

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P₂A₀ POD 1
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA
TOTALIS DI RUANG MARJAN BAWAH RSU dr. SELAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh:

LILIN TRIA BIDADARI

KHGA20044



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P₂A₀ POD 1 *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RUANG MARJAN BAWAH RSU dr. SELAMET GARUT

NAMA : LILIN TRIA BIDADARI

NIM : KHGA 20044

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

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

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P₂A₀ POD 1
POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA
PREVIA TOTALIS DI RUANG MARJAN BAWAH RSU
dr. SELAMET GARUT**

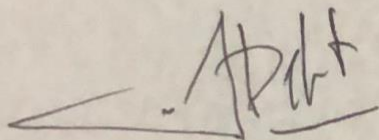
NAMA : LILIN TRIA BIDADARI

NIM : KHGA 20044

Garut, Juli 2023

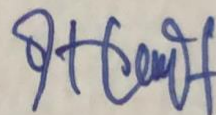
Menyetujui,

Penguji I



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Penguji II

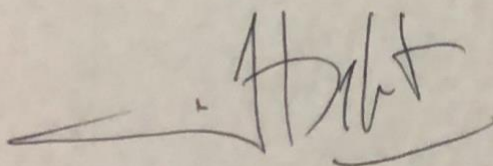


Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

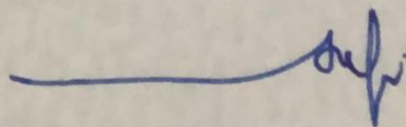
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan

Pembimbing



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

ABSTRAK

IV BAB, 102 Halaman, 10 Tabel, 1 Gambar, 3 Lampiran

Karya tulis ilmiah ini **dilatarbelakangi** oleh tingginya kasus *post sectio caesarea* di Kabupaten Garut selama 6 bulan terakhir, salah satu penyebab tingginya tindakan *sectio caesarea* adalah Plasenta Previa Totalis, berdasarkan data hasil rekam medik di RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Maret-Mei 2023, Plasenta Previa Totalis menduduki tujuh dari 13 kasus yang terjadi yaitu 17 kasus dengan persentase 5%. Perdarahan yang terjadi akibat plasenta previa totalis dapat menyebabkan syok hipovolemik hingga kematian ibu dan janin. Penanganan plasenta previa totalis ialah melakukan terminasi kehamilan di usia kehamilan *preterm* yaitu berupa tindakan *sectio caesarea* atau cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding abdomen. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini **bertujuan** untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio psiko sosial dan spiritual. **Metode** yang digunakan adalah metode studi kasus dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan, studi dokumentasi dan partisipasi aktif penulis. Melalui asuhan keperawatan ini didapatkan hasil pengkajian pasien yang mengalami *post sectio caesarea* memiliki beberapa masalah yaitu nyeri akut, resiko infeksi, dan gangguan mobilitas fisik, sebagian dari masalah yang muncul, resiko infeksi hanya teratasi sebagian, hal ini terjadi karena dalam proses penyembuhan luka pada jahitan di abdomen membutuhkan waktu yang cukup lama, penyembuhan luka dalam teori 4 hari hingga 6 minggu, sedangkan penulis hanya melakukan perawatan selama 3 hari. Asuhan keperawatan yang diberikan tersebut didapati **hasil** bahwa plasenta previa totalis bukan hanya berdampak pada ibu saat hamil dan melahirkan, namun juga menimbulkan masalah pasca persalinan akibat disfungsi endotel di berbagai organ, dengan evaluasi seluruh masalah keperawatan teratasi sehingga didapati **kesimpulan** penulis mampu melaksanakan pemberian asuhan keperawatan dengan *post sectio caesarea* atas indikasi plasenta previa totalis.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Maternitas, Nyeri, *Post sectio caesarea*

Daftar Pustaka: 20 buah (2015-2023)

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 mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dari karya tulis ini adalah **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. F P₂A₀ POD 1 POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RUANG MARJAN BAWAH RSU dr, SELAMET GARUT”**. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Program Studi 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 mampu 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 Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si., 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. Kepada Ibu Hj. Wawat, S.Kep., Ners selaku pembimbing di Ruang Marjan Bawah, RSUD dr. Slamet GARut yang telah membantu dan memberikan Fasilitas selama melakukan pembinaan keluarga.
7. Keluarga Ny. F beserta keluarga yang telah bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada yang tercinta (orang tua) yang selalu memberikan do'a, dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, jasa kalian takkan pernah terbalaskan, semoga keluarga selalu diberikan kesehatan Aamiin.
9. Teruntuk teman- teman 3A D3 Keperawatan terutama Lina Nur Herlina, Dita Ayu Ariyanti, DeAjeng Riana, Febrilia Fernandez 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, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I Pendahuluan	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
A. Metode Telaahan	7
B. Sistematika Penulisan	7
BAB II Tinjauan Teoritis	9
A. Konsep Dasar Plasenta Previa Totalis	9
1. Definisi Plasenta Previa Totalis Totalis	9
2. Jenis jenis Plasenta Previa Totalis	10
3. Etiologi	11
4. Patofisiologi	11
5. Komplikasi Plasenta Previa Totalis	12
6. Bahaya pada ibu	13
7. Penanganan Plasenta Previa Totalis	13

B. Konsep Dasar <i>Sectio Caesarea</i>	13
1. Pengertian <i>Sectio Caesarea</i>	13
2. Patofisiologi	14
3. Etiologi	15
4. Manifestasi Klinis <i>Post sectio caesarea</i>	17
5. Komplikasi	17
6. Jenis <i>Sectio Caesarea</i>	18
C. Konsep Dasar <i>Post Partum</i>	18
1. Pengertian	18
2. Patofisiologi	19
3. Pathway	20
4. Tanda-tanda bahaya <i>post partum</i>	20
5. Komplikasi	21
6. Tujuan asuhan keperawatan <i>post partum</i>	21
7. Periode <i>post partum</i>	21
8. Perubahan fisiologis dan adaptasi psikologis <i>post partum</i>	22
9. Dampak <i>Sectio Caesarea</i> terhadap pemenuhan KDM	26
D. Konsep Asuhan Keperawatan	28
1. Pengkajian	28
2. Diagnosa Keperawatan	40
3. Perencanaan Keperawatan	42
4. Implementasi	47
5. Evaluasi	47

BAB III Tinjauan Kasus Dan Pembahasan	48
A. Tinjauan Kasus.....	48
1. Pengkajian	48
2. Diagnosa Keperawatan	61
3. Proses Keperawatan	63
B. Pembahasan	71
1. Tahap Pengkajian	71
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	73
3. Tahap Perencanaan Keperawatan	75
4. Tahap Pelaksanaan	76
5. Tahap Evaluasi	78
BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi	81
A. Kesimpulan	81
B. Rekomendasi	82

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Indikasi Plasenta Previa Totalis dengan Kasus SC lainnya di RSUD Dr. Slamet Garut dari bulan Maret- Mei 2023	8
Tabel 2.1 Analisa Data	39
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan.....	42
Tabel 3.1 Riwayat kehamilan dan persalinan lalu	51
Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-Hari.....	57
Tabel 3.3 Hasil Labolatorium.....	58
Tabel 3.4 Therapy medis.....	59
Tabel 3.5 Analisa Data.....	59
Tabel 3.6 Proses keperawatan.....	63
Tabel 3.7 Catatan perkembangan.....	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway.....	20
-------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Leaflet

Lampiran II Daftar Riwayat Hidup

Lampiran III Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka kematian ibu. (AKI) masih sangat tinggi. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2020) AKI di dunia yaitu sekitar 810 wanita yang diakibatkan komplikasi terkait kehamilan persalinan. Angka kematian ibu (AKI) dinegara berkembang mencapai 462/100.000 Kehamilan Hidup (KH), sedangkan di Negara maju . Sebesar 11/100.000 kelahiran hidup. Kematian ibu dan anak dilakukan melalui intervensi spesifik yang dilakukan saat sebelum kehamilan. *World Health Organization* (WHO) melaporkan mengenai status Kesehatan nasional capaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) menyatakan secara global sekitar 830 wanita meninggal setiap hari karena komplikasi selama kehamilan dan persalinan, dengan tingkat Angka Kematian Ibu sebanyak 216 per 100.000 kelahiran hidup sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah kehamilan, persalinan atau kelahiran (Ai,Daris,&Dita, 2021)

Kementrian Kesehatan RI dalam rangka penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2021 menunjukkan bahwa di Jawa Barat Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 1188 kasus, dengan kasus kematian ibu tertinggi di Kabupaten Karawang sebanyak 117 kasus. Di banding tahun 2020 terdapat 745 kasus kematian ibu, tahun 2021 mengalami peningkatan kasus kematian itu sebesar 443 kasus sehingga menjadi kematian terbanyak tahun 2021 karena covid-19

dengan persentase 40%. Kematian ibu meninggal paling banyak pada usia 20-35 tahun dan masih banyak yang diatas usia 35 tahun dengan persentase 36% (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2021).

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 (Plasenta Previa Totalis) (25%), infeksi selama kehamilan (14%), preklamsia (13%), janin dengan persalinan sungsang (13%), serta akibat persalinan yang berlangsung lama (7%) (Dinas Kesehatan Garut, 2020).

Sectio caesarea adalah suatu persalinan dengan membuat sayatan pada dinding uterus malalui dinding depan perut untuk melahirkan janin. Adapun indikasi dari persalinan *sectio caesarea* adalah diantaranya indikasi ibu dan indikasi janin, di dalam indikasi janin terdapat letak bokong, *gemelly*, kelainan tali pusat, janin abnormal, bayi besar, letak sungsang dan Plasenta Previa Totalis (NANDA, 2015). Prosedur operatif pada persalinan *sectio caesarea* adalah dilakukan dibawah anestesi, hal ini dikarenakan janin, plasenta dan ketuban dilahirkan melalui insisi dinding abdomen dan uterus (Aspiani, 2017).

Plasenta Previa Totalis adalah komplikasi dalam kehamilan biasanya ditandai dengan pendarahan pada vagina tanpa rasa nyeri pada trimester ketiga, dimana letak plasenta menutupi ostium uteri interna. Umumnya kategori Plasenta Previa Totalis adalah total, partial dan marginal. Plasenta Previa Totalis totalis merupakan plasenta menutupi seluruh ostium internal, Plasenta Previa Totalis parsial adalah plasenta tertanam dekat dan sebagian menutupi internal ostium dan Plasenta Previa Totalis marginal merupakan plasenta terletak 2-3 cm dari ostium uteri internum (Almnabri et al., 2017).

