasaran

Sasaran ditujukan pada klien dan keluarga

3. Strategi Pelaksanaan

1. Metode : Ceramah, diskusi
2. Media : Leaflet

4. Setting

Peserta penyuluhan dengan bed berhadapan dengan penyaji

5. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural

- Membuat SAP
- Kontrak Waktu
- Menyiapkan Peralatan : Peralatan atau media yang digunakan adalah leaflet
- Setting : Tempat penyuluhan adalah ruang.....

2. Evaluasi Proses

- Peserta
 - Peserta penyuluhan mengikuti kegiatan sampai selesai.
 - Peserta penyuluhan kooperatif dan aktif berpartisipasi selama proses penyuluhan
 - Pertemuan berjalan dengan lancar.
- Penyuluh
 - Bisa memfasilitasi jalannya penyuluhan.
 - Bisa menjalankan perannya sesuai tugas dan tanggung jawab.
- Suasana selama kegiatan penyuluhan kondusif.

MATERI PENYULUHAN

MANAJEMEN NYERI NONFARMAKOLOGI

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam.

2. Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri akut (< 6 bulan)

Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik. Nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

2. Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan selama lebih dari 6 bulan.

3. Tanda dan Gejala Nyeri

1. SUARA

- a. menangis
- b. merintih
- c. menarik/ menghembuskan nafas

2. EKSPRESI WAJAH

- a. meringis
- b. menggigit lidah , mengatupkan gigi

- c. tertutup rapat/membuka mata atau mulut
 - d. menggigit bibir
3. PERGERAKAN TUBUH
- a. kegelisahan
 - b. mondar-mandir
 - c. gerakan menggosok atau berirama
 - d. bergerak melindungi tubuh
 - e. otot tegang
4. INTERAKSI SOSIAL
- a. menghindari percakapan dan kontak sosial
 - b. berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri
 - c. disorientasi waktu

4. Manajemen Nyeri Nonfarmakologi

- **Distraksi**

Distraksi adalah teknik untuk mengalihkan perhatian terhadap hal – hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan. Contoh :

1. Membayangkan hal – hal yang menarik dan indah
2. Membaca buku, Koran sesuai dengan keinginan
3. Menonton TV
4. Mendengarkan musik, radio, dll

- **Relaksasi**

Teknik relaksasi memberi individu control diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri ibu dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam system saraf otonom .

Tahapan relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.



MANAJEMEN NYERI



**Disusun oleh:
Deajeng Riana
khga 20010
3A - D3 keperawatan
Stikes Karsa Husada Garut**

APA ITU NYERI?

NYERI MERUPAKAN SUATU MEKANISME PERTAHANAN TUBUH YANG TIMBUL BILA MANA JARINGAN SEDANG RUSAK YANG MENYEBABKAN INDIVIDU TERSEBUT BEREAKSI DENGAN CARA MEMINDAHKAN STIMULUS NYERI.

APA SAJA KLARIFIKASI NYERI ?

1. Nyeri berdasarkan sifatnya:
 - incidental pain
 - steady pain
 - paroxymal pain
2. Nyeri berdasarkan waktu lama serangan :
 - nyeri akut
 - nyeri kronis
3. Nyeri berdasarkan berat ringan nya :
 - nyeri ruangan
 - nyeri sedang
 - nyeri berat

SEBERAPAKAH NYERI ANDA ???

- 0-3 = sangat bahagia karena tidak merasa nyeri sama sekali
- 2-3 = sedikit nyeri
- 4-5 = cukup nyeri
- 6-7 = lumayan nyeri
- 8-9 = sangat nyeri (tak tertahankan)
- 10 = amat nyeri (tak tertahankan)



CARA MENGATASI NYERI

- menonton tv
- berbincang dengan orang lain
- Mendengarkan musik
- Tarik nafas dalam
- Pemijatan
- Pemberian anal getik

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI NYERI

- USIA
Usia mempengaruhi respon seseorang terhadap nyeri
- KEBUDAYAAN
Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri
- MAKAN NYERI
Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri



Teknik Relaksasi untuk Mengatasi Stres

Ikuti instruksi berikut ini:

A Duduk dengan posisi santai dan nyaman, bayangkan hal yang menyenangkan dengan mata terpejam.

B Tarik nafas dari hidung, tahan 3 hitungan, lalu hembuskan nafas dari mulut. Bayangkan seolah olah beban pikiran dilepaskan. Ulangi 3 kali

C Mensyukuri nikmat dari Tuhan, YME, ikhlas dan sabar.

Ketola Stres

Catatan: Relaksasi ini harus diulang setiap hari selama minimal 5-10 menit

Lampiran II

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Identitas Pribadi

Nama : Deajeng Rianan
NIM : KHGA.20010
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 28 Januari 2002
Agama : Islam
Alamat : Kp. Pasar Kulom, Ds. Sindang Sari, Kec,
Luwigoong

2. Riwayat Pendidikan

- a. MI Yapinur**
- b. SMP NEGERI 1 Limbangan**
- c. SMK Bhakti Kencana Limbangan**
- d. Stikes Karsa Husada Garut**

Lampiran III

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Deajeng Riana

NIM : KHGA.20010

Pembimbing : K. Dewi Budiarti, M.Kep.

No	Tanggal	Materi	Saran	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing
1	25 mei 2023	Cover dan Bab I	1.penulisan liat juknis 2.perbaiki isi		
2	30 mei 2023	Bab I	1.perbaiki isi		
3	08 juni 2023	Bab I	1.lanjut Bab II		
4	12 juni 2023	Bab II	1.penulisan 2.pengkajian 3.dx		
5	15 juni 2023	Bab II	1.tujuan 2.penulisan 3.lanjut Bab III		
6	22 juni 2023	Bab III	1.intervensi 2.implementasi 3.lanjut Bab IV		
7	24 juni 2023	Bab III	1.Perbaiki pembahasan sesuai petunjuk 2.kesimpulan dan rekomendasi 3.bikindraf		
8					