

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F P2A0 DENGAN POST
SC ATAS INDIKASI RIWAYAT POST SC DAN MATA MINUS
DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG**

Karya Tulis Ilmiah:

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



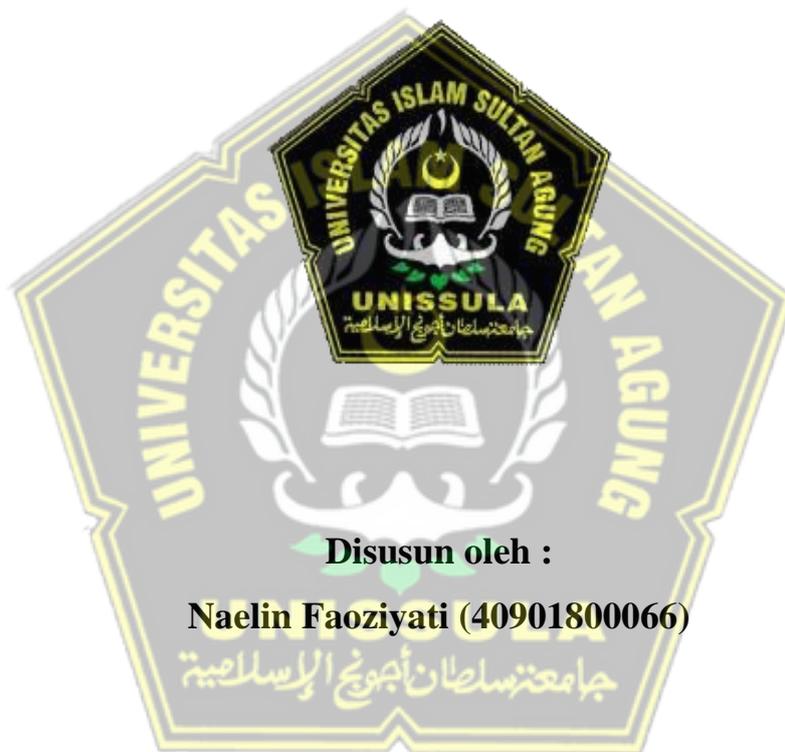
Disusun oleh :

Naelin Faoziyati (40901800066)

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
Tahun 2021/2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F P2A0 DENGAN POST
SC ATAS INDIKASI RIWAYAT POST SC DAN MATA MINUS
DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG**

Karya Tulis Ilmiah:



Disusun oleh :

Naelin Faoziyati (40901800066)

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
Tahun 2021/2022**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya mengatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 8 Juni 2021



(Naelin Faoziyati)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F P2A0 DENGAN POST SECTION
CAESAREA ATAS INDIKASI RIWAYAT POST SC DAN MATA MINUSDI
RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Naelin Faoziyati

40901800066

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi DIIIKeperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari :Jumat

Tanggal : 28 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih
,Sp.Kep.Mat, M.KepNIDN. 0618048901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jumat Tanggal 28 Mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 28 Mei 2021

Penguji I

Ns. Hernandia Distinarista, M. Kep

NIDN. 06-0209-8503

(.....)

Penguji II

Ns. Tutik Rahayu, M. Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN. 06-2402-7403

(.....)

Penguji III

Ns. Apriliani Yulianti W. M. Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN. 06-1804-8901

(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M. Kep.

NIDN. 062.208.7403

MOTTO HIDUP

Jangan menyia-nyiakan waktu

“Waktu bagaikan pedang. Jika kamu tidak memanfaatkannya dengan baik, maka ia akan memanfaatkanmu”

HR. Muslim



KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirobbil 'alamin, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.F P2A0 dengan post sc atas indikasi riwayat post sc dan mata minus di ruang baitunnisa 2 rsi sultan agung”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari semua pihak secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, selaku PLH Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SK.M, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Apriliani Y. W. M.Kep, Sp.Kep.Mat, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah sabar meluangkan waktu dan tenaganya serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bantuan kepada penulis saat penulis menempuh studi.

6. Kepala Ruang dan seluruh perawat diruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruang tersebut.
7. Kepada Orangtua saya Bapak Ismami dan Ibu Wamah yang tidak pernah lelah memberi motivasi, dukungan, semangat, perhatian, dan kasih sayang serta mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
8. Kepada Kakak saya Hety Rukhmawati, Karmila Sari, yang sudah mensupport, yang mendengarkan keluh kesah penulis selama ini serta memberi dukungan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
9. Kepada rekan-rekan satu kelompok dosen bimbingan Nabila, Nila, Rosita dan Rini yang selama ini membantu penulis dan senantiasa bertukar pikiran agar Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan tepat waktu.
10. Kepada teman-teman prodi D-III Keperawatan angkatan 2018 Maya dan Anisy dan teman-teman saya yang telah banyak membantu, memberi semangat dan motivasi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua

Wassalamu;alaikum wr.wb

Semarang, 27 Mei 2021



(Naelin Faoziyati)

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
BAB I.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
D. Manfaat Penulisan.....	4
1. Institusi pendidikan	4
2. Lahan Praktik	4
3. Masyarakat	4
BAB II.....	5
KAJIAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Post Partum SC Atas Indikasi Riwayat SC Sebelumnya.....	5
1. Pengertian Sectio Caesarea	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Pathways.....	7
5. Klasifikasi.....	8
6. Komplikasi	8
7. Penatalaksanaan.....	8
8. Pengertian Post Partum	11
9. Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum.....	11
10. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum	12
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Post Partum sc	19
1. Pengkajian Keperawatan	19
2. Diagnosa Keperawatan.....	25
3. Intervensi Keperawatan	25

4. Implementasi Keperawatan	27
5. Evaluasi Keperawatan	27
BAB III	29
RESUME ASUHAN KEPERAWATAN	29
A. Pengkajian	29
1. Identitas Pasien	29
2. Riwayat Menstruasi	29
3. Riwayat KB	29
4. Pemeriksaan Fisik	30
5. Pemeriksaan Fisik Bayi	32
6. Pemeriksaan Penunjang	33
7. Terapi :	36
B. Analisa Data	36
C. Planning/ Intervensi Keperawatan	37
D. Implementasi Keperawatan	38
E. Evaluasi	40
BAB IV	43
PEMBAHASAN	43
A. Pengkajian	43
B. Diagnosa Keperawatan	44
1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Nyeri Akut	44
2. Risiko Infeksi Berhubungan dengan Prosedur Invasif	47
BAB V	50
PENUTUP	50
A. Simpulan	50
B. Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN	54

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan adalah suatu proses terdorongnya janin, plasenta dan ketuban keluar dari rahim melewati jalur lahir maupun melalui jalur lain (Reeder, 2011). Persalinan ialah serangkaian proses peristiwa yang berakhir dengan keluarnya bayi yang telah pas bulan ataupun nyaris pas bulan, setelah itu disusul dengan pengeluaran plasenta serta selaput bakal anak dari badan seseorang bunda lewat jalur lahir ataupun lewat jalur lain, persalinan bisa berlangsung dengan batuan ataupun tanpa bantuan (spontan) (Trirestuti, Chrisna, & Puspitasari, 2018).

Dalam persalinan ada berbagai cara salah satunya adalah dengan *Sectio Caesarea*. Persalinan dengan cara *Sectio Caesarea* mempunyai risiko besar sebab dilakssanakan operasi/ insisi dengan membuka dinding perut serta dinding rahim, sehingga penderita bisa merasakan rasa perih. Rasa perih tersebut merupaka *stressor* yang bisa menimbulkan stress serta ketegangan yang bisa menimbulkan orang berespon secara biologis serta psikologis yang memunculkan reaksi fisik serta psikis (Barid, Dewi, & Rusca, 2012).

Persalinan *Sectio Caesarea* adalah suatu cara persalinan dengan melaksanakan operasi/ insisi pada bilik perut hingga abdomen serta uterus untuk mengeluarkan bayi. Biasanya cara ini digunakan apabila kelahiran melalui pervagina dapat menimbulkan komplikasi (Wiknjosastro, 2013). Berdasarkan hasil dari Riskedas 2018 menyatakan bahwa terdapat 17,6% persalinan dilakukan melalui pembedahan. Provinsi tertinggi dengan melakukan pembedahan atau biasa disebut *Sectio Caesarea* adalah DKI Jakarta dengan persentase 31,1%, Bali dengan persentase 30,2%, dan Sumatera Utara dengan persentase 23,9% (Riskedas, 2018). Dari informasi rekam medis

Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada 2020 tercatat nilai kejadian dari kasus persalinan *Sectio Caesarea* sebanyak 260 kasus.

Adanya luka pasca operasi *Sectio Caesarea* menyebabkan timbulnya nyeri pada luka pasca operasi sehingga menyebabkan pasien hanya berbaring ditempat tidurnya untuk mempertahankan tubuhnya agar tidak merasakan nyeri, hal ini dapat menyebabkan kekakuan pada sendi, serta bentuk tubuh yang buruk, dan nyeri tekan dikarenakan enggan untuk melaksanakan mobilisasi dini (Trirestuti, Chrisna, & Puspitasari, 2018). Untuk mempercepat kesembuhan ibu pasca melahirkan mobilisasi penting dilakukan agar dapat kembali melakukan aktifitas secara normal seperti sebelumnya. Apabila terjadi keterlambatan mobilisasi dapat memperburuk kondisi dan menghambat proses pemulihan pasca *Sectio Caesarea*.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sumaryati, Gipta dan Heni memperlihatkan bahwa semua tingkat kemandirian pasien pasca *Sectio Caesarea* tinggi pada kategori mobilisasi dini yang baik, yaitu terdapat 26 responden (100%) dan tingkat kemandirian pasien tinggi sebanyak 7 responden dengan kategori mobilisasi dini kurang baik (50%), sebanyak 6 responden kemandirian sedang (42,9%), dan 1 responden dengan kemandirian rendah (7,1%). Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara mobilisasi dini dengan tingkat kemandirian klien (Sumaryati, Gipta, & Heni, 2018).

Pada ibu dengan pasca *Sectio Caesarea* mobilisasi dini selain dapat mempersingkat penyembuhan pada luka juga memiliki manfaat lainnya seperti, ibu merasa tambah bugar dikarenakan dengan melakukan pergerakan otot pada perut maupun otot pada panggul bakal kembali seperti semula dengan menurunkan rasa nyeri sehingga ibu mampu mendapatkan pownya kembali, karena adanya pergerakan juga dapat memberi rangsangan peristaltik usus sehingga kembali pada kondisi normal dan dapat mempercepat organ-organ tubuh dapat bekerja seperti kondisi sebelumnya. Peningkatkan keterampilan sang ibu dalam mengurus bayinya dan kemandirian sang ibu dapat terbentuk ketika diberikan mobilisasi dini dengan baik dan benar (Purwati & Fatmawati, 2013).

B. Rumusan Masalah

Persalinan *Sectio Caesarea* adalah cara persalinan dengan dilakukannya insisi pada dinding perut, abdomen hingga uterus yang bertujuan agar bayi dapat keluar. Persalinan ini biasanya dilakukan apabila persalinan pervagina dapat menimbulkan komplikasi. Luka pasca operasi *Sectio Caesarea* dapat menyebabkan munculnya nyeri sehingga menyebabkan pasien hanya berbaring ditempat tidurnya untuk mempertahankan tubuhnya agar tidak merasakan nyeri, hal ini bisa menimbulkan kekakuan pada sendi, bentuk tubuh yang buruk, dan adanya nyeri tekan dikarenakan enggan melakukan pergerakan pasca operasi.

Peran perawat sangat penting dalam memberi penjelasan, mengajarkan, memberi arahan serta memberikan tindakan keperawatan dan penanganan kepada pasien pasca *Sectio Caesarea* yang sesuai dengan kebutuhan. Sehingga diambil rumusan masalah "Bagaimana asuhan keperawatan maternitas pada Ny. F p2 a0 dengan post sc atas indikasi riwayat post sc dan mata minus di ruang baitunnisa 2?".

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui penatalaksanaan mobilisasi dini dalam peningkatan kemandirian pasien pada pasien pasca *Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menentukan proses pengkajian data terhadap Ny. F P3 A0 dengan gangguan mobilitas fisik post sc atas indikasi riwayat post sc dan mata minus Di Ruang Baitunnisa 2
- b. Untuk menentukan diagnosa yang tepat pada Ny. F P3 A0 dengan gangguan mobilitas fisik post sc atas indikasi riwayat post sc dan mata minus Di Ruang Baitunnisa 2

- c. Untuk menentukan intervensi yang tepat pada Ny. F P3 A0 dengan gangguan mobilitas fisik post sc atas indikasi riwayat post sc dan mata minus Di Ruang Baitunnisa 2
- d. Untuk melakukan implementasi yang komperhensif pada Ny. F P3 A0 dengan gangguan mobilitas fisik post sc atas indikasi riwayat post sc dan mata minus Di Ruang Baitunnisa 2
- e. Untuk melakukan evaluasi tindakan pada Ny. F P3 A0 dengan gangguan mobilitas fisik post sc atas indikasi riwayat post sc dan mata minus Di Ruang Baitunnisa 2

D. Manfaat Penulisan

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat untuk:

1. Institusi pendidikan

Penelitian ini bisa dibuat menjadi bahan ajar pada bidang keperawatan di dalam pemberian tindakan kepada ibu pasca *Seccio Caesarea* untuk upaya pemenuhan tingkat kemandirian pasien dengan mengimplementasikan tindakan mobilisasi dini.

2. Lahan Praktik

Diharapkan bagi lahan praktek hasil karya ilmiah ini dapat digunakan untuk tambahan pengetahuan dan mutu pelayanan optimal tentang tindakan keperawatan maternitas pada pasien yang memiliki gangguan mobilitas fisik post sc.

3. Masyarakat

Karya tulis ilmiah ini bisa memberi tambahan wawasan tentang tindakan keperawatan maternitas pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik post sc.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post Partum SC Atas Indikasi Riwayat SC Sebelumnya

1. Pengertian Sectio Caesarea

Operasi caesar merupakan pengeluaran janin melewati sayatan yang dibuat pada abdomen (dinding perut) dan uterus (dinding rahim) (Sugeng & Kristiyanasari, 2012). *Sectio Caesarea* ialah sebuah pengeluaran janin yang dilakukan secara buatan, dimana janin dikeluarkan melewati sayatan pada abdomen dan uterus dengan sayatan uterus pada keadaan yang utuh serta janin memiliki berat diatas 500gr (Wiknjosastro, 2013). *Sectio Caesarea* merupakan sebuah tindakan yang dilakukan agar bayi dapat keluar dengan berat bayi diatas 500gr, dengan dibuat sayatan pada dinding rahim yang masih dalam keadaan utuh .

2. Etiologi

Sugeng & Kristiyanasari (2012) mengemukakan bahwa indikasi dilakukan *Sectio Caesarea* yaitu:

a. Berasal dari sang ibu

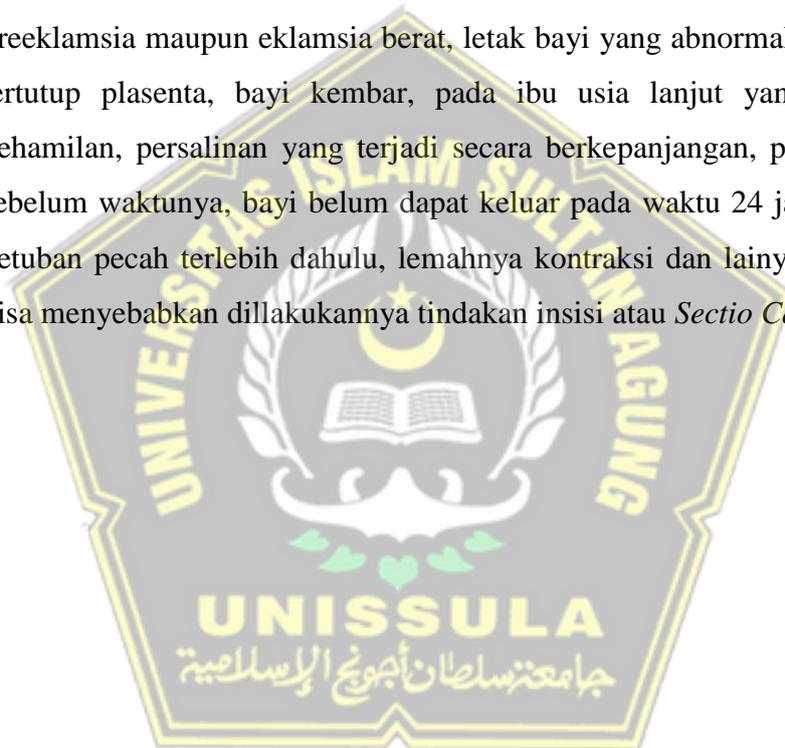
Wanita yang mengalami kehamilan pertama dengan kelainan letak, pada wanita yang mengalami kehamilan pada usia tua disertai kelainan letak, kepala janin dengan panggul ibu tidak seimbang, sejarah kehamilan dan pengeluaran bayi yang buruk, plasenta previa(plasenta menutupi pembukaan pada leher rahim ibu, solutsio plasenta,, omplikasi kehamilan seperti : preeklamsia, kehamilan dengan penyakit penyerta, gangguan pada perjalanan persalinan.

b. Berasal dari janin

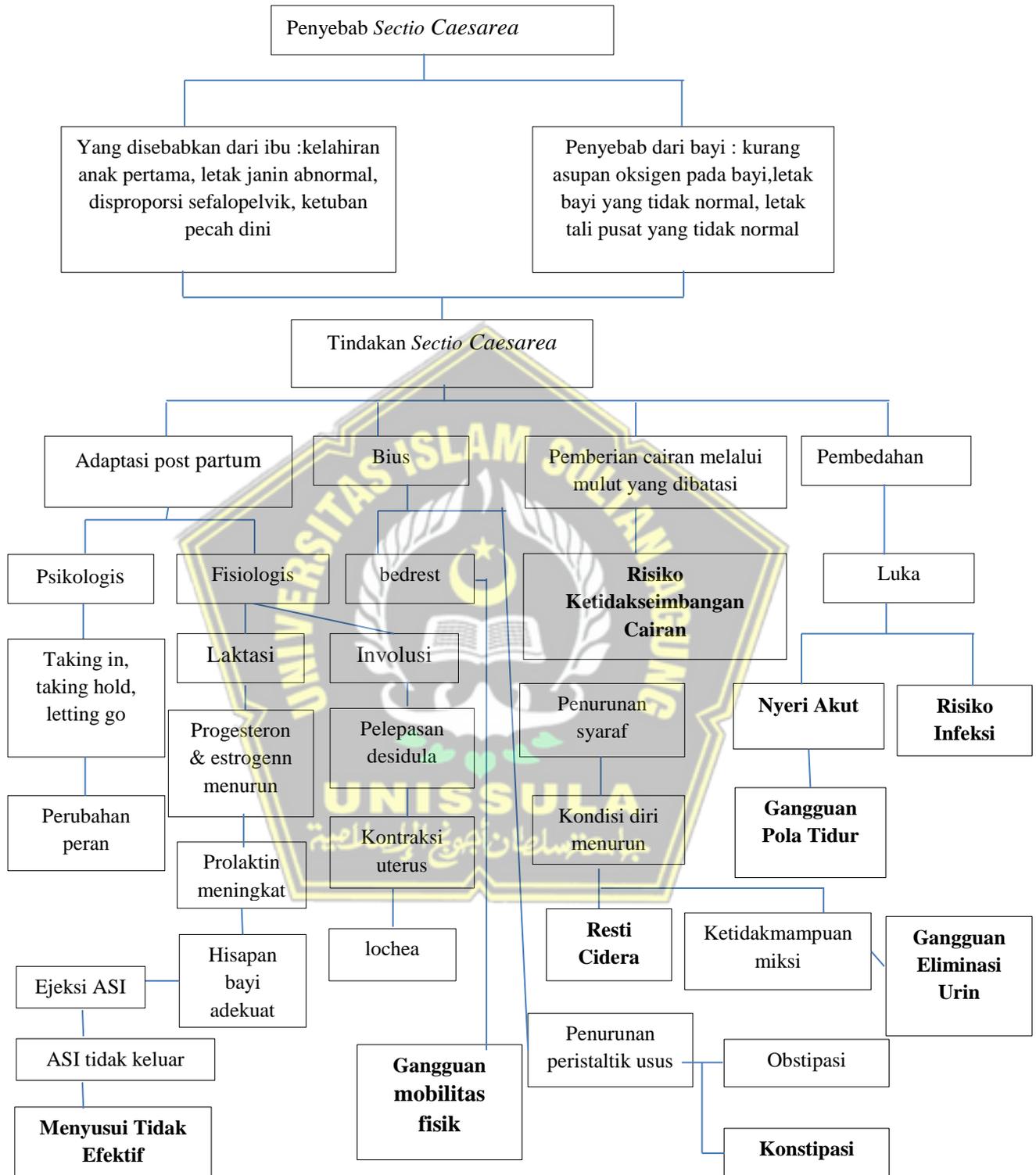
Janin mengalami kekurangan oksigen selama masa kehamilan atau pada masa persalinan, semua presentasi selain verteks dan posisi kedudukan janin yang abnormal, keluarnya tali pusat dengan pembukaan kecil, pengeluaran bayi dengan vakum yang mengalami kegagalan maupun forsep ekstrasi.

3. Patofisiologi

Diawali dengan adanya kelainan pada sang bunda dan bayi yang dapat menyebabkan tidak bisa dilakukannya pengeluaran bayi secara normal sehingga dilakukan *Sectio Caesarea* untuk menghindari komplikasi yang dapat terjadi (Sugeng & Kristiyanasari, 2012). Adanya hambatan yang terjadi pada saat proses pengeluaran bayi sehingga menyebabkan bayi tidak bisa dilahirkan secara normal seperti, ukuran kepala janin dan panggul sang ibu yang tidak seimbang, kehamilan yang mengalami keracunan parah, preeklamsia maupun eklamsia berat, letak bayi yang abnormal, mulut rahim tertutup plasenta, bayi kembar, pada ibu usia lanjut yang mengalami kehamilan, persalinan yang terjadi secara berkepanjangan, plasenta keluar sebelum waktunya, bayi belum dapat keluar pada waktu 24 jam sedangkan ketuban pecah terlebih dahulu, lemahnya kontraksi dan lainnya. Kondisi ini bisa menyebabkan dilakukannya tindakan insisi atau *Sectio Caesarea*.



4. Pathways



gambar 2.1 pathways Sectio Caesarea (Nurarif & Kusuma, 2015)

5. Klasifikasi

Sugeng & Kristyanasari (2012) mengatakan macam-macam *Sectio Caesarea* sebagai berikut :

- a. *Sectio Caesarea* klasik yaitu *Sectio Caesarea* yang dilakukan dengan cara sayatan panjang pada korpus uteri dengan panjang sekitar 10cm.
- b. *Sectio Caesarea* ismika yaitu *Sectio Caesarea* dengan cara melakukan sayatan melintang konkaf pada bagian bawah rahim dengan panjang sekitar 10 cm.

6. Komplikasi

Sugeng & Kristyanasari (2012) mengatakan komplikasi yang bisa terjadi pada pasien pasca *Sectio Caesarea* antara lain :

- a. Infeksi puerperalis atau infeksi nifas merupakan infeksi yang terjadi pada masa nifas.
- b. Keluarnya darah dari pembuluh yang dapat disebabkan karena percabangan arteri yang turut terbuka, maupun dikarenakan atonia uteri.
- c. Ruptura uteri pada kehamilan berikutnya, hal ini terjadi karena kurang kuatnya adhesi pada dinding rahim yang menyebabkan terjadi ruptura uteri pada kehamilan berikutnya.

7. Penatalaksanaan

- a. Perawatan post operasi *Sectio Caesarea*

1) Analgesik

Perwempuan yang memiliki ukuran tubuh normal dapat disuntikkan 75mg mepiridin melalui intra muskular sekali setiap 3 jam, apabila dibutuhkan untuk mengatasi perasaan nyeri dapat diberikan 10mg morfin melalui disuntikkan melalui intramuskular.

- a) Wanita yang memiliki tubuh yang kecil, takaran yang diberikan yaitu 50mg meperidin.
- b) Wanita yang memiliki tubuh yang besar, takaran meperidin yang lebih tepat diberikan adalah 100mg.

2) Tanda-tanda vital

Perawat harus memeriksa tanda-tanda vital pasien pasca *Sectio Caesarea* setiap 4 jam sekali, hal yang diperiksa/ dipantau rutin yaitu suhu tubuh, tekanan darah, hematokrit, respiratori rate, jumlah urin, keadaan fundus uteri.

3) Terapi cairan dan diet

Pasien puasa pada 24 jam awal setelah operasi, oleh karena itu perlu diberikan cairan melalui intravena. Cairan yang diberikan harus banyak dan cairan tersebut mengandung elektrolit hal ini bertujuan untuk tidak terjadi dehidrasi, penurunan suhu, atau terjadinya komplikasi pada bagian tubuh yang lain. D5 10%, NaCl, dan RL merupakan cairan yang biasanya digunakan secara bergantungan dan banyaknya tetesan yang diberikan disesuaikan dengan yang dibutuhkan pasien. Apabila kadar Hb pasien mengalami penurunan maka dilakukan tranfusi darah yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

Cairan yang diberikan melalui intravena terkadang akan diberhentikan setelah pasien flatus kemudian dimulailah pemberian makanan dan cairan melalui oral, pemberian cairan dapat diberikan pada 6-8 jam pertama setelah operasi, cairan tersebut dapat berupa air putih dan air teh.

4) Kateterisasi

Penuhnya kandung kemih dapat menyebabkan sensasi nyeri dan rasa tidak nyaman yang dirasakan pasien, sehingga dapat menghalangi involusi uteri, dan dapat menyebabkan terjadinya pendarahan. Oleh sebab itu dilakukan kateterisasi pada pasien, pasien biasanya dipasang kateter selama kurang lebih 24-48 jam, hal ini tergantung pada jenis operasi dan keadaan pasien.

5) Mobilisasi

a) Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini yaitu tindakan yang perlu untuk dilakukan secepat mungkin yang dilakukan dengan perawat membantu pasien untuk pindah dari tempat tidurnya dan membantu untuk secepat mungkin berjalan (Manuaba, 2012). Semakin cepat ibu bergerak akan semakin baik, akan tetapi dalam memberikan tindakan mobilisasi harus dengan hati-hati (Wirnata, 2010).

b) Manfaat Mobilisasi Dini

Sunarsih, Tri, Dewi & Vivian (2011) mengatakan dengan dilakukannya mobilisasi dini dapat menjadikan kontraksi uterus baik dan menyebabkan fundus uterus akan keras, sehingga risiko pendarahan yang tidak normal tidak terjadi, dikarenakan kontraksi dapat membuat sistem peredaran darah yang terbuka mengalami penyempitan. Mobilisasi dini juga tidak hanya berguna untuk mempersingkat penyembuhan luka perineum melainkan dapat mengembalikan keadaan tubuh pasien apabila mobilisasi dini dilakukan dengan baik dan benar, dengan dilakukan mobilisasi secepat mungkin terhambatnya aliran darah bisa dicegah.

c) Tahap-Tahap Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Purnawati & Fatmawati (2013) mengungkapkan bahwa mobilisasi dini dilakukan secara bertahap seperti berikut:

- (1) Pasien pasca *Sectio Caesarea* pada 6 jam yang pertama perlu istirahat berupa tirah baring
- (2) Pada 6-10 jam pertama pasien diwajibkan untuk agar bisa melakukan miring kanan serta miring kiri untuk mencegah terjadinya thrombosis tromboemboli
- (3) Seusai 24 jam pasien diberikan anjuran agar dapat memulai latihan duduk
- (4) Apabila pasien sudah bisa duduk, maka anjurkan pasien untuk memulai latihan berjalan.

6) Perawatan luka

Bekas operasi di pantau setiap hari untuk melihat kondisi balutan, bila balutan basah harus dibuka dan diganti. Jahitan kulit normalnya dapat diambil pada hari ke-4 se usai dilakukan pembedahan.

8. Pengertian Post Partum

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa yang diawali dengan keluarnya plasenta dan dikatakan berakhir ketika semua organ kandungan sudah kembali seperti keadaan sebelum mengalami kehamilan. Masa nifas diawali setelah 2 jam keluarnya plasenta dan berakhir pada 42 hari (6 minggu) setelahnya (Sunarsih, Tri, Dewi, & Vivian, 2011), Post partum merupakan masa setelah keluarnya bayi, plasenta, dan selaput yang digunakan dalam mengembalikan organ kandungan seperti saat sebelum terjadi kehamilan dengan waktu sekitar 42 hari (Walyani & Purwoastuti, 2015).

Post partum adalah masa dimana terjadinya pemulihan kembali, dimulai setelah persalinan usai sampai organ kandungan kembali pada keadaan sebelum kehamilan, lamanya post partum yaitu 6-8 minggu (Sofian, 2011). Bisa disimpulkan bahwa post partum merupakan masa yang dimulai setelah persalinan usai sampai dengan semua organ kandungan sudah kembali seperti keadaan semula.

9. Tujuan Asuhan Keperawatan Post Partum

Tujuan asuhan keperawatan post partum adalah untuk mendeteksi dan menghindari terjadinya pendarahan dan infeksi pada ibu setelah melahirkan. Oleh karena itu penolong selama persalinan harus waspada dan selalu memantau, untuk menghindari terjadinya komplikasi sekurang-kurangnya 1 jam post partum. Umumnya setelah melahirkan wanita sangat lemah, terlebih lagi apabila partus berlangsung dengan waktu yang lama

(Sunarsih, Tri, Dewi, & Vivian, 2011). Penolong persalinan harus menjaga kesehatan fisik maupun psikologis sang ibu dan bayinya, disaat seperti ini sang ibu dianjurkan untuk tetap menjaga kebersihan tubuhnya.

10. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

a. Perubahan Fisologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi uterus

Involusi uterus merupakan keadaan dimana uterus kembali pada posisi semula saat belum hamil. Perubahan uterus bisa dideteksi dengan dilakukan pemeriksaan berupa palpasi yang bertujuan untuk meraba letak TFU(Sunarsih, Tri, Dewi, & Vivian, 2011).

Tabel 2.1 Perubahan Tinggi Fundus Uterus

Involusi uterus	Tinggi Fundus Uterus
Hari pertama	Setinggi pusat
Hari kedua	1-2 jari dibawah pusat
Hari ketiga	Pertengahan simpisis
Hari ketujuh	3 jari diatas simpisis
Hari kesembilan	1 jari diatas simpisis
Hari kesepuluh atau keduabelas	Tidak teraba dari luar

Sumber : (Sarwono, 2010).

b) Lokhea

Lokhea adalah pengeluaran pada vagina selama masa nifas atau post partum terdiri atas darah, jaringan, dan lendir. Diawali dengan berwarna merah yang terang setelahnya berubah menjadi merah muda kemudian menjadi kecoklatan. Warna dan jumlah lokhea menurun seiring dengan periode post partum dan umumnya menurun diminggu ke 4-6 setelah melahirkan.

Lokhea merupakan kotoran yang dikeluarkan melalui liang senggama yang berupa jaringan-jaringan dan lendir yang berasal dari rahim sang ibu (buku panduan lab)

Karakteristik lokhea berdasarkan volume darah yang keluar :

(1) Scan

Lokhea scan yaitu lokhea yang dikeluarkan sekitar 5cm pada pembalut, volume darah lokhea yang dikeluarkan kurang lebih 10ml.

(2) Small

Lokhea small yaitu lokhea yang keluar kurang dari 4 inchi atau sekitar 10 cm pada pembalut, volume darah yang dikeluarkan kurang lebih 10-50 ml.

(3) Moderat

Lokhea moderat yaitu lokhea yang keluar kurang dari 6 inchi atau sekitar 15 cm yang diukur pada pembalut, volume darah yang dikeluarkan sekitar 25-50 ml

(4) Large

Kurang dari 8 inchi aau sekitar 20cm dalam pembalut, volumedarah yang keluar 50-80 ml.

Karakteristik lokhea berdasarkan warna dan baunya :

(1) Lokhea rubra

Lokhea ini berwarna merah muda, yang terdiri dari lendir dan darah, lokhea ini terjadi selama 3-4 harimasa nifas, berbentuk darah dan gumpalan,berbau amis khas darah.

(2) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kecoklatan, terjadi selama 9-10 hari, darah yag keluar memiliki kandungan serum, leukosit dan sis-sisa jaringan, bau amis.

(3) Lokhea alba

Lokhea ini berwarna kekuningan hingga putih, hal ini berlangsung sekitar 2-6 minggu masa nifas, berupa leukosit, sel epitel, mukoservik dan bakteri/kuman. Bau lokhea seperti bau darah yang dikeluarkan saat menstruasi, apabila bau yang keluar adalah bau tidak sedap maka hal tersebut menandakan adanya infeksi pada saluran reproduksi.

c) Perubahan Vagina

Vagina biasanya terlihat tertarik, membusung, dan memar serta pembukaan vagina terdapat peningkatan tekanan intrabdominal. Pada minggu ketiga post partum selaput membran vagina mulai putih.

d) Perubahan Perineum

Perineum setelah melahirkan akan membusung. Perineum mungkin robek saat melahirkan atau ketika asang ibu dilakukan sayatan bedah (*episiotomy*) pada perineum. Meskipun sayatan yang didapatkan sangat kecil namun rasa sakit yang dirasakan sangat besar. Wasir dapat terjadi saat kehamilan dan setelah melahirkan.

e) Perubahan serviks

Bentuk serviks seperti corong setelah melahirkan, bentuk tersebut dikarenakan corpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak terjadi kontraksi, sehingga pada perbatasan antara corpus uteri dengan serviks uteri berbentuk seperti cincin. Serviks memiliki warna agak hitam karena terdapat pembuluh darah dan memiliki konsistensi lunak, setelah melahirkan tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan ke dalam kavum uteri, setelah 2 jam melahirkan sekitar 2-3 jari pemeriksa dapat masuk dan setelah seminggu hanya bisa dimasukkan 1 jari ke dalam kavum uteri. Hal tersebut dapat digunakan untuk mengenal kala III (uri) (Saleha, 2009).

f) Perubahan payudara

Proses laktasi terjadi secara alami pada semua wanita yang telah melahirkan. Laktasi merupakan tahapan pembuatan dan pengeluaran Asi. Pada proses melahirkan, estrogen, progesteron, dan semua agen yang menghambat prolaktin menurun dengan drastis, hal ini dapat menyebabkan peningkatan secara cepat pengeluaran prolaktin. Pada wanita yang setelah melahirkan menyusui dapat membuat involusi lebih efisien yang dapat meningkatkan aliran oksitosin, meningkatkan kontraksi, retraksi, serat otot uterus.

Di hari ketiga post partum, efek prolaktin pada jaringan payudara akan mulai nampak sehingga mengakibatkan pembesaran payudara. Payudara menjadi besar, padat, lembut dan hangat. Saat seperti ini menandakan susu yang encer dan dalam jumlah yang banyak mulai menggantikan kolostrum.

Pembengkakan payudara dapat terjadi karena adanya kumpulan vena dan limpatik, pembengkakan ini umumnya akan sembuh dengan sendirinya, dan biasanya ketidaknyamanan akan teratasi dalam waktu 24-36 jam. Cara agar dapat meredakan ketidaknyamanan biasanya dengan penggunaan bra yang nyaman dan kuat selama 72 jam, melakukan pengompresan menggunakan es (Joyce, 2014).

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Pencernaan akan segera aktif setelah melahirkan. Setelah melahirkan pasien akan merasakan ingin minum dan ingin makan hal tersebut dikarenakan besarnya tenaga yang di keluarkan saat proses persalinan dan lamanya waktu yang digunakan dalam persalinan.

Pada ibu yang melahirkan secara *Seccio Caesarea* fungsi saluran cerna dan nafsu makan akan kembali seperti semula membutuhkan waktu kurang lebih 103 hari.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Ibu akan sulit melakukan BAK selama 24 jam, urin dihasilkan dalam jumlah besar dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Kondisi ini dapat menjadikan diuresis, dilatasi ureter ini akan kembali normal seperti semula pada 6 minggu setelah melahirkan. Hal ini menyebabkan ibu yang telah melahirkan memerlukan kateterisasi karena organ perkemihan belum berfungsi normal.

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang terletak pada anyaman otot uterus bisa terjepit, hal ini dapat menyebabkan pendarahan berhenti. Mobilisasi dini sangat membantu dalam pencegahan komplikasi dan dapat mempercepat proses involusi. Biasanya mobilisasi dini dimulai 4-6 jam setelah melahirkan.

5) Perubahan Sistem Hematologi

Kadar protein dalam darah, plasma darah, serta faktor pembeku darah meningkat pada minggu terakhir kehamilan. Kadar protein dalam darah dan kadar plasma darah akan sedikit menurun pada post partum hari pertama, tetapi di waktu yang bersamaan darah menjadi kental dengan peningkatan viskositas yang menyebabkan peningkatan faktor yang dapat membekukan darah.

6) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama proses kehamilan terdapat kurang lebih 40%-50% sirkulasi darah mengalami peningkatan volume, hal ini memungkinkan pasien menoleransi kehilangan darah pada saat proses melahirkan tanpa adanya efek akut. Sebagian besar perempuan yang melahirkan normal mengalami kehilangan darah sekitar 400-500ml dan berlipat ganda saat melahirkan melalui *Seccio Caesarea*.

Terjadi penurunan volume plasma darah dalam jumlah yang besar daripada jumlah sel darah pada 72 jam setelah melahirkan. Hal ini yang mengakibatkan terjadinya peningkatan kadar sel darah merah

dalam darah dan hemoglobin pada hari ke-17 setelah melahirkan. Sel darah merah akan kembali dalam batas normal pada minggu ke 8 setelah melahirkan.

7) Perubahan Sistem Endokrin

Setelah pengeluaran plasenta terjadi penurunan tingkat ekstrogen dan progesteron. Apabila ibu menyusui menggunakan botol tingkat ekstrogen akan meningkat sampai tingkat folikel sekitar 2-3 minggu post partum, yang memungkinkan ibu dapat mengalami menstruasi kembali. Bagi ibu yang memberikan ASI pemulihan kadar ekstrogen dan progesteron akan lebih lambat, seiring meningkatnya pemberian ASI prolaktin cepat meningkat. Level prolaktin akan menurun dan mencapai tingkat sebelum kehamilan dalam waktu 3 minggu post partum bagi ibu yang tidak melakukan pemberian ASI.

8) Perubahan Tanda-tanda Vital

Nadi, pernafasan, suhu tubuh dan tekanan darah merupakan tanda vital yang sering mengalami gangguan setelah proses melahirkan. Pada proses persalinan biasanya nadi akan meningkat dan kembali normal pada saat memasuki masa nifas, nadi normalnya berkisar 60-80 kali permenit. Keadaan pernafasan biasanya dipengaruhi oleh nadi dan suhu, frekuensi normal untuk pernafasan berkisar 18-24 kali permenit, setelah persalinan biasanya pernafasan kembali normal. Nilai normal untuk suhu tubuh berkisar 36°C-37,5°C. Suhu tubuh dapat mengalami peningkatan sekitar 0,5°C dari keadaan normal tersebut dikarenakan adanya peningkatan metabolisme tubuh saat proses persalinan sehingga mengakibatkan peningkatan suhu tubuh.

b. Perubahan Psikologis Post Partum

(Walyani & Purwoastuti, 2015) mengatakan perubahan psikologis post partum yaitu :

1) *Fase taking in*

Fase taking in yaitu fase saat sang ibu mengalami ketergantungan dengan bantuan orang lain atau biasanya disebut fase ketergantungan, fase ini berlangsung setelah melahirkan sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini sang ibu akan lebih fokus pada keadaan dirinya sendiri, dan pada fase ini umumnya sang ibu akan terus menceritakan pengalamannya melahirkannya kepada orang lain.

2) *Fase taking hold*

Fase ini berlangsung 3-10 hari post partum, pada fase tersebut akan menimbulkan perasaan khawatir yang dialami ibu terhadap ketidakmampuannya dan tanggungjawab dalam mengasuh sang bayi.

3) *Fase letting go*

Fase dimana sang ibu mulai menerima tugas barunya dan tanggungjawab dalam merawat bayinya.

Adaptasi psikologis lain yang dialami oleh ibu setelah melahirkan (dalam bahan ajar ibu Tutik Rahayu) antara lain:

1) *Abandonment*

Abandonment merupakan perasaan tidak berarti dan dikeampingkan, hal ini terjadi setelah sang ibu melahirkan, ibu akan menjadi pusat perhatian karena semua orang akan perhatian dan menanyakan keadaannya. Beberapa jam setelahnya, perhatian orang-orang akan berubah dan teralihkan kepada sang bayi dan disaat yang bersamaan sang ibu merasa cemburu dan merasa tidak diperhatikan.

Perawat dalam hal ini harus membicarakan kepada sang ibu dan suaminya untuk menjelaskan bahwasanya peran orang tua dalam merawat bayinya memiliki kedudukan yang sama. Melakukan

perawatan bayi secara bersamaan akan membantu orang tua dalam memiliki tugas yang sama dalam perawatan bayinya.

2) *Disappointment*

Disappointment merupakan respon emosi merasa kecewa yang dialami orang tua terhadap keadaan bayi yang tidak sesuai dengan keinginannya. Perawat diharapkan dapat membantu orang tua dalam penerimaan terhadap bayinya dengan menunjukkan kelebihan yang dimiliki bayinya.

3) *Postpartal blues*

80% wanita setelah melahirkan mengalami perasaan sedih tanpa alasan, bahkan terkadang ibu lebih sensitif dan mudah menangis. *Postpartal blues* atau biasa disebut dengan *baby blues* merupakan kejadian yang disebabkan karena adanya penurunan kadar estrogen dan progesteron. Pada beberapa wanita biasanya disebabkan karena respon dari ketergantungan orang lain akibat kelelahan dan ketidaknyamanan secara fisik. Apabila hal tersebut terjadi secara berkelanjutan maka keluarga harus berkonsultasi pada psikiatri karena dapat menyebabkan depresi.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Post Partum sc

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan praktik klinik keperawatan yang diberikan sebagai pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien oleh perawat. Terdapat 5 tahapan proses keperawatan, seperti pengkajian, penentuan diagnosa, merancang intervensi, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi. Setiap tahapan saling terkait satu sama lain (Budiono & Pertami, 2015).

1. Pengkajian Keperawatan

Dermawan (2012) mengatakan pengkajian adalah suatu pemikiran yang mendasari proses keperawatan yang memiliki tujuan untuk

pengumpulan data dan informasi mengenai pasien, kegiatan ini dimaksudkan agar memudahkan perawat untuk mengidentifikasi masalah kebutuhan dasar pasien baik fisik, mental maupun lingkungan. Pengkajian merupakan tahap yang sangat penting dalam menentukan tahap-tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi pada tahap pengkajian menentukan dalam pengambilan diagnosa keperawatan, pengkajian wajib dilakukan secara teliti dan cermat agar seluruh kebutuhan perawatan pasien dapat teridentifikasi.

a. Identitas Pasien

Identitas pasien berisi :

- 1) Nama
- 2) Jenis kelamin
- 3) Umur
- 4) Alamat
- 5) Agama
- 6) Bahasa yang digunakan
- 7) Status perkawinan
- 8) Pendidikan
- 9) Pekerjaan
- 10) Asuransi
- 11) Golongan darah.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien pasca *Sectio Caesarea* bisanya yaitu nyeri, pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi, kesulitan bergerak, tidak berani untuk bergerak, dan mengalami rasa ingin minum yang berlebihan.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Data yang perlu dikaji pada riwayat kesehatan dahulu yaitu riwayat penyakit yang pernah dialami pada masa lampau.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Data yang perlu dikaji pada riwayat kesehatan sekarang yaitu sebab dilakukannya *Sectio Caesarea* seperti kelainan pada letak bayi, faktor plasenta (plasenta previa, solution plasenta, dll), kelainan tali pusat, bayi kembar, pre eklamsia, dan ketuban pecah dini yang selanjutnya dapat membantu perawat dalam menyusun rencana tindakan terhadap pasien.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga data yang perlu dikaji yaitu riwayat penyakit yang sebelumnya pernah diderita oleh anggota keluarga.

d. Riwayat perkawinan

Pada riwayat perkawinan hal yang perlu dikaji yaitu pada usia berapa pasien melakukan pernikahan, lamanya pernikahan, pernikahan yang seberapa, dan status pernikahan saat ini.

e. Riwayat obstetri

Hal yang perlu dikaji pada riwayat obstetri yaitu riwayat persalinan dan nifas dahulu, hamil seberapa, penolong persalinan, tempat bersalin, jumlah anak yang dimiliki, apakah ada riwayat mengalami keguguran, dan keadaan haid.

f. Riwayat persalinan sekarang

Pada riwayat persalinan sekarang hal yang perlu dikaji adalah waktu persalinan, jenis persalinan yang dilakukan, keadaan anak, dan jenis kelamin yang dimiliki anak.

g. Riwayat KB

Hal yang perlu dikaji pada riwayat KB adalah apakah pasien pernah menggunakan KB sebelumnya, apakah terdapat keluhan selama menggunakan KB, apakah ada rencana untuk menggunakan KB kembali.

h. Pola-pola fungsi kesehatan

Hal yang perlu dikaji dalam pola-pola fungsi kesehatan yaitu:

1) Pola respirasi

Penyulit yang sering ditemukan pada kasus pasca *Sectio Caesarea* adalah terjadinya penyumbatan pada jalan nafas, dan respirasi yang tidak adekuat.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien *Sectio Caesarea* terkadang mengalami kenaikan nafsu makan dikarenakan adanya kebutuhan untuk ibu menyusui. Selama puasa pemenuhan nutrisi pasien *Sectio Caesarea* diberikan melalui infus dan baru diberikan minum secara bertahap setelah 6 jam, dan pasien baru diberikan makan, minum seperti biasanya setelah 8 jam.

3) Pola aktifitas

Pola aktifitas pada pasien pasca *Sectio Caesarea* biasanya terganggu karena adanya nyeri pada daerah bekas operasi, hal ini menyebabkan pasien membatasi pergerakan. Mobilisasi secara bertahap dilakukan dengan diawali miring kanan dan kiri pada 6-8 jam pertama setelah dilakukan *Sectio Caesarea*, setelah itu pasien dapat diajarkan duduk dan berjalan secara bertahap.

4) Pola istirahat

Pada pasien pasca *Sectio Caesarea* biasanya mengalami perubahan pola istirahat dikarenakan adanya kehadiran sang bayi, nyeri yang dialami, rasa tidaknyamanan karena terpasang kateter.

5) Pola reproduksi

Biasanya pasien pasca *Sectio Caesarea* mengalami disfungsi seksual yang disebabkan proses persalinan.

i. Pemeriksaan Fisik.

1) Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan pada bagian kepala meliputi :

1. Bentuk kepala
2. Kulit kepala
3. Apakah terdapat lesi atau benjolan

4. Fitur wajah, biasanya pada ibu post partum terdapat topeng kehamilan.

Pemeriksaan pada organ penglihatan antara lain :

- a) Kegenapan mata
- b) Kesimetrisan mata
- c) Kelopak mata
- d) Konjungtiva, Pada ibu pasca *Sectio Caesarea* biasanya memiliki konjungtiva enemis dikarenakan kondisi anemia atau diakibatkan proses persalinan yang terjadi pendarahan
- e) Kornea
- f) Ketajaman penglihatan, apakah menggunakan alat bantu untuk melihat.

2) Pemeriksaan hidung

Pemeriksaan hidung antara lain posisi septum nasal dan tulang hidung, apakah pasien terdapat pernafasan cuping hidung yang menandakan sesak nafas, keadaan lubang hidung, apakah ada lendir, apakah ada hambatan jalur nafas, apakah ada pendarahan, apakah ada polip dan secret yang kental.

3) Pemeriksaan telinga

Pada pemeriksaan telinga antara lain bentuk daun telinga, apakah ada kelainan pendengaran, apakah menggunakan alat bantu, kebersihan telinga, dan ketegangan lubang telinga.

4) Pemeriksaan leher

Pada leher pemeriksaannya antara lain kelenjar tiroid, posisi trakea, ada tidaknya vena jugularis, biasanya terjadi pembesaran kelenjar tiroid pada ibu post partum hal ini disebabkan karena meneran yang salah.

5) Pemeriksaan mulut

Pada pemeriksaan mulut meliputi kebersihan gigi, mukosa bibir, gangguan mengunyah dan menelan, keadaan lidah, palatum, ukuran tonsil, orofaring, dan warna tonsil.

6) Pemeriksaan thorak

Pada pemeriksaan thorak meliputi inspeksi (bentuk dada, kesimetrisan, apakah ada penggunaan otot bantu pernafasannya, pola pernafasan), palpasi (penilaian vocal fremitus dengan cara pasien mengatakan 77 dan rasakan vibrasinya), perkusi (perkusi dilakukan pada semua lapang paru), auskultasi (untuk mengetahui bunyi nafas, suara nafas, dan apakah ada bunyi tambahan).

7) Pemeriksaan payudara

Pemeriksaan payudara meliputi kesimetrisan, apakah kedua payudaranya mengalami ketegangan, apakah terdapat nyeri tekan, keadaan puting susu apakah menonjol atau tidak, warna areola, apakah ada kemerahan, apakah air susu sang ibu sudah keluar, warna air susu sang ibu.

8) Pemeriksaan jantung

Pada pemeriksaan jantung meliputi inspeksi (ada tidaknya pulsasi, kinerja jantung atau pembesaran), palpasi (palpasi letak ictus cordis), perkusi (menentukan batasan jantung yang bertujuan agar perawat mengetahui ukuran jantung pasien), auskultasi bunyi jantung.

9) Pemeriksaan abdomen

Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi (apakah ada tanda-tanda infeksi, apakah terdapat pendarahan, apakah ada linea alba dan striae), auskultasi (mendengarkan bunyi bising usus), palpasi (untuk mengetahui apakah kontraksinya baik).

10) Pemeriksaan genitalia

Pemeriksaan genitalia meliputi inspeksi kebersihan genitalia, apakah ada lesi, apakah ada hematoma, oedem, tanda-tanda infeksi, lokhea.

11) Pemeriksaan kandung kemih

Perlu dilakukan pemeriksaan kandung kemih untuk mengetahui bahwa kandung kemih penuh atau tidak.

12) Pemeriksaan anus

Hal yang perlu dikaji pada pemeriksaan anus antara lain, apakah terdapat hemoroid.

13) Pemeriksaan integumen

Pada pemeriksaan integumen hal yang perlu dikaji yaitu warna kulit, apakah terdapat lesi, kelembapan, tekstur kulit, temperatur kulit, hiperpigmentasi.

14) Pemeriksaan ekstremitas

Pada pemeriksaan ekstremitas hal yang perlu dikaji ialah ada tidaknya *varicose veins*, oedem, reflek tendon lutut, apakah ada nyeri tekan maupun panas pada bagian betis, dan pemeriksaan homan sign.

15) Pemeriksaan status mental

Pemeriksaan ini antara lain, status perasaan, orientasi pasien, prose berfikir, motivasi atau kemauan serta presepsi pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ialah penilaian klinik terhadap peristiwa yang sudah terjadi maupun respon pribadi, anggota keluarga, kelompok sosial terhadap masalah kesehatan atau risiko masalah kesehatan maupun terhadap proses kehidupan (PPNI, 2018)

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)
- c. Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Reflek Oksitosin (D.0029)
- d. Risiko Infeksi b.d Adanya Luka Insisi (D.0142)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan semua tindakan pengobatan yang dilakukan oleh perawat yang didasari dengan penilaian klinik serta pengetahuan untuk mencapai kriteri hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)

Kriteria hasil : pasien mampu mengontrol nyeri, pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang, pasien mampu mengenali nyeri,

pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, pasien mampu tidur dan istirahat dengan tepat.

- 1) Identifikasi nyeri secara menyeluruh
- 2) Identifikasi respon nyeri nonverbal
- 3) Kaji jenis dan asal nyeri
- 4) Berikan cara mandiri untuk mengurangi nyeri
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Kerjasama dengan dokter dalam pemberian obat

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)

Setelah dilakukan tindakan 3×24 jam diharapkan aktivitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : pasien mengetahui tujuan dari mobilitas fisik, pasien dapat menjelaskan perasaannya dalam menumbuhkan kekuatan dan kesanggupan berpindah, tanda-tanda vital dalam batas wajar.

- 1) Pantau tanda-tanda vital
- 2) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya
- 3) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 4) Bimbing mobilisasi sederhana
- 5) Fasilitasi kemandirian, bantu apabila tidak dapat melakukan ADLs

c. Menyusui Tidak Efektif b.d Ketidakadekuatan Reflek Oksitosin (D.0029)

Setelah dilakukan tindakan 3×24 jam diharapkan menyusui efektif dengan kriteria hasil : Kemantapan sang ibu dalam memberkan air susu ibu. Kemantapan ibu bertujuan agar bayi melekat dengan tepat dan menyusui pada payudara ibu agar dapat memperoleh asupan nutrisi selama 3 minggu pertama pemberian ASI

- 1) Beikan anjuran untuk cairan oral yang adekuat
- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui
- 3) Identifikasi adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran air susu , perubahan bentuk payudara dan puting

- 4) Pantau kemampuan bayi dalam menyusui
- 5) Dampingi ibu selama menyusui berlangsung
- 6) Berikan anjuran ibu untuk mengonsumsi sayur dan buah-buahan
- 7) Bimbing pasien dalam melakukan perawatan payudara masa nifas

d. Risiko Infeksi b.d Adanya Luka Insisi (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan 3×24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil : Pasien dapat terbebas dari tanda dan gejala infeksi, pasien dapat membuktikan kemampuannya dalam mencegah terjadinya infeksi, nilai leukosit pada batas normal, pasien dapat membuktikan perilaku hidup sehat

- 1) Pantau tanda dan gejala infeksi
- 2) Pantau kondisi luka
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 5) Kaji suhu, nadi, dan jumlah sel darah putih
- 6) Lihat balutan luka terhadap pendarahan berlebihan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian aktivitas yang sudah dirancang oleh perawat dan dilakukan oleh perawat dalam menolong pasien atas masalah status kesehatan yang sedang dialami menuju status kesehatan yang lebih baik yang sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dalam proses keperawatan yang terdiri dari evaluasi proses dan evaluasi hasil. Terdapat tiga keadaan yang mungkin terjadi dari hasil evaluasi yang dapat dikaitkan dengan keberhasilan dari tujuan tindakan yaitu :

- a. Tujuan tercapai, ketika pasien dapat membuktikan perubahan sesuai dengan kriteria hasil yang telah dibuat

- b. Tujuan tercapai sebagian apabila pasien dapat membuktikan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah dibuat
- c. Tujuan tidak tercapai apabila pasien hanya membuktikan sedikit perubahan maupun tidak ada perubahan pada kriteria hasil yang telah dibuat (Suprajitno, 2014).



BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

Asuhan keperawatan pada pasien pasca *Sectio Caesarea* dengan gangguan mobilitas fisik di RSI Sultang Agung Semarang ruang Baitunnisa 2.

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Dilakukan pengkajian pada tanggal 27 Januari 2021 pada Ny F umur 33th dengan status obstetric nifas hari ke1 P2A0, keluhan utama pasien mengatakan nyeri post sc. Pasien mengatakan merasakan perutnya kencang-kencang, keluar darah lendir dari jalan lahir dan dibawa pada bidan didekat rumahnya, karena terdapat riwayat sc dan Pasien mempunyai mata minus bidan merujuk Pasien untuk ke Rumah Sakit. Sampai di IGD jam 09.56 WIB, pada jam 11.55 WIB dilakukan operasi *sectio caesarea*, pasien masuk ruang baitunnisa 2 pada jam 13.30 WIB. HPHT = 26 Maret 2020, HPL = 3 Februari 2021 H± 39 mgg. TTV, Tekanan darah : 130/90 mmHg, HR : 91x/menit, RR : 20x/menit, S : 36°C. Nyeri skala 5, nyeri post sc. Pasien memiliki masalah kehamilan riwayat SC dan mata minus.

2. Riwayat Menstruasi

Pasien menyatakan menstruasi yang pertama pada umur 16 tahun, pasien mengatakan kebiasaan haidnya lancar setiap bulan dengan lama menstruasi antara 4-7 hari, pasien mengatakan cara mengatasi nyeri haid dengan meminum kunyit asem.

3. Riwayat KB

Pasien memiliki riwayat KB jenis IUD dengan lama waktu pemasangan 2,5 tahun, pasien mengatakan tidak memiliki keluhan selama penggunaan KB IUD, pasien mengatakan untuk rencana kb selanjutnya menggunakan KB alami.

4. Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital yang didapatkan pada pemeriksaan fisik sebagai berikut : Tekanan darah : 130/90 mmHg, HR : 91x/menit, RR : 20x/menit, s : 36°C, skala nyeri 5, nyeri post SC, keadaan umum composmentis.

a. Kepala, leher

- 1) Kepala : rambut berwarna hitam, tampak berminyak, kepala tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat benjolan.
- 2) Mata : antara mata kiri dan mata kanan simetris, keadaan konjungtiva tidak enemis, sclera tidak ikterik, menggunakan alat bantu lihat dikarenakan mata minus 5.
- 3) Telinga : pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, dan terlihat bersih.
- 4) Hidung : fungsi penciuman baik, tidak terdapat polip.
- 5) Mulut : mukosa bibir kering, keadaan gigi terlihat sedikit kotor, tidak ada masalah pada gigi.
- 6) Leher : tidak terdapat pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak ada nyeri ketika menelan.

b. Thorax

1) Paru-paru

Dinding dada terlihat simetris, tidak terdapat retraksi pada dinding dada, terdengar suara sonor, tidak ada nyeri tekan saat dilakukan palpasi, terdengar suara vesikuler.

2) Jantung

Ictus cordis tidak terlihat, tidak ada lesi, terdengar bunyi redup, tidak terdapat nyeri tekan, terdengar suara lup dup.

c. Payudara

Puting susu menonjol, areola tampak hitam, tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar.

d. Abdomen

Keadaan abdomen distensi tidak dapat dikaji, tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat posisi ditengah, kontraksi baik, terdapat balutan pada luka post sc dengan keadaan balutan bersih.

e. Lokia

Jumlah lokia kurang lebih 200ml atau sekitar 6 cm pada pempers, warna merah muda, konsistensi padat seperti gumpalan kecil, bau amis khas darah, termasuk lokia rubra.

f. Perineum

Keadaan utuh, tidak ada tanda-tanda REEDA, terlihat bersih, tidak ada hemoroid.

g. Eliminasi

Pasien tidak tampak berkeringat berlebihan, Pasien menggunakan kateter, Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAK, Pasien mengatakan belum BAB setelah persalinan, Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB

h. Ekstremitas

Tidak ada varises, tanda Homan's negatif, sulit melakukan pergerakan, pergerakan dibantu suaminya.

i. Oksigenasi

1) Sebelum di RS : Pasien mengatakan dapat bernafas dengan normal, tidak ada gangguan dengan pernafasanya, tidak memiliki riwayat sesak nafas

2) Saat di RS : Pasien mengatakan tidak merasakan sesak nafas, tidak merasakan pusing, tidak menggunakan alat bantu nafas

j. Nutrisi

1) Sebelum di RS

Pasien mengatakan sebelum masuk RS biasanya makan 2-3 kali dalam sehari , nafsu makan baik.

2) Saat di RS

Pasien menyatakan saat di RS makan 3 kali sehari makan nasi tim dan lauk yang diberikan dari rumah sakit, nafsu makan baik. Pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan

k. Cairan

Sebelum di RS pasien mengatakan asupan cairannya berupa air putih, ± 4-5 gelas dan saat di RS Pasien mengatakan tidak ada perubahan dirinya tetap minum air putih, ± 4-5 gelas. Pasien mengatakan tidak ada pembatasan asupan cairannya.

l. Eliminasi

- 1) Adakah keluhan keringat berlebih : Pasien tidak tampak berkeringat berlebihan, Pasien mengatakan tidak ada keluhan keringat berlebihan
- 2) BAK pertama setelah persalinan: Pasien menggunakan kateter
- 3) Adakah keluhan BAK : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAK
- 4) BAB pertama setelah persalinan : Pasien mengatakan belum BAB setelah persalinan
- 5) Adakah keluhan BAB : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB

m. Kenyamanan : Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagian post sc saat bergerak

P : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc

Q : pasien menyatakan nyeri seperti ditusuk

R : pasien menyatakan nyeri bagian abdomen bekas sc

S : pasien menyatakan skala nyeri 5

T : pasien menyatakan nyeri nyeri hilang timbul

5. Pemeriksaan Fisik Bayi

Keadaan umum bayi baik, kesadaran composmentis, adaptasi baik dengan skor 8 pada 1 menit pertama, reflek ada, tanda-tanda vital yaitu, RR = 40x/mnt, N = 120x/mnt, S = 36°C, SPO2 = 99%, memiliki tinggi badan

47cm, berat badan 3100gr, lingkaran kepala bayi 37cm, lingkaran dada 36cm, lingkaran lengan 11 cm, kepala tidak ada edema, kepala tidak ada pendarahan, ubun-ubun datar, memiliki mata yang simetris, pupil isokor, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret pada saluran pernafasna, reflek hisap positif, pendengaran baik, reflek terkejut positif, tidak ada pembengkakan pada leher, dada simetris, dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan.

Denyut jantung normal 120x/mnt, frekuensi pernafasan 40x/mnt, abdomen supel, tidak ada kelainan pada tulang belakang, kedua lutut sama tinggi, ekstremitas hangat tidak terpasang infus, reflek babinski positif, palmar reflek positif, alat kelamin bersih, tidak ada kelainan pada anus dan rektum, turgor kulit baik. Penyesuaian dengan bayi dapat berlangsung dengan baik.

6. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik (27 JANUARI 2021)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 11,5	11,7 – 15,5	g/dl	
Hematokrit	35,4	33,0 – 45,0	%	
Leukosit	H 11,49	3,60 – 11,00	ribu/ μ l	
Trombosit	252	150 – 440	ribu/ μ l	

Tabel 3.2 Lab Antigen

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Reagen	Ket
Mikrobiologi				
Antigen Rapid Test	Negatif	Negatif	SD Biosensor (

sesuai
rekomendasi
WHO)

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik (27 Januari 2021)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	12,3	11,7 – 15, 5	g/dl	
Hematokrit	37,3	33,0 – 45,0	%	
Leukosit	9,05	3,60 – 11,00	ribu/ μ l	
Trombosit	297	150 – 440	ribu/ μ l	
Gol Darah/ RH	A/+			
PPT				
PT	L 9,0	9,3 – 11,4	Detik	
PT (Kontrol)	11,6	9,1 – 12,3	Detik	
APTT				
APTT	26,4	21,8 – 28,4	Detik	
APTT (Kontrol)	26,8	21,0 – 28,4	Detik	
Kimia Klinik				
GDS	98	75 – 110	mg/dl	
Ureum	L 8	10 – 50	mg/dl	duplo
Creatinin	L 0,55	0,60 – 1,10	mg/dl	duplo
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	L 131,0	135 – 147	mmol/L	
Kalium (K)	4.20	3,5 – 5,0	mmol/L	
Klorin (Cl)	H 110,0	95 – 105	mmol/L	

Imunologi			
HBsAg (Kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif	
Urinalisai			
Urin lengkap			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Jernih	Jernih	
Protein	Negatif	<30 (Negatif)	mg/dl
Reduksi	Negatif	<15 (Negatif)	mg/dl
Bilirubin	Negatif	<1 (Negatif)	mg/dl
Reaksi (ph)	7,0	4,8 – 7,8	
Urobilinogen	0,2	<2	mg/dl
Benda keton	Negatif	<5 (Negatif)	mg/dl
Nitrit	Negatif	Negatif	
Berat jenis	L 1.005	1.015 – 1.025	eri/μl
Darah (Blood)	Ca 80	<5 (Negatif)	eri/μl
Leukosit	Negatif	<10 (Negatif)	eri/μl
Mikroskopis			
Sel epitel	10-12	5 – 15	/LPK
Eritrosit	11-13	<1/LBP	/LPB
Leukosit	0-2	3 – 5	/LPK
Silinder	0		
Parasit	Negatif	Negatif	
Bakteri	Positif 1(+)	Negatif	
Jamur	Negatif	Negatif	
Kristal	Negatif	Negatif	
Benang mukus	Negatif	Negatif	

7. Terapi :

a. IV line

- 1) Infus : RL 20 tpm
- 2) Ketorolak : 30mg/8jam
- 3) Cefazolin : 2gr

b. Oral

- 1) Cefadroxyl 3 x 1 hari
- 2) Metergin 3 x 1 hari
- 3) Fermia 3x 1 hari
- 4) Domperidone 3 x 2 tab

8. Diit : nasi tim 3x sehari

B. Analisa Data

Pada tanggal 27 Januari 2021 pukul 18.40 WIB, diperoleh data subjektif yang pertama yaitu, Pasien menyatakan saat bergerak nyeri muncul, Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas. P : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas sc, S : pasien mengatakan skala nyeri 5, T : pasien mengatakan nyeri nyeri hilang timbul. Sedangkan data objektifnya kekuatan otot menurun, gerakan terbatas, TD : 130/90 mmHg, HR : 91x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36⁴c.. Berdasarkan data tersebut penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai.dengan post sc.

Data fokus yang kedua didapatkan data subjektif, dolor : Pasien mengatakan nyeri pada bekas sc.pasien kalor : pasien mengatakan lukanya tidak terasa panas .Data objektif ,leukosit 11,49 tumor : tidak terlihat ada pembengkakan rubor : tidak tampak adanya kemerahan, fungsi laesa : pergerakkan terbatas. Dari data yang didapatkan penulis menegakkan diagnosa risiko infeksi b.d prosedur invasif.

C.Planning/ Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 27 Januari 2021, disusun intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa yang muncul. Diagnosa yang pertama yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan post sc. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam pasien menunjukkan tingkat mobilitas yang baik dengan kriteria hasil : pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya, pasien dapat melakukan mobilitas secara bertahap, nyeri menurun. Adapun intervensi yang dilakukan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan post sc yaitu : Dukungan Mobilisasi, berupa :

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Libatkan keluarga agar bisa membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
4. Anjurkan melakukan mobilitas dini.

Diagnosa kedua yaitu risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan dapat meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun. Adapun intervensi yang dilakukan untuk diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yaitu :

Pencegahan infeksi, berupa :

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Bimbing cara mencuci tangan dengan benar
3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
4. Berikan anjuran untuk meningkatkan asupan nutrisi
5. Berikan anjuran untuk meningkatkan asupan cairan.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 27 Januari 2021 pukul 19.20 WIB dilakukan implementasi diagnosa 1 yaitu, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, melibatkan keluarga agar bisa membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilitas dini. Respon dari pasien dan keluarga saat dilakukan intervensi yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc, nyeri seperti tertusuk, nyeri bagian abdomen bekas sc, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan bersedia untuk mendengarkan penjelasan mengenai prosedur dan tujuan mobilisasi, Suami pasien mengatakan bersedia membantu istrinya dalam meningkatkan pergerakan. Data objektif pada intervensi yang telah dilakukan yaitu, Pasien tampak meringis, bersifat protektif, gelisah, TD : 121/83 mmHg, HR : 80x/menit, RR : 20x/menit, S : 36⁸c, Pasien tampak tertarik mendengarkan penjelasan yang disampaikan, Suami pasien tampak kooperatif dan membantu pasien dalam melakukan pergerakan.

Pukul 19.40 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa 2 yaitu, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menjelaskan tanda dan gejala dari infeksi, berikan anjuran untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Respon dari pasien saat dilakukan intervensi yaitu Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi, Pasien mengatakan siap untuk diajarkan cuci tangan yang benar, Pasien mengatakan siap untuk mendengarkan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi, Pasien mengatakan siap untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Data objektif yang didapatkan yaitu, Tampak balutan bekas sc, tidak tampak kemerahan, tidak ada nanah, Pasien tampak memperhatikan dan menirukan dengan benar.

Tanggal 28 Januari 2021 pukul 13.00 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa 1 yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

(membantu pasien posisi setengah duduk) , menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilitas dini. Respon subjektif yang didapatkan setelah dilakukan intervensi yaitu, pasien menyatakan nyeri pada luka sc sudah berkurang, skala nyeri 4, pasien menyatakan nyeri hilang timbul, pasien menyatakan nyeri seperti ditusuk, pasien dan keluarga bersedia untuk berlatih mobilisasi berupa posisi setengah duduk, dan keluarga menyatakan bersedia membantu pasien untuk melakukan mobilisasi. Data objektif pada intervensi yang telah dilakukan yaitu, pasien tampak lebih rileks TD : 110/70 mmHg, HR : 80x/mnt, RR : 18x/mnt, S : 36⁴°c, suami pasien tampak membantu pasien dalam melakukan latihan mobilisasi, pasien terlihat berlatih mobilisasi berupa posisi setengah duduk.

Pukul 13.40 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa 2 yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memberikan anjuran untuk meningkatkan asupan nutrisi, memberikan anjuran untuk meningkatkan asupan cairan. Respon pasien saat dilakukan intervensi yaitu pasien menunjukkan luka bekas sc, pasien mengatakan nyeri pada lukanya sudah menurun, pasien menyatakan tidak merasa panas pada luka bekas sc, pasien mengatakan sudah menghabiskan makanannya dan sudah meningkatkan cairannya. Data objektif yang didapatkan yaitu, tidak tampak kemerahan, balutan tampak bersih, pasien tampak menghabiskan makanannya.

Tanggal 29 Januari 2021 pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa 1 yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (membantu pasien berjalan), menganjurkan melakukan mobilitas dini. Respon pasien setelah dilakukan intervensi yaitu, pasien mengatakan nyeri pada skala 3, pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien mengatakan nyerinya hilang timbul, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, keluarga mengatakan bersedia membantu pasien melakukan mobilisasi dini berupa latihan berjalan, pasien dan keluarga tampak melakukan latihan berjalan. Data objektif yang didapatkan yaitu, Pasien tampak rileks, TD : 120/70 mmHg, HR : 80x/mnt,

RR : 20x/mnt, S : 36⁸°c, keluarga pasien tampak kooperatif dan membantu pasien dalam melakukan mobilisasi, pasien tampak melakukan latihan berjalan.

Pukul 10.45 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa 2 yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan cairan. Respon pasien setelah dilakukan intervensi yaitu, pasien mengatakan tidak merasakan panas pada lukanya, pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, pasien mengatakan nyerinya sudah tidak mengganggu pergerakan, pasien mengatakan sudah menghabiskan makanan yang diberikan rumah sakit, pasien mengatakan sudah minum sekitar 3-4 gelas. Data objektif yang didapatkan yaitu, tampak balutan pada luka bekas sc, tidak ada kemerahan disekitar luka, balutan tampak bersih dan tidak rembes.

E. Evaluasi

Tanggal 27 Januari 2021 pukul 20.20 WIB evaluasi hasil tindakan keperawatan untuk tindakan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan post sc, didapatkan hasil data subjektif yaitu, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitasnya, pasien tampak meringis menahan nyeri. Data objektif yang diperoleh pasien tampak berlatih miring kanan dan miring kiri. Assesment dari data yaitu masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi. Planning yaitu melanjutkan intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, libatkan keluarga agar dapat membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan berupa latihan duduk, jelaskan tujuan dari prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilitas dini.

Pukul 20.40 WIB evaluasi dari diagnosa risiko infeksi b.d prosedur invasif, hasil yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc, pasien mengatakan tidak merasakan panas pada luka bekas sc, pasien mengatakan siap untuk melakukan cuci tangan setiap selesai melakukan kegiatan, pasien mengatakan akan meningkatkan nutrisi dan cairan. Data

objektif yang diperoleh luka tertutup perban, luka tampak bersih, tidak ada kemerahan disekitar luka. Assesment dari data yaitu masalah risiko infeksi teratasi sebagian. Planning yaitu melanjutkan intervensi pantau tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, jelaskan tanda dan gejala infeksi anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Tanggal 28 Januari 2021 pukul 14.30 WIB evaluasi hasil tindakan keperawatan untuk tindakan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan post sc, didapatkan hasil data subjektif yaitu pasien mengatakan nyerinya berkurang, pasien mengatakan akan terus berlatih duduk. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak rileks, pasien tampak berlatih setengah duduk dan berlatih duduk, tampak suami pasien membantu pasien dalam melakukan mobilisasi. Assesment dari data yaitu masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian. Planning lanjutkan intervensi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (membantu pasien berjalan), anjurkan melakukan mobilitas dini.

Pukul 14.50 WIB evaluasi tindakan keperawatan untuk diagnosa risiko infeksi b.d prosedur invasif, hasil yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, pasien mengatakan selalu mencuci tangan setelah melakukan tindakan, pasien mengatakan sudah menghabiskan makanan yang diberikan oleh rumah sakit dan sekarang sudah banyak minum. Data objektif yang didapat pasien tampak menjaga kebersihan luka, balutan tampak bersih, daerah sekitar balutan tidak memerah, pasien tampak menghabiskan makanannya. Assesment dari data yaitu masalah risiko infeksi teratasi. Planning lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Tanggal 29 Januari 2021 pukul 11.20 WIB evaluasi hasil tindakan keperawatan untuk tindakan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan post sc, didapatkan hasil data subjektif yaitu nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan sudah dapat duduk dan

menggerakkan ekstremitasnya, pasien mengatakan nyerinya sudah tidak menghambat aktivitasnya. Data objektif yang didapatkan yaitu, suami pasien tampak membantu pasien dalam melakukan pergerakan, pasien tampak sudah bisa berjalan dan melakukan aktivitas tanpa bantuan. Assesment dari data yaitu masalah mobilitas fisik teratasi. Planning dihentikan.

Pukul 11.40 WIB evaluasi tindakan keperawatan untuk diagnosa risiko infeksi b.d prosedur invasif, hasil yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan sudah menghabiskan makanan yang diberikan oleh rumah sakit dan sekarang sudah banyak minum. Data objektif yang didapat pasien tampak menjaga kebersihan luka, balutan tampak bersih, daerah sekita balutan tidak memerah, pasien tampak menghabiskan makanannya. Assesment dari data yaitu masalah risiko infeksi teratasi. Planning intervensi dihentikan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis pada bab IV akan memaparkan hasil analisa asuhan keperawatan terhadap Ny F dengan *Post Sectio Caesarea* yang disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan Ny F dikelola tiga hari dari tanggal 27 Januari 2021-29 Januari 2021.

Bab ini membahas tentang kekurangan dan hambatan yang dapat diperoleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan terhadap Ny F selaku pasien *Post Sectio Caesarea* serta memberikan tambahan referensi terutama pada tindakan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas dengan memperhatikan aspek keperawatan yaitu, pengkajian, analisis data, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Januari 2021 didapatkan data bahwa pasien memiliki mata minus 5. Kebanyakan ibu hamil yang menderita rabun jauh atau mata minus tidak diperbolehkan atau terkadang diperintahkan untuk tidak melakukan persalinan secara normal seperti kebanyakan ibu hamil yang lainnya, apalagi apabila ibu memiliki myopi s lebih dari 5. Hal ini disebabkan apabila myopi yang diderita sang ibu besar , waktu ibu mengejan pada saat proses persalinan retina mata tidak bisa bertahan karena retina yang dimiliki oleh orang yang memiliki mata myopi mengalami penipisan. Risiko fatal yang dapat terjadi apabila dipaksakan untuk melakukan persalinan normal yaitu, sang ibu dapat mengalami kebutaan permanen (Maria, Ngesti, & Susmini, 2017). Selain didapatkan mata minus didapatkan juga bahwa pasien hanya minum 4-5 gelas perhari, dalam konsesus 2013 merekomendasikan bahwa ibu yang sedang mengalami kehamilan konsumsi air perlu ditambahkan yang awalnya 300ml perhari menjadi 2300 ml. Pada ibu menyusui dianjurkan meminum 2700ml air perhari POGI 2013 dalam (Widiharti & Amanda, 2017)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Nyeri Akut

Hambatan mobilitas fisik (D.0054) merupakan ketebatasan pada gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2018). Sedangkan nyeri akut merupakan peristiwa sensorik atau emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional, dikarenakan serangan yang mendadak atau lambat yang memiliki intensitas ringan sampai berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018).

Pada pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya, P : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc, Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen bekas sc, S : pasien mengatakan skala nyeri 5, T : pasien mengatakan nyeri nyeri hilang timbul, keluhan objektif tampak gerakan pasien terbatas, aktivitas tampak dibantu suaminya. Penulis menyimpulkan bahwa pasien mengalami hambatan mobilitas fisik. Gangguan mobilisasi adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak dengan bebas dikarenakan kondisi yang mengganggu pergerakan, gangguan mobilisasi bisa terjadi oleh berbagai hal seperti, nyeri pada luka dan lain-lain (Riyadi & Widuri, 2015). Menurut penulis seseorang yang mempunyai luka serta nyeri dapat mengganggu pergerakan sehingga dapat terjadi hambatan mobilisasi sesuai dengan fakta dan teori yang ditemukan

Penulis menegakkan diagnosa hambatan mobilitas fisik karena didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh suaminya, keluhan objektif tampak gerakan pasien terbatas, aktivitas tampak dibantu suaminya. Batasan karakteristik pada diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitasnya, kekuatann otot menurun, rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak, skala nyeri 5, merasa cemas saat bergerak, gerakan terbatas (PPNI, 2018). Batasan karakteristik yang

ditemukan pada pasien sesuai dengan batasan karakteristik yang ada pada SDKI.

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny F dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri berdasarkan kriteri hasil setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pasien menunjukkan tingkat mobilitas yang baik dengan kriteria hasil : Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya, Pasien dapat melakukan mobilitas secara bertahap, nyeri menurun. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pasca *Sectio Caesarea* pasien harus segera dilakukan mobilisasi dini sesuai dengan tahapannya. Semakin cepat bergerak semakin baik, akan tetapi mobilisasi dini harus dilakukan dengan hati-hati (Wirnata, 2010).

Untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil penulis menegakkan intervensi berupa :

a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasa nyeri post sc menyebabkan ibu enggan untuk melakukan pergerakan. Untuk mewaspadaai apabila nyeri disertai dengan komplikasi setelah pembedahan seperti luka jahitan yang tidak menutup, infeksi pada luka operasi, dan gejala lain yang berhubungan dengan pembedahan (Potter & Perry, 2011)

b. Libatkan anggota keluarga agar dapat membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan serta jelaskan tujuan dan prosedur dari mobilisasi

Pengetahuan dan motivasi yang dimiliki dapat mempengaruhi perilaku ibu dalam melakukan mobilisasi disamping dengan adanya dukungan dari keluarga dalam memberikan semangat kepada ibu dan peran tenaga kesehatan dalam mengadakan penyuluhan tentang mobilisasi dini (Nurfitriani, 2017)

c. Anjurkan melakukan mobilitas dini

Tahap- tahap mobilisasi dini pada pasien *Post Sectio Caesarea* yaitu pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tirah baring dan

hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pasien diharuskan miring kanan dan miring kiri setelah 6-10 jam pasca operasi untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan duduk, kemudian dilanjut dengan latihan berjalan menurut Kasdu dalam (Nurfitriani, 2017). Hambatan mobilisasi yang dialami pasien *Post Sectio Caesarea* membuat penulis berinisiatif untuk menambahkan mobilisasi dini sebagai intervensi keperawatan. Mobilisasi dini merupakan upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologisnya (Karlina, 2014). Pada persalinan pervagina, apabila pergerakan sang ibu tidak ada hambatan seperti infus dan kateter, ibu bisa langsung memulai aktivitas dengan dibantu pada satu sampai dua jam setelah melahirkan (Ambarwati, 2010).

Implementasi seharusnya dilakukan 3x24 jam tetapi penulis hanya melakukan implementasi selama 3x 8 jam. Implementasi dilakukan selama tiga hari dimulai pada tanggal 27 Januari 2021 sampai dengan 29 Januari 2021. Pada implementasi pertama penulis mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Namun pada kenyataannya penulis hanya mengidentifikasi adanya rasa nyeri, padahal mengidentifikasi keluhan fisik lainnya sangat penting.

Implementasi kedua yaitu melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitasnya. Implementasi ketiga yaitu menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Hal ini sesuai dengan yang terjadi pada lapangan dan teori bahwa adanya motivasi dari keluarga sangat membantu meningkatkan motivasi pasien.

Implementasi keempat yaitu menganjurkan melakukan mobilisasi, pada implementasi ini penulis mengajarkan mobilisasi dini. Pada implementasi ini penulis memulai dari 7 jam pasca operasi dimulai dengan anjuran miring kanan dan miring kiri, penulis tidak melakukan implementasi pada 6 jam pertama setelah operasi. Hasil implementasi ini sejalan dengan

penelitian yang dilakukan oleh Sumaryati, Gipta dan Heni. Bahwa adanya hubungan mobilisasi dini dengan peningkatan kemandirian pasien *Post Sectio Caesarea* (Sumaryati, Gipta, & Heni, 2018).

Evaluasi dilakukan selama tiga hari dimulai pada tanggal 27 Januari 2021 sampai dengan 29 Januari 2021. Hasil yang ditemukan setelah dilakukan evaluasi selama tiga hari didapatkan masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang ditentukan dengan data subjektif pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan ekstremitasnya, pasien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas tanpa bantuan. Data objektif yang didapatkan pasien tampak dapat berjalan dan melakukan aktivitas tanpa bantuan, TD : 120/90 mmHg, N : 80x/mnt, RR: 18x/mnt, S : 36⁴°C

2. Risiko Infeksi Berhubungan dengan Prosedur Invasif

Risiko infeksi (D.0142) adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2018). Sedangkan prosedur invasif adalah suatu tindakan medis yang langsung dapat mempengaruhi keutuhan jaringan tubuh pasien (Menteri Kesehatan, 2008).

Pada pengkajian didapatkan keluhan objektifnya yaitu, terdapat luka bekas sc, balutan tampak bersih, balutan tampak kering, tidak ada kemerahan disekitar luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, warna lochia merah kecoklatan dengan konsistensi cukup padat seperti gumpalan, amis khas darah, TD : 130/90 mmHg, HR : 91x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36⁴°c. Nyeri skala 6, nyeri post sc, leukosit 11,49 ribu/ μ l.

Dalam kasus ini, penulis menegakkan diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, karena batasan karakteristik diagnosa ini sesuai dengan kondisi yang dialami pasien yaitu terdapat luka bekas tindakan invasif. infeksi luka operasi menjadi suatu hal yang menyulitkan pada wanita yang dapat menyebabkan dampak terhadap kualitas hidup (Fery, Roni, & Ngesti, 2015). Untuk menghindari terjadinya infeksi penulis membuat intervensi berupa pencegahan infeksi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny F dengan masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif berdasarkan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, bengkak menurun dan nyeri menurun.

Adapun intervensi yang dilakukan untuk diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif yaitu : Pencegahan infeksi, berupa :

a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Tanda dan gejala infeksi pada luka yaitu adanya kemerahan pada daerah luka, adanya edema pada luka, lebam pada daerah luka, keluarnya kotoran pada daerah luka, adanya rasa sakit, demam dan tidak enak badan (Joyce, 2014).

b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

pada penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan bakteri antara sebelum dan sesudah dilakukan cuci tangan dengan hand rub (Yesita, Endang, & Rebriarina, 2019).

c. Berikan anjuran untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.

Sangat penting bagi ibu post sc untuk memperhatikan asupan nutrisi serta mineral berperan penting dalam penyembuhan luka (Desi, Sumi, & Ayu, 2016).

Implementasi dilakukan selama tiga hari dimulai pada tanggal 27 Januari 2021 sampai dengan 29 Januari 2021. Penulis melakukan implementasi 3 x 8 jam Implementasi, padahal untuk mendapatkan data yang berkesinambungan seharusnya dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam pertama berupa memantau tanda dan gejala dari infeksi lokal dan sistemik. Implementasi kedua mengajarkan pasien cara mencuci tangan dengan benar. Implementasi keempat yaitu memberikan anjuran pada pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Evaluasi dilakukan selama tiga hari dimulai pada tanggal 27 Januari 2021 sampai dengan 29 Januari 2021. Hasil evaluasi setelah dilakukan implementasi keperawatan selama tiga hari didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan lukanya tidak terasa panas. Data objektif tampak balutan pada luka *Post Sectio Caesarea*, balutan tampak bersih, tidak ada kemerahan, S : 36⁴°C, N : 80x/mnt. Masalah tidak terjadi sesuai dengan kriteri hasil yang telah ditentukan.



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara mengumpulkan data yang di peroleh dari wawancara dan melihat data dari rekam medis pasien. Penulis melakukan pengkajian komprehensif sesuai dengan keadaan Ny F dengan asuhan keperawatan *Post Sectio Caesarea*.
2. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Ny F. yaitu gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi
3. Rencana keperawatan yang dibuat dalam kasus Ny F disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny F.
4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan pada Ny F pasien dengan *Post Sectio Caesarea*.
5. Evaluasi merupakan proses akhir pada asuhan keperawatan, evaluasi yang didapatkan pada Ny F yaitu, diagnosa gangguan mobilitas fisik teratasi dan diagnosa risiko infeksi tidak terjadi.

B. Saran

a. Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian yang sudah dilakukan diharapkan bisa menjadi bahan untuk perbandingan penelitian selanjutnya yang akan melakukan penelitian pada pasien *Post Sectio Caesarea*.

b. Bagi Perawat Ruangan

Bagi perawat semoga kedepannya dapat meningkatkan motivasi dan dorongan kepada pasien yang sedang melakukan perawatan diruang rawat inap.

c. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Bagi perkembangan ilmu keperawatan semoga bisa menambah wawasan mengenai keperawatan dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien *Post Sectio Caesarea*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati. (2010). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Barid, M., Dewi, D., & Rusca, P. (2012). *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Proses Penyembuhan Luka dan Lama Hari Rawat Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Ruang Brawijaya RSUD Kanjuruhan Malang*. Malang: Majalah FKUB.
- Budiono, & Pertami. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Desi, A. M., Sumi, A., & Ayu, M. (2016). Hubungan Asupan Protein Dengan Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Op Sectio Caesarea (SC) di Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu Lampung. *Jurnal Asuhan Ibu & Anak*, 1-8.
- Fery, P. T., Roni, Y., & Ngesti, W. U. (2015). Infeksi Luka Operasi (ILO) Pada Pasien Post Operasi Laparotomi. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 14.
- Joyce, Y. J. (2014). *Keperawatan Maternitas Demystified*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Karlina. (2014). *Keterampilan Dasar Kebidanan*. Bogor: In Media.
- Manuaba, I. B. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC.
- Maria, K., Ngesti, W. U., & Susmini. (2017). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pengambilan Keputusan Persalinan pada Ibu di RSIA Melati Husada Malang . *Nursing News*, 386-397.
- Menteri Kesehatan, R. (2008). *Paten No. 290/Menkes/per/III*.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Nurfitriani. (2017). Pengetahuan Motivasi Ibu Post Sectio Caesarea dalam Mobilisasi Dini. *Jurnal Psikologi Jambi*, 31-37.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (konsep, proses dan praktik)*. Jakarta: EGC.

- PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikasi Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Purwati, A., & Fatmawati, S. (2013). *Dasar-dasar Ekspor Import (Teori, Praktik, dan Prosedur)*. Yogyakarta: Upp Stim Ykpn.
- Reeder, S. J. (2011). *Keperawatan Mternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Edisi 18*. Jakarta: EGC.
- Riskedas. (2018, Desember 28). *Laporan Nasional RISKEDAS 2018*. Dipetik Februari 27, 2021, dari Dinas Kesehatan Web site: <http://dinkes.babelprov.go.id>
- Riyadi, S., & Widuri, H. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia Aktivitas Istirahat Diagnosa NANDA*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Saleha, S. (2009). *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba.
- Sarwono, P. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Sofian, A. (2011). *Sinopsis Obstetri : Obstetri operatif, Obstetri Sosial Jilid 2*. Jakarta: EGC.
- Sugeng, J., & Kristiyanasari, W. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sumaryati, Gipta, G. W., & Heni, P. (2018). Hubungan Mobilisasi Dini dengan Kemandirian Pasien Post Sectio Caesarea di Bangsal Mawar RSUD T emanggung. *Indonesian Journal of Nursing Research Vol. 1 No. 1*, 20-26.
- Sunarsih, Tri, Dewi, & Vivian, N. L. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba.
- Suprajitno. (2014). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Trirestuti, Chrisna, & Puspitasari, D. (2018). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan 2*. Jakarta: TIM.
- Walyani, S. E., & Purwoastuti, E. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas & Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

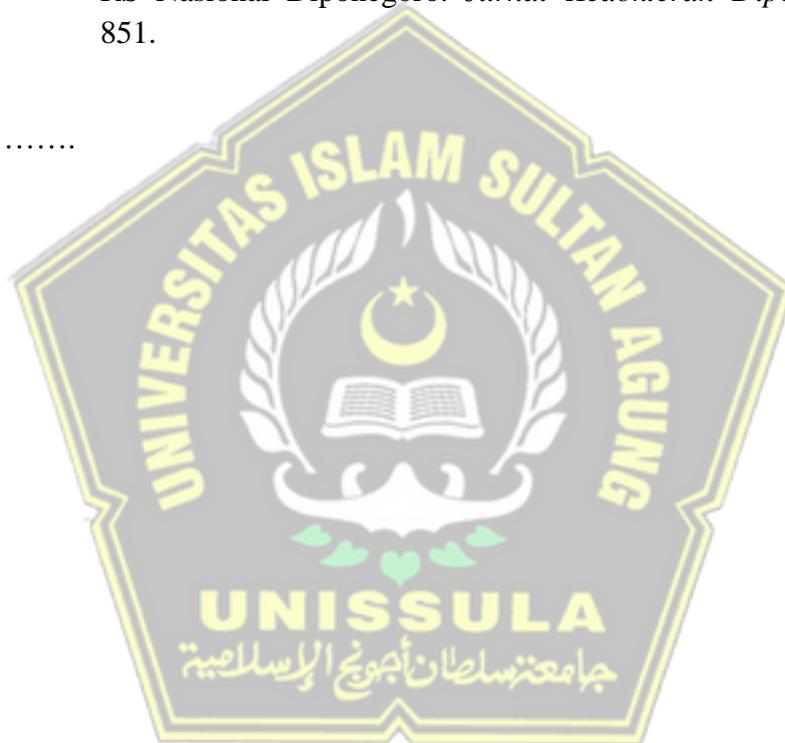
Widiharti, & Amanda, R. H. (2017). Gambaran Kebiasaan Minum Air Putih pada Ibu Hamil dan Ibu Menyusui di Poli BKIA RS Bhakti Rahayu. *Infokes Stikes Insan Unggul Surabaya*, 62-66.

Wiknjosastro. (2013). *Ilmu Kebidanan Edisi ke-4 Cetakan ke-2*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.

Wirnata. (2010). *Belajar Merawat Di Bangsak Anak*. Jakarta: EGC.

Yesita, N. H., Endang, S. L., & Rebriarina, H. (2019). Pengaruh Cuci Tangan Terhadap Penurunan Jumlah Bakteri Pada Hospital Personnel di RS Nasional Diponegoro. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 841-851.

.....



LAMPIRAN



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

NIDN : 0618048901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas namamahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Naelin Faoziyati

NIM : 40901800066

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.F P3A1 dengan PostSection *Caesarea* Atas Indikasi Riwayat Post Sc Dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rsi Sultan Agung Semarang

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 25 Januari 2021

Pembimbing



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep
NIDN. 0618048901

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

NIDN : 0618048901

Pekerjaan : Dosen

Menyampaikan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas namamahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut

:

Nama : Naelin Faaoziyati

NIM : 40901800066

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.F P3A1 dengan Post *Section Caesarea* Atas Indikasi Riwayat Post Sc dan Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rsi Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Januari 2021

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 25 Januari 2021

Pembimbing



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep
NIDN. 0618048901

Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA
PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA 2021**

NAMA : Naelin Faoziyati

JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.F P2A0 dengan
Post Section Caesarea Atas Indikasi Riwayat Post Sc dan
Mata Minus di Ruang Baitunnisa 2 Rsi Sultan Agung
Semarang.

PEMBIMBING : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

HARI / TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Senin ,25 Januari 2021	Pembekalan	Diskusi via googlemeet Konsul kasus yang ada di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang	
Jumat, 29 Januari 2021	Konsul mengenai pasien	Kalau memang pasien terbatas 1 pasien boleh di kelola maksimal 2 orang mahasiswa Catatan : diagnose prioritasnya Dibedakan	
Sabtu 30 Januari 2021	ACC pasien kelolaan dengan post section caesarea atas indikasi	Kelola pasien minimal 3 shift	

	riwayat post sc dan mata minus di ruang baitunnisa 2 rsi sultan agung semarang		
Senin, 12 April 2021	Konsul Askep, KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi askep 2. Perbaiki judul askep 3. Keluhan utama dan Kesehatan sekarang diperbaiki lagi 4. Tambahkan metode identifikasi nyeri 5. Tambahkan pemeriksaan balutan pada abdomen 	
Senin, 16 april 2021	Revisi askep	Lanjut penyusunan makalah KTI Bab 1-5	
Sabtu, 22 Mei 2021	KTI Bab 1-5 melalui Google meet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi askep dan revisi makalah KTI bab 1-5, revisi dikirim melalui email 2. Pada judul diberi indikasi dilakukannya sc 3. Cetak tebal pada tulisan bab 4. Rapikan penulisan 5. penomoran 	

		6. Perbaiki penulisan kutipan dan tabel	
Minggu, 23 Mei 2021	Revisi Bab 1-5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki sitasi 2. Berikan 3. pembahasan dan tonjolkan intervensi yang didukung artikel jurnal 4. Berikan pembahasan yang benar-benar dilakukan untuk pasien 	
Senin, 24 Mei 2021	Revisi KTI bab 1-5	Mengirim makalah KTI yang sudah direvisi via email	
Rabu, 26 Mei 2021	Revisi Bab 1-5	Pengumpulan file via email untuk uji turnitin	
Kamis, 27 Mei 2021	Pengembalian hasil revisi, turnitin masih > 24% dan ditambahkan lembar konsultasi untuk persiapan sidang	Semoga lancar sidangnya	
Jumat, 28 Mei 2021	Revisi setelah sidang	Silahkan direvisi sesuai dengan masukan dari dosen penguji dan perbaiki untuk turnitin	
Senin, 31 Mei 2021	Pengiriman hasil revisi melalui email	Proses koreksi	
Senin, 7 Juni 2021	Pengiriman lampiran berita acara	Proses koreksi	
Selasa, 8 Juni 2021	Pembagian hasil revisi makalah KTI	Silahkan direvisi kembali karena hasil turnitin masih lebih dari 24%	

Rabu, 9 Juni 2021	Pengumpulan revisi makalah KTI	Proses koreksi	
Kamis, 10 Juni 2021	ACC	Hasil turnitin sudah memenuhi syarat kelulusan, silahkan kirim lembar konsultasi dari awal konsultasi hingga hari ini	



Lampiran 4

BERITA ACARA

**ASUHAN KEPERAWATAN IBU POST *SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI
KETUBAN PECAH DINI DAN PANGGUL SEMPIT DENGAN PENERAPAN
MOBILISASI DINI UNTUK MEMPERCEPAT PENURUNAN TFU DI RUANG
BAITUNNISA 2 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

NAMA :NAELIN FAOZIYATI

NIM : 40901800066

No.	Nama Penguji	Direvisi Pada Bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda Tangan
1.	Ns. Hj. Tutik Rahayu, M.Kep., Sp. Kep.Mat	1. Penjabaran mengenai fisiologiways (Laktasi)	10	√	-	
2.	Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep	1. Penghapusan kata maternitas pada judul 2. Tulisan yang terpotong pada pathways diperbaiki 3. Perbaiki penulisan sitasi pada awal paragraf	1. Judul KTI 2. 10 3. 11 4. 47	√	-	

		<p>4. Minus berapa yang dianjurkan untuk melakukan sc dibahas dan ditambahkan di pembahasan</p> <p>5. Cairan yang dibutuhkan ibu menyusui dibahas dalam pembahasan</p>	5. 47			
3.	Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, Sp.Kep.Mat, M.Kep	<p>1. Perbaiki penulisan sitasi pada awal paragraf</p> <p>2. Tambahkan sap pada lampiran</p>	11	√	-	

Lampiran 5

**ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA PADA NY.F
P2A0 DENGAN POST SC ATAS INDIKASI RIWAYAT POST SC DAN
MATA MINUS DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG**



Disusun oleh :

Naelin Faoziyati (40901800066)

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

SEMARANG

Tahun 2021/202

Nama mahasiswa : Naelin Faoziyati
Tanggal : 27 Januari 2021
Jam : 16.00 WIB
RS/ Puskesmas : RSI Sultan Agung

A. Identitas Pasien

n. Inisial Klien : Ny F
o. Umur : 33 Th
p. Status obstetric : Nifas hari ke 1.P2 A0

No	Tipe Persalinan	BB lahir	Keadaan bayi waktu lahir	Komplikasi Nifas	Umur Sekarang
1	SC	3100gr	Baik	-	0 hari

B. Keluhan utama : Nyeri post sc

C. Riwayat kesehatan sekarang : Pasien mengatakan merasakan perutnya kencang-kencang, keluar darah lendir dari jalan lahir dan dibawa ke bidan didekat rumahnya, karena terdapat riwayat sc dan Pasien mempunyai mata minus bidan merujuk Pasien untuk ke Rumah Sakit. Sampai di IGD jam 09.56 WIB dan pada 12.00 WIB dilakukan operasi *sectio caesarea*, pasien masuk ruang baitunnisa 2 pada jam 13.30 WIB. HPHT = 26 Maret 2020, HPL = 3 Februari 2021 H± 39 mgg. TTV, TD : 130/90 mmHg, HR : 91x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36°C. Nyeri skala 5, nyeri post sc

D. Masalah kehamilan : Riwayat sc dan mata minus

E. Riwayat menstruasi :

1. Menarche umur : Paien mengatakan haid pertama waktu umur 16 th
2. Siklus menstruasi : Pasien mengatakan siklus menstruasi lancar, termasuk silus menstruasi reguler
3. Lama menstruasi : Pasien mengatakan 4-7 hari

4. Adakah gangguan dalam menstruasi, jika ada bagaimana cara mengatasinya?

Pasien mengatakan nyeri saat haid/ dismenore, biasanya saat nyeri Pasien minum kunir asem.

F. Riwayat KB :

1. Jenis KB : IUD

2. Lama KB : 2,5

3. Adakah keluhan : Pasien mengatakan tidak ada keluhan selama menggunakan IUD

4. Rencana KB : Pasien mengatakan akan melakukan KB alami

G. Pemeriksaan Fisik (head to toe)

1. Tanda-tanda vital : TD : 130/90 mmHg, HR : 91x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36⁴°c

2. Keadaan umum : Composmentis

3. Kepala, leher :

a. Kepala : rambut berwarna hitam, tampak berminyak, kepala tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan.

b. Mata : simetris antara mata kiri dan kanan, konjungtiva tidak enemis, sclera tidak ikterik, menggunakan alat bantu lihat dikarenakan mata minus.

c. Telinga : pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, dan terlihat bersih.

d. Hidung : fungsi penciuman baik, tidak ada polip.

e. Mulut : mukosa bibir kering, gigi terlihat sedikit kotor, tidak ada masalah pada gigi.

f. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri saat menelan.

4. Thorak :

a. Paru-paru

I : simetris, tidak ada retraksi dinding dada

P : terdengar suara sonor

P : tidak ada nyeri tekan

A : suara vesikuler

b. Jantung

I : ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi

P : terdengar bunyi redup

P : tidak ada nyeri tekan

A : terdengar suara lup dup

5. Payudara

Inspeksi : puting susu menonjol, aerola hitam

Palpasi : tidak ada benjolan

Colostrum : belum keluar

6. Abdomen

a. Keadaan : distensi, terdapat balutan pada luka bekeas post sc, balutan tampak bersih.

b. Diastasis rectus abdominis : tidak terkaji

c. Fundus uteri :

1) Tinggi : 2 jari dibawah pusar

2) Posisi : tengah, dibawah pusar

3) Kontraksi : baik

7. Lokia

a. Jumlah : $\pm 6\text{cm}$, $\pm 200\text{ml}$

b. Warna : merah muda

c. Konsistensi : cukup padat seperti gumpalan kecil

d. Bau : amis khas darah

8. Perineum

a. Keadaan : Utuh

b. Tanda REEDA : tidak ada tanda REEDA

c. Kebersihan : terlihat bersih

d. Hemorhoid : tidak ada hemoroid

9. Eliminasi

- a. Kesulitan BAK : memakai kateter
- b. Kesulitan BAB : tidak ada
- c. Distensi VU : tidak ada

10. Ekstremitas

- a. Varises : tidak ada varises
- b. Tanda Homan's : negatif
- c. Ekstremitas : terpasang infus pada tangan kiri, tidak ada oedem, tidak ada lesi, pergerakan terbatas.

H. Pengkajian Kebutuhan Khusus

1. Oksigenasi

- a. Sebelum di RS : Pasien mengatakan dapat bernafas dengan normal, tidak ada gangguan dengan pernafasannya, tidak memiliki riwayat sesak nafas
- b. Saat di RS : Pasien mengatakan tidak merasakan sesak nafas, tidak merasakan pusing, tidak menggunakan alat bantu nafas

2. Nutrisi

- c. Sebelum di RS
Asupan makanan ibu : nasi dan lauk, 2-3x sehari
Nafsu makan : Pasien mengatakan sebelum di RS nafsu makannya baik
- d. Saat di RS
Asupan makanan ibu : nasi tim 3x sehari
Nafsu makan : Pasien mengatakan nafsu makannya baik, bisa menghabiskan porsi makan yang diberikan oleh pihak rumah sakit
Makanan pantangan : Pasien mengatakan tidak ada makanan pantangan.

3. Cairan

- a. Sebelum di RS
Asupan cairan : Pasien mengatakan dirinya minum air putih, ± 4-5 gelas
- b. Saat di RS

Asupan cairan : Pasien mengatakan tidak ada perubahan dirinya tetap minum air putih, \pm 4-5 gelas

pembatasan asupan cairan : Pasien mengatakan tidak ada pembatasan asupan cairannya

4. Eliminasi

a. Adakah keluhan keringat berlebih : Pasien tidak tampak berkeringat berlebihan, Pasien mengatakan tidak ada keluhan keringat berlebihan

b. BAK pertama setelah persalinan: Pasien menggunakan kateter

c. Adakah keluhan BAK : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAK

d. BAB pertama setelah persalinan : Pasien mengatakan belum BAB setelah persalinan

e. Adakah keluhan BAB : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB

5. Kenyamanan : Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagian post sc saat bergerak

P : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc

Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk

R : pasien mengatakan nyeri bbagian abdomen bekas sc

S : pasien mengatakan skala nyeri 5

T : pasien mengatakan nyeri nyeri hilang timbul

I. Pemeriksaan Fisik Bayi (head to toe)

1. Keadaan umum : baik, kesadaran composmentis

2. Apgar score : adaptasi baik dengan skor 8 pada 1 menit pertama

3. Refleks : ada

4. Tanda-tanda Vital : RR = 40x/mnt, N = 120x/mnt, S = 36°C, SPO2 = 99%

5. Antropometri : TB = 47cm, BB = 3100gr, Lingkar Kepala = 37cm, LD = 36cm, Lingkar Lengan = 11cm

6. Kepala, Rambut : tidak ada edema, tidak ada pendarahan, ubun-ubun datar
7. Mata : simetris, pupil isokor
8. Hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret
9. Mulut : reflek hisap positif
10. Telinga : pendengaran bik, reflek terkejut positif
11. Leher : tidak ada pembengkakan pada leher
12. Dada : simetris, dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan, tidak ada fraktur klavikula
13. Jantung : denyut jantung normal 120x/mnt
14. Paru-paru : frekuensi pernafasan 40x/mnt
15. Abdomen : supel
16. Punggung : tidak ada kelainan pada tulang belakang
17. Pelvis : kedua lutut sama tinggi
18. Ekskremetas : hangat, tidak terpasang infus, reflek babinski positif, palmar reflek positif
19. Genitalia : vagina bersih
20. Anus dan rektum : tidak ada kelainan pada anus dan rektum
21. Kulit : turgor kulit baik
- Penyesuaian dengan bayi : Pasien dapat langsung menyesuaikan dengan bayi

J. Pemeriksaan penunjang

1. HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK (27 JANUARI 2021)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 11,5	11,7 – 15, 5	g/dl	

Hematokrit	35,4	33,0 – 45,0	%	
Leukosit	H 11,49	3,60 – 11,00	ribu/ μ l	
Trombosit	252	150 - 440	ribu/ μ l	

2. LAB ANTIGEN

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Reagen	Ket
Mikrobiologi				
Antigen Rapid Test	Negatif	Negatif	SD Biosensor (sesuai rekomendasi WHO)	

3. HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK (27 JANUARI 2021)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	12,3	11,7 – 15, 5	g/dl	
Hematokrit	37,3	33,0 – 45,0	%	
Leukosit	9,05	3,60 – 11,00	ribu/ μ l	
Trombosit	297	150 – 440	ribu/ μ l	
Gol Darah/ RH	A/+			
PPT				
PT	L 9,0	9,3 – 11,4	Detik	
PT (Kontrol)	11,6	9,1 – 12,3	Detik	
APTT				
APTT	26,4	21,8 – 28,4	Detik	

APTT (Kontrol)	26,8	21,0 – 28,4	Detik	
Kimia Klinik				
GDS	98	75 – 110	mg/dl	
Ureum	L 8	10 – 50	mg/dl	Duplo
Creatinin	L 0,55	0,60 – 1,10	mg/dl	Duplo
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	L 131,0	135 – 147	mmol/L	
Kalium (K)	4,20	3,5 – 5,0	mmol/L	
Klorin (Cl)	H 110,0	95 – 105	mmol/L	
Imunologi				
HBsAg (Kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif		
Urinalisai				
Urin lengkap				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Jernih	Jernih		
Protein	Negatif	<30 (Negatif)	mg/dl	
Reduksi	Negatif	<15 (Negatif)	mg/dl	
Bilirubin	Negatif	<1 (Negatif)	mg/dl	
Reaksi (ph)	7,0	4,8 – 7,8		
Urobilinogen	0,2	<2	mg/dl	
Benda keton	Negatif	<5 (Negatif)	mg/dl	
Nitrit	Negatif	Negatif		
Berat jenis	L 1.005	1.015 – 1.025	eri/ μ l	
Darah (Blood)	Ca 80	<5 (Negatif)	eri/ μ l	
Leukosit	Negatif	<10 (Negatif)	eri/ μ l	
Mikroskopis				

Sel epitel	10-12	5 – 15	/LPK	
Eritrosit	11-13	<1/LBP	/LPB	
Leukosit	0-2	3 – 5	/LPK	
Silinder	0			
Parasit	Negatif	Negatif		
Bakteri	Positif 1(+)	Negatif		
Jamur	Negatif	Negatif		
Kristal	Negatif	Negatif		
Benang mukus	Negatif	Negatif		

Terapi :

- e. IV line
 - Infus : RL 20 tpm
 - Ketorolak : 30mg/8jam
 - Cefazolin : 2gr
- f. Oral
 - Cefadroxyl 3 x 1 hari
 - Metergin 3 x 1 hari
 - Fermia 3x 1 hari
 - Domperidone 3 x 2 tab

Diit : nasi tim 3x sehari

K. Analisa data

Tgl /jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
27 Jan 2021 18.40	DS : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d	Nyeri	
	P : pasien mengatakan	post sc		

	<p>nyeri pada luka bekas sc</p> <p>Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk</p> <p>R : pasien mengatakan nyeri bbagian abdomen bekas sc</p> <p>S : pasien mengatakan skala nyeri 6</p> <p>T : pasien mengatakan nyeri nyeri hilang timbul</p> <p>DO : kekuatan otot menurun, gerakan terbatas</p> <p>TD : 130/90 mmHg, HR : 91x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36⁴c. Nyeri skala 5</p>	
18. 50	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri bekas sc, pasien mengatakan tidak merasakan panas pada luka</p> <p>DO : terlihat balutan bekas sc, balutan tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak,</p>	<p>Resiko infeksi b.d prosedur invasif</p>

L. Diagnosa Keperawatan & Prioritas Diagnosa: (SDKI)

1. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d post sc
2. Resiko infeksi b.d prosedur invasif

M.Planning / intervensi

Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Planning	TTD
27 Jan 2021 19.00	DX 1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan pasien menunjukkan tingkat mobilitas yang baik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya - Pasien dapat melakukan mobilitas secara bertahap - Nyeri menurun 	Dukungan Mobilisasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. anjurkan melakukan mobilitas dini 	
19.10	DX 3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan	Pencegahan infeksi <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor tanda dan gejala infeksi 	

		tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : - kebersihan tangan meningkat - kebersihan badan meningkat - nafsu makan meningkat - demam menurun - kemerahan menurun - nyeri menurun - bengkak menurun	lokal dan sistemik 2. ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. anjurkan meningkatk an asupan nutrisi 5. anjurkan meningkatk an asupan cairan	
--	--	---	--	--

N. Implementasi

Tgl / ja m	Diagnosa kepera watan	Implementasi	Respon Pasien	TT D
27 Jan 2021 19.20	DX 1	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S : P : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk R : pasien	



-
- mengatakan nyeri
bbagian abdomen
bekas sc
S : pasien
mengatakan skala
nyeri 5
T : pasien
mengatakan nyeri
nyeri hilang
timbul
O : Pasien tampak
meringis, bersifat
protektif, gelisah
TD : 121/83 mmHg,
HR : 80x/mnt, RR :
20x/mnt, S : 36⁸c
2. Melibatkan keluarga
untuk membantu
pasien dalam
meningkatkan
pergerakan
S : Suami pasien
mengatakan bersedia
membantu istrinya
dalam meningkatkan
pergerakan
O : Suami pasien
tampak kooperatif
dan membantu pasien
dalam melakukan
pergerakan
3. Menjelaskan tujuan
dan prosedur
mobilisasi
S : pasien mengatakan
bersedia untuk
mendengarkan
penjelasan mengenai
prosedur dan tujuan
mobilisasi
O : Pasien tampak
-

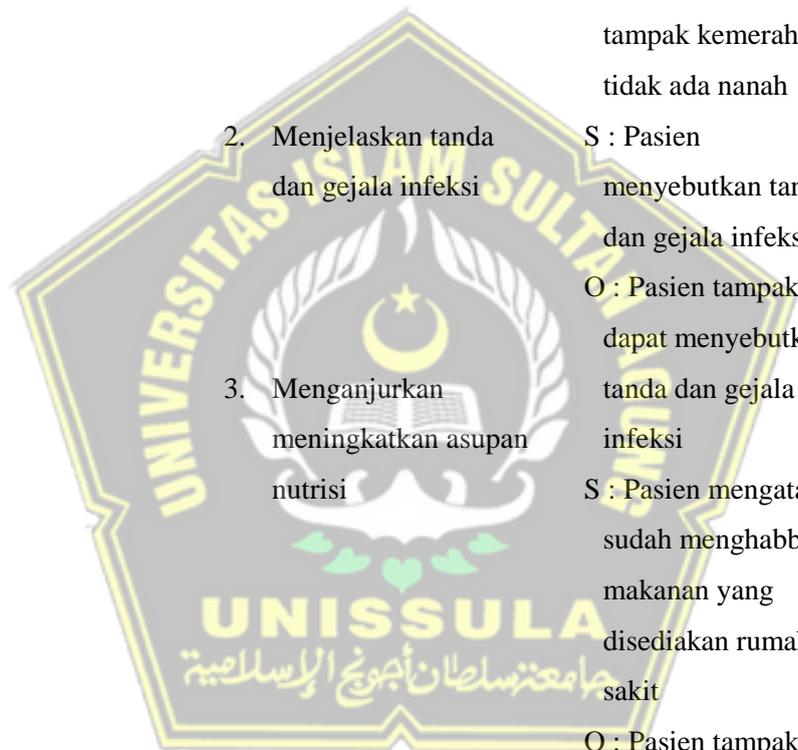
			<p>tertarik</p> <p>mendengarkan</p> <p>penjelasan yang disampaikan</p> <p>4. Menganjurkan melakukan mobilitas dini</p>	<p>S : Pasien mengatakan akan melakukan mobilitas dini yang sudah diajarkan</p> <p>O : Pasien tampak mulai melakukan mobilitas dini (miring kanan, miring kiri)</p>
19.40	DX 2	<p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>2. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi</p> <p>O : Tampak balutan bekas sc, tidak tampak kemerahan, tidak ada nanah</p> <p>S : Pasien mengatakan siap untuk diajarkan cuci tangan yang benar</p> <p>O : Pasien tampak memperhatikan dan menirukan dengan benar</p> <p>S : Pasien mengatakan siap untuk mendengarkan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi</p>	

		O : Pasien tampak mendengarkan dengan baik
4.	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	S : Pasien mengatakan akan meningkatkan nutrisi
		O : Pasien kooperatif
5.	Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	S : Pasien mengatakan asupan cairan
		O : Pasien tampak memahami penjelasan yang diberikan

Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon Pasien	TTD
28 Jan 2021 13.00	DX 1	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S : P : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk R : pasien mengatakan nyeri bbagian abdomen bekas sc S : pasien mengatakan skala nyeri 4 T : pasien mengatakan nyeri	

	nyeri hilang timbul
	O : Pasien tampak rileks
	TD : 110/70 mmHg, HR : 80x/mnt, RR : 18x/mnt, S : 36 ⁴ °c.
2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (membantu pasien posisi setengah duduk)	S : Suami pasien mengatakan bersedia membantu istrinya dalam meningkatkan pergerakan
	O : Suami pasien tampak kooperatif dan membantu pasien dalam melakukan pergerakan
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	S : pasien mengatakan bersedia untuk mendengarkan penjelasan mengenai prosedur dan tujuan mobilisasi
	O : Pasien tampak tertarik mendengarkan penjelasan yang disampaikan
4. Mengajukan melakukan mobilitas dini	S : Pasien mengatakan akan melakukan mobilitas dini yang sudah diajarkan

			O : Pasien tampak mulai melakukan mobilitas dini (posisi semi fowler dan mengajarkan duduk)
13.40	DX 2	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi O : Tampak balutan bekas sc, tidak tampak kemerahan, tidak ada nanah
		2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	S : Pasien menyebutkan tanda dan gejala infeksi O : Pasien tampak dapat menyebutkan tanda dan gejala infeksi
		3. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	S : Pasien mengatakan sudah menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit O : Pasien tampak menghabiskan makanan yang diberikan rumah sakit
		4. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	S : Pasien mengatakan sudah meningkatkan asupan cairan dengan minum air O : Pasien tampak sudah minum kurang



lebih 3-4 gelas

Tgl/ jam	Diagnosa keperawat an	Implementasi	Respon Pasien	TTD
29 Jan 2021 10.00	DX 1	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S : P : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas sc Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk R : pasien mengatakan nyeri bbagian abdomen bekas sc S : pasien mengatakan skala nyeri 3 T : pasien mengatakan nyeri nyeri hilang timbul	
		2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (mendampingi pasien berlatih berjalan)	O : Pasien tampak rileks TD : 120/70 mmHg, HR : 80x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36 ⁸ °c. S : Suami pasien mengatakan bersedia membantu istrinya dalam meningkatkan	

			pergerakan
			O : Suami pasien tampak kooperatif dan membantu pasien dalam melakukan pergerakan
		3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	S : pasien mengatakan bersedia untuk mendengarkan penjelasan mengenai prosedur dan tujuan mobilisasi
			O : Pasien tampak tertarik mendengarkan penjelasan yang disampaikan
		4. Mengajukan melakukan mobilitas dini (berlatih berjalan)	S : Pasien mengatakan akan melakukan mobilitas dini yang sudah diajarkan
			O : Pasien tampak mulai melakukan mobilitas dini (berlatih berjalan)
10.45	DX 2	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	S : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi sudah berkurang
			O : Tampak balutan bekas sc, tidak tampak kemerahan, tidak ada nanah,
		2. Mengajukan	balutan bersih



meningkatkan asupan nutrisi	S : Pasien mengatakan sudah menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit
3. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	O : Pasien tampak menghabiskan makanan yang diberikan rumah sakit S : Pasien mengatakan sudah meningkatkan asupan cairan dengan minum air O : Pasien tampak sudah minum kurang lebih 3-4 gelas

O. Evaluasi

Tgl / jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkembangan	TTD
27 Jan 2021	DX 1	S : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak O : Pasien tampak berlatih miring kanan dan miring kiri A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan lanjutkan intervensi 1,2, 3, 4	
	DX 2	S : Pasien mengatakan nyeri bekas sc O : luka tertutup balutan, balutan tampak bersih, tidak ada kemerahan disekitar luka A : masalah resiko infeksi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5	

Tgl / jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkembangan	TTD
28 Jan 2021	DX 1	S : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak berkurang O : Pasien tambak melakukan posisi semi fowler dan latihan duduk A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4	
	DX 2	S : Pasien mengatakan nyeri bekas sc O : luka tertutup balutan, balutan tampak bersih, tidak ada kemerahan disekitar luka A : resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 1, 4, 5	
Tgl / jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkembangan	TTD
29 Jan 2021	DX 1	S : Pasien mengatakan nyeri saat begerak sudah berkurang O : Pasien tampak sudah dapat berjalan dan toileting sendiri A : Masalah hambatan mobilitas fisik teratasi P : intervensi dihentikan	
	DX 2	S : Pasien mengatakan nyeri bekas sc O : luka tertutup balutan, balutan tampak bersih, tidak ada kemerahan disekitar luka A : resiko infeksi tidak terjadi masalah teratasi P : pertahankan kebersihan luka dan asupan nutrisi	

Lampiran 6

SATUAN ACARA PENDIDIKAN KESEHATAN NUTRISI BAGI IBU NIFAS DENGAN POST SC

Topik	: Post Caesarea
Sub Topik	: Nutrisi Bagi Ibu Nifas
Sasaran	: Keluarga Ny. F
Hari dan Tanggal	:Rabu, 27 Januari 2021
Waktu	: 19.50 WIB – Selesai
Tempat	: Ruang Baitunnisa 2
Penyaji	: Naelin Faoziyati

A. Tujuan Instruksi Umum

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan selama 1x20 menit diharapkan pasien dapat mengetahui tentang nutrisi yang harus dipenuhi pada ibu nifas.

B. Tujuan Instruksi Khusus

Setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 1x20 menit, diharapkan klien dapat :

1. Memahami pengertian nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post SC
2. Meningkatkan pengetahuan tentang nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc
3. Mengetahui manfaat nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc
4. Mampu mempraktikan kebutuhan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc
5. Mandiri dirumah

C. Metode

Metode yang digunakan adalah:

1. Ceramah

2. Tanya jawab

D. Alat Bantu Pembelajaran

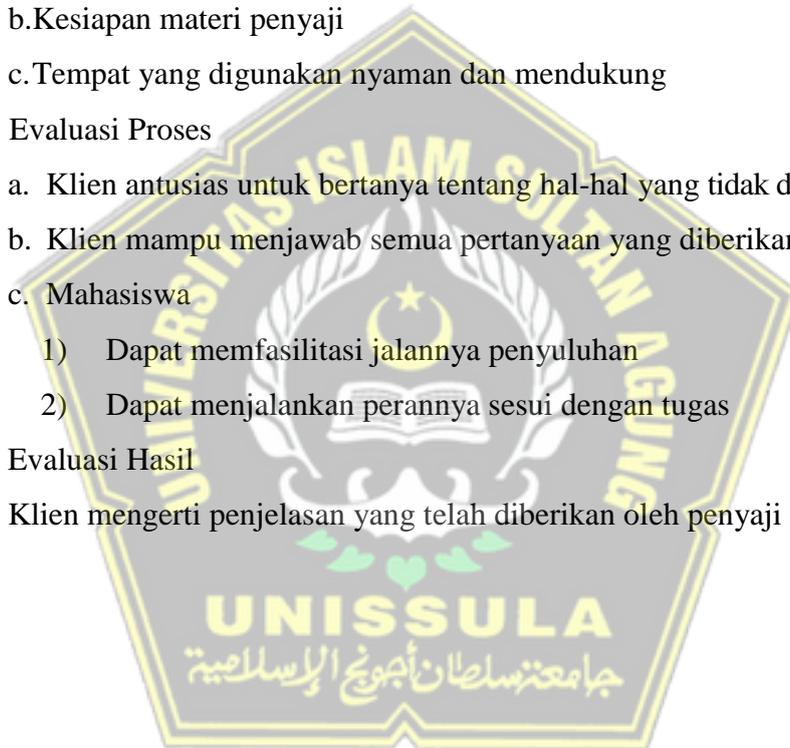
Media penyuluhan yang digunakan:

1. Materi SAP
2. Leaflet

E. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Kesepakatan dengan klien untuk melakukan penkes di rumah
 - b. Kesiapan materi penyaji
 - c. Tempat yang digunakan nyaman dan mendukung
2. Evaluasi Proses
 - a. Klien antusias untuk bertanya tentang hal-hal yang tidak diketahuinya
 - b. Klien mampu menjawab semua pertanyaan yang diberikan oleh penyaji
 - c. Mahasiswa
 - 1) Dapat memfasilitasi jalannya penyuluhan
 - 2) Dapat menjalankan perannya sesuai dengan tugas
3. Evaluasi Hasil

Klien mengerti penjelasan yang telah diberikan oleh penyaji



4. Tahap Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	Metode
1	Pembukaan	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberi salam pembuka dan memperkenalkan diri b. Menginformasikan materi yang akan disampaikan c. Menjelaskan tujuan yang hendak di capai dalam penyuluhan 	Ceramah Leaflet
2	Pelaksanaan	10 Menit	<ul style="list-style-type: none"> a. Memahami pengertian nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post SC b. Mengetahui manfaat kebutuhan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc c. Mampu mempraktikan kebutuhan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc d. Melakukan Pos-Test dengan menanyakan kembali tentang tahap perkembangan yang telah disampaikan oleh pemateri 	Ceramah Leaflet
3	Evaluasi	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya seputar materi yang disampaikan b. Membagikan Leaflet 	Tanya jawab
4	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> a. Menyimpulkan materi b. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam penutup 	Ceramah

5. Setting Tempat

- a. Standar persiapan
 - i. Pengaturan tempat



Keterangan :

 : Pasien

 : Penyaji

 : Bed

- ii. Kesiapan materi dan leaflet
- iii. Mempersiapkan leaflet
- b. Standar proses
 - i. Klien mengikuti kegiatan penyuluhan
- c. Standar hasil
 - i. Klien Mampu Menjelaskan Pengertian Nutrisi Untuk mempercepat penyembuhan luka post sc
 - ii. Klien mampu menyebutkan manfaat kebutuhan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc
 - iii. Klien mampu mempraktikkan kebutuhan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka post sc
 - iv. Klien Mampu menyebutkan makanan yang boleh dikonsumsi dan tidak dikonsumsi.

6. Materi Terlampir

Lampiran

A. Pengertian

Nutrisi adalah semua makanan yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh baik untuk mempertahankan keseimbangan metabolisme ataupun sebagai zat pembangun.

Upaya mencegah terjadinya infeksi paska bedah salah satunya adalah asupan nutrisi yang adekuat, tinggi kalori dan tinggi protein. Asupan nutrisi yang adekuat sebelum dan setelah pembedahan dapat menurunkan komplikasi paska pembedahan (Mansjoer, dkk. 2007). Nutrisi yang dibutuhkan ibu paska bedah sesar adalah energi, protein, lemak, karbohidrat, kalsium, besi, vitamin A, tiamin dan vitamin C (Almatsier, 2006). Asupan nutrisi tinggi kalori tinggi protein diharapkan mampu memenuhi kebutuhan energi dan protein untuk pembentukan kolagen dan memperbaiki kerusakan jaringan tubuh paska bedah sesar.

B. Manfaat Nutrisi Bagi Ibu Nifas Dengan Post SC

1. Mempertahankan kesehatan dan meningkatkan kekuatan badan.
2. Supaya luka-luka persalinan (luka operasi sc) lekas sembuh dalam masa nifas
3. Untuk masa laktasi
4. Mencegah terjadinya mal nutrisi
5. Mempertahankan fungsi organ
6. Fungsi imun dan mencegah komplikasi

C. Zat- Zat Gizi Yang Penting Untuk Ibu Nifas

1. Kalori

Karbohidrat merupakan sumber energi yang penting pada penyembuhan luka, guna mencegah degradasi protein. Karbohidrat juga sebagai sumber energi langsung untuk sel. Glukosa merupakan sumber energi untuk lekosit yang bekerja sebagai fagositosis. Hiperglikemia merupakan keadaan yang umum terjadi setelah adanya trauma, akibat salah satu respon hormonal pada injuri. Tetapi hiperglikemia yang terus menerus dapat menurunkan penyembuhan luka.

2. Protein

Protein ini berfungsi sebagai zat pembangun dalam tubuh. Protein merupakan bahan- bahan pembentuk jaringan baru dalam tubuh, fungsi utamanya adalah mempertahankan jaringan yang telah ada. Protein tinggi terdapat pada susu, telur, daging, dan ikan.

3. Vitamin dan mineral

Vitamin dapat membantu untuk kekebalan tubuh. Vitamin ini dibutuhkan dalam tubuh sedikit tapi penting untuk mempertahankan gizi yang normal, mempengaruhi pembentukan sel-sel baru. Mineral sangat dibutuhkan untuk pembentukan tulang, gigi, kuku, kulit, dan rambut. Vitamin dan mineral banyak terdapat pada sayuran dan buah- buahan juga air

4. Zat besi (Fe)

Zat ini diperlukan untuk penambah darah. Makanan yang kaya akan zat besi adalah hati, telur, ikan, dan ayam

5. Kalsium

Kalsium ini dibutuhkan untuk pembentukan dan memperkuat tulang, banyak terdapat pada sayuran hijau, susu, telur, kuning telur, dan ikan

D. Akibat Kekurangan Nutrisi Pada Masa Nifas

Kekurangan intake dari zat-zat makanan terutama protein dan karbohidrat menyebabkan malnutrisi yang diantaranya dapat :

1. Mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan kognisi, serta dapat memperlambat proses penyembuhan.
2. Menurunkan neovaskularisasi
3. Menurunkan penyembuhan luka
4. Menghambat sintesa kolagen/jaringan
5. Resiko terjadinya infeksi sekunder

NUTRISI BAGI IBU NIFAS DENGAN POST SC



Pengertian

- Nutrisi adalah semua makanan yang mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh baik untuk mempertahankan keseimbangan metabolisme ataupun sebagai zat gizi yang dibutuhkan untuk membangun masa pertumbuhan

Manfaat Nutrisi Bagi Ibu Nifas Dengan Post SC

1. Mempertahankan kesehatan dan meningkatkan kekuatan badan.
2. Supaya luka-luka persalinan (luka operasi se) lekas sembuh dalam masa nifas
3. Untuk masa laktasi
4. Mencegah terjadinya mal nutrisi
5. Mempertahankan fungsi organ
6. Fungsi imun dan mencegah komplikasi



Zat- Zat Gizi Yang Penting Untuk Ibu Nifas

- kalori
- protein
- vitamin dan mineral
- zat besi
- kalsium



Akibat Kekurangan Nutrisi Pada Masa Nifas

- Mempengaruhi pertumbuhan, serta dapat memperlambat proses penyembuhan.
- Menurunkan pembentukan pembuluh darah baru
- Menurunkan penyembuhan luka
- Menghambat sintesa kolagen/jaringan
- Resiko terjadinya infeksi sekunder