Tabel 1.1

Perbandingan Kejadian Kasus SC atas Indikasi Plasenta Previa Totalis 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 Plasenta Previa Totalis	17	5%
8	SC indikasi Riwayat SC	16	4%
9	SC indikasi Gemeli	15	4%
10	SC indikasi Eklamsia	8	2%
11	SC indikasi CPD	8	2%
12	SC indikasi Letak Lintang	7	2%
13	SC indikasi Bayi Besar	6	1%
Total		425	100%

Sumber : Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa angka kejadian kasus *sectio caesarea* atas indikasi Plasenta Previa Totalis menempati urutan ke-7 dengan jumlah kasus 17 dengan presentase 5% selama bulan Maret-Mei 2023.

Mengingat jumlah kejadian *sectio caesarea* yang masih tinggi ditambah dengan Plasenta Previa Totalis yang didefinisikan sebagai penutupan lengkap servik oleh plasenta yang menyebabkan terjadinya resiko pendarahan yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang serius baik pada janin maupun ibu. Yang dapat menimbulkan komplikasi utama pada ibu adalah pendarahan *post partum* yang membutuhkan transfuse darah dan histerektomi yang juga dapat menyebabkan kerusakan kandung kemis selama operasi (Pradana dan Assiddik, 2021) disisi lain komplikasi pada janin: kelahiran premature, berat badan bayi rendah, sindrom lawan pernafasan, masuk ke unit perawatan intensif neonatal serta kematian perinatal adalah masalah neonatal yang signifikan (Ogu dan Adinnma, 2021) Sehingga penulis perlu mengambil kasus dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F P₂A₀ POD 1 POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RUANG MARJAN BAWAH RSU dr, SELAMET GARUT”**

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman secara nyata dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien dengan *post sectio caesarea* menggunakan pendekatan secara langsung

dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.F P₂ A₀ POD 1 *Post Op Sectio caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu menentukan Diagnosa Keperawatan Pada Ny.F P₂ A₀ POD 1 *Post Op Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut,
- c. Penulis mampu membuat rencana tindakan Keperawatan pada Ny.F P₂ A₀ POD 1 *Post Op Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan Tindakan Keperawatan sesuai dengan rencana pada Ny.F P₂ A₀ POD 1 *Post Op Sectio Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi Keperawatan pada Ny.F P₂ A₀ POD 1 *Post Op Caesarea* Atas Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada Ny.F P₂ A₀ POD 1 *Post Op Caesarea* Indikasi Plasenta Previa Totalis di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

C. METODE TELAAH

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus yang berfokus pada pemecahan masalah yang ada pada masa sekarang. Adapun Teknik yang di gunakan pengumpulan data ini yaitu :

1. Wawancara

Yaitu dengan melakukan tanya jawab dengan klien, keluarga klien serta tim Kesehatan lainnya untuk memperoleh data subjektif.

2. Observasi

Yaitu pengumpulan data yang di dalamnya mencakup proses pengamatn baik secara fisik, sikap, gerak gerak dll untuk mendapatkan data yang subjektif.

3. Pemeriksaan fisik

Pengumpulan data yang di lakukan melalui proses pemeriksaan fisik dengan menggunakan Teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

4. Studi Kepustakaan / dokumenter

Data yang di dapat dari buku stauts klien melalui catatan perkembangan serta sumber lain yang berhubungan dengan kondisi klien untuk di jadikan salah satu dasar dalam melakukan asuhan keperawatan.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Untuk mendapatkan gambaran secara singkat dan menyeluruh dari isi penulisan karya tulis ilmiah, maka penulis menggunakan sistematika penulisan dengan membaginya menjadi empat bab diantaranya :

1. BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penelitian serta sistematika penulisan.
2. BAB II: Tinjauan teoritis yang membahas tentang Plasenta Previa Totalis, *Sectio caesare*, *Post Partum* terhadap KDM (Kebutuhan Dasar Manusia) dan Proses Keperawatan
3. BAB III: Tinjauan kasus yang membahas tentang asuhan keperawatan pada klien *post sectio casarea* dengan indikasi Plasenta Previa Totalis yang meliputi pengkajian data, Analisa data, data keperawatan serta catatan perkembangan. Pembahasan dalam bab ini menjelaskan tentang masalah yang timbul selama pelaksanaan asuhan keperawatan pada klayen dengan cara memecahkan masalah yang mempunyai tahapan sesuai studi kasus.
4. BAB IV: Kesimpulan dan Rekomendasi yang berisi tentang kesimpulan hal hal yang mengenai apa yang telah di tulis sesuai dengan tujuan Karya Tulis Ilmiah dan memberikan rekomendasi kepada pihak yang bersangkutan untuk meningkatkan proses asuhan keperawatan.
5. DAFTAR PUSTAKA
6. LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORITIS ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

A. Konsep Dasar Plasenta Previa Totalis

1. Definisi Plasenta Previa Totalis Totalis

Plasenta Previa Totalis adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah Rahim dan menutupi seluruh ostium uteri internum. Gejala pendarahan awal Plasenta Previa Totalis pada umumnya hanya berupa pendarahan bercak atau pendarahan ringan dan umumnya akan berhenti secara spontan, jumlah pendarahan yang terjadi sangat tergantung dari jenis Plasenta Previa Totalis. Pendarahan dapat terjadi pada saat uterus meregang dan tumbuh, tidak terasa nyeri dan terlihat sebagai pengeluaran darah yang segar (Prawiroharjo, 2019).

Plasenta Previa Totalis yaitu suatu kehamilan dimana plasenta berimplantasi abnormal pada segmen bawah rahim, menutupi atau tidak menutupi ostium uteri internum, sedangkan kehamilan tersebut sudah viable atau mampu hidup diluar rahim(usia kehamilan 22 minggu atau berat janin kurang dari 500gm). Plasenta Previa Totalis yaitu plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah uterus atau berimplantasi rendah sehingga letaknya menutupi sebagian atau seluruh os internum dan sangat dekat dengan os internum atau tidak menutupi ostium uteri internum (pulungan, 2020).

Berdasarkan beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa Plasenta Previa Totalis adalah tertutupnya seluruh atau sebagian jalan lahir oleh plasenta yang renta terjadi pada usiakehamilan 22 minngu dengan gejala awal berupa bercak darah atau pendarahan ringan yang dapat berhenti secara spontan. Plasenta Previa Totalis dapat dideteksi lebih dini dengan penggunaan atau pemeriksaan ultra sonografi

2. Jenis jenis Plasenta Previa Totalis

Jenis-jenis Plasenta Previa Totalis didasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu

- a. Plasenta Previa Totalis Totalis: Jalan lahir bayi akan seluruhnya ditutupi oleh plasenta. Tertutup nya jalan lahir secara total menyebabkan bayi tidak mungkin lahir lewat vagina karena selama proses persalinan, ibu akan mengalami perdarahan yang sangat hebat.
- b. Plasenta Previa Totalis Parsialis: Hampir menutupi Sebagian atau separuh jalan lahir, sehingga ada kemungkinan membuat bayi sulit dilahirkan. Mengatasi kondisi ini berarti bayi tidak bisa dilahirkan secara normal karena risiko perdarahan masih besar.
- c. Plasenta Previa Totalis Marginalis: Tidak menutupi jalan lahir saat sedang terjadi proses persalinan. Ini dikarenakan yang tertutup hanya bagian tepi jalan lahir saja. Proses persalinan pun masih bisa terjadi secara normal. Hanya saja tetap ada kemungkinan besar terjadinya risiko perdarahan.

- d. Plasenta letak rendah/low lying plasenta adalah kondisi dimana biasanya plasenta terletak rendah karena hanya berjarak beberapa centimeter atau milimeter dari jalan lahir. Meskipun keadaannya terlihat kurang bersahabat, bayi tetap bisa dilahirkan melalui vagina dengan aman. Namun dokter harus tetap berjaga-jaga untuk melakukan transfusi jika terjadi perdarahan (Pawa, Mewengkang and Suparman, 2019)

3. Etiologi

- a. Usia 35 tahun atau lebih.
- b. Merokok saat hamil atau menyalahgunakan kokain.
- c. Memiliki bentuk Rahim yang tidak normal.
- d. Bukan kehamilan yang pertama.
- e. Kehamilan sebelumnya juga mengalami Plasenta Previa Totalis.
- f. Posisi janin tidak normal, misalnya sungsang atau lintang.
- g. Hamil bayi kembar.
- h. Pernah keguguran.
- i. Pernah mengalami operasi pada Rahim seperti kuret, pengangkatan miom, atau operasi caesarea (Husain, Wagey and suparman, 2019).

4. Patofisiologi

Plasenta Previa Totalis diawali dengan implantasi embrio (embryonic plate) pada bagian bawah (kauda) uterus. Dengan melekatnya dan bertumbuhnya plasenta, plasenta yang telah berkembang bisa

menutupi ostium uteri. Hal ini diduga terjadi karena vascularisasi desidua yang jelek, inflamasi, atau perubahan atropik (Maryani and Elsa, 2018).

5. Komplikasi Plasenta Previa Totalis

- a. Plasenta melekat, sehingga harus dikeluarkan manual dan kalau perlu dibersihkan dengan kerokan.
- b. Robekan robekan jalan lahir karena tindakan.
- c. Perdarahan *postpartum*.
- d. Infeksi karena pendarahan banyak.
- e. Bayi meninggal (Maryani and Elsa, 2018).

6. Bahaya pada ibu

Pendarahan tambahan saat operasi menembus plasenta dengan interiosa di depan

- a. Infeksi karena anemia.
- b. Robekan implantasi plasenta dibagian belakang SBR (dangerous Plasenta Previa Totalis).
- c. Terjadi rupture uteri karena susunan jaringan rapuh dan sulit diketahui.

7. Penanganan Plasenta Previa Totalis

Untuk menghindari pendarahan yang banyak maka pada Plasenta Previa Totalis totalis janin hidup atau meninggal Tindakan paling baik adalah dengan *sectio caesarea*.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea merupakan Prosedur operasi dengan menyayat dinding abdomen untuk mengeluarkan bayi (Mardiawati, 2017). *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 syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 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.

2. Patofisiologi

Setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi *post partum* baik secara psikologis maupun fisiologis. Pada saat proses pembedahan, 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 insisi akan ditutup dan menimbulkan luka *post* operasi yang dapat menimbulkan masalah resiko infeksi (Nurarif, dkk, 2016).

3. Etiologi

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

a. 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).

b. 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).

c. Plasenta Previa Totalis

Plasenta Previa Totalis 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).

d. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara *Caesarea*. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang

lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Partus Tak Maju

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).

f. Letak Sungsang

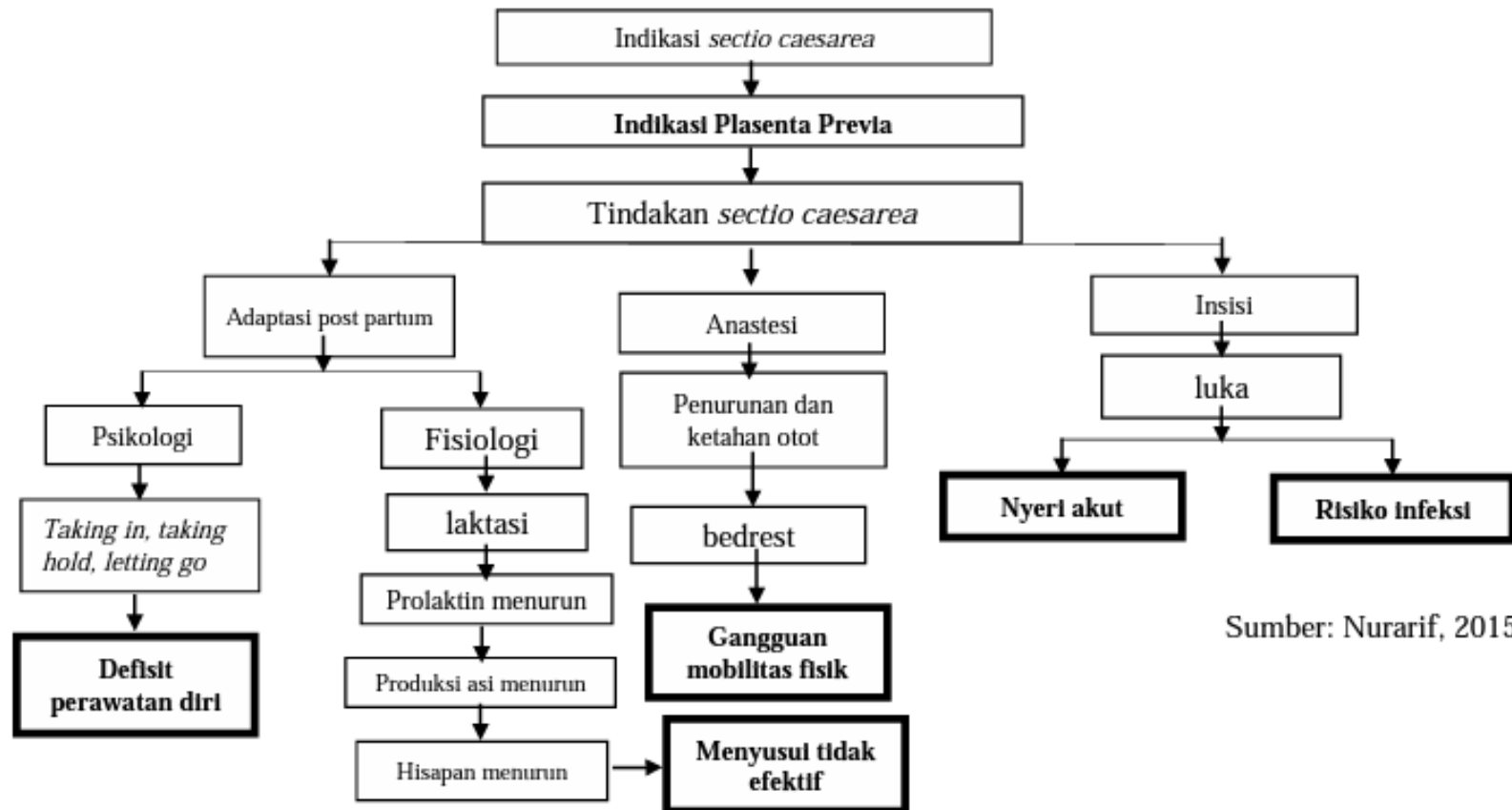
Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (saifuddin,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

g. 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).

4. Pathway Sectio Caesarea

Gambar 2.1
Pathway *Post SC* atas Indikasi Plasenta Previa



Sumber: Nurarif, 2015.

5. Manifestasi Klinis *Post sectio caesarea*

a. Indikasi

Menurut Mitayani (2013) indikasi dibagi 2 yaitu

1) Indikasi ibu

Stenosis panggul, Tumor jalan lahir yang obstruksi, Penyempitan servik, Plasenta previria, disproporsi sefalopelvis, Ruptur uterus, Diabetes (kadang-kadang), Riwayat obsterti 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).

b. Komplikasi

Menurut Bergholth, Stenderup, Vedsted, Hellm dan Lenstrup yang melakukan penelitian pada tahun 2003 dalam Morita (2018) 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).

c. 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 *sectio caesarea* dengan membuka parietalis tanpa membuka kavum perut (Setyaningrum, 2016).

C. Konsep dasar *post partum*

1. Pengertian

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 di tandai dengan kelahiran plasenta dan membran sebagai tanda berakhirnya periode intrapartum (Seniorita, 2017).

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 reproduktif dalam siklus kehidupan keluarga. Selama periode ini akan terjadi perubahan psikososial dan fisiologis seperti kardiovaskular, pernapasan, integrasi dan reproduksi (Sambas, 2017).

2. 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).

3. Tanda-tanda bahaya *post partum*

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

- a. Perdarahan vagina yang hebat atau tiba-tiba bertambah banyak.
- b. Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- c. Sakit kepala terus menerus, nyeri uluh hati.
- d. Ibu demam tinggi dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$.

- e. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan atau terasa sakit.
- f. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang sama.
- g. Merasa sangat letih/nafas terengah-engah.
- h. Kontraksi uterus tidak baik.

4. Komplikasi

Komplikasi *post partum* menurut Aspirasi, 2017 antara lain:

- a. Pembengkakan payudara
- b. Mastitis (peradangan pada payudara)
- c. Endometritis (peradangan pada endometrium).
- d. *Post partum blues*
- e. Infeksi puerperalis ditandai dengan pembengkakan, rasa nyeri, kemerahan pada jaringan terinfeksi atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir selama persalinan atau sesudah persalinan.

5. Tujuan asuhan keperawatan *post partum*

Tujuan asuhan keperawatan pada *post partum* yaitu untuk merawat kesehatan ibu dan bayi secara keseluruhan, baik fisiologis maupun psikologis, serta memberikan edukasi tentang perawatan kesehatan diri dan menyusui (Setyorini & Mediastuti, 2014).

6. Periode *post partum*

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

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

- b. Puerperium intemedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya mencapai 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil/waktu persalinan mempunyai komplikasi.

7. Perubahan fisiologis dan adaptasi psikologis *post partum*

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *post partum*. Organ_organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain :

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi

Involusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan sehingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil.

2) Lokhea

Lokhea adalah ekresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau hanyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Pengeluaran lokhea dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya sebagai berikut :

a) Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa *post partu*. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi

darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding Rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi) dan *meconium* (Feses pertama bayi).

b) Lokhea Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari ke-4 sampai ke-7 *post partum*.

c) Lokhea Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai ke-14.

d) Lokhea Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati, berupa cairan putih. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu *post partum*.

b. Perubahan System Pencernaan

Setelah mengalami proses persalinan, ibu akan mengalami rasa lapar dan haus sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pasca persalinan ibu pun sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama persalinan.

c. Perubahan System Muskuloskeletal

System musculoskeletal Kembali secara bertahap setelah persalinan. Kembalinya tonus otot dasar panggul dan abdomen pulih secara bersamaan.

d. Perubahan System Endokrin

System endokrin berubah secara tiba-tiba selama masa kala IV persalinan, mengikutri lahirnya plasenta dengan terjadinya penurunan estrogen dan progesterone sampai 10% dari keadaan sebelum hamil selama 3 jam persalinan dan Kembali normal pada hari ke-7. Mestruasi akan terjadi setelah 12 minggu pada ibu yang menyusui.

e. Perubahan Tanda-Tanda Vital

- 1) Suhu badan dalam 1 harui (4 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa.
- 2) Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit , harus waspada kemungkinan dehidrasi , infeksi atau perdarahan *post partum*.
- 3) Tekanna darah biasanya tidak berubah, Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan

karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* menandakan terjadinya pre-eklamsi partum.

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

a. *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.

b. *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

c. *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).

8. Dampak Sectio Caesarea terhadap pemenuhan KDM

Dampak *Sectio Caesarea* terhadap kebutuhan dasar manusia :

a. Nyeri

Setelah Pasien *post op* SC akan merasakan nyeri di area pembedahan atau nyeri pada lukabekas *post op*.

b. Makan dan Minum

Setelah dilakukan pemeriksaan peristaltic pada 6 jam pasca persalinan dan hasilnya menunjukkan positif maka dapat diberikan minum air hangat sedikit. Pasien juga dapat memakan makanan lunak di hari pertama, hal ini bisa dilakukan jika pasien sudah flatus.

c. Istirahat

Biasanya pasien harus memerlukan tidur yang cukup, namun adanya nyeri luka *post op* yang menyebabkan sulit tidur dan tidak sedikit nyaman maka pasien dapat dibantu dengan menganjurkan posisi senyaman mungkin.

d. Mobilisasi

Pasien juga sudah bisa menggerakkan kaki dan tangan serta menggerakkan tubuhnya dengan miring kanan miring kiri sedikit demi sedikit pada kisaran 6-10 jam setelah pasien sadar

e. BAK

Pada pasien *post op* biasanya sedikit sulit untuk melakukan BAK mandiri karena adanya luka bekas *post op* dan sedikit sulit untuk bergerak sehingga dibantu dengan pemasangan kateter.

f. BAB

Biasanya 2-3 hari masih sulit untuk BAB, jika pasien belum juga BAB pada hari ketiga maka perlu diberi obat pencahar, dan minum air hangat , agar bisa melakukan BAB secara teratur.

g. Personal Hygiene

Pada pasien *post op* SC rentan terhadap infeksi. Oleh krena itu, Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada pasien SC dalam personal sebagai berikut :

- 1) Perawatan perineum.
- 2) Perawatan payudara.
- 3) Mandi.
- 4) Perawatan gigi dan mulut.

h. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, Dan hendaknya hubungan suami istri menunda dulu sampai waktu tertentu selama 40 hari,karena waktu itu organ-organ tubuh telah pulih kembali (Saleha,2013).

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Aspiani (2017), adalah sebagai berikut:

a. Identitas klien

Pada penderita dengan indikasi Sectio Caesarea dapat terjadi pada setiap umur kehamilan yang dapat dilihat pada kehamilan muda.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

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

2) Riwayat kesehatan sekarang

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

a) P (*Paliative*): Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.

b) Q (*Quality*/kualitas): Bisakah pasien menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan,

membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).

- c) R (*Region*/penyebaran): Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.
- d) S (*Severety*/keparahan): Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit.
- e) T (*Time*/waktu): Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien mempunyai penyakit menular atau pembedahan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

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

5) Riwayat obstetri dan ginekologi

a) Riwayat obstetri

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

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

b) Keadaan haid

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

c) Perkawinan

Berapa kali kawin dan berapa lama dengan suami yang sekarang.

d) Kehamilan

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

e) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

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

f) Pemeriksaan fisik

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

(2) Tanda-tanda vital

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

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

(b) Tekanan darah mungkin sedikit meningkat karena upaya untuk persalinan dan kelelahan, tekanan darah yang menurun perlu diwaspadai kemungkinan adanya pendarahan PP.

(c) Respirasi keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan denyut nadi dan suhu. Bila suhu nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus cerna.

(3) Pemeriksaan *head to toe*

(a) Kepala

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

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

(b) Mata

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

(c) Hidung

Hidung dikaji dengan tujuan untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi hidung dengan cara inspeksi dan palpasi. Inspeksi tentang kesimetrisan lubang hidung, warna kulit, adanya pembengkakan atau sumbatan dan secret. Palpasi 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. Perkusi apakah ada suara nafas normal antara dada kiri dan kanan, bunyi nafas biasanya vesikuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing, ronchi dan sebagainya.

3. Payudara

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

(h) Abdomen

Dilakukan dengan cara inspeksi: kaji keadaan abdomen dan kebersihannya, kaji adakah striae livide dan linea nigra. Pada luka *post* operasi SC harus dikaji apakah terdapat luka operasi, bentuk cembung, tanda-tanda infeksi seperti terdapat eritema bengkak, keadaan balutan apakah ada noda atau kering dan utuh, Lakukan palpasi TFU 2 jari dibawah pusat, terdapat nyeri tekan pada luka operasi SC, abdomen yang keras menunjukkan kontraksi uterus bagus sehingga perdarahan dapat diminimalkan, abdomen yang lembek menunjukkan sebaliknya dan dapat di masase untuk merangsang kontraksi, palpasi kandung kemih, perkusi bunyi tympani, Auskultasi biasanya bising usus 12x/menit. perkusi biasanya

(i) Genetalia

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

(j) 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.

2. Aspek Psikologis, Sosial dan Spritual

- a. Pada klien hari ke 1 biasanya klien mengalami fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakan kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi posesif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.
- b. Klien dengan *post sectio caesarea* akan merasakan adanya rasa nyeri yang menghambat aktivitas sehari-hari sehingga perlu di kaji akibat penyakitnya terhadap proses sosialisasi klien. Kaji juga terhadap hubungan interpersonal klien dengan keluarganya selama klien dirawat.
- c. Dikaji bagaimana klien akan kesembuhannya berhubungan dengan agama yang dianut, bagaimana aktivitas keagamaannya klien selama perawatan di rumah sakit.

3. Pola sehari-hari

- a. Nutrisi

Klien setelah selesai operasi pemenuhan nutrisinya selama puasa melalui infus dan setelah 6jam baru diberikan minum secara bertahap dan setelah

8jam bar diberikan makanan lunak, tapi bila klien dengan lumbal fungsi langsung di beri makan, minum seperti biasanya, bahkan anjurkan banyak minum. Kaji frekuensi makan, jenis makanan, nafsu makan, frekuensi minum, jenis serta jumlahnya.

b. Eliminasi BAB dan BAK

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

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

d. Personal hygiene

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

e. Aktivitas

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

4. Data penunjang

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

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

5. Analisa Data

Tabel 2.1
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif Menegelah nyeri</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap potektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur <p>Gejala tanda minor</p> <p>Subjektif -</p> <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendir 7. Diaphoresis 	Adanya luka <i>post op</i> yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan lalu merangsang area sensorik dan menimbulkan reaksi nyeri atau nyeri akut	Nyeri akut

2	<p>Gejala tanda mayor Subjektif Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala tanda minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah</p>	Keadaan fisik lemah akibat adanya luka <i>post</i> operasi yang menyebabkan aktifitasnya terganggu atau dibatasi karena klien khawatir pergerakannya dapat membahayakan terhadap luka <i>post</i> op	Gangguan mobilitas fisik
3	Kerusakan jaringan yang bisa beresiko mengalami peningkatan terserang patogenik	Adanya luka <i>post</i> op menyebabkan jaringan terbuka, sehingga proteksi menjadi kurang dan bisa menyebabkan masuknya mikroorganisme asing masuk kedalam tubuh dan mengakibatkan <i>post</i> op terkontaminasi dan terjadi infamasi sehingga akan menimbulkan resiko infeksi	Resiko infeksi
4	<p>Gejala tanda mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh tidak puas tidur 3. Mengeluh pola tidur berubah 4. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif -</p> <p>Gejala tanda minor Subjektif Mengeluh kemampuan aktifitas menurun Objektif -</p>	Adanya luka <i>post</i> op yang menyebabkan nyeri pada klien membuat kenyamanan terganggu sehingga mengalami gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

5.	Gejala tanda mayor Subjektif Menolak melakukan perawatan diri Objektif 1. Tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/makan/ ke toilet/berhias secara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang	Kontraksi uterus mengakibatkan involusi tidak adekuat menyebabkan perdarahan, haemoglobin yang menurun dapat menyebabkan kurangnya O ₂ sehingga terjadi kelemahan dan menyebabkan defisit perawatan diri	Ansietas
----	--	---	-----------------

Sumber: (SDKI, 2019)

6. Diagnosa keperawatan

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* operasi *caesarea* adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

7. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.2

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri, menurun 2. Meringis, menurun 3. Sikap protektif, menurun 4. Gelisah, menurun 5. Kemampuan mengenali penyebab nyeri, meningkat 6. Kemampuan menggunakan teknik non farmakologis, meningkat	Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri 2. Untuk mengetahui perkembangan nyeri klien menurun atau tidak 3. Untuk mengetahui respon nyeri non verbal seperti ekspresi klien 4. Untuk mengetahui faktor apa saja yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Dengan memberikan teknik ini nyeri klien dapat teralihkan 2. Untuk menurunkan stimulasi nyeri sehingga klien merasa nyaman 3. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri 2. Anjurkan teknik nonfarmmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Pemberian obat Pemberian analgetik</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan memberikan arahan tentang penyebab,Periode ,dan pemicu nyeri 2. Dengan teknik relaksasi <p>Pemberian obat Untuk mengurangi nyeri</p>
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri berkurang 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>Intervensi utama Dukungan mobilitas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi aktifitas melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan,<i>jika perlu</i> 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui ada atau tidaknya nyeri atau keluhan fisik pada klien 2. Untuk merelaksasikan tubuh klien 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah klien sebelum mobilisasi 4. Untuk mengetahui jenis latihan sesuai kondisi kesehatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi banuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi 2. Meningkatkan status mobilisasi klien

			<p>3. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). 	<p>3. Agar keluarga berperan dalam membantu klien dalam proses penyembuhan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui jenis latihan yang sesuai dengan kondisi kesehatan klien 2. Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot 3. Melatih kekuatan otot dan pergerakan klien agar tidak terjadi kekuatan otot maupun sendi
3	Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan, menurun 2. Nyeri, menurun 3. Bengkak, menurun 4. Kadar sel darah putih, membaik 	<p>Intervensi utama Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 4. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi 	<p>Observasi Untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk meningkatkan kenyamanan klien 2. Menjaga kulit tetap bersih 3. Untuk mencegah infeksi nosocomial 4. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau operasi <p>Pemberian obat Pemberian imunisasi</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan menjelaskan tanda dan gejala infeksi diharapkan klien mengetahui tanda dan gejala infeksi 2. Dengan mengajarkan mencuci tangan dengan benar diharapkan klien melakukan agar terhindar dari infeksi nosokomial 3. Dapat mengidentifikasi bila terjadi infeksi <p>Pemberian obat Dapat meningkatkan sistem imun, dimana imun yang lemah dapat beresiko terjadi infeksi</p>
4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur klien membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan istirahat tidur cukup menurun 	<p>Intervensi utama Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2. Untuk mengetahui ada atau tidaknya faktor yang dapat memperberat gangguan tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui hal apa yang memodifikasi lingkungan sehingga dapat mengurangi ketenangan untuk tidur

			<p>2. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i></p> <p>3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</p> <p>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>5. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang sirkulasi tidur-terjaga</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>3. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor REM</p> <p>4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misl. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p>	<p>2. Untuk memberikan kenyamanan pada klien sehingga mampu meningkatkan kualitas tidur</p> <p>3. Agar klien merasa tenang</p> <p>4. Untuk menjaga kualitas tidur yang baik</p> <p>5. Untuk membantu peningkatan kualitas tidur yang baik</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Agar klien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup</p> <p>2. Untuk menghindari terjadinya gangguan kualitas tidur</p> <p>3. Agar mendapatkan efek tenang pada klien</p> <p>4. Untuk memberikan pemahaman yang baik kepada klien terkait pola tidur</p> <p>5. Untuk menunjang penyembuhan klien dengan baik.</p>
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat	<p>Intervensi utama</p> <p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Untuk mengetahui kebiasaan klien</p>

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ketoilet meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (Mis, suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu 5. Jadwalkan Rutinitas rutin perawatan diri <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan melakukan perawatan secara konsisten sesuai kemampuan</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien 3. Untuk membantu kebutuhan dasar klien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Agar membuat klien merasa nyaman 2. Agar klien tidak kusulitan untuk mencari apa saja yang dibutuhkan 3. Agar bisa membimbing klien 4. Membantu klien dalam melakukan perawatan diri 5. Agar klien dapat melakukan perawatan diri sesuai jadwal yang dibuat <p>Edukasi</p> <p>1. Membiasakan klien melakukan perawatan diri.</p>
--	--	---	---	--

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

6. Implementasi

Menurut Mufidaturrohmah (2017) Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain.

6. Evaluasi

Evaluasi Keperawatan Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya (Sitanggang, 2018).

BAB III
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama	: Ny.F
Umur	: 26 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status pernikahan	: Menikah
Suku/bangsa	: Sunda/Indonesia
Tanggal masuk RS	: 3 April 2023
Tanggal operasi	: 4 April 2023
Tanggal pengkajian	: 4 April 2023
No. RM	: 01355609
Diagnosa medis	: Atas Indikasi Plasenta Previa
	Totalis
Alamat	: Kp. Pojok kadungora

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. S
Umur : 42 Tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Buruh
Hubungan dengan klien : Suami
Alamat : Kp. Pojok kadungora

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi di abdomen bagian bawah.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 4 April 2023 jam 07.30 WIB Ny.F mengeluh nyeri pada luka bekas operasi. Nyeri dirasakan ketika klien bergerak, nyeri berkurang apabila klien beristirahat, nyeri seperti disayat-sayat dibagian abdomen yang terdapat luka sectio caesarea, dengan skala nyeri 7(0-10) dan dirasakan hilang timbul atau terus menerus yang mengakibatkan aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga. Klien mengeluh susah tidur karena adanya nyeri.

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Menurut penuturan klien,klien sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit,klien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

4) Riwayat Kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang pernah mengalami persalinan sectio caesarea dan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular dan penyakit keturunan (hipertensi, asma, hiv, dll)

5) Riwayat Obsetrik dan Ginekologi

a) Riwayat menstruasi

Menarache : 15 tahun
Lama : 6-7 hari
Siklus : 28 hari
Banyaknya : 3x mengganti pembalut
Teratur atau tidak : teratur
Hari pertama haid : 24 Agustus 2022
terakhir
Taksiran persalinan : 4 April 2023

b) Riwayat perkawinan

Klien mengatakan ini pernikahan pertama

Usia suami : 39 Tahun
Usia istri : 23 Tahun
Lama perkawinan : 3 tahun

c) Riwayat kehamilan dan persalinan lalu

Tabel 3.1
Riwayat Kehamilan dan Pesalian

Anak ke-	Persalinan				Anak		
	Tahun	Usia kehamilan	Jenis	Penolong	Jenis kelamin	BB	Keadaan
1	2016	9 bulan	spontan	Bidan	Laki-laki	3500 gr	Meninggal di usia 6 tahun

Riwayat kehamilan sekarang P₂A₀, usia kehamilan 8 bulan 1 minggu, BB sebelum hamil 78kg BB saat hamil 75kg, klien mengalami penurunan BB 3kg. 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 berlebih.
- (3) Trimester III : pada saat trimester III klien mengeluh sering merasa pusing.

Riwayat ANC: Klien mengatakan rutin memeriksa kehamilannya ke bidan 12x. Trimester I 3x, trimester ke II 4x, trimester ke III sebanyak 5x karena mengeluh sering merasa pusing

e) Riwayat KB

Menurut Penuturan klien, sebelum kehamilan anak ke 2 klien menggunakan pil KB, tidak ada keluhan

f) Riwayat persalinan sekarang

Data kelahiran : pada tanggal 4 April 2023, klien dibawa ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan Sectio Caesarea. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat 2,300 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 : 75kg
TB : 160 cm

2) Tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg
N : 80x/mnt
RR : 22 x/mnt
S : 36°C

3) Kepala

Warna rambut hitam, rambut panjang dan tampak kusut, penyebaran rambut merata, kulit kepala tampak bersih, kepala klien simetris antara bahu kanan dan bahu kiri, bentuk kepala bulat, tidak terdapat benjolan ataupun nyeri tekan pada kepala.

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 ketika mata klien diberi rangsangan cahaya pupil mengecil, fungsi penglihatan jelas ketika saya menyuruhnya membaca, 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 terbukti klien dapat membedakan bau kayu putih dan bau kopi tidak ada pernafasan cuping hidung. Tidak ada nyeri tekan.

c) Telinga

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

5) Leher

Keadaan tampak ada keringat, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena juguralis, fungsi menelan

terbukti saat klien menelan makanannya tidak ada hambatan, tidak ada nyeri tekan

6) Dada

a) Paru-paru

Pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada bekas luka. bunyi nafas vesikuler tidak ada bunyi tambahan wheezing(-), ronchi(-). Respirasi 20x/menit.

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

7) Abdomen

Bentuk perut cembung, terdapat *striae Gravidarum* dan *linea nigra*, terdapat luka operasi SC dengan panjang ± 10 cm. Saat di auskultasi bising usus 5x/menit, terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih. TFU 2 jari dibawah pusar, kontraksi (+) teraba keras.

8) Genetalia

Keadaan genetalia kotor, terdapat lochea rubra, klien terpasang selang kateter, urin yang keluar 600 cc dalam urin bag dalam 6 jam pasca persalinan.

9) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas

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

b) Ekstremitas bawah

Pada ekstremitas bawah tidak ada edema, tidak ada varises, abdomen terasa nyeri saat ekstremitas bawah digerakan.

5	5
3	3

d. Konsep diri

1) Identitas diri

Klien seorang perempuan dengan usia 35 tahun, klien beragama islam, klien senang dengan kelahiran anak ke- 3 nya.

2) Peran diri

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

3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin cepat pulang dan ingin segera bertemu keluarga

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 laki laki 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 3.2
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	3x/Hari Nasi+lauk pauk 1 porsi Mandiri Tidak ada keluhan	Klien belum makan dan minum selama 6 jam pasca persalinan (<i>post sectio caesarea</i>)

	b. Minuman Jenis Frekuensi Cara	Air putih 6-7 gelas/hari Mandiri	Klien belum makan dan minum selama 6 jam pasca persalinan (<i>post sectio caesarea</i>)
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	Tidak tidur siang - 5 jam - Sering terbangun
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

k. Data penunjang

Nama : Ny.F

Alamat : Kp.pojok

Umur : 26 Tahun

Ruang : Marjan Bawah

Tanggal : 4 April 2023

No RM : 01355609

Tabel 3.3
Hasil Laboratorium

NO.	Nama test	Hasil	Unit	Nilai Normal
1.	HEMATOLOGY			
	Darah rutin			
	Hemoglobin	10.2	g/dl	16
	Hematokrit	28,8	%	35-45
	Leukosit	19,9	/mm ³	3,800-10.600
	Trombosit	222	/mm ³	150,000-440,000
	Eritrosit	3,88	Juta/mm ³	3.6-5,8

1. Therapy medis

Nama : Ny.F Alamat : Kp.pojok
 Umur : 26 Tahun Ruang : Marjan Bawah
 Tanggal : 4 April 2023 No RM : 01355609

Tabel 3.4**Therapy medis**

No	Nama Obat	Dosis	Rute
1	Infus RL	20 tpm	IV
2	Cefotaxime	2x1 gr	IV
3	Metronidazole	3x500 mg	IV
4	Keterolac	3x30 mg	IV

2. Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah				
1	2	3	4				
1	Ds: – klien mengeluh nyeri pada daerah abdomen bagian bawah Do: – skala nyeri 7 (0-10) – Klien tampak meringis – Terdapat luka <i>post op</i> pada abdomen \pm 10cm garis vertikal – Terdapat nyeri tekan	Adanya indikasi plasenta previa menyebabkan dilakukannya tindakan <i>section caesarea</i> . akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri ke thalamus yang kemudian dipersepsikan sebagai nyeri.	Nyeri akut				
2	Ds: – Klien mengatakan nyeri saat bergerak Do: – Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td></tr> </table> – Aktivitas klien ditempat tidur	5	5	3	3	Adanya indikasi plasenta previa menyebabkan dilakukannya tindakan <i>section caesarea</i> . akibat dari adanya pembedahan atau luka operasi menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan dan merangsang reseptor nyeri ke thalamus yang kemudian dipersepsikan	Gangguan mobilitas fisik
5	5						
3	3						

	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas dibantu keluarga 	sebagai nyeri. Dikarenakan nyeri yang dirasakan menyebabkan klien enggan untuk melakukan pergerakan.	
3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka <i>post op</i> masih terasa nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka <i>post op</i> dibagian abdomen - Leukosit 19,9 	<i>Post SC</i> menyebabkan adanya luka yang merupakan media yang baik untuk bakteri berkembang biak sehingga dapat menimbulkan infeksi.	Resiko infeksi
4	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh susah tidur karena adanya nyeri - Klien mengatakan tidur 5 jam dan sering terbangun <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien nampak lesu karena sering terbangun ketika tidur 	Tindakan prosedur SC yang menyebabkan luka dan menimbulkan nyeri membuat klien kesulitan untuk tidur, karena nyeri yang dirasakannya.	Gangguan pola tidur

3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

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

Ds:

- klien mengeluh nyeri pada daerah abdomen bagian bawah

Do:

- Klien tampak meringis
- Skala nyeri 7(0-10)
- Terdapat luka *post op* pada abdomen ± 10cm garis vertikal
- Terdapat nyeri tekan

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan

dengan:

Ds:

- Klien mengatakan nyeri saat bergerak

Do:

- Kekuatan otot 3
- Aktivitas klien ditempat tidur
- Adl dibantu keluarga

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasif (tindakan sectio

caesarea):

Ds :

- Klien mengatakan luka *post op* masih terasa nyeri

Do :

- Terdapat luka *post op* dibagian abdomen
- Leukosit 19,9

d. Gangguan pola tidur dibuktikan dengan nyeri (tindakan sectio caesarea)

Ds :

- Klien mengeluh susah tidur karena adanya nyeri
- Klien mengatakan tidur 5 jam dengan keadaan mudah bangun

Do :

- Klien tampak meringis
- Klien tidur 5 jam perhari

4. Proses keperawatan

Nama : Ny. F

No.RM : 01355609

Umur : 26 tahun

Ruang : Marjan Bawah

Tabel 3.6
Proses keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5	6	7
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik</p> <p>Ds:</p> <p>Klien mengeluh nyeri pada daerah abdomen bagian bawah</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - skala nyeri 7 (0-10) - Klien tampak meringis - Terdapat luka <i>post op</i> pada abdomen ± 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x4 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi skala nyeri 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 4) Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) untuk mengetahui perkembangan nyeri klien menurun atau tidak 2) untuk mengetahui respon nyeri 3) Untuk menurunkan tingkat nyeri 4) Agar nyeri yang dirasakan oleh klien tidak menjadi lebih berat 	<p>Tanggal 4-April-2023</p> <p>Observasi</p> <p>Pukul 08.00 WIB</p> <p>1) Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Respon: Klien masih merasa nyeri dibagian abdomen dengan skala nyeri 7(0-10)</p> <p>Pukul 08.10</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Respon : Nyeri bertambah saat bergerak dan</p>	<p>Tanggal 4-April 2023</p> <p>Pukul 15.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasa nyeri dibagian abdomen ,nyeri berkurang ketika di beri obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak meringis - Skala nyeri 7 (0-10) <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
	<p>10cm garis vertika</p> <p>- Terdapat nyeri tekan</p>		<p>5) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Pemberian obat</p> <p>6) Keterolac 1x1</p>	<p>5) Agar dapat mengetahui cara meredakan nyeri</p> <p>6) Untuk mengurangi nyeri</p>	<p>nyeri berkurang saat istirahat</p> <p>Teurapeutik</p> <p>Pukul 08.20</p> <p>3) Memberikan teknik non farmakologis/melatih teknik napas dalam</p> <p>Respon :Klien merasa lebih tenang dan nyeri berkurang</p> <p>Edukasi</p> <p>Pukul 08.30</p> <p>4) Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Respon : Klien mnegerti apa yang dijelaskan perawat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Pukul 09.00</p> <p>5) Pemberian obat analgetik</p> <p>Hasil : Klien bersedia diberikan teraoi obat: Ketorolac 1 x 10mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi Faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Pemberian obat

