

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.S P1A0  
POST OP SECTIO CAESAREA 2 JAM DI RUMAH SAKIT  
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Karya Tulis ilmiah**

Diajukan sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Meylinda Puji Saidati**

**40901900035**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY.S P1A0  
POST OP SECTIO CAESAREA 2 JAM DI RUMAH SAKIT  
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Karya Tulis ilmiah**



Disusun oleh :

**Meylinda Puji Saidati**

**40901900035**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2022**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 06 Juni 2022

  
METRAI  
TEMPLE  
03085AJX094156758  
Meylinda Puji Saidati



## HALAMAN PERSETUJUAN

### HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NYS PIAB POST OP  
SC 2 JAM DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Meylinda Puji Saldani

NIM : 40901900035

Telah disetujui dan dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah DIII  
keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung  
Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 20 Mei 2022

Semarang, 27 Mei 2022

Pembimbing

**UNISSULA**  
جامعة سلطان أبجوع الإسلامية

Ns. Hermandia Distinarista, M. Keper

NIDN : 06-0209-8503

## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

### HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari Senin Tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji

Semarang, 06 Juni 2022

Penguji I

Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp. Kep. Mat

NIDN 06-0906-7504

Penguji II

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

NIDN 06-1804-8901

Penguji III

Ns. Hernandia Distinarista, M. Kep

NIDN 06-0209-8503

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

  
Ns. Iwan Ardian, SKM, M.Kep  
NIDN 06-2208-7403

## MOTTO

*Kehidupan memang tidak melulu berisi kebahagiaan,  
Ada masanya hidup berisi tentang kesedihan,  
Ada masanya juga berisi tentang kekecewaan,  
Ada masanya juga hidup berisi tentang perjuangan dan pengorbanan.  
Semua proses itu pasti ada didalam kehidupan,  
Karena pada dasarnya tidak ada kata bahagia tanpa air mata,  
dan tidak akan ada pula kata sukses tanpa perjuangan yang keras*

**“ Janganlah berputus asa dari harapan, karena awal dari hujan adalah tetesan kecil, kemudian tumpah dengan deras ” (Ibnu Jauzi)**



## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny.S P1A0 Post Op SC 2 jam Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang". Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Terimakasih penulis sampaikan kepada berbagai pihak yang sudah membantu dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, diantaranya :

1. Prof.Dr.H.Gunarto,SH.,M.Hum selaku rektor universitas islam sultan agung semarang.
2. Iwan Ardian SKM, M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ns. Muh.Abdurrouf, M.Kep Selaku Kaprodi D-III Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns.Hernandia Distinarista, M.Kep Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
5. Segenap Dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan dengan sabar dan tulus selama proses studi
6. Kepada Lahan Praktik Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan studi kasus untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
7. Kepada Bapak dan Ibu yang telah mendukung, mendo'akan dan membiayai pendidikan hingga cita-cita saya dapat tercapai
8. Untuk teman-temanku satu bimbingan Luluk dan Lindung serta teman satu Fakultas Ilmu Keperawatan khusus nya kepada D3 Ilmu Keperawatan angkatan 2019 yang telah berjuang sampai saat ini

9. Teruntuk Sahabatku dan teman-teman yang lain yang selalu memberikan semangat, dukungan, bantuan, dan doannya selama penyusunan karya tulis ilmiah ini

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dari jauh kata sempurna. maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua.

Wassalamu'alaikum Wr Wb





## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iv
MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea.....	5
1. Definisi.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Klasifikasi.....	6
4. Komplikasi.....	6
5. Penatalaksanaan Post Operasi.....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Post Partum Dengan Sectio Caesarea.....	8
1. Definisi.....	8
2. Tahapan post partum.....	8
3. Perubahan fisiologis post partum.....	9
4. Perubahan psikologis post partum.....	13
C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sc.....	14
1. Pengkajian.....	14
2. Diagnosa keperawatan.....	16
3. Intervensi keperawatan.....	16
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN .....	20

A. Hasil Studi Kasus .....	20
1. Pengkajian keperawatan .....	20
2. Diagnosa Keperawatan .....	22
3. Intervensi Keperawatan .....	23
4. Implementasi keperawatan.....	24
5. Evaluasi Keperawatan .....	28
BAB IV PEMBAHASAN.....	31
A. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
B. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea.....	35
C. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga .....	36
BAB V PENUTUP.....	39
A. Kesimpulan.....	39
B. Saran.....	40
DAFTAR PUSTAKA .....	41
LAMPIRAN- LAMPIRAN.....	44

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Bimbingan



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kehamilan adalah proses perubahan fisiologis pada kehidupan setiap wanita yang sudah berkeluarga atau sudah menjadi istri. Kehamilan adalah proses normal dan alami yang dimulai dengan tumbuh kembang janin dalam kandungan, dari proses pembuahan sel telur dan sel sperma sampai dengan persalinan. Kehamilan normal berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), terhitung sejak hari pertama periode menstruasi terakhir atau hari pertama haid terakhir (Sanjaya, 2021)

Ibu hamil wajib selalu sehat rohani, jasmani, serta secara sosial mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai penanganan saat kehamilan dan setelah melahirkan. Berbagai komplikasi di kehamilan mengharuskan ibu tidak bisa melakukan persalinan secara normal sehingga dilakukan tindakan medis tambahan untuk menyelamatkan ibu dan anak serta bila hal ini tidak dilakukan akan menyebabkan resiko besar pada nyawa ibu dan janin itu sendiri. Tindakan itu artinya tindakan operasi yang bertujuan buat menyelamatkan ibu dan bayi atau dikenal menggunakan Sectio Caesaria (SC) (Fajriani, 2016)

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu proses persalinan dimana janin dikeluarkan dengan prosedur pembedahan melalui sayatan di dinding perut dan rahim yang masih utuh. Proses ini dilaksanakan untuk menyelamatkan ibu dan anak dari komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Selain itu, persalinan normal melalui vagina juga tidak bisa dilakukan dengan alasan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi dan untuk menghindari terjadinya komplikasi setelah melahirkan (Pragholapati, 2020)

Proses persalinan sectio caesarea menurut World Health Organization (WHO) mempertimbangkan angka persalinan sectio caesarea sekitar 5% sampai 15%. Menurut hasil penelitian Betran, sectio Caesarea selama 24

tahun ini terus meningkat sebesar 4,4% per tahun di dunia. Angka kejadian Sectio Caesarea di Indonesia menurut RISKESDAS 2018 mencapai 17,6%, dan di Jawa Tengah angka kejadiannya mencapai 32.2% angka ini telah mencapai batas standar maksimal WHO yaitu 10-15%.

Masalah yang biasanya timbul setelah dilakukan proses sectio caesarea yaitu nyeri karena adanya pembedahan insisi pada dinding perut dan dinding rahim mengakibatkan kesinambungan jaringan yang terputus. Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terjadi akibat kerusakan jaringan. Pada ibu setelah dilakukan proses persalinan sectio caesarea yang mengeluh nyeri biasanya menunjukkan tanda seperti berkeringat, merintih, atau ketegangan otot. Tanda-tanda tersebut muncul sesuai dengan tingkat nyeri yang dirasakan pasien (Astutik & Kurlinawati, 2017). Setelah dilakukan pengkajian keperawatan oleh penulis didapatkan hasil kondisi pasien dalam keadaan kesadaran composmentis, TTV : tekanan darah : 116/78 mmHg, suhu 35,9<sup>0</sup>c, nadi 87x/menit, pernafasan 26x/menit. Pasien terlihat lemah setelah dilakukan tindakan operasi dan mengeluh sakit di luka operasi dan sakit apabila bergerak.

Proses persalinan secara sectio caesarea juga dapat menimbulkan pengaruh yang baik dan pengaruh buruk. Pengaruh baik dilakukan proses persalinan secara sectio caesarea dapat membantu ibu dalam proses melahirkan jika tidak bisa melakukan proses persalinan secara spontan. Selain itu, beberapa pengaruh negatif juga bisa timbul seperti nyeri yang diakibatkan dari efek pembedahan. Nyeri yang dirasakan juga dapat mempengaruhi aspek psikologis seperti cemas, stress, gangguan pola tidur dan perasaan takut sehingga bisa menyebabkan ibu tertekan. Selain mempengaruhi dampak psikologis proses persalinan sectio caesarea juga dapat mempengaruhi aspek fisik seperti gangguan citra tubuh, keterbatasan aktivitas, infeksi luka operasi (Response, 2022).

Strategi penatalaksanaan nyeri setelah dilakukan proses persalinan sectio caesarea mencakup pendekatan farmakologis dan pendekatan non farmakologis. Metode farmakologi merupakan metode yang sangat efisien

untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung lama. Metode farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yang bertujuan untuk mengurangi sakit (Astutik & Kurlinawati, 2017). Sedangkan secara non farmakologis bisa dilakukan dengan metode relaksasi. Metode non farmakologi digunakan bukan pengganti untuk obat-obatan, metode non farmakologis dibutuhkan untuk mempersingkat rasa nyeri yang berlangsung hanya dalam kurun waktu beberapa detik atau menit (Asutiningrum & Fitriyah, 2019).

Untuk mengatasi akibat yang timbul dibutuhkan juga peran perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh terhadap ibu pasca melahirkan secara sectio caesarea yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Sehingga bisa dapat terhindar dari terjadinya masalah yang bisa timbul pada ibu post sectio caesarea. Perawat dapat melakukan asuhan keperawatan melalui pemberian metode non farmakologis yaitu melatih metode relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri pada ibu post sectio caesarea dan membantu relaksasi otot serta membantu pernafasan menjadi lebih baik yang merupakan wujud dari proses asuhan keperawatan (Arda & Hartaty, 2021).

Selain itu motivasi dari keluarga pula sangat mempengaruhi dalam proses penyembuhan ibu post sectio caesarea. Kontribusi keluarga pula diperlukan untuk memotivasi ibu pasca persalinan dalam menangani nyeri. Oleh sebab itu dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan untuk memberikan semangat terhadap ibu setelah menjalani operasi supaya terbebas dari komplikasi yang bisa muncul setelah melahirkan (Irawati, 2019).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S P1A0 Post Op Sectio Caesarea 2 jam di Rumah Sakit Islam Sultan Agung”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan umum :

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ny.S dengan Post Op Sectio Caesarea

### 2. Tujuan khusus :

- a. Untuk melakukan pengkajian pada Ny. S dengan post sectio caesarea
- b. Untuk menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny. S dengan post sectio caesarea
- c. Untuk menentukan perencanaan keperawatan pada Ny. S post sectio caesarea
- d. Untuk melaksanakan implementasi atau pelaksanaan keperawatan pada Ny. S dengan post sectio caesarea
- e. Untuk melakukan evaluasi atau penilaian pada Ny. S dengan post sectio caesarea

## **C. Manfaat Penulisan**

### 1. Bagi Penulis

Dapat dijadikan pengalaman belajar dilapangan dan meningkatkan pengetahuan penulis tentang Asuhan Keperawatan Maternitas Pada pasien Post Op Sectio Caesarea

### 2. Bagi Tempat Penelitian

Dari penelitian kasus ini diharapkan dapat digunakan buat menaikkan pengetahuan serta kualitas pelayanan maksimal tentang asuhan keperawatan pada pasien post op section caesarea

### 3. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan

Dari penelitian ini di harapkan dapat memberikan pengetahuan tentang teori Asuhan Keperawatan Pada pasien Post Op Sectio Caesarea

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Sectio Caesarea**

##### **1. Definisi**

Menurut Guyton sectio caesarea merupakan salah satu Tindakan untuk mengeluarkan fetus melalui suatu irisan pembedahan yang menembus abdomen dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Sectio caesarea ini menjadi alternatif pilihan yang dilakukan karena dapat menyelamatkan bayi dari cedera akibat persalinaan yang lama (Wahyu, 2018).

Tindakan Section Caesarea adalah salah satu pilihan bagi seorang ibu yang akan melakukan tindakan persalinan dengan adanya tanda medis dan non medis, proses tindakan Sectio Caesarea ialah dengan metode memutuskan jaringan kontinuitas ataupun persambungan dengan insisi untuk mengeluarkan janin (Rohmah, 2022).

Beberapa pengertian tentang Sectio Caesarea diatas bisa diambil kesimpulan bahwa Sectio Caesarea adalah suatu tindakan operasi yang tujuannya untuk mengeluarkan bayi didalam rahim melalui insisi pada dinding dan rahim perut.

##### **2. Etiologi**

Seorang ibu yang ingin melahirkan dengan dilakukan proses persalinan secara sectio caesarea harus berdasarkan penyebab tertentu. Penyebab tersebut bisa dari ibu atau dari janin yang beresiko tinggi bisa dilakukan persalinan pervaginam (Viandika & Septiasari, 2020).

Menurut Falentina (2019), penyebab dilakukan sectio caesarea antara lain:

- a. Panggul sempit
- b. Preeklamsia
- c. Ketuban pecah dini atau premature rupture of membranes



- d. Bayi lebih dari satu atau bayi kembar
- e. Gangguan pada jalan lahir
- f. Kelainan letak janin
  - 1) Kelainan pada letak kepala bayi
  - 2) Letak sungsang
  - 3) Kelainan letak lintang

### 3. Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi sectio caesarea menurut Dermawan,( 2016 ) yaitu:

- a. Sectio Caesarea Klasik adalah dengan dilakukan sayatan vertikal sebagai dampaknya memungkinkan ruangan yang lebih besar untuk jalan keluar bayi. Tipe ini telah sangat jarang dilakukan sebab sangat berisiko terhadap komplikasi.
- b. Sectio Caesarea Transperitonel Profunda adalah Sayatan mendatar dibagian atas berasal kandung kencing sangat awam dilakukan pada masa ini. Tindakan ini meminimalkan resiko terjadinya pendarahan dan cepat pemulihannya.
- c. Histerektomi caesarea merupakan operasi yang diikuti dengan tindakan pengangkatan rahim. Hal ini dilakukan apabila terjadi pendarahan yang susah ditangani ataupun sebab plasenta yang tidak bisa dipisahkan dari rahim.
- d. Sectio caesarea extraperitoneal merupakan sectio caesarea yang dilakukan pada pasien yang sudah pernah melakukan sectio caesarea sebelumnya atau sectio caesarea yang dilakukan berulang. Tindakan ini umumnya dilakukan diatas sayatan yang dahulu.

### 4. Komplikasi

Menurut Mochtar (2013) masalah yang bisa muncul pada ibu pasca persalinan section caesarea, yaitu:

- a. Infeksi nifas

- 1) Ringan, biasanya ditandai dengan kenaikan suhu yang terjadi selama beberapa hari
  - 2) Sedang, biasanya ditandai dengan demam yang lebih tinggi dan diikuti dengan dehidrasi dan perut kembung
  - 3) Berat, ditandai dengan peritonitis yaitu peradangan pada peritonium atau selaput tipis yang membatasi perut bagian dalam dan organ-organ perut
- b. Perdarahan
- 1) Atonia uteri yaitu kondisi dimana rahim tidak bisa lagi berkontraksi setelah melahirkan
  - 2) Banyak pembuluh darah yang terbuka
- c. Ileus
- 1) Ileus ringan bisa terjadi sesudah operasi dan berlangsung selama sehari selama sehari
  - 2) Tangani secara konservatif dengan memberi cairan melalui intravena dan tidak diberikan secara oral sampai ibu flatus(kentut)

## 5. Penatalaksanaan Post Operasi

Penatalaksanaan post operasi, setelah dilakukan Tindakan operasi ibu post sectio caesarea perlu mendapatkan perawatan antara lain:

### a. Ruang pemulihan

Pasien dilihat secara rutin dengan dilakukan palpasi fundus uteri untuk mengetahui jumlah perdarahan dari vagina dan untuk mengetahui adanya uterus berkontraksi. Selain itu, pemberian cairan intravena atau infus juga dibutuhkan sebab 6 jam pertama pasien puasa setelah dilakukan operasi. Oleh karena itu, pemberian cairan intravena harus tercukupi dan mengandung elektrolit supaya pasien tidak dehidrasi, hipotermi dan komplikasi lainnya (Dermawan, 2016).

### b. Ruang perawatan

- 1) Memantau tanda-tanda vital

- 2) Pemberian obat-obatan
- 3) Pemberian cairan dan diet
- 4) Pengawasan fungsi vesika urinaria
- 5) Mobilisasi dini
- 6) Menyusui
- 7) Keluarga berencana
- 8) Perawatan luka

Selain itu, penatalaksanaan ibu post sectio caesarea dapat juga berupa penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis. Penatalaksanaan nonfarmakologis bisa berupa relaksasi. Relaksasi ini berguna untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan ibu setelah melahirkan dengan persalinan sectio caesarea (Maharani, 2020).

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Post Partum Dengan Sectio Caesarea**

### **1. Definisi**

Post partum / masa nifas adalah waktu penyembuhan setelah melewati masa kehamilan dan persalinan yang dimulai sejak lahirnya janin serta akan berakhir pada saat alat reproduksi sudah kembali seperti sebelumnya pada saat ibu tidak dalam masa hamil. Masa setelah melahirkan adalah waktu yang membutuhkan perhatian dan perawatan yang intensif karena pada terjadi perubahan kekebalan tubuh dan sistem fungsi tubuh (Pujiastuti, 2021).

### **2. Tahapan post partum**

Tahapan-tahapan setelah melahirkan ada 3 tahap yaitu : (Maryunani, 2017)

#### **a. Puerperium Dini (Periode immediate post partum) :**

- 1) Masa pemulihan sehabis plasenta lahir hingga dengan 24 jam.
- 2) Merupakan masa pemulihan setelah plasenta lahir hingga pulih dimana ibu telah diperbolehkan mobilisasi dini.

- 3) Waktu pemulihan dimana ibu sudah diperbolehkan berdiri serta berjalan.
  - 4) Pada masa ini sering terjadi beberapa permasalahan, seperti, perdarahan sebab atonia uteri.
  - 5) Peran : teratur melaksanakan pengecekan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.
- b. Puerperium Intermedial (Periode Early Postpartum 24 jam – 1 minggu) :
- 1) Masa kepulihan merata alat-alat genitalia yang berlangsung sekitar 6-8 minggu.
  - 2) Peran : memastikan involusi uteri dalam kondisi yang normal, tidak terdapat perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.
- c. Remote Puerperium (Periode Late Postpartum, 1 minggu–5 minggu) :
- 1) Waktu yang dibutuhkan untuk kembali pulih dan sehat, terutama apabila selama hamil maupun bersalin ibu mempunyai komplikasi, maka pada waktu ini sangat dibutuhkan dan waktu masa ini bisa berlangsung selama 3 bulan atau bahkan bisa sampai tahunan.
  - 2) Peran : pada masa ini senantiasa melaksanakan perawatan serta pemeriksaan setiap hari dan melakukan konseling KB.

### 3. Perubahan fisiologis post partum

Pada saat berbadan dua ibu mengalami perubahan pada tubuhnya. Begitu pula ibu setelah melahirkan juga mengalami beberapa perubahan dalam tubuhnya. Perubahan fisik yang dapat terjadi pada ibu setelah melahirkan yaitu: (Dermawan, 2016)

- a. System reproduksi
  - 1) Uterus
    - a) Proses Involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan di saat sebelum hamil. Proses ini diawali dari setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

b) Kontraksi

Kontraksi uterus terus bertambah secara signifikan setelah bayi lahir, hal ini terjadi sebagai bentuk wujud respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.

c) Afterpains

Keadaan ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus bertambah sehingga fundus pada biasanya senantiasa kencang. Relaksasi serta kontraksi yang periodic sering dirasakan multipara serta dapat memunculkan rasa nyeri yang dapat bertahan selama puerperium dini.

2) Tempat Plasenta

Setelah plasenta serta ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskuler serta thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul serta tidak teratur. Perkembangan endometrium ke atas menimbulkan pelepasan jaringan nekrotik serta menghindari pembentukan jaringan parut yang menjadi ciri pengobatan luka.

3) Lokhea

Lokhea merupakan cairan secret yang berasal dari uteri serta vagina setelah melahirkan selama masa post partum. Lokhea dibagi 3 yaitu:

a. Lokhea Rubra

Lokhea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah cerah hingga dengan merah tua.

b. Lokhea serosa

Lokhea yang terjadi pada hari ke-3-14, warna merah muda

c. Lokhea alba

Lokhea yang keluar dari vagina dari hari ke-14 kemudian semakin lama semakin sedikit hingga tidak keluar.

Lokhea berwarna seperti cairan putih

3) Serviks

Setelah melahirkan serviks jadi lunak setelah ibu melahirkan 18 jam pasca partum, serviks memendek serta konsistensinya menjadi padat serta kembali ke bentuk semula.

4) vagina dan perinium

vagina yang semula sangat meregang akan kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke 4.

b. Abdomen

Abdomen pada ibu post partum akan tampak menonjol jika berdiri pada hari pertama setelah melahirkan serta akan terlihat masih sama seperti saat hamil. Abdomen akan berubah ke bentuk semula membutuhkan waktu kurang lebih selama 7 hari.

c. Sistem urinaria

Pergantian hormon pada saat hamil menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sebaliknya terjadi penurunan kandungan steroid setelah melahirkan sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal selama masa nifas.

d. Sistem cerna

- a) Nafsu makan
- b) Motilitas
- c) Defekasi

e. Payudara

a) Ibu tidak menyusui

Payudara umumnya teraba nodular (pada perempuan tidak hamil teraba granular). Pada perempuan tidak menyusui sekresi serta ekskresi kolostrum menetap selama sepanjang

hari pertama hingga melahirkan. Pada hari ke 3 atau ke 4 post partum bisa terjadi pembengkakan pada payudara saat diraba terasa keras dan bengkak.

b) Ibu menyusui

Ketika pengeluaran susu teraba suatu massa (benjolan). Namun kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Saat sebelum pengeluaran susu dimulai, payudara teraba lunak serta ketika kolostrum atau caira berwarna kekuningan dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai payudara teraba keras dan hangat bila disentuh. Rasa nyeri akan muncul selama sekitar 48 jam.. Puting susu harus dikaji erektilitasnya, sebagai kebalikan dari inverse dan untuk menemukan adanya fisura atau keretakan.

f. Sistem kardiovaskuler

- a) Volume darah
- b) Curah jantung
- c) Tanda-tandavital
- d) Varises

g. Sistem neurologi

Perubahan neurologis selama masa puerperium adalah penyesuaian neurologis yang terjadi dikala seorang ibu sedang hamil serta bisa disebabkan oleh trauma yang dialami ibu pada saat bersalin dan melahirkan

h. Sistem muskuloskeletal

Penyesuaian sistem musculoskeletal ibu yang terjadi pada saat masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa nifas. Adaptasi ini mencakup hal yang membantu relaksasi dan perubahan ibu yang disebabkan karena terjadi pembesaran rahim.

#### 4. Perubahan psikologis post partum

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

*a. Fase taking in*

Fase ini adalah fase ketergantungan, biasanya terjadi pada hari pertama atau kedua setelah melahirkan yang ditandai dengan ciri khas ibu fokus pada diri sendiri dan tidak peduli dengan lingkungan sekitar, ada rasa tidak nyaman yang dirasakan seperti: mules, sakit pada luka jahitan, dan tidur tidak cukup. Hal yang harus diperhatikan yaitu tidur yang cukup, komunikasi yang baik serta makanan bergizi yang tercukupi.

*b. Fase taking hold*

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

*c. Taking letting go*

Masa ini adalah fase pada saat ibu sudah mulai menerima keadaan dan tanggung jawab barunya, fase ini terjadi setelah 10 hari pasca melahirkan. Pada masa ini ibu mulai menerima diri dan lebih mampu merawat serta memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya serta dalam perawatan bayinya. Pada masa ini ibu memerlukan dukungan keluarga untuk mengasuh anaknya.



### C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sc

Asuhan keperawatan adalah metode sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama penderita dalam menentukan kebutuhan penderita dengan melakukan pengkajian, penentuan diagnosa, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, serta pengevaluasian (Wiratama, 2019).

#### 1. Pengkajian

- a. Identitas, meliputi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.
- b. Keluhan Utama, pada umumnya Ibu dengan Post Sectio Caesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST.
- c. Riwayat kesehatan
  - a) Riwayat Kesehatan saat ini, berisi tentang pengkajian informasi yang dilakukan untuk menentukan sebab dari dilakukannya operasi Sectio Caesarea misalnya letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, preeklampsia, ketuban pecah dini yang nantinya akan membantu membuat rencana tindakan terhadap pasien.
  - b) Riwayat Kesehatan Dahulu, Hal yang perlu dikaji dalam riwayat penyakit dahulu merupakan penyakit yang pernah diderita pasien khususnya, penyakit kronis, menular, dan menahun seperti penyakit hipertensi, jantung, DM, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin.
- d. Riwayat obstetri  
Pada pengkajian riwayat obstetri meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), Riwayat menarche, siklus haid,

terdapat adanya atau tidaknya nyeri haid atau gangguan haid lainnya.

e. Riwayat kontrasepsi

Hal yang dikaji dalam riwayat kontrasepsi untuk mengetahui apakah ibu pernah ikut program kontrasepsi, jenis yang dipakai sebelumnya, apakah ada masalah dalam pemakaian kontrasepsi tersebut, dan setelah masa nifas apakah akan menggunakan kontrasepsi kembali.

f. Pemeriksaan head to toe

- a) Tanda- tanda vital, meliputi tekanan darah, suhu, nadi, RR
- b) Kepala, meliputi meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah terdapat benjolan atau lesi, serta umumnya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum
- c) Leher, meliputi kelenjar tiroid dan vena jugularis
- d) Payudara, meliputi inspeksi ada warna kemerahan atau tidak, ada oedema atau tidak, Palpasi yang dilakukan untuk menilai apakah adanya benjolan, serta mengkaji adanya nyeri tekan.
- e) Abdomen

Pemeriksaan meliputi inspeksi untuk melihat apakah luka bekas operasi ada tanda-tanda infeksi dan tanda perdarahan, apakah terdapat striae dan linea, apakah ada terjadinya Diastasis Rectus Abdominis yaitu pemisahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, cara pemeriksaannya dengan memasukkan kedua jari kita yaitu jari telunjuk dan jari tengah ke bagian dari diafragma dari perut ibu. Jika jari masuk dua jari berarti diastasis rectie ibu normal. Jika lebih dari dua jari berarti abnormal. Auskultasi dilakukan untuk mendengar peristaltik usus yang normalnya 5-35 kali

permenit, palpasi untuk mengetahui kontraksi uterus baik atau tidak.

- f) Genitalia, pemeriksaan genitalia untuk melihat apakah terdapat, oedema, tanda-tanda infeksi, pemeriksaan pada lochea meliputi warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.
- g) Ektremitas, pada pemeriksaan kaki apakah ada: varises, oedema, reflek patella, nyeri tekan atau panas pada betis. Adanya tanda homan, caranya dengan meletakkan 1 tangan pada lutut ibu dan di lakukan tekanan ringan agar lutut tetap lurus. Bila ibu merasakan nyeri pada betis dengan tindakan tersebut, tanda Homan (+).

## 2. Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI DPP PPNI (2016), diagnosa keperawatan merupakan masalah keperawatan yang ditegakkan atas dasar data pasien, berikut ini diagnosa keperawatan yang dapat muncul:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga

## 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat kepada pasien sesuai standar intrevensi keperawatan yang telah sesuai (PPNI,2018).

Menurut SIKI & SLKI DPP PPNI (2018) :

- a. Nyeri akut

- 1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri akut menurun
- 2) Kriteria hasil :
  - a) Keluhan nyeri menurun
  - b) Meringis menurun
  - c) Gelisah menurun
- 3) Intervensi keperawatan (Manajemen Nyeri)

#### Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

#### Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur

#### Edukasi

- a) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mnegurangi rasa nyeri

#### kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik

#### b. Resiko infeksi

- 1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat
- 2) Kriteria hasil :
  - a) Kerusakan jaringan menurun
  - b) Kerusakan lapisan kulit menurun

c) Nyeri menurun

3) Intervensi keperawatan (Pencegahan Infeksi)

Observasi

a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

a) Batasi jumlah pengunjung

b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Edukasi

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

b) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

c. Intoleransi aktivitas

1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan aktivitas meningkat

2) Kriteria hasil :

a) Perasaan lemah menurun

b) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat

3) Intervensi keperawatan (Manajemen Energi)

Observasi

a) Monitor pola dan jam tidur

b) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

a) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis cahaya, suara)

b) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Edukasi

- a) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Kolaborasi

- a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan



## **BAB III**

### **LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Hasil dari studi kasus yang dilakukan pada tanggal 17 Januari 2022 di RSI Sultan Agung Semarang, diperoleh data pengkajian pasien dengan nama Ny S berusia 23 tahun dengan status obstetrik P1A0 dibawa ke rumah sakit karena ketuban pecah dini pada hari Minggu subuh.

##### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 17 Januari 2022 jam 16.00 WIB di RSI Sultan Agung Semarang. Pasien bernama Ny. S berusia 23 tahun dengan status obstetrik P1A0 dengan HPHT tanggal 8 Mei 2021 dan HPL 15 Februari 2022, melakukan persalinan sectio caesarea dengan berat badan bayi 2900 gram dalam keadaan sehat. Saat dilakukan pengkajian didapatkan data keluhan utama : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan sakit apabila bergerak. Riwayat kesehatan sekarang : pasien mengatakan ini merupakan kehamilan pertama, pasien tidak menderita penyakit menurun atau penyakit menular, dan tidak mempunyai alergi. Pada masalah kehamilan pasien mengatakan mengalami mual, muntah, pusing dan nafsu makan menurun pada saat trimester I dan mengatakan sering BAK pada trimester III. Pasien datang ke RSI Sultan Agung Semarang karena KPD (ketuban pecah dini) pada hari Minggu subuh dan pasien akan menjalani operasi sectio caesarea. Riwayat menstruasi : pasien menarche pada umur 14 tahun dengan siklus menstruasi 29 hari, lama menstruasi 7 hari dan pasien tidak mengalami gangguan saat menstruasi. Riwayat KB : pasien mengatakan belum pernah KB sebelumnya dan berencana untuk kedepan akan melakukan KB dengan jenis suntik.

##### **Pemeriksaan fisik**

Keadaan umum pasien adalah composmentis, TTV (tanda-tanda vital) tekanan darah : 116/78 mmHg, suhu 35,9<sup>0</sup>c, nadi 87x/menit pernafasan 26x/menit. Kepala berbentuk mesosefal, rambut bersih tidak ada ketombe hitam panjang, leher simetris tidak ada benjolan dan tidak ada lesi. Thorak simetris, tidak ada benjolan. Payudara simetris tidak ada benjolan, teraba keras puting dan areola berwarna hitam kecoklatan, asi keluar sedikit (normal). Abdomen terdapat luka jahit operasi, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusar, posisi tengah. Lokia berwarna merah kecoklatan konsistensi cair dan terdapat gumpalan (seperti saat haid) berbau amis dan jumlahnya kurang lebih 120 cc. Perinium : keadaan utuh, tanda REEDA : R (redness) ada kemerahan, E (edema) tidak ada, E (ekimosis) tidak ada, D (discharge) darah, A (approximate) tertutup, dan tidak ada hemorhoid. Eliminasi: pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan saat BAK dan BAB. Pada ekstremitas tidak ada varises dan tidak ada tanda homan.

#### **Pengkajian kebutuhan khusus**

Oksigenasi : pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas.  
Nutrisi : pasien mengatakan asupan makanan berupa nasi, sayur, serta lauk dari rumah sakit dan habis satu porsi, nafsu makan sedikit meningkat dan tidak ada makanan pantangan yang harus dihindari.  
Cairan : setelah menjalani operasi sectio caesarea pasien minum air mineral 600ml dengan tiduran menggunakan sedotan. Eliminasi : pasien tidak ada keluhan keringat berlebih, BAK melalui selang kateter, dan belum BAB setelah menjalani operasi.

#### **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 16 Januari 2022, didapatkan hasil :

Darah rutin

Hemoglobin : 15.1 L

Leukosit : 15.7 u/L

Eritrosit : 4.82 L



Trombosit : 4.62

Program terapi yang diberikan yaitu keterolac 3x2, donperidone 3x2, As nefenammat 3x1, cefradoxil 3x1, infus RL 20 tpm.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan dari data pengkajian yang sudah dilaksanakan oleh penulis pada tanggal 17 Januari 2022 maka penulis menegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi

Diagnosa keperawatan tersebut muncul karena adanya data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, dengan P: jika pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan pada bagian perut, S: skala nyeri 4, T; lama nyeri sekitar 5 menit terus-menerus. Data objektifnya adaah pasien gelisah, pasien meringis ketika berpindah posisi, terdapat luka jahit post operasi, skala nyeri 4.

- b. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka pasien post SC

Masalah keperawatan yang muncul ditunjukkan dengan adanya data subjektif yaitu pasien mengeluh luka setelah operasi nyeri dan sedikit terasa panas. Data objektif yaitu adanya luka setelah operasi sectio caesarea dan lukanya berwarna kemerahan.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengatakan lemah dan aktivitas dibantu dengan keluarga

Masalah keperawatan yang muncul ditunjukkan karena adanya data subjektif dan objektif pasien mengatakan tubuhnya lemah, pasien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur serta aktivitasnya yang dibantu dengan keluarga.

### 3. Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul selanjutnya disusun rencana asuhan keperawatan sebagai tindak lanjut dari masalah keperawatan yang ditegaskan pada Ny. S.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. fasilitasi istirahat dan tidur.

Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka pasien post SC. Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Batasi jumlah pengunjung. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, perasaan lemah menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor pola dan jam tidur. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan). Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

#### 4. Implementasi keperawatan

Berdasarkan intervensi yang sudah disusun oleh penulis selanjutnya diaplikasikan dalam bentuk tindakan keperawatan atau implementasi. Implementasi dilakukan pada Ny.S untuk mengatasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi pada tanggal 17 Januari 2022 hari pertama mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka operasi. Respon objektif pasien terlihat meringis menahan nyeri, P : jika pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 4, T: lama nyeri sekitar 5 menit, dan dirasakan secara terus-menerus. Mengidentifikasi skala nyeri respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka post operasi, skala nyeri 4 dan respon objektifnya pasien tampak gelisah. Selanjutnya memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan latihan tarik nafas dalam, respon subjektif pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Respon objektif pasien terlihat lebih tenang karena nyeri sedikit berkurang. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri respon subjektif pasien mengatakan jika lingkungan terasa dingin, luka jahitan terasa nyeri, dengan respon objektif pasien memakai selimut sampai menutupi bagian luka operasi, pasien terlihat meringis dan gelisah. Selanjutnya memfasilitasi istirahat dan tidur respon subjektif pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri. Respon objektif pasien terlihat lemah karena kurang tidur, pasien lebih nyaman setelah dibersihkan tempat tidurnya.

Diagnosa yang kedua yaitu risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea, intervensi yang dilakukan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan respon objektif luka operasi masih basah dan merah, dan tidak ada tanda infeksi. Membatasi jumlah pengunjung respon subjektif pasien mengatakan

ditunggu suaminya. Respon objektif pasien tidak dikunjungi keluarga dan hanya suami yang menunggu/ menemani. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan respon objektif mencuci tangan sebelum mengganti perban luka jahitan dan sesudah tindakan. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi respon subjektif pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makan dari rumah sakit. Respon objektif pasien menghabiskan setengah nasi, lauk, sayur yang disediakan rumah sakit.

Diagnosa yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga, intervensi yang dilakukan memonitor pola dan jam tidur respon subjektif pasien mengatakan sulit tidur karena kondisinya sekarang, dan respon objektif pasien terlihat gelisah, mengantuk karena tidur hanya beberapa jam. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), respon subjektif pasien mengatakan suara berisik dari pengunjung lain yang menjenguk keluarganya. Respon objektif pasien terlihat kurang nyaman dengan sekitarnya. Selanjutnya menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap respon subjektif pasien mengatakan lemah, pasien mau melakukan instruksi dari perawat. Respon objektif pasien mulai melakukan aktivitas miring kiri dan kanan.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 18 Januari 2022 dengan diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi melakukan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka operasi. Respon objektif pasien terlihat meringis menahan nyeri, P : jika pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: lama nyeri sekitar 5 menit, dan dirasakan secara terus-menerus. Mengidentifikasi skala nyeri respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka jahitan post

operasi, skala nyeri 3 dan respon objektifnya pasien tampak gelisah dan kurang nyaman. Selanjutnya memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan latihan tarik nafas dalam, respon subjektif pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Respon objektif pasien terlihat lebih tenang setelah melakukan teknik relaksasi.. Selanjutnya memfasilitasi istirahat dan tidur respon subjektif pasien mengatakan bisa istirahat walaupun sebentar. Respon objektif pasien terlihat lesu dan gelisah karena kurang tidur.

Diagnosa yang kedua yaitu risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea, intervensi yang dilakukan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan respon objektif luka operasi tidak ada tanda infeksi. Membatasi jumlah pengunjung respon subjektif pasien mengatakan ditunggu suaminya. Respon objektif pasien ditemani suami dan ibunya. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan respon objektif mencuci tangan sebelum mengganti perban luka jahitan dan sesudah tindakan. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi respon subjektif pasien mengatakan menghabiskan setengah porsi makan dari rumah sakit. Respon objektif pasien terlihat makan dengan lahap dan menghabiskan porsi makan lebih banyak dari hari sebelumnya.

Diagnosa yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga, intervensi yang dilakukan memonitor pola dan jam tidur respon subjektif pasien mengatakan tidur hanya beberapa jam, dan respon objektif pasien terlihat lesu karena pola tidur tidak teratur. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus(mis. cahaya, suara, kunjungan), respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. Respon objektif pasien terlihat nyaman dengan lingkungan sekitarnya. Selanjutnya menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap respon subjektif

pasien mengatakan lemah, pasien mau melakukan instruksi dari perawat. Respon objektif pasien mulai melakukan aktivitas miring kiri dan kanan, dan duduk.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada tanggal 19 Januari 2022 dengan diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi melakukan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka operasi. Respon objektif pasien terlihat meringis menahan nyeri saat bergerak, P : jika pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 2, T: lama nyeri sekitar 5 menit, dan dirasakan secara hilang timbul. Mengidentifikasi skala nyeri respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka jahitan post operasi sedikit berkurang, skala nyeri 2 dan respon objektifnya pasien tampak lebih nyaman dengan kondisinya. Selanjutnya memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan latihan tarik nafas dalam, respon subjektif pasien mengatakan ketika nyeri timbul pasien melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Respon objektif pasien terlihat lebih tenang setelah melakukan teknik relaksasi.. Selanjutnya memfasilitasi istirahat dan tidur respon subjektif pasien mengatakan bisa istirahat dan tidur. Respon objektif pasien terlihat lebih segar.

Diagnosa yang kedua yaitu risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea, intervensi yang dilakukan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan respon objektif luka operasi kering dan bersih serta tidak ada tanda infeksi.. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan respon objektif luka bersih, mencuci tangan sebelum mengganti perban luka jahitan dan sesudah tindakan. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi respon subjektif pasien

mengatakan menghabiskan porsi makan dari rumah sakit. Respon objektif pasien terlihat makan dengan lahap dan menghabiskan porsi makan dari rumah sakit.

Diagnosa yang ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga, intervensi yang dilakukan memonitor pola dan jam tidur respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur, dan respon objektif pasien terlihat lebih segar karena sudah tidur dengan cukup. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa beradaptasi dan nyaman dengan lingkungan sekitarnya. Respon objektif pasien terlihat nyaman dan tenang dengan lingkungan sekitarnya. Selanjutnya menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa duduk dan aktivitas secara bertahap, pasien mau melakukan instruksi dari perawat. Respon objektif pasien melakukan aktivitas miring kiri dan kanan, dan duduk dan berdiri.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 17 Januari 2022 yaitu dari hasil implementasi diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi yaitu evaluasi subjektif pada pasien mengatakan nyeri dibagian luka setelah operasi. Evaluasi objektif pasien terlihat meringis saat bergerak, skala nyeri 4, pasien terlihat gelisah, maka disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea yaitu evaluasi objektif luka post operasi berwarna merah, keluarga dan pengunjung yang menemani

pasien masih dibatasi, perawatan luka/ mengganti perban dilakukan setiap hari. Kesimpulannya masalah teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga yaitu respon subjektif pasien mengatakan masih terasa lemah, dengan evaluasi objektif pasien terbaring lemah di tempat tidur, aktivitas pasien dibantu dengan keluarga. Kesimpulannya masalah belum teratasi dan penulis melanjutkan intervensi.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 18 Januari 2022 yaitu dari hasil implementasi diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi yaitu evaluasi subjektif pada pasien mengatakan nyeri dibagian luka setelah operasi. Evaluasi objektif pasien terlihat meringis saat bergerak, skala nyeri 3, pasien terlihat gelisah dan kurang nyaman, maka disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea yaitu evaluasi objektif luka post operasi sedikit kering, keluarga dan pengunjung yang menemani pasien masih dibatasi, perawatan luka/ mengganti perban dilakukan setiap hari. Kesimpulannya masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga yaitu respon subjektif pasien mengatakan masih terasa lemah, dengan evaluasi objektif pasien sudah bisa duduk di tempat tidur, aktivitas pasien dibantu dengan keluarga, pasien sudah merasa lebih



nyaman dengan kondisinya. Kesimpulannya masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 19 Januari 2022 yaitu dari hasil implementasi diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi yaitu evaluasi subjektif pada pasien mengatakan nyeri dibagian luka setelah operasi saat bergerak. Evaluasi objektif pasien terlihat meringis saat bergerak, skala nyeri 2, pasien terlihat lebih nyaman, maka disimpulkan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi teratasi sebagian dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea yaitu evaluasi objektif luka post operasi btidak ada tanda infeksi, keluarga dan pengunjung yang menemani pasien masih dibatasi, nafsu makan meningkat, perawatan luka/ mengganti perban dilakukan setiap hari. Kesimpulannya masalah teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga yaitu respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa duduk dan aktivitas ringan, dengan evaluasi objektif pasien sudah bisa duduk dan berdiri dibantu dengan keluarga dan aktivitas dibantu dengan keluarga. Kesimpulannya masalah teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bagian ini membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post sectio caesarea. Penulis telah meneliti dengan melakukan pengkajian dan tindakan keperawatan selama 3 hari. Asuhan keperawatan ini diberikan dengan melakukan pengkajian keperawatan, menentukan diagnosis, menyusun intervensi, melaksanakan Tindakan yang sesuai dengan implementasi, dan menilai tindakan yang sudah diberikan kepada pasien.

#### **Pengkajian keperawatan**

Dalam melakukan pengkajian keperawatan, penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan, dan pengkajian harus dilakukan lebih lengkap dan lebih dalam untuk melengkapi data sehingga dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang tepat. Pada pengkajian keperawatan penulis belum menyantumkan nomor rekam medis pasien. Pada pengkajian pemeriksaan fisik pada abdomen penulis tidak mendeskripsikan keadaan abdomen pasien secara rinci mengenai luka pasca operasi sectio caesarea. Pada pola eliminasi penulis belum mencantumkan perubahan dalam pola BAK, pada pola BAK seharusnya penulis mencantumkan jumlah urine yang keluar dan warna urine. Pada analisa data diagnosa nyeri penulis kurang lengkap dalam menuliskan data penilaian nyeri dengan metode PQRST, Provoking incident : yaitu tentang bagaimana peristiwa terjadi yang dapat menyebabkan nyeri, apakah pasien nyeri bertambah saat pasien melakukan pergerakan atau aktivitas. Quality of Pain : kualitas nyeri yang dirasakan, misalnya ditusuk-tusuk, menjalar, dan dimana nyeri itu terjadi atau dirasakan. Severity : seberapa (skala) rasa sakit yang dirasakan oleh pasien. Time : lamanya nyeri yang berlangsung pada luka atau trauma, apakah nyeri tersebut bertambah atau berkurang, dan kapan nyeri tersebut dirasakan (Syokumawena, 2021).

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 17 Januari 2022 di RSI Sultan Agung Semarang. Pasien bernama Ny. S berusia 23 tahun dengan status obstetric P1A0, melakukan persalinan sectio caesarea dengan berat badan bayi 2900 gram dalam keadaan sehat. Pada pengkajian diperoleh data keluhan utama, pasien mengeluh nyeri pada luka operasi dan sakit apabila bergerak. Keadaan umum pasien adalah composmentis, TTV: TD 116/78 mmHg, suhu 35,9<sup>0</sup>c, nadi 87x/menit, pernafasan 26x/menit. Kepala berbentuk mesosefal, rambut bersih tidak ada ketombe hitam panjang, leher tidak ada benjolan serta tidak terdapat luka. Thorak simetris, tidak ada benjolan. Payudara simetris tidak terdapat benjolan, teraba keras puting dan areola berwarna hitam kecoklatan, asi keluar sedikit. Abdomen terdapat luka jahit setelah Tindakan operasi, dengan TFU 2 jari dibawah pusar, posisi tengah. Lokia berwarna merah kecoklatan konsistensi cair dan terdapat gumpalan (seperti saat haid) berbau amis dan jumlahnya kurang lebih 120 cc. Perinium : keadaan utuh, tanda-tanda REEDA : R (redness) ada kemerahan, E (edema) negatif, E (ekimosis) negatif, D (discharge) darah, A (approximate) tertutup, dan tidak ada hemorroid. Keluaran : pasien mengatakan tidak mengalami gejala pada saat buang air kecil serta buang air besar. Pada kaki tidak terdapat varises dan tidak ada tanda-tanda homan.

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis menegakkan tiga masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah salah satu cara menilai kondisi secara aktual maupun potensial mengenai kondisi klinis klien terhadap masalah kesehatan yang dialami. Data yang diperoleh dari Ny.S dengan post sectio caesarea 2 jam dengan P1A0 didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut :

**A. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi**

Menurut SDKI (2016), nyeri akut adalah pengalaman sensorik yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat serta dengan kekuatan ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan. Masalah keperawatan ini menurut PPNI (2016), problem atau masalah sudah tepat dan untuk penyebabnya yaitu agen

pencedera fisik. Etiologi nyeri akut adalah agen cedera biologis misal infeksi, agen cedera fisik misal abses, amputasi, prosedur bedah, truma, olahraga, olahraga berlebih, dan agen cedera kimiawi misal luka bakar (Hermand, 2015).

Diagnosa keperawatan nyeri akut ditegakkan karena adanya data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan, pasien mengatakan nyeri saat bergerak, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. Dan data objektifnya adalah pasien gelisah, pasien meringis ketika berpindah posisi, terdapat luka jahit post operasi, skala nyeri 4. Diagnosa keperawatan yang diangkat menjadi diagnosa utama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik karena nyeri adalah salah satu mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan adanya masalah. nyeri yang tidak ditangani dapat menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan pertumbuhan (S. Utami, 2016).

Menurut PPNI (2016) penulis menetapkan diagnosis ini menjadi diagnosis utama atau prioritas karena nyeri adalah faktor yang dapat menjadikan seluruh jaringan terjadi kerusakan apabila nyeri terjadi dan tidak diatasi akan menimbulkan perubahan pada jaringan bahkan dapat menyebabkan kehilangan jaringan yang normal.

Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3x8 jam untuk mengatasi nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dengan tujuan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Adapun intervensi yang telah ditetapkan yaitu manajemen nyeri antara lain: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan metode nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur (PPNI, 2018). Berikan metode nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara relaksasi tarik nafas dalam. Relaksasi adalah tindakan untuk menurunkan nyeri dengan merilekskan otot, teknik ini berguna untuk menurunkan skala nyeri (D. Utami, 2021).

Menurut Potter dan Perry (2010), langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam yaitu: 1) Ciptakan lingkungan tenang, upayakan senantiasa rileks serta tenang. 2) Menarik nafas dalam dari hidung serta mengisi paru-paru dengan udara lewat hitungan 1, 2, 3 perlahan-lahan udara dihembuskan lewat mulut sambil merasakan ekstremitas atas serta bawah rileks. 3) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali, menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan. 4) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks, usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam, pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri. 5) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang. 6) Ulangi hingga 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali. 7) apabila nyeri menjadi hebat, seseorang bisa bernafas dangkal dan cepat (Potter & Perry, 2010).

Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan sudah sesuai dengan rencana yang telah ditentukan, pada intervensi manajemen nyeri point terapeutik penulis memberikan penatalaksanaan nonfarmakologis dengan relaksasi nafas dalam. Sedangkan menurut Yuniwati (2019) penatalaksanaan nonfarmakologis juga bisa diberikan dengan terapi nafas dalam dan terapi jari tangan. Relaksasi tersebut yang dilakukan secara Bersama yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri. Dalam melakukan implementasi, klien bersedia melakukan anjuran atau arahan yang diberikan. Klien telah melakukan relaksasi tarik nafas dalam yang berguna untuk membantu mengurangi rasa nyeri.

Dari implementasi yang telah dilakukan selama tiga hari, penulis melakukan evaluasi keperawatan untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka pasca operasi. Evaluasi yang didapatkan: S: pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi saat bergerak, O: pasien terlihat meringis menahan nyeri saat bergerak, A: masalah teratasi sebagian, P: pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi relaksasi tarik nafas dalam.

**B. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea**

Risiko infeksi menurut SDKI DPP PPNI (2016) merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Infeksi luka operasi adalah salah satu komplikasi pasca pembedahan yang paling banyak terjadi pada pasien setelah dilakukan pembedahan, oleh karena itu upaya dalam menjaga kebersihan luka dan area sekitar luka post operasi harus lebih ditingkatkan lagi dengan tujuan untuk menghindari mikroorganisme masuk kedalam luka post operasi (Haryanti., 2016).

Diagnosis ini ditegakkan oleh penulis karena didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh luka setelah operasi nyeri dan sedikit terasa panas. Data objektif yaitu adanya luka setelah operasi sectio caesarea dan lukanya berwarna kemerahan.

Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3x8 jam untuk mengatasi risiko infeksi yang bertujuan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Batasi jumlah pengunjung. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (PPNI, 2018).

Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan rencana atau intervensi keperawatan pencegahan infeksi. Intervensi yang diberikan pada point terapeutik cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dilakukan pada saat mengganti perban luka post operasi pada pasien, hal ini bertujuan untuk menjaga kebersihan dan mengurangi resiko infeksi pada luka post operasi pada pasien. Menurut Sumarningsih (2020) cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan cairan saline dan untuk luka yang kotor dengan menggunakan NaCl 0.9% yang juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka (Sumarningsih, 2020).

Selain perawatan luka yang benar, pasien juga dianjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi dengan baik karena dengan memenuhi asupan nutrisi dengan baik bisa mempercepat penyembuhan luka post operasi. Menurut Lestari (2021) asupan nutrisi makanan bergizi sangat dibutuhkan ibu post sectio caesarea terutama makanan yang tinggi kalori protein untuk mempercepat pemulihan jaringan luka post operasi. protein bertugas mensuplai asam amino yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan dan regenerasi sel, beberapa jenis makanannya seperti ikan, telur, daging(Lestari, 2021).

Dari implementasi yang telah dilakukan selama tiga hari, penulis melakukan evaluasi keperawatan untuk diagnosis Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea, didapatkan evaluasi O: luka post operasi tidak ada tanda infeksi dan nafsu makan pasien meningkat, A: masalah teratasi sebagian, P: pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi ganti perban luka post operasi secara rutin.

**C. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga**

Intoleransi aktivitas menurut SDKI DPP PPNI (2016) merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Diagnosis ini ditegakkan oleh penulis karena didapatkan adanya data subjektif dan objektif pasien mengatakan tubuhnya lemah, pasien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur serta aktivitasnya yang dibantu dengan keluarga.

Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3x8 jam untuk mengatasi Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga yang bertujuan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, perasaan lemah menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor pola dan jam tidur. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan). Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan sudah sesuai dengan rencana atau intervensi keperawatan yang telah ditentukan yaitu manajemen energi, pada point edukasi penulis mengajurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap atau mobilisasi dini. Dalam melakukan implementasi, klien bersedia melakukan anjuran atau arahan yang diberikan. Menurut Agustin (2020) pada pasien post operasi sectio caesarea dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini pada pasien post sectio caesarea dapat meningkatkan sirkulasi darah yang berguna untuk menurunkan rasa nyeri dan proses penyembuhan luka lebih cepat dibandingkan dengan ibu post operasi yang tidak melakukan mobilisasi (Agustin, 2020). Tahapan mobilisasi dini pada ibu post sectio caesarea yaitu 6 jam pertama setelah operasi pasien bisa menggerakkan tangan, jari-jari, lengan, dan dapat menggerakkan kedua kaki (Sumaryati, 2018).

Dari implementasi yang telah dilakukan selama tiga hari, penulis melakukan evaluasi keperawatan untuk diagnosis Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga, evaluasi yang didapatkan: S: pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas ringan dengan dibantu keluarga, O: pasien sudah bisa duduk dan berdiri dibantu dengan keluarga, A: masalah teratasi sebagian, P: pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi aktivitas secara bertahap atau mobilisasi dini.

### **Tambahan Diagnosa**

#### **1. Menyusui Efektif**

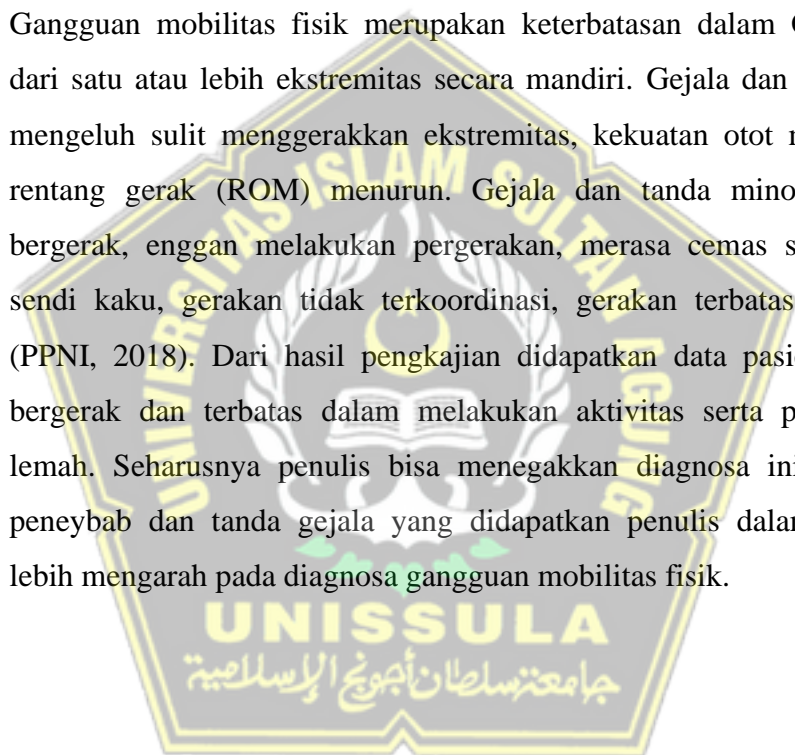
Menyusui efektif (D.0028) berhubungan dengan rawat gabung. Menyusui efektif merupakan pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi. Gejala dan tanda mayor: ibu merasa percaya diri selama proses menyusui, ASI menetes. Gejala dan tanda minor: bayi tidur setelah menyusui, payudara ibu kosong setelah menyusui (PPNI, 2018). Dari hasil pengkajian didapatkan data ASI Ibu keluar sedikit. Seharusnya menjadi



diagnosa prioritas karena ASI sangat dibutuhkan bayi baru lahir sampai umur 6 bulan, karena komponen ASI yang mudah dicerna dan memiliki kandungan nutrisi yang baik. Intervensi yang bisa dilakukan yaitu dengan melakukan pijat menggunakan minyak zaitun yang bertujuan untuk relaksasi dan melancarkan ASI (Riyanti & Purwanti, 2021).

## 2. Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri ditandai dengan nyeri saat bergerak, fisik lemah, dan gerakan terbatas. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gejala dan tanda mayor: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2018). Dari hasil pengkajian didapatkan data pasien nyeri saat bergerak dan terbatas dalam melakukan aktivitas serta pasien terlihat lemah. Seharusnya penulis bisa menegakkan diagnosa ini karena dari penyebab dan tanda gejala yang didapatkan penulis dalam pengkajian lebih mengarah pada diagnosa gangguan mobilitas fisik.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab V, penulis akan memberikan kesimpulan dan saran dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan selama tiga hari pada klien dengan post operasi sectio caesarea di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

#### **A. Kesimpulan**

Setelah penulis melakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implmentasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan maternitas pada Ny.S dengan post sectio caesarea di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Tindakan Section Caesarea merupakan salah satu opsi untuk perempuan yang akan melakukan tindakan persalinan dengan adanya tanda medis dan non medis, proses tindakan Sectio Caesarea ialah dengan cara memutuskan jaringan kontinuitas atau persambungan dengan insisi untuk mengeluarkan bayi atau janin. Post partum / masa nifas adalah masa pemulihan setelah melalui masa kehamilan dan persalinan yang dimulai sejak lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali dalam kondisi seperti sebelumnya pada saat ibu tidak dalam mas hamil. Masa nifas adalah masa yang membutuhkan perhatian dan perawatan yang intensif sebab pada masa ini terjadi penurunan daya tahan tubuh dan sistem fungsi tubuh
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Ny.S diagnosa yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi. Diagnosa kedua Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit ditandai dengan luka post sectio caesarea. Diagnosa ketiga Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga. Setelah dilakukan tindakan keperawatan sesuai

intervensi yang telah ditentukan didapatkan hasil evaluasi masalah teratasi sebagian karena masalah ini masih perlu tindakan lanjut supaya luka operasi cepat kering.

## **B. Saran**

1. Perawat hendaknya melaksanakan pengkajian post sectio caesarea secara tepat agar tidak muncul komplikasi yang lebih berat sesuai tahapan asuhan keperawatan, sebab pada dasarnya post operasi sectio caesarea dapat sembuh secara cepat apabila dilakukan tindakan tepat.
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan dibutuhkan kerjasama dengan tenaga kesehatan yang lain, serta keluarga sehingga dapat dilakukan penentuan tindakan secara tepat.
3. Untuk pendokumentasian hendaknya dilengkapi mulai dari pengkajian sampai evaluasi supaya penerapan asuhan keperawatan lebih terfokus sehingga intervensi dapat dilakukan dan informasi yang diberikan harus lebih jelas agar dalam pelaksanaannya tidak terjadi salah paham antar anggota perawat.
4. Hendaknya rumah sakit memberikan informasi-informasi tentang kesehatan pada pasien dengan menggunakan leaflet agar dapat diinformasikan pada orang lain, sehingga pengetahuan masyarakat tentang kesehatan meningkat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, R. R., Koeryaman, M. T., & DA, I. A. (2020). Gambaran Tingkat Cemas, Mobilisasi, dan Nyeri Pada Ibu Post Operasi Sectio Sesarea di RSUD dr. Slamet Garut. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan Dan Farmasi*, 20(2), 223–234. [https://mail.ejurnal.stikes-bth.ac.id/index.php/P3M\\_JKBTH/article/view/613](https://mail.ejurnal.stikes-bth.ac.id/index.php/P3M_JKBTH/article/view/613)
- Arda, D., & Hartaty, H. (2021). Penerapan Asuhan Keperawatan Post Op Section Caesarea dalam Indikasi Preeklampsia Berat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(2), 447–451. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.631>
- Astutik, P., & Kurlinawati, E. (2017). Pengaruh Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Delima RSUD Kertosono. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2), 30–37.
- Astutiningrum, D., & Fitriyah. (2019). Penerapan Tehnik Relaksasi Benson untuk Menurunkan Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea. *University Research Colloqium*, 934–938.
- Dermawan. (2016). Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Post Op Sectio Caesarea Di Ruang Perawatan Mawar Nifas Rsud. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *FLEPS 2019 - IEEE International Conference on Flexible and Printable Sensors and Systems, Proceedings*, 6(1), 1–46. <https://doi.org/10.1016/j.snb.2019.127013>
- Fajriani, F. (2016). Analisis Hubungan antara Pengetahuan, Psikologi dan Pengalaman bersalin Ibu dengan Pemilihan Proses Persalinan Normal atau Caesarea Pada Pasien Melahirkan di RSIA Hermina Ciputat. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 12(2), 2001–2002.
- Haryanti, L., Pudjiadi, A. H., Ifran, E. K. B., Thayeb, A., Amir, I., & Hegar, B. (2016). Prevalens dan Faktor Risiko Infeksi Luka Operasi Pasca-bedah. *Sari Pediatri*, 15(4), 207. <https://doi.org/10.14238/sp15.4.2013.207-12>
- Hermard. (2015). *diagnosis keperawatan : definisi dan klasisifikasi2015-2017 edisi 10*. EGC.
- Irawati, A. E., Wulandari, Y., & Ekacahyaningtyas, M. (2019). Korelasi Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Ibu Hamil Sebelum Operasi Sectio Caesarea Di Rsud Karanganyar. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Lestari, P., Haniah, S., & Utami, T. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Ny . S dengan Masalah Risiko Infeksi Post- Operasi Sectio Caesarea di Ruang Bougenvile RSUD Dr . R . Goeteng*.
- Maharani, S. T. (2020). *Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan*

*Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Di Rsud Temanggung.* 1381–1387.

- Maryunani, A. (2017). *asuhan ibu nifas dan asuhan ibu menyusui*. In Media.
- Mochtar, R. (2013). *Sinopsis obstetri*. EGC.
- Potter & Perry. (2010). *Buku ajar Fundamental Keperawatan (konsep, proses, dan praktik)*. EGC.
- Pragholapati, A. (2020). Effect Of Progressive Muscle Relaxation Technique On Pain In Post Sectio caesarea. *Jurnal Kesehatan Dr. Soebandi*, 8(2), 112–122. <https://doi.org/10.36858/jkds.v8i2.216>
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- Pujiastuti, W., Yuniyanti, B., & Kemenkes Semarang, P. (2021). Efektifitas senam nifas dan latihan kegel dalam mencegah inkontenensia urin masa nifas. *Jitk*, 12(1), 78–82. <http://ojs.stikesbhamadaslawi.ac.id/index.php/jik>
- Response, P., Pilang, A., S, D. I. D., & Endang, R. S. (2022). *IJNHS Effect of " Sape " Music Therapy on Decreasing*. 5(1), 28–37.
- Riyanti, E., & Purwanti, Y. (2021). Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien Post SC dengan Masalah Keperawatan Menyusui Efektif di RS Margono Soekarjo Purwokerto. *Proceeding of the URECOL*, 1084–1084.
- Rohmah, N. (2022). *Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021*. 1(September 2021), 34–40.
- Sanjaya, R., Febriyanti, H., Fara, Y. D., Veronica, S. Y., Maesaroh, S., Muharramah, A., & Nugroho, T. A. (2021). Kehamilan Tetap Sehat Di Masa Pandemi. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 4(3), 631. <https://doi.org/10.31764/jpmb.v4i3.4826>
- Sumarningsih, P., Yasin, N. M., & Asdie, R. H. (2020). Pengaruh Faktor Resiko Terhadap Kejadian ILO pada Pasien Bedah Obstetri dan Ginekologi di RSUD Dr . Sardjito Yogyakarta. *Majalah Farmaseutik*, 16(1), 43–49. <https://doi.org/10.22146/farmaseutik.v16i1.47986>
- Sumaryati. (2018). *Hubungan Mobilisasi Dini dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Sectio Caecarea di Bangsal Mawar RSUD Temanggung*. 1(1), 20–28.

- Syokumawena. (2021). *Implementasi Keperawatan Pada Pasien Gastritis Dengan Masalah Nyeri Akut Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang , Sumatera Selatan , IndoneSupraptosia. 1*(November), 196–202.
- Taviyanda, D. (2019). Adaptasi Psikologis Pada Ibu Post Partum Primigravida (Fase Taking Hold) Sectio Caesarea Dan Partus Normal. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 5(1). <https://doi.org/10.32660/jurnal.v5i1.339>
- Utami, D. (2021). Literature Review : Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local.*, 1.
- Utami, S. (2016). Efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparotomi. *Universitas Riau*, 4(1), 1–13.
- Viandika, N., & Septiasari, R. M. (2020). Pengaruh Continuity Of Care Terhadap Angka Kejadian Sectio Cessarea. *Journal for Quality in Women's Health*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.30994/jqwh.v3i1.41>
- Wahyu, A. (2018). *Efektifitas relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pasien pasca sectio caesarea. 2*, 236–251.
- Wiratama, P. (2019). *langkah awal pengkajian dalam proses keperawatan*.
- Yuniwati, C. (2019). Efektifitas Teknik Relaksasi Pernapasan Dan Teknik Foot and Hand Massage Pada Pasien Pasca Persalinan Sectio Caesarea (Sc) Di Rsud Langsa, Aceh. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v3i1.1611>
- Taviyanda, D. (2019). Adaptasi Psikologis Pada Ibu Post Partum Primigravida (Fase Taking Hold) Sectio Caesarea Dan Partus Normal. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 5(1). <https://doi.org/10.32660/jurnal.v5i1.339>
- Utami, D. (2021). Literature Review : Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local.*, 1.
- Utami, S. (2016). Efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparotomi. *Universitas Riau*, 4(1), 1–13.
- Viandika, N., & Septiasari, R. M. (2020). Pengaruh Continuity Of Care Terhadap Angka Kejadian Sectio Cessarea. *Journal for Quality in Women's Health*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.30994/jqwh.v3i1.41>
- Wahyu, A. (2018). *Efektifitas relaksasi benson terhadap penurunan nyeri pasien pasca sectio caesarea. 2*, 236–251.
- Wiratama, P. (2019). *langkah awal pengkajian dalam proses keperawatan*.