

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DENGAN POST OP SECTIO
CAESAREA DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Nur Aini

Nim : 40901900040

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

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DENGAN POST OP SECTIO
CAESAREA DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nur Aini

Nim : 40901900040

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

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah 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 dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L POST OP
SECTIO CAESAREA DIRUANG BAITUNNISA 2 RSI
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Nur Aini

NIM. 40901900040

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya
Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula

Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 3 Juni 2022



Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, written over the 'Pembimbing' text. The signature is stylized and appears to be 'Ns. Apriliani Yulianti Wuringingsih'.

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

NIDN : 0618048901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 6 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 6 Juni 2022

Penguji I

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

NIDN : 06-0906-7504



Penguji II

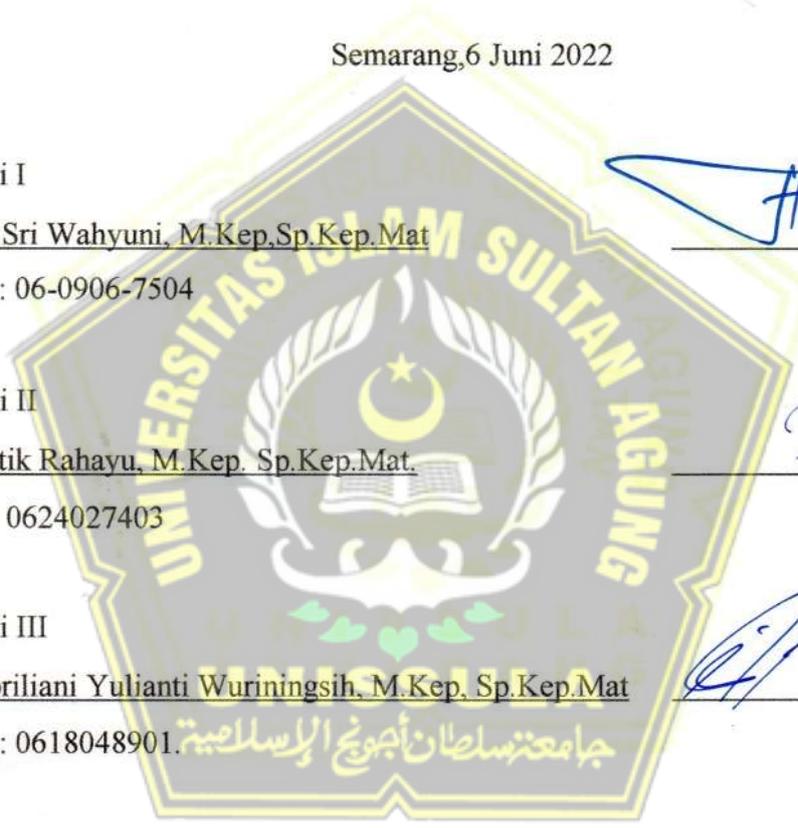
Ns. Tutik Rahayu, M.Kep. Sp. Kep. Mat.

NIDN. 0624027403



Penguji III

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

NIDN : 0618048901. 



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 06-2208-7403

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**
Karya Tulis ilmiah
Nur Aini

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DENGAN POST OP SECTIO CAESAREA DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) merupakan salah satu tindakan medis dimana dilakukan suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan ketika kondisi ibu dan janin ditemukan kendala atau penyulit saat persalinan dan harus dilakukan dengan pembedahan. Tujuan penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan dengan masalah nyeri post op section caesarea. Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan jumlah 1 orang responden dengan diagnosa *post op section caesarea* dengan masalah keperawatan nyeri. Data klien diperoleh melalui metode wawancara, observasi dan dokumentasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri meliputi pengkajian, Analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Hasil penelitian didapatkan pada pengkajian terdapat 3 diagnosa yang muncul yakni : nyeri akut, defisit pengetahuan dan resiko infeksi. Dalam implementasi keperawatan sebagian besar telah sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Implementasi yang dilakukan sebagian besar telah dilakukan sesuai rencana yang ditetapkan. setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari penulis menyimpulkan terdapat masalah yang teratasi dan teratasi sebagian, Tindakan keperawatan secara komprehensif sangat diperlukan dalam proses pemulihan pasien dengan post op section caesarea, dengan terbentuknya kerja sama tim yang baik dapat meningkatkan kesehatan pasien/keluarga. Diharapkan dari hasil penelitian ini menjadi acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op section caesarea

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Sectio Caesarea, Post Partum

DIII NURSING PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Scientific Papers
Nur Aini

ABSTRACT

**NURSING CARE ON Mrs. L WITH POST OP SECTIO CAESAREA IN
BAITUNNISA ROOM 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Sectio Caesarea (SC) delivery is a medical procedure in which a surgery is performed to give birth to a child through an incision in the abdominal wall and uterus. Sectio Caesarea (SC) is performed when the condition of the mother and fetus is found to have problems or complications during delivery and must be performed surgically. The purpose of this study was to provide nursing care with post-op section caesarean pain problems. The design of this research is descriptive with the number of 1 respondent with a post-op caesarean diagnosis with pain nursing problems. Client data obtained through interviews, observation and documentation. Nursing actions to treat pain include assessment, data analysis, nursing diagnoses, nursing interventions, nursing implementation, and nursing evaluation. The results of the study found that in the study there were 3 diagnoses that emerged, namely: acute pain, knowledge deficit and risk of infection. In the implementation of nursing, most have been in accordance with the action plan that has been set. Most of the implementations have been carried out according to the established plan. after nursing care for 3 days the author concludes that there are problems that are resolved and partially resolved, comprehensive nursing actions are very necessary in the recovery process of patients with post-op caesarean sections, with the formation of good teamwork can improve the health of patients/families. It is hoped that the results of this study will become a reference in performing nursing care for patients with post-op caesarean section

Keyword : Nursing care, Caesarea Section, Post partum

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah robbal'alam

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagai syarat untuk memenuhi persyaratan mencapai ahli madya keperawatan dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulisan karya tulis ilmiah ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu saya ucapkan terimakasih yang sedalam-dalamnya penulis sampaikan kepada yang terhormat :

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
3. Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku dosen pembimbing yang telah sabar dan ikhlas meluangkan waktu dan tenaganya. Terimakasih karena sudah membimbing, memberikan ilmu yang bermanfaat, nasehat, serta semangat dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
4. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.