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
2	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri saat bergerak <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot 3 - Aktivitas klien ditempat tidur - Adl dibantu keluarga 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x4 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot meningkat - Pergerakan Ekstremitas bawah meningkat - Nyeri menurun - Gerakan terbatas menurun 	<p>Dukungan mobilitas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri/Faktor lain 2) Monitor kondisi umum <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Fasilitasi melakukan pergerakan 4) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6) Anjurkan mobilisasi dini setelah 6-12 jam (misal menggerakkan kaki, Miring kanan, Miring kiri) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui faktor gangguan mobilisasi 2) Untuk melihat kondisi klien selama mobilisasi 3) Agar klien dapat bergerak sedikit 4) Agar keluarga bisa membantu mobilisasi klien 5) Agar klien paham tindakan yang dilakukan 6) Agar klien terbiasa dalam melakukan gerak 	<p>Tanggal 4-April-2023</p> <p>Observasi Pukul 10.10</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi adanya nyeri/faktor lain Respon: Klien masih merasa nyeri dibagian <i>post op sc</i> <p>Pukul 10.20</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Memonitor keadaan umum Hasil : TD :120/80 N : 89x/menit R : 20x/menit S : 36,6 °C <p>Teurapeutik Pukul 10.25</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil : Klien mencoba melakukan pergerakan sedikit demi sedikit 4) Melibatkan keluarga untuk 	<p>Tanggal 4-April-2023 Pukul 15.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan masih belum bisa melakukan miring kanan miring kiri <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak meringis kesakitan ketika bergerak - Adl dibantu keluarga <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lanjutkan intervensi - Identifikasi adanya nyeri/faktor lain - fasilitasi melakukan pergerakan - Anjurkan melakukan mobilisasi

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
					<p>membantu klien dalam melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : keluarga membantu dalam proses peningkatan pergerakan dan klien tampak berusaha untuk bergerak</p> <p>Edukasi Pukul 10.40</p> <p>5) Menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi Respon: Klien paham yang dijelaskan perawat tentang tujuan mobilisasi</p> <p>6) Menganjurkan mobilisasi dini Respon : Klien mencoba untuk melakukan gerak miring kanan/miring kiri serta merubah posisi sedikit demi sedikit</p>	

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
3	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka <i>post op</i> masih terasa nyeri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka <i>post op</i> dibagian abdomen - Leukosit 19,9 	<p>Setelah dilakukan Tindakan 3x24 tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan badan meningkat - Nyeri menurun - Kadar sel darah putih membaik 	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor tanda tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2) Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3) Berikan perawatan kulit pada daerah edema</p> <p>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Pemberian obat antibiotik</p> <p>6) Cefotaxime 2x1</p>	<p>1) Untuk memonitor kejadian infeksi</p> <p>2) Untuk merawat luka klien agar bersih dan terhindar dari infeksi</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>6) Untuk mencegah infeksi</p>	<p>Tanggal 4 April-2023</p> <p>Observasi Pukul 11.25</p> <p>1) Memonitor tanda tanda infeksi Hasil: Leukosit 19,9</p> <p>Terapeutik Pukul 12.20</p> <p>2) Membatasi jumlah pengunjung pada ruangan klien Hasil : Klien ditunggu oleh suaminya</p> <p>Edukasi</p> <p>3) Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Respon : Klien mengerti penjelasan yang dijelaskan perawat</p> <p>Pemberian obat</p> <p>4) Pemberian antibiotik Hasil: Cefotaxime 2x1</p>	<p>Tanggal 4-April-2023 Pukul 15.00</p> <p>S:</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 <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi lanjutkan - Monitor tanda tanda infeksi - Perawatan luka - Kolaborasi pemberian antibiotik

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
4	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit tidur karena adanya nyeri - Klien mengatakan tidur 5 jam dengan keadaan mudah terbangun <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak meringis - Klien tidur 5 jam perhari 	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 2x4 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur, menurun 2. Keluhan sering terjaga, menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi pola tidur dan aktivitas 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Modifikasi lingkungan 4) Tetapkan jadwal tidur rutin <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur 6) Ajarkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2) Untuk mengetahui ada atau tidaknya faktor yang dapat memperberat atau mengganggu tidur 3) Untuk mengetahui hal apa yang memodifikasi lingkungan sehingga dapat mengurangi ketenangan untuk tidur 4) Untuk menjaga kualitas tidur yang baik 5) Untuk memberikan pemahaman yang baik kepada klien terkait pola tidur 6) Untuk menunjang penyembuhan klien dengan baik 	<p>Tanggal 4 April-2023</p> <p>Observasi Pukul 13.00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi pola tidur dan aktivitas klien <p>Hasil : klien tidur 5 jam sehari</p> <p>Terapeutik Pukul 15.20</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Melakukan modifikasi lingkungan <p>Hasil : klien tampak sedikit nyaman Ketika</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Mengajarkan relaksasi atau cara non farmakologis <p>Hasil : terapi musik</p>	<p>Tanggal 4 april- 2023 Pukul 15.00</p> <p>S : klien mengatakan masih sulit tidur</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak meringis - klien tidur 5 jam - klien tampak <p>A : masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi pola tidur - modifikasi lingkungan - ajarkan Teknik relaksasi

5. Catatan Perkembangan

Nama : Ny.F

Umur : 26 Tahun

No.RM : 01355609

Ruang : Marjan Bawah

Tabel 3.7

Catatan perkembangan

No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	2	3	4	5
1	5 April 2023 08.00 WIB	Dx 1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri dibagian <i>post op sc</i> - Klien mengatakan nyeri berkurang ketika sudah di beri obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Skala nyeri 5(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: Pukul 08.00</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 - Memberikan obat <i>keterolac</i> 1 ampul "Setelah di beri obat nyeri klien berkurang" <p>E: Masalah teratasi Sebagian</p>	Lilin
2	5-April-2023 11.30 WIB	DX II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan sudah bisa bergerak miring kanan/miring kiri - klien masih merasa nyeri ketika bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kateter di up - Infus di up - Klien tampak bisa berjalan ke kamar mandi dengan bantuan keluarga 	Lilin

			<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak kesakitan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan mobilitas fisik <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi <p>I: Pukul 11.230 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan melakukan mobilisasi dini klien sedikit demi sedikit - Libatkan keluarga dalam dalam melakukan pergerakan "supaya tidak terjadi jatuh dan klien melibatkan keluarga dalam melakukan pergerakan - Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi <p>E: Masalah teratasi Sebagian</p>	
3	5-April-2023 13.30 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 - Leukosit 19,9 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resiko infeksi <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 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda infeksi "tidak ada tanda tanda infeksi - Anjurkan klien untuk personal hygiene "klien melakukannya dan merasa nyaman " - Pemberian obat antibiotik 1.Cefotaxime 2x1 "klien merasa nyaman ketika di beri obat " 	Lilin
4	5 april 2023 15.00 WIB	Dx IV	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih mengatakan sulit tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidur 5 jam 	

			<ul style="list-style-type: none"> - klien tampak sedikit nyaman A: - masalah teratasi Sebagian P: lanjutkan intervensi - identifikasi pola tidur - modifikasi lingkungan ajarkan Teknik relaksasi 	
No	Tanggal dan waktu	Diagnosa	Catatan perkembangan	Paraf
1	6-April-2023 08.00 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 4 (0-10) - Hasil <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 <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian 	Lilin
2	6-April 2023 09.00 WIB	Dx II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa bergerak miring kanan/miring kiri <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 <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hentikan intervensi 	Lilin
3	6-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> <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit 19,9 - Luka klien tampak bersih tidak ada pus 	Lilin

			A: - Resiko infeksi P: - Lanjutkan intervensi I: - Melakukan ganti perban E: - Masalah teratasi sebagian	
4	6-April-2023 13.00 WIB	Dx IV	S : Klien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak O : - klien tidur 8 jam sehari - Klien tampak nyaman A : masalah teratasi P : - hentikan intervensi - Acc pulang	Lilin

B. Pembahasan

Setelah melakukan "**Asuhan Keperawatan Pada Ny.F , dengan POD 1 *Post sectio caesarea* atas Indikasi *Plasenta Previa Totalis Totalis* di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. SLAMET GARUT**". Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 03 April 2023 sampai dengan tanggal 6 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. F dan keluarganya cukup kooperatif yang ditunjang dengan terbinanya kepercayaan antara penulis dan Ny. F serta keluarga Ny. F 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 *Plasenta Previa Totalis Totalis* 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, Keluhan nyeri karena adanya luka insisi pembedahan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan (Nurarif, 2015)

Menurut (Perdanakusuma, 2015) proses penyembuhan luka mengalami 3 fase yaitu: Fase inflamasi, terjadi dari hari pertama luka sampai hari ke-2. Proses pembedahan mengakibatkan kerusakan jaringan dan perdarahan, darah akan mengisi daerah cedera dan paparan terhadap kolagen menimbulkan agregasi trombosit, trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan bahan kimia dan asam amino, kemudian terjadi vasokonstriksi dan proses pembekuan darah.

Fase proliferasi terjadi hari ke-3 sampai hari ke-14, serat kolagen terbentuk menyebabkan adanya kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontaminasi mikroorganisme maka kemungkinan besar akan terjadi resiko infeksi. Pada Ny. F ditemukan tanda-tanda

munculnya infeksi dengan tanda meningkatnya jumlah leukosit, tetapi penulis tetap mengangkat masalah ini karena resiko bisa saja terjadi akibat perawatan luka yang kurang tepat. Fase maturasi, terjadi pada hari ke-8 sampai 1 tahun, fase ini merupakan fase terpanjang pematangan granulasi yang membentuk epitel baru.

Menurut(Simkin, 2013) tindakan operasi SC akan mengakibatkan gangguan mobilitas fisik dan menimbulkan nyeri yang menyebabkan klien takut bergerak. Ny.F mengatakan takut bergerak karena adanya nyeri pada luka operasi. klien bergerak secara bertahap hal ini dapat terjadi karena keadaan fisik yang lemah akibat *post* operasi mengakibatkan kemampuan beraktivitas dibatasi karena klien khawatir pergerakannya membahayakan terhadap luka operasi sehingga aktivitas klien akan terbatas.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Tahap selanjutnya adalah diagnosa keperawatan yaitu proses pengelompokan data dan interpretasi data serta menentukan permasalahan. Masalah yang ada pada teori klien *post* operasi caesarea dengan indikasi Riwayat Sc adalah: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik ,Resiko infeksi , defisit perawatan diri, menyusui tidak efektif, dan gangguan pola tidur. Dari enam masalah yang ditemukan, empat diantaranya terdapat dalam teori yaitu:

- a. Menurut Nanda (2013) nyeri akut merupakan sensasi dan pengalaman yang tidak menyenangkan serta muncul secara aktual maupun potensial terhadap kerusakan jaringan, dengan rentan waktu tertentu dengan skala yang berbeda-beda. Alasan diagnosa tersebut diangkat karena saat

pengkajian didapatkan data subyektif yaitu klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan data objektifnya yaitu klien tampak meringis, terdapat luka operasi pada abdomen, adanya nyeri tekan saat dipalpasi. Diagnosa tersebut penulis prioritaskan karena keluhan yang dirasakan klien saat itu dan apabila masalah itu tidak segera ditangani akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien dan bisa mengganggu aktivitas klien sehingga timbul rasa ketakutan untuk melakukan gerakan atau tindakan.

- b. Gangguan mobilitas fisik karena adanya reseptor nyeri untuk mengeluarkan neurotransmitter bradykinin, serotine, histamine, dan serotine rangsangan ini dihantarkan ke thalamus dan meneruskan ambang nyeri sehingga terjadi kelelahan fisik yang diakibatkan nyeri bertambah apabila banyak bergerak, klien takut bergerak dan aktivitas dibantu keluarga.
- c. Risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit Menurut teori resiko infeksi yang berarti beresiko tinggi terhadap invasi organisme pathogen dimana adanya ketidakadekuatan pertahanan primer (kulit rusak, trauma jaringan, penurunan kerja silia, statis cairan tubuh). Data yang ditemukan pada Ny. F ditemukan faktor-faktor resiko yang mendukung yaitu, secara objektif terdapat luka operasi, leukosit $19,9/mm^3$.
- d. Gangguan pola tidur adalah keadaan ketika individu mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam juantitas atau kualitas pola

istirahatnya yang menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup yang diinginkannya (Wungouw, 2018; Riyadi, 2020)

Diagnosa yang tidak ditemukan pada klien adalah defisit perawatan diri dan menyusui tidak efektif. Karena, pada saat pengkajian tidak ditemukan data yang menunjang dari diagnosa tersebut. Ditandai dengan: klien melakukan perawatan diri 2x sehari dan mampu menyusui bayi dengan efektif pada saat inisiasi menyusui dini.

3. Tahap 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 perencanaan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x4 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun dan klien tampak rileks. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, skala nyeri menjadi 1-2. Rencana diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Pada Perencanaan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan

Tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat dan rentang ROM gerak meningkat. Rencana diagnose gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik meliputi: monitor lokasi dan ketidak nyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas.

c. Resiko Infeksi

Pada perencanaan risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit berdasarkan kriteria hasil 1x4 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil: nyeri menurun, bengkak menurun, kemerahan menurun, kultur area luka membaik, dan jumlah leukosit dalam batas normal. Adapun salah satu tanda yang ditemukan apabila infeksi terjadi yaitu adanya tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan, panas, bengkak dan nyeri. Rencana diagnosa risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit meliputi : Monitor tanda dan gejala infeksi.

d. Gangguan Pola Tidur

Pada perencanaan gangguan pola tidur ditandai dengan klien mengeluh susah tidur. Berdasarkan kriteria hasil 2x4 jam diharapkan tidak ada gangguan pola tidur dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur membaik, frekuensi tidur membaik, kualitas tidur membaik. Rencana diagnosa gangguan pola tidur : identifikasi pola tidur dan aktivitas

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.

Pada diagnosa pertama, penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat yaitu penulis Melakukan observasi karakteristik nyeri dengan hasil luka *post* SC seperti disayat-sayat pada abdomen skala 7 nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat istirahat, Menjelaskan pada pasien tentang sebab timbulnya nyeri yaitu karena adanya luka operasi, dengan hasil pasien mengatakan paham sebab timbul nyeri yaitu karena luka operasi, Mengajarkan tehnik distraksi relaksasi dengan cara nafas dalam dan berbincang-bincang untuk mengalihkan nyeri dengan hasil klien mendemonstrasikan dengan benar, Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetic ketorolac 3x1mg.

Untuk diagnosa ke dua, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yaitu memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas dengan hasil klien merasa nyaman setelah dilaksanakan ambulasi, Mengajarkan klien untuk ambulasi sederhana yaitu miring kiri dan kanan dengan hasil klien merasa rileks dan tidak kaku, Menjelaskan pada klien tentang pentingnya ambulasi dini pada

post sc dengan hasil klien mengerti apa yang dijelaskan Untuk diagnosa ke tiga, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yaitu memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas dengan hasil klien merasa nyaman setelah dilaksanakan ambulasi, Mengajarkan klien untuk ambulasi sederhana yaitu miring kiri dan kanan dengan hasil klien merasa rileks dan tidak kaku, Menjelaskan pada klien tentang pentingnya ambulasi dini pada *post sc* dengan hasil klien mengerti apa yang dijelaskan.

Untuk diagnosa ke tiga, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yaitu memonitor adanya tanda dan gejala infeksi pada klien dengan hasil leukosit di atas normal $19,9\text{mm}^3$, nyeri pada luka operasi, membatasi jumlah pengunjung dengan hasil pasien akan merasa lebih tenang, mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi infeksi dengan hasil klien terhindar dari paparan yang mengakibatkan infeksi pada klien, mengkolaborasi pemberian obat antibiotik seperti cefotaxime $2 \times 1\text{gr}$ melalui IV

Untuk diagnosa ke empat, penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yaitu identifikasi pola tidur dan aktivitas klien untuk mengetahui pola tidur klien, lakukan modifikasi lingkungan untuk meningkatkan ketenangan untuk tidur, dan ajarkan relaksasi atau cara non farmakologi untuk meningkatkan kualitas tidur klien.

5. Tahap Evaluasi

Merupakan akhir dari proses keperawatan setelah intervensi dan implementasi. Setelah dilakukan keperawatan selama 2 hari di rumah sakit, penulis mengevaluasi klien dan di dapatkan hasil.

Hasil evaluasi pada nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiki yang di dapatkan setelah perawatan selama 2 hari pada data subjektifnya pasien mengatakan nyeri berkurang data ojektifnya klien tampak meringis ,skla nyeri 4 (0-10) yang berarti nyeri pasien sudah berkurang, masalah teratasi Sebagian sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belu maksimal teratasi seperti pasien masih merasa nyeri.

Hasil evaluasi pada gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik. setelah perawatan dua hari didapatkan data subjektif klien dapat mobilitas sedikit-sedikit , data objektifnya klien tamapak melakukan aktifitas mandiri. Masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pergerakan ekstremitas meningkat.

Hasil evaluasi pada risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit. setelah perawatan selama dua hari didapatkan data subjektif klien mengatakan luka masih sedikit nyeri ,data objektif keadaan luka tertutup kasa . masalah keperawatan teratasi Sebagian karna termasuk risiko dengan kriteria hasil yaitu pasien terbebas dari gejala infeksi.

Hasil evaluasi pada gangguan pola tidur adalah klien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri *post sc* . Klien tampak meringis karena nyeri skala nyeri 7 (0-10) , klien tampak tidur 5 jam / hari . Lanjutkan intervensi

identifikasi pola tidur dan aktivitas , lakukan modifikasi lingkungan dan ajarkan relaksasi atau cara non farmakologi

Pada diagnosa kedua, penulis juga mengevaluasi klien dan didapatkan hasil bahwa klien mengatakan dapat mobilisasi sedikit demi sedikit, Klien tampak melakukan aktivitas secara mandiri Masalah teratasi, lanjutkan intervensi penulis melanjutkan intervensi yaitu monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak atau beraktivitas, ajarkan ambulasi sederhana seperti simkiri dan kanan, jelaskan tujuan ambulasi, anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera.

Pada diagnosa ketiga, penulis mengevaluasi klien dan didapatkan hasil klien mengatakan luka masih tertutup perban dan nyeri sedikit berkurang. resiko infeksi teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi yaitu. untuk monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan di area kulit, pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi, kolaborasi pemberian obat cefotaxime 3x1 mg.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.F dengan POD 1 sectio caesarea dari tanggal 03 april 2023 – 6 april 2023, maka penulis mampu mengambil kesimpulan berikut ini :

1. Penulis mampu melakukan kegiatan pengkajian secara komprehensif terhadap klien dengan POD 1 *post sc.* Setelah dilakukan Analisa data berdasarkan hasil pengkajian. Maka, penulis menemukan 4 masalah keperawatan: nyeri akut, resiko infeksi, mobilitas fisik, gangguan pola tidur.
2. Penuli dapat merumuskan diagnosa keperawatan dari hasil pengkajian terhadap masalah klien.
3. Penulis mampu merencanakan Tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas masalah.
4. Penulis mampu melaksanakan Tindakan keperawatan yang mengacu pada rencana yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi klien. Pelaksanaan Tindakan keperawatan diberikan langsung kepada klien pada setiap dinas di Ruang Marjan Bawah.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap Tindakan keperawatan yang dilakukan .
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

B. REKOMENDASI

Setelah penulis memberikan asuhan keperawatan pada Ny. F 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

- Aprina, Anita Puri. 2016. “Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.” : 90–96.
- Astrini, Ni Luh et al. 2022. “Pelaksanaan Kegiatan Posyandu Balita Di Masa Pandemi.” 12(2): 93–101.
- Astuty, Remi. 2019. “Perbedaan Adaptasi Psikologis Ibu Nifas Primipara Dan Multipara Pada Fase Taking In Di Rumah Sakit Dewi Sartika Kota Kendari.”
- Bardja, Sutiati. 2020. “Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Berat / Eklampsia Pada Ibu Hamil Risk Factor for The Occurrence of Severe Preeclampsia / Eclampsia in Pregnant Woman.” 12(August 2019): 18–30.
- Fanny, Fadhilah. 2015. “Sectio Caesarea Sebagai Faktor Risiko Kejadian Asfiksia Neonatorum Caesarean Section as a Risk Factor of Neonatal Asphyxia.” 4(November): 57–62.
- Haryati, Eni, and Hilda Janti. 2017. “Asuhan Keperawatan Pada Ny. T Dengan P4A1 Post Op Sectio Caesarea Hari Ke-1 Atas Indikasi Hipertensi Kronik Di Ruang IV (Endang Geulis) RSUD Gunung Jati Cirebon.” 1(2).
- Herlinadiyaningsih, and Dian Utami. 2018. “Hubungan Kadar Leukosit Terhadap Kejadian Ketuban Pecah Dini Di Blud Rumah Sakit Dr.Doris Sylvanus Palangka Raya.” 1(2): 27–37.
- Ilhamjaya, Meutiah Andi, and Tawali Suryani. 2020. “Angka Kejadian Dan Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Janin Letak Sungsang Dari Ibu Hamil Yang Melahirkan Di RSWS Makassar.” 2(2): 55–61.
- Lestari, Eti. 2020. “Uji Efektivitas Salep Dari Ekstrak Daun Bidara Arab (*Ziziphus Mauritiana L*) Terhadap Luka Sayat Pada Kelinci (*Oryctolagus Cuniculus*).”
- Mardiawati, Dewi. 2017. “Tingkat Pengetahuan Ibu Nifas Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Kebinanan RSUD D. Rasidin Padang.” XI(76): 210–14.
- Meilani, Rima. 2022. “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Reproduksi: Primigravida Terhadap Lamanya Persalinan Kala I Dengan Pemberian Terapi Birthball.”
- Melani, Shely Agista. 2022. “Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Post Op Sectio Caesarea Dengan Masalah Utama Gangguan Pemenuhan Kebutuhan

Aktivitas Di Ruang Azalea RSUD Kota Kendari.”

- Meurah Yeni, Cut, Muhammad Bayu Z. Hutagalung, Dwinka S. Eljatin, and Alyani A. Basar. 2017. “*Plasenta Previa Totalis Pada Primigravida: Sebuah Tinjauan Kasus.*” : 38–42.
- Purbowati, Mustika Ratnaningsih, and Setya Dian Kartika. 2017. “*Hubungan Antara Usia Kehamilan Terhadap Kejadian Plasenta Pervia Di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo.*” 15(1): 47–55.
- R, Ai Yeyeh, Daris Yolanda Sari, and Dita Humaeroh. 2021. “*Hubungan Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Preeklampsia Berat Di RSUD A Purwakarta.*” : 16–26.
- Ramadhan, Brian Rocky. 2022. “*Plasenta Previa : Mekanisme Dan Faktor Risiko Pendahuluan.*” 11: 208–19.
- Setyaningrum, Cindy. 2016. *Laporan Asuhan Kebinanan Pada Ny. “S” Masa Hamil Sampai Dengan Masa Nifas Di PKM Bandung Kab. Tulungagung.*
- Susanti, Susi. 2023. “*Pengaruh Senam Nifas ‘Otaria’ Terhadap Kecepatan Involusi Uteri Pada Ibu Post Partum Di Wilayah Kerja PKM Sayung 2 Kabupaten Demak.*” 1(1): 144–60.
- Syafitri, Endryani, and Suyanti Suwardi. 2018. “*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Plasenta Previa Di RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2018.*” 7: 182–89.
- Zariah, Halimatus et al. 2022. “*Metode Rawat Luka Modern Terhadap Penyembuhan Luka Dehisensi Pada Pasien Post Sectio Ceaserea.*”

Lampiran I



Agar Luka Cepat Kering

Penuhi asupan gizi sebagai perawatan luka post sc (pasca caesar)
Beberapa sumber makanan dengan kandungan zat gizi tertentu dinilai bisa mempercepat penyembuhan luka operasi caesar

Memperbanyak makanan sumber protein yang dapat membantu mempercepat pertumbuhan jaringan baru.

Kandungan vitamin C di dalam makanan juga bisa menjadi penyembuh luka operasi caesar karena membantu melawan infeksi. Selain itu, makanan yang mengandung zat besi juga dibutuhkan dalam pembentukan hemoglobin untuk mempercepat penyembuhan luka operasi caesar.

Jangan sampai terlalu lelah
Pastikan menyempatkan diri untuk beristirahat di sela-sela sibuknya mengurus bayi. Usahakan ikut beristirahat dikala bayitidur.

Alangkah lebih baiknya untuk meletakkan segala sesuatu yang dibutuhkan dekat dengan bus sehingga lebih mudah dijangkau.

Hindari mengangkat barang-barang berat

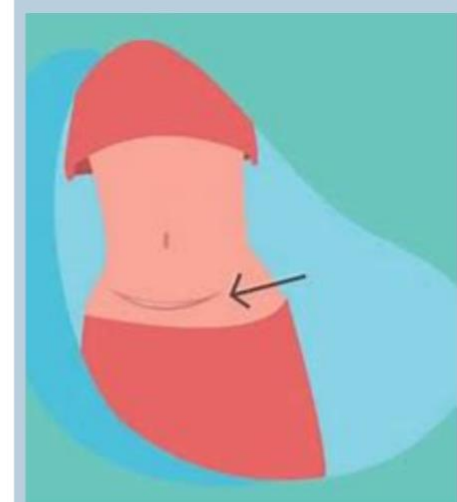
Melakukan pekerjaan rumah tangga berlebihan atau terlalu banyak bergerak. Hal tersebut dapat memicu terjadinya peregangan pada kulit yang mengalami bekas luka operasi Caesar hingga iritasi.

Jaga sirkulasi udara pada luka sebagai perawatan luka post sc

Jangan terlalu lama menutup luka sehingga membuat luka tidak terpapar dengan udara.
Kenakan pakaian yang agak longgar di malam hari untuk menjaga sirkulasi udara pada luka bekas operasi caesar.

Rutin cek kesehatan ke dokter sebagai perawatan luka post sc

Jika sayatan ditutup dengan jahitan yang tidak menyatu dengan kulit, Ibu harus rutin memeriksakannya ke dokter. Dengan begitu, jahitan dapat segera dibuka dan bekas luka akan sembuh secepatnya.



*Perawatan Luka
Sectio Caesarea
(SC)*

LILIN TRIA BIDADARI
KHGA.20045
D3 KEPERAWATAN
STIKes KARSA HUSADA
GARUT

Perawatan Luka SC

RUTIN MENGGANTI PERBAN

Jika menggunakan balutan perban yang harus rutin diganti, rutin ganti perban tersebut setiap 1 kali dalam sehari. Segera ganti balutan perban bila kondisinya basah, lembap, atau terasa tidak nyaman sebagai cara merawat atau perawatan luka post sc (pasca operasi caesar).

TIDAK MENGANGKAT BENDA BERAT

Cara merawat atau perawatan bekas luka lainnya yakni dengan menghindari mengangkat sesuatu yang terlalu berat selama kurang lebih 2 minggu setelah operasi caesar (post sc). Sebab hal ini berisiko membuat luka operasi bermasalah dan lama sembuh.

JAGA LUKA TETAP BERSIH

Jaga agar area sayatan selalu bersih dan kering dengan rutin membersihkannya dengan sabun dan air bersih tanpa harus digosok terlalu kuat.

Cara merawat atau perawatan bekas luka pasca operasi caesar (post sc) ini dapat membantu mempercepat penyembuhan.



Perawatan Luka SC dengan STERI-STRIP

1. **Hindari mencuci Steri-Strip** maupun pembalut luka lainnya. Anda tetap bisa mandi, dan kemudian mengeringkan perban luka tersebut dengan handuk bersih.
2. **Steri-Strip biasanya akan lepas** dengan sendirinya kurang lebih seminggu. Namun jika tidak kunjung lepas, bisa berkonsultasikan dengan dokter. Terkadang dokter mungkin menganjurkan untuk digunakan lebih dari 1 minggu.

jangan ragu untuk mandi dan membersihkan seluruh bagian tubuh.

Meski kadang mungkin terasa sakit, mandi bisa membantu mencegah kemungkinan terjadinya infeksi pada bekas operasi caesar.

Lampiran II

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Lilin Tria Bidadari
NIM : KHGA20044
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat tanggal lahir : Ngawi, 10 Januari 2002
Agama : Islam
Status : Belum menikah
Alamat : Perumahan Bumi Anggrek 2&3

B. Riwayat pendidikan

1. Tk Nurul Islam (2007)
2. SD Negeri Widodaren (2008)
3. SD Negeri Karanganyar 2 (2009-2010)
4. SD Negeri Haurpannung 2 (2010-12)
5. SMP Al-Musadaddiyah Garut (2017)
6. SMA Negeri 6 Garut (2020)
7. STIKes Karsa Husada Garut (2023)

Lampiran III

FORMAT BIMBINGAN

Nama : Lilin Tria Bidadari
NIM : KHGA20044
Pembimbing : Eti Suliyawati, S.Kep., M.Si.
Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F P₁A₂ POD 1 *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI PLASENTA PREVIA TOTALIS DI RUANG MARJAN BAWAH RSU dr. SELAMET GARUT

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang Dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Tanda Tangan	
				Mahasiswa	Pembimbing
1	24 Mei 2023	Judul KTI	-Sesuaikan dengan permasalahan dan sesuaikan dengan juknis		
2	29 Mei 2023	BAB I	- Menambahkan komplikasi ibu dan janin pada Bab 1 - Data yang digunakan harus data yang terbaru		
3	6 Juni 2023	BAB I dan BAB II	ACC BAB I lanjut BAB II		
4	8 Juni 2023	BAB II dan BAB III	Lengkapi dampak sc terhadap KDM Lanjut Bab III		
5	14 Juni 2023	BAB III	Lengkapi implementasi dan pembahasan		
6	15 Juni 2023	BAB III & BAB IV	ACC BAB III, lanjut BAB IV		
7	16 Juni 2023	BAB IV	ACC BAB IV		
8		Abstrak, kata pengantar, daftar isi, leaflet	ACC untuk siding		