5. Teruntuk kedua Orang Tua saya serta kakak-kakak saya yang selalu memberikan doa dan dukungannya.
6. Terimakasih kepada teman angkatan D3 ilmu keperawatan unissula 2019 yang telah memberikan dukungan semangat.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis tuliskan satu per satu. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik sebagai evaluasi bagi penulis. Peneliti berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 31 mei 2022

Penulis



DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
1. Bagi institusi pendidikan.....	3
2. Bagi profesi keperawatan.....	4
3. Bagi lahan praktik.....	4
4. Bagi masyarakat.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Definisi Sectio Caesarea.....	5
B. Tujuan Asuhan Keperawatan Post Op Sectio Caesarea.....	5
C. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Op Sectio Caesarea.....	6
D. Konsep Asuhan Keperawatan.....	7
1. Pengkajian.....	7
2. Diagnosa Keperawatan.....	13
3. Intervensi Keperawatan.....	14
E. Fisiologisway.....	18
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	19

A. Pengkajian Keperawatan	19
1. Identitas	19
2. Keluhan utama.....	19
3. Riwayat kesehatan sekarang.....	19
4. Masalah kehamilan	19
5. Riwayat menstruasi	20
6. Riwayat KB	20
7. Pemeriksaan fisik.....	20
8. Pengkajian kebutuhan khusus.....	21
9. Program terapi	21
10. Pemeriksaan penunjang	21
B. Analisa Data	22
C. Diagnosa Keperawatan.....	22
D. Intervensi Keperawatan.....	23
E. Implementasi Keperawatan.....	24
F. Evaluasi Keperawatan	25
BAB IV PEMBAHASAN.....	26
A. Pengkajian	26
B. Diagnosa Keperawatan.....	27
BAB V PENUTUP.....	31
A. Kesimpulan.....	31
B. Saran.....	32
DAFTAR PUSTAKA	34

DAFTAR SKEMA

1. Skema 2.1 Pathway Sectio Caesarea..... 18



DAFTAR TABEL

1. Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium Klinik.....21



BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Persalinan *Sectio Caesarea* (SC) merupakan salah satu tindakan medis dimana dilakukan suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Jauniaux & Grobman, 2016). *Sectio Caesarea* (SC) didefinisikan sebagai kelahiran fetus melalui laparotomi lalu *hysterectomy*. *Sectio Caesarea* (SC) dilakukan ketika kondisi ibu dan janin ditemukan kendala atau penyulit saat persalinan dan harus dilakukan dengan pembedahan (Oxorn, 2012).

Data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018, rata-rata persalinan SC disebuah negara mencapai 5%-15% per 1000 kelahiran seluruh dunia. Melalui *Global Survey on Maternal and Perinatal Health* pada tahun 2018 menunjukkan angka 46,1% persalinan dilakukan dengan melalui prosedur SC dan mengalami kenaikan secara signifikan setiap tahunnya. Di wilayah Asia Tenggara sendiri menurut *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) tercatat sebanyak 9550 kasus per 100 ribu kasus pada tahun 2017 dan terus mengalami fluktuasi sepanjang tahun.

Angka kejadian *sectio caesarea* (SC) tahun 2018 di Indonesia pada perempuan berumur 10-54 tahun mencapai 17,6% dari seluruh jumlah persalinan (KEMENKES, 2020). Di iringi dengan peningkatan kejadian SC secara signifikan disetiap daerah khususnya di provinsi Jawa Tengah dengan jumlah 11,8% dan menduduki peringkat 10 (sepuluh). Menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang pada tahun 2018 jumlah program SC mencapai angka 30-35% dari total seluruh persalinan (Dinkes, 2020). Angka tersebut terus mengalami kenaikan yang disebabkan oleh berbagai faktor khususnya pada pasien yang dirawat pada tahun 2021 sampai awal 2022 di RSI Sultan Agung Semarang di ruang Bersalin dengan jumlah 30-80% dari keseluruhan persalinan. angka kejadian asfiksia terkait oleh berbagai faktor,

salah satunya adalah faktor persalinan dengan tindakan yaitu sectio caesarea dan faktor ibu yaitu ketuban pecah dini dan kejadian asfiksia pada bayi baru lahir masih cukup tinggi.

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu, pada pembukaan < 4 cm dalam fase laten (Nugroho, 2012). KPD didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan, KPD bisa menyebabkan terjadinya hipoksia dan asfiksia akibat oligohidramnion, yaitu suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu kurang dari 300 cc yang dapat menjadi indikasi dilakukannya Sectio Caesarea.

Dampak setelah dilakukannya SC efek dari pembedahan dan terjadi robekan jaringan pada dinding uterus dan dinding perut dapat menimbulkan perubahan kontinuitas jaringan sehingga ibu merasakan sensasi nyeri akibat insisi tersebut. Selain nyeri pada perut dan uterus, nyeri punggung dan nyeri tengkuk dapat timbul pada ibu post SC efek dari pemberian anestesi epidural ketika operasi. Persalinan SC memberikan dampak positif dan juga negatif pada ibu. Dampak positif tindakan SC dapat membantu persalinan ibu, apabila ibu tidak dapat melakukan persalinan secara pervaginam. Dampak nyeri jika tidak di tangani dapat memengaruhi aspek psikologis meliputi kecemasan, takut, perubahan kepribadian, perilaku serta gangguan tidur. Aspek fisiologis nyeri mempengaruhi peningkatan angka morbiditas dan mortalitas (Wardani, 2014). Selain itu, dapat memberikan dampak negatif terhadap konsep diri ibu. Karena ibu kehilangan pengalaman melahirkan secara normal serta kehilangan harga diri yang terkait dengan perubahan citra tubuh akibat tindakan operasi (Utami, 2016). Komplikasi yang mungkin muncul pada ibu post SC yakni luka jahitan yang tidak menutup dengan sempurna, resiko infeksi luka operasi, terbatasnya mobilitas fisik dan rasa tidak nyaman akibat sensasi nyeri yang dirasakan (Sitorus, 2012).

Nyeri yang dialami pasien post operasi bersifat akut dan harus segera ditangani. Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri (Yuliatun, 2015). Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi nafas dalam serta relaksasi distraksi untuk mengurangi rasa nyeri, pergerakan atau perubahan posisi, masase, akupressur, terapi panas atau dingin, hypnobirthing, music dan TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) (Kurlinawati, & Astutik, 2017)

Asuhan keperawatan yang diberikan pada ibu pasca persalinan SC yakni perawatan secara komprehensif mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Dengan tujuan untuk mengurangi dan mencegah terjadinya masalah lebih lanjut perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam penganggulan nyeri, perawat dapat memberikan edukasi untuk mengatasi nyeri diluar pengobatan atau non farmakologi yakni dengan teknik relaksasi napas dalam ataupun dengan teknik distraksi (Tamsuri, 2015). Adaptasi fisik dan psikologis ibu post SC juga menjadi peran dan tanggung jawab perawat dengan pendekatan asuhan keperawatan maternitas, secara bertahap dimulai dari pendekatan kepada keluarga dan pasien yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan secara menyeluruh serta professional. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik mengangkat topik kasus dengan tema “Asuhan keperawatan pada Ny. L dengan *Post Op Sectio Caesarea* (SC) di ruang Bersalin RSI Sultan Agung Semarang”.

B. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu/dapat menerapkan asuhan kepearwatan secara komprehensif pada Ibu nifas dengan *Post Op Sectio Caesarea* (SC) di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan mengenai konsep dasar medis pada Ny.L dengan Post SC
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan mengenai konsep dasar keperawatan pada Ny.L dengan Post SC
- c. Mahasiswa mampu melaksanakan aplikasi asuhan keperawatan pada Ny.L dengan Post SC

C. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sumber informasi penelitian terkhusus bagi institusi kesehatan di bidang keperawatan dalam mengembangkan ilmu keperawatan guna menyiapkan perawat yang kompeten dan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik, khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada ibu nifas Post SC

2. Bagi Keperawatan

Mampu melatih berfikir kritis dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas dengan Post SC dan meningkatkan kemampuan dalam keperawatan maternitas

3. Bagi Lahan Praktik

Dapat dijadikan media pembelajaran dalam asuhan keperawatan pada ibu nifas Post SC dan meningkatkan mutu pelayanan yang berkualitas tinggi

4. Bagi Masyarakat

Masyarakat mampu mengerti dan memahami pentingnya adaptasi fisiologis dan psikologis ibu nifas Post SC

BAB II

KONSEP DASAR

A. Definisi Sectio Caesarea

Sectio Caesarea adalah satu bentuk persalinan dengan melakukan sebuah insisi pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus dengan tujuan mengeluarkan bayi. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina terdapat kendala/ suatu problem kendati metode ini semakin umum sebagai pengganti persalinan normal (Jauniaux & Grobman, 2016). Sectio Caesarea merupakan persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat diatas 500 gr (Jong, 2012).

Persalinan Sectio Caesarea merupakan proses melahirkan janin, plasenta dan selaput ketuban melalui dinding perut dengan cara membuat irisan pada dinding perut dan rahim, dilakukan dengan tujuan agar keselamatan ibu dan bayi dapat ditangani dengan baik (Oxorn, 2012).

Tindakan SC dilakukan karena adanya komplikasi dan penyulit yang dapat menyebabkan kematian bagi ibu. Indikasi SC secara klinis dibagi menjadi 3, yaitu indikasi ibu, utero-plasental dan janin. Panggul dan rahim pada ibu dengan usia ≤ 20 tahun belum berkembang dengan baik sehingga dapat menjadi penyulit persalinan. Selain itu risiko kematian akibat persalinan pada wanita usia 35 tahun juga 3 kali lebih tinggi dari kelompok usia reproduksi sehat (21-35 tahun) (Saifudin, 2013).

B. Tujuan asuhan keperawatan post op section caesarea

Asuhan keperawatan post SC dilakukan untuk menggali dan mengatasi masalah yang muncul akibat insisi pembedahan, diberikan secara menyeluruh dan komprehenensif baik dari segi bio-fisio-psiko dan spiritual (Perry & Potter, 2012).

Persalinan section caesarea mempunyai risiko masalah atau komplikasi lima kali lebih tinggi dibandingkan persalinan normal. Banyak faktor yang

mempengaruhi akan hal tersebut, perdarahan atau pengeluaran darah yang berlebih dan infeksi merupakan masalah yang sering kali dialami oleh ibu. Perdarahan terjadi akibat terbukanya cabang-cabang arteria uterine karena insisi atau pembedahan. Tanda infeksi pada ibu nifas post SC dapat diamati dengan keluarnya lochea yang berlebih berbentuk layaknya nanah dan berbau tidak sedap atau busuk, tingginya fundus uteri serta ukuran uterus yang lebih besar dan lembek dari kondisi yang seharusnya (Ramadanty, 2019). Nyeri muncul akibat insisi yang menimbulkan gangguan rasa nyaman. Masalah post SC lain yang dapat muncul yakni risiko lebih tinggi bayi tidak disusui oleh ibu dibanding dengan persalinan pervaginam, sensasi nyeri yang dirasakan menjadi faktor penyulit sang ibu untuk menyusui banyinya, jika inisiasi menyusui dini mengalami keterlambatan dapat berakibat penurunan dari sekresi prolaktin. Masalah mobilitas fisik muncul dari efek insisi atau terputusnya kontinuitas jaringan, mobilisasi ibu mengalami keterbatasan konsekuensi dari rasa nyeri dan sekitar 68% ibu mengalami kesulitan dalam perawatan terhadap bayinya (Mander, 2012).

C. Adaptasi fisiologis dan psikologis post op sectio caesarea

Pada masa post partum ibu banyak mengalami kejadian yang penting, mulai dari perubahan fisik, masa laktasi maupun perubahan psikologis menghadapi keluarga baru dengan kehadiran buah hati yang sangat membutuhkan perhatian dan kasih sayang. Pada masa ini, ibu post partum menjadi sangat sensitif sehingga peran tenaga kesehatan (dokter, bidan dan perawat) sangatlah penting dalam hal memberi penjelasan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat supaya tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis. Dukungan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif bagi ibu post partum. prosedur metode melahirkan yang dialami oleh ibu dapat mempengaruhi adaptasi fisiologis dan psikologinya (Mochtar .R, 2012).

1. Adaptasi fisiologis post op sectio caesarea

- a. Tanda tanda vital

24 jam pertama suhu meningkat kurang lebih 38 C akibat adanya dehidrasi dan perubahan hormonal, relaksasi otot. Dan normal kembali dalam waktu 24 jam. Bila kenaikan suhu lebih dari 2 hari maka pasien menunjukkan adanya sepsis puerpuralis, infeksi traktus urinarius, endometriosis, mastitis atau adanya infeksi lain. Pembengkakan payudara pada hari kedua atau ketiga dapat meningkatkan suhu pasien (Saifudin, 2013).

b. *System cardiovaskuler*

Dapat terjadi bradikardi segera persalinan, tachikardi bila terjadi mereflesikan, infeksi traktus urinarius, endometriosis, mastitis atau adanya infeksi lain. Tekanan darah normal setelah melahirkan, penambahan sistolik 30 mmHg atau penambahan diastolik 15 mmHg khususnya bila disertai adanya sakit kepala atau gangguan penglihatan merupakan adanya tanda preeklamsi (Mochtar R, 2012).

c. *Komponen darah.*

Darah Hb, Ht dan eritrosit seorang ibu post partum normalnya harus mendekati tingkat sebelumnya, penurunan pada kadar hematokrit 6 menunjukkan adanya kehilangan darah selama periode intra partum. Mekanisme pembekuan darah diaktifkan pada periode post partum (Moore, 2013).

d. *Sistem pernapasan*

letak diafragma berubah karena pertumbuhan janin. Efek anestasi menyebabkan penumpukan sekret sehingga merangsang terjadinya batuk.

e. *System endocrine*

Mengalami perubahan secara tiba – tiba dalam kala IV setelah bersalin. Setelah plasenta lahir terjadi penurunan estrogen dan progesteron. Prolaktin menurun tonus pada wanita yang tidak meneteki bayinya dan akan meningkat pada wanita yagn meneteki. Menstruasi biasanya terjadi setelah 12 minggu post partum pada ibu yang tidak menyusui dan 36 hari pada ibu yang menyusui.

f. Laktasi

Produksi ASI mulai hari ke-3 post partum. Pembesaran payudara, puting susu menonjol, kolostrum berwarna kuning keputihan / jernih, areola mamai berwarna gelap atau hitam

g. *System gastrointestinal*

Pengembangan fungsi defekasi lambat dalam minggu pertama post partum dan kembali normal setelah minggu pertama, efek enestesi pada SC menyebabkan mortilitas usus terjadi penurunan segera setelah bayi lahir. Terjadi gangguan pola eliminasi buang air besar.

h. *System musculoskeletal*

Terjadi perengangan dan penekanan otot, oedem ekstremitas bawah akan berkurang pada minggu pertama. Pada post SC terdapat luka insisi dengan bentuk sesuai jenis SC sebagai efek enestesi maskuloskeletul mengalami hilangnya rasa atau baal.

i. System perkemihan

Kandung kemih oedem dan sensitivitas menurun sehingga menimbulkan over distension. Terpasang DC untuk mengobservasi balance cairan.

j. System reproduksi

Involusi uteri terjadi sesaat setelah melahirkan dan prosesnya cepat, setelah melahirkan uterus membersihkan dirinya dengan debris yaitu pengeluaran lochea. Macam – macam lochea berdasarkan jenis dan warnanya :

- 1) Lochea rubra : 1-3 hari berwarna merah.
- 2) Lochea sanguilenta : 3-7 hari berwarna putih campur merah.
- 3) Lochea serosa : 7-14 hari, berwarna kekuningan.
- 4) Lochea alba : setelah hari ke-14, berwarna putih.

2. Adaptasi psikologis post op sectio caesarea

Ibu post partum secara *sectio caesarea* mengalami nyeri akibat pembedahan yang dilakukan, untuk mobilitas masih memerlukan bantuan dari orang lain. secara psikologis ibu post partum melewati fase antara lain fase *taking in*, *taking hold*, dan *letting go*, dimana masing-masing fase ini lah seorang ibu post partum dapat diketahui bagaimana perubahan adaptasinya selama ia pada masa post partum. Perubahan psikologis ibu mungkin sangat dianggap sepele tetapi hal ini juga dapat mempengaruhi kesiapan seorang ibu dalam mengasuh bayinya dan apabila hal ini tidak diperhatikan dengan sungguh maka dapat berdampak gangguan psikologis (Saifudin, 2013).

a. Fase *taking in*/tergantung

Perilaku ibu tergantung pada orang lain, perhatian terfokus pada dirinya sendiri, pasif, belum ingin kontak dengan bayinya, ibu 8 masih tiduran, malas menyusui, berlangsung 1-2 hari. Dengan luka SC ibu lebih tergantung dikarenakan nyeri pada luka post operasi.

b. Fase *taking hold*/ antara tergantung dan mandiri

Fokus perhatian lebih luas termasuk pada bayinya, mandiri dan inisiatif dalam perawatan pada bayinya, dimulai pada hari ketiga dan berakhir pada hari ke 4 atau ke 5. Pada saat ini adalah saat yang tepat dilakukan penyuluhan kesehatan tentang perawatan diri dan bayi.

c. Fase *letting go*/mandiri

Ibu mendapat peran dan tanggung jawab baru, perawatan diri dan bayinya meningkat terus, menyadari bahwa dirinya terpisah dengan bayinya

D. Konsep asuhan asuhan keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan

pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien (Perry, 2012).

- I. Identitas pasien berisi mengenai : nama, umur, Pendidikan, suku, agama, no. rekam medis dan identitas penanggung jawab
- II. Riwayat Kesehatan Pasien
 - a. Keluhan utama
Keluhan yang dirasakan oleh ibu nifas yaitu nyeri
 - b. Riwayat penyakit sekarang
Terdapat penyulit dalam persalian sehingga diharuskan untuk SC
 - c. Riwayat penyakit dahulu
Pengalaman perawatan kesehatan meliputi riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat alergi terhadap makanan atau obat serta gaya hidup
 - d. Riwayat kesehatan keluarga
Kemungkinan adanya riwayat penyakit kronis atau akut seperti : hipertensi, DM, penyakit jantung yang mana bisa berpengaruh pada masa nifas
 - e. Riwayat perkawinan
Jumlah perkawinan, status persalinan
 - f. Riwayat menstruasi
Usia menarache, siklus menstruasi meliputi karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan selama menstruasi, mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)
 - g. Riwayat kelahiran
Riwayat kehamilan sebelumnya (usia dan faktor penyulit), riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, penyulit), komplikasi pada masa nifas (perdarahan, laserasi, infeksi) dan jumlah anak
 - h. Riwayat keluarga berencana
Jenis KB yang digunakan serta masa penggunaan KB

III. Pola Fungsional Gordon

- a. Pola manajemen kesehatan dan persepsi : pengetahuan terhadap status kesehatan pasien, persepsi sehat sakit bagi pasien, manajemen terhadap kesehatan, pemeriksaan diri, perilaku dalam menghadapi masalah kesehatan
- b. Pola nutrisi-metabolik: gambaran tentang pola makan dan minum, jenis makanan, frekuensi, porsi serta makanan pantangan. Pola nutrisi dapat mempengaruhi produksi ASI pada ibu nifas. Nutrisi yang baik akan mempercepat proses penyembuhan post op SC.
- c. Pola eliminasi : gambaran pola fungsi skresi pada buang air kecil dan besar. Meliputi frekuensi, konsistensi bau dan warna, serta kebiasaan saat buang air ataupun kendala.
- d. Pola aktivitas latihan : gambaran pola kegiatan pasien setiap hari. Pada pola ini yang perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi seperti misalnya, seberapa sering, apakah ada kesulitan, dengan bantuan atau sendiri
- e. Pola istirahat-tidur : menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur siang, serta penggunaan waktu luang seperti pada saat menidurkan bayi, ibu juga harus ikut tidur sehingga istirahat-tidur terpenuhi
- f. Pola persepsi-kognitif : menggambarkan tentang penginderaan (pengelihatannya, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba). Biasanya ibu yang tidak mampu untuk menyusui bayi akan menghadapi kecemasan tingkat sedang panik dan akan mengalami penyempitan persepsi yang dapat mengurangi fungsi kerja dari indra
- g. Pola konsep diri-persepsi diri : menggambarkan tentang keadaan sosial (pekerjaan, situasi keluarga, kelompok sosial), identitas personal (kelebihan dan kelemahan diri), keadaan fisik (bagian

tubuh yang disukai dan tidak), harga diri (perasaan mengenai diri sendiri), riwayat yang berhubungan dengan masalah fisik atau psikologis pasien

- h. Pola hubungan-peran : menggambarkan peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain
- i. Pola seksual-reproduksi : masalah pada seksual-reproduksi, menstruasi, jumlah anak, pengetahuan yang berhubungan dengan kebersihan reproduksi.
- j. Pola toleransi stress-koping : menggambarkan tentang penyebab, tingkat, respon stress, strategi koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress
- k. Pola keyakinan-nilai : menggambarkan tentang latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat budaya yang berkaitan dengan kesehatan.

IV. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan umum : tingkat kesadaran, jumlah GCS, tanda tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh), berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas (LILA).
- b. Pemeriksaan Head to Toe
 - 1) Kepala : amati wajah pasien (pucat atau tidak), adanya kloasma.
 - 2) Mata : konjungtiva (anemis atau tidak anemis)
 - 3) Leher : adanya pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, adanya pembengkakan kelenjar limpha atau tidak
 - 4) Dada :

Inspeksi: payudara (warna areola (menggelap atau tidak), puting (menonjol atau tidak), pengeluaran ASI (lancar atau

tidak), pergerakan dada (simetris atau tidak), penggunaan otot bantu pernafasa.

Auskultasi : bunyi nafas vaskuler atau tidak

Perkusi : perkusi paru dulnes

- 5) Abdomen : adanya linea atau striae, keadaan uterus (normal atau abnormal), kandung kemih (bisa buang air kecil atau tidak).
- 6) Genetalia : kaji kebersihan genetalia, lochea (normal atau abnormal), adanya hemoroid atau tidak
- 7) Ekstremitas : adanya oedema, CRT

V. Data penunjang

Darah : pemeriksaan hematokrit dan hemoglobin 13-14 jam pasca persalinan (apabila nilai Hb dibawah 10% dibutuhkan suplemen FE) eritrosit, trombosit dan leukosit.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan (Mulyanti, 2017).

Kategori diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi 2 : Aktual dan Resiko. Diagnosa Keperawatan aktual menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur PES. *Problem (P) Etiology (E) Symptom (S)* harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia

(SDKI). Diagnosa Keperawatan Risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Syarat menegakkan risiko diagnosa keperawatan adanya unsur *Problem (P) Etiology (E)*. Penggunaan istilah “risiko dan risiko tinggi” tergantung dari tingkat keparahan/kerentanan terhadap masalah (Dinarti, 2017).

Diagnose keperawatan pada pasien dengan post op section caesarea :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan dengan pasien mengeluh nyeri
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan kurang mengetahui penyakitn
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan rasa nyaman nyeri

3. Intervensi keperawatan

Tahap perencanaan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (SIKI DPP PPNI 2018).

Tahapan dalam perencanaan keperawatan perlu memperhatikan hal hal berikut: menentukan masalah prioritas, membuat tujuan dan kriteria hasil, menentukan rencana tindakan serta pendokumentasian (Mulyanti, 2017)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan dengan pasien mengeluh nyeri

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditetapkan diharapkan nyeri yang dirasakan klien berkurang

Kriteria Hasil :

1) Keluhan nyeri menurun

2) Meringis menurun

3) Gelisah menurun

Intervensi:

Observasi

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : untuk mengetahui status nyeri yang dirasakan

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional : untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri

3) Identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional : untuk mengetahui tanda gejala nyeri secara non verbal

Terapeutik

1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, terapi musik, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

Rasional : dapat mengurangi tingkat nyeri yang dirasakan

2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional : lingkungan yang nyaman dapat mencegah keparahan nyeri

Edukasi

1) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional : menambah wawasan dalam mengatasi nyeri

2) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : Teknik nonfarmakologis dapat menurunkan rasa nyeri

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : analgetik dapat menurunkan kadar nyeri dalam jaringan

b. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditetapkan diharapkan tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil :

- 1) luka bersih dan kering
- 2) tidak ada tanda dan gejala infeksi.

Intervensi

Observasi:

- 1) Kaji peningkatan suhu tubuh, nadi, respirasi sebagai tanda infeksi.
- 2) Observasi insisi terhadap tanda infeksi kemerahan, nyeri tekan, bengkak pada sisi insisi, peningkatan suhu tubuh.

Terapeutik

- 1) Ganti pembalut luka sesuai kebijakan.
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.
- 3) Kaji tinggi fundus uteri, pengeluaran lochea.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antibiotik

c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan kurang mengetahui penyakitnya

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditetapkan Pengetahuan klien/ keluarga bertambah.

Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- 3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi :

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : mengetahui penyampaian informasi agar tersampaikan dengan jelas dan dapat dipahami oleh pasien

Edukasi

- 1) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
Rasional : mengetahui hal-hal yang dapat memperbaiki atau memperburuk status kesehatan
- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
Rasional : dapat menambah pengetahuan dalam menjalankan kehidupan yang sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Rasional : mengetahui metode dalam mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan rasa nyaman nyeri
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditetapkan aktivitas kembali sesuai kemampuan pasien Kriteria hasil :

- 1) Mobilitas meningkat

Intervensi

Observasi :

- 1) monitor mobiltas fisik pasien

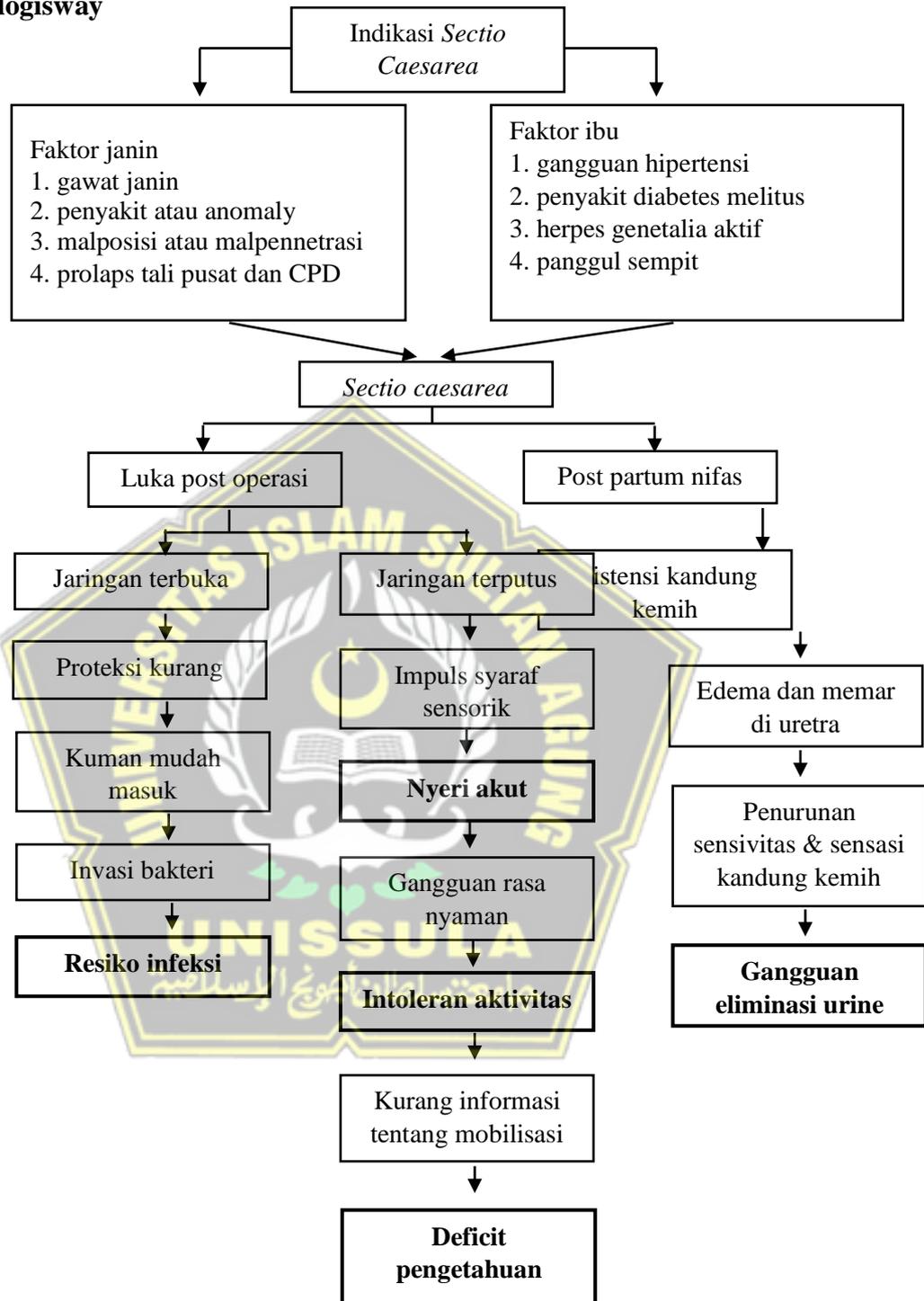
Terapeutik :

- 1) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari seminimal mungkin.
- 2) Beri posisi yang nyaman.
- 3) Bantu pasien dalam ambulansi dini.

Edukasi :

- 1) Anjurkan menghemat energi, hindari kegiatan yang melemahkan.
- 2) Jelaskan pentingnya mobilitasi diri.

E. Fisiologisway



Skema 2.1 Pathway Sectio Caesarea

Sumber : (Nurarif & Hardhi, 2015)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

Dalam bab ini penulis akan menggambarkan tentang “Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan *Post Op Sectio Caesarea* (SC) di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang” meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan. Didapatkan gambaran kasus sebagai berikut:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian ini dilaksanakan pada 17 Januari 2022, dimana telah mendapatkan persetujuan keluarga Ny. L yang pada tanggal tersebut dirawat di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang

1. Identitas

Klien bernama Ny. L berjenis kelamin perempuan berusia 41 tahun dengan diagnosa P4 A0, riwayat persalinan semua normal dengan kondisi bayi lahir sehat.

2. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan sakit apabila pasien bergerak

3. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan ini merupakan kehamilan ke-4, pasien tidak menderita penyakit menurun ataupun penyakit menular dan tidak mempunyai alergi

4. Masalah kehamilan

Pasien mengatakan mengalami mual, muntah, pusing, dan nafsu makan menurun pada saat trimester 1 dan mengatakan sering buang air kecil pada trimester 3. pasien datang ke RSI Sultan Agung Semarang karena KPD

(Ketuban Pecah Dini) Pada hari Senin subuh dan pasien dijadwalkan operasi tanggal 17 Januari pada pukul 12.00 WIB

5. Riwayat menstruasi

Pasien mengatakan haid pertama kalinya pada usia 13 tahun, siklus menstruasinya 28 hari kemudian lama menstruasi 6 hari, dan pasien mengatakan tidak mengalami gangguan menstruasi

6. Riwayat KB

Pasien menggunakan jenis KB pil sejak kelahiran anak pertama, pasien mengatakan tidak ada keluhan, dan akan merencanakan KB berikutnya menggunakan KB pil/suntik

7. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien composmentis, TTV sebagai berikut TD: 120/80 mmHg, Suhu: 36 C, Nadi : 85x/menit, pernapasan: 24x/menit. pemeriksaan fisik kepala : Kepala simetris, tidak ada benjolan, rambut bersih tidak ada ketombe, berwarna hitam panjang leher simetris tidak ada benjolan dan tidak ada lesi. Payudara : simetris, tidak ada benjolan, payudara teraba keras, puting dan areola berwarna hitam kecoklatan, ASI keluar tapi masih sedikit. Abdomen : keadaan baik, TFU berada di 2 jari tengah pusar, posisi di tengah dengan kontraksi kuat. Lokia : jumlahnya \pm 120 cc, berwarna merah kecoklatan, konsistensi cair dan terdapat gumpalan (seperti saat haid), dan berbau amis. Perinium : keadaan utuh, tanda REEDA : R (Redness) : ada kemerahan, E (Edema) : tidak ada, E (Ekimosis) : tidak ada, D (Discharge) : darah, A (Approximate) : tertutup, keadaannya bersih, dan tidak ada hemoroid. Pola eliminasi : tidak ada kesulitan BAK maupun BAB. Ekstremitas : tidak ada varises dan tidak ada tanda homan

8. Pengkajian kebutuhan khusus

Oksigenasi : pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas. Nutrisi: asupan yang dimakan berupa nasi, sayur, serta lauk dari rumah sakit dan habis 1 Porsi, Nafsu makan sedikit meningkat, tidak ada pantangan makanan. Cairan : Pasien mengatakan minum air mineral 600 ml dengan tiduran menggunakan sedotan. Eliminasi : tidak ada keluhan keringat berlebih, buang air kecil pasien terpasang kateter, pasien mengatakan belum BAB setelah persalinan

9. Program terapi

- a. Cefotaxim 2x1
- b. Antraon 3x1
- c. Ranithidin 3x1
- d. Inus RL 20 tpm

10. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan Laboratorium Klinik

Tabel 3.1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 17 Januari 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGY				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	13,0	11,8-15,0	g/dl	
Hematocrit	39,1	33,0-45,0	%	
Leukosit	10,21	3,60-11,00	ribu	
Trombosit	274	150-440	ribu	
Golongan darah	B/positif			
PPT				
PT	L : 9,0	9,3-11,4	detik	
PT (kontrol)	11,8	9,3-12,7	detik	
APTT				
APTT	25,7	21,8-28,4	detik	

APTT (kontrol)	27,4	21,2-28,6	detik	
KIMIA KLINIK				
GDS	136	75-110	mg/dL	
Ureum	19	10-50	mg/dL	
Creatinin	0,67	0,60-1,10	mg/dL	
SGOT (AST)	18	0-35	U/L	
SGPT (ALT)	14	0-35	U/L	
IMUNOLOGI				
HbsAg (kuantitatif)	0,00	Non reaktif < 0,05	LU/ml	Metode CLIA Mtode CLIA

B. Analisa Data

Pada tanggal 17 Januari 2022 didapatkan data subjektif yang pertama S : pasien mengatakan nyeri pada luka jahitan, nyeri pada saat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Sedangkan O : Pasien tampak gelisah, meringis ketika perpindahan posisi, terdapat luka jahit. Dari data yang diperoleh penulis menegakkan diagnosa keperawatan Nyeri b.d Agen Pencedera Luka Operasi SC.

Data fokus yang kedua pada tanggal 17 Januari 2022 didapatkan S : Pasien menanyakan bagaimana perawatan post op SC pertama. Sedangkan DO : Pasien banyak bertanya mengenai perawatan melahirkan. Dari data yang diperoleh penulis menegakkan diagnosa keperawatan Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan informasi perawatan post SC .

Data fokus yang kedua pada tanggal 17 Januari 2022 didapatkan S : Pasien mengeluh nyeri pada luka operasinya. Sedangkan DO : ada luka post op SC. Dari data yang diperoleh penulis menegakkan diagnosa keperawatan Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka post SC.

C. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera luka post SC
- b. Defisit pengetahuan b.d kurang informasi tentang perawatan setelah operasi SC

- c. Resiko Infeksi b.d dengan adanya luka operasi SC

D. Intervensi keperawatan

Pada tanggal 17 Januari 2022, penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul. Diagnosa pertama yakni Nyeri akut b.d agen pencedera luka post SC.

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yakni : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan nyeri berkurang bahkan hilang dengan kriteria hasil mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab, mampu menggunakan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri). Intervensi yang diambil untuk Diagnosa pertama yakni Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, dan frekuensi nyeri. Ajarkan teknik non farmakologis relaksasi Tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri.

Diagnosa kedua yakni Defisit pengetahuan tentang perawatan setelah operasi SC. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yakni : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan Pasien dapat memahami mengetahui informasi dengan kriteria hasil : Pasien dan keluarga paham mengenai perawatan setelah operasi SC dan mampu melaksanakannya dengan benar. Intervensi yang diambil untuk diagnosa kedua yakni : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Jelaskan tentang perawatan pasca melahirkan SC, berikan kesempatan untuk bertanya.

Diagnosa ketiga yakni Resiko Infeksi b.d dengan adanya luka operasi SC. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yakni : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan Tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil : pasien terbebas dari tanda gejala infeksi, Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, menunjukkan perilaku hidup sehat. Intervensi yang diambil untuk diagnosa yakni : Periksa lokasi insisi, adanya kemerahan, bengkak, Cuci tangan sebeum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Ajarkan mncuci tangan dengan benar, Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

E. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 17 Januari 2022 dilakukan implementasi diagnosa pertama yakni: Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, dan frekuensi nyeri. Respon Subyektif (S) : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, Obyektif (O) : Pasien terlihat meringis menahan nyeri (P) : Jika pasien bergerak, (Q) : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, (R) : Dirasakan pada bagian luka post operasi SC, (S) : 4, (T) : Lama nyeri kurang lebih 5 menit terus-menerus. Ajarkan teknik non farmakologis relaksasi Tarik nafas dalam. Respon (S) : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam, (O) : Pasien terlihat lebih rileks dan tenang setelah tarik nafas dalam.

Pada tanggal 18 Januari 2022 dilakukan implementasi diagnosa kedua yakni : Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Respon (S) : Pasien mengatakan siap untuk menerima informasi, (O) : Pasien dan keluarga tampak antusias untuk menerima informasi. Menjelaskan tentang perawatan pasca melahirkan SC. Respon (S) : Pasien mengatakan sudah memahami perawatan pasca melahirkan SC setelah dijelaskan , (O) : Pasien memperhatikan dengan baik saat dijelaskan dan memahaminya. Berikan kesempatan untuk bertanya. Respon (S) : - , (O) : Pasien mau bertanya jika belum paham mengenai apa yang sudah dijelaskan.

Pada tanggal 19 Januari 2022 dilakukan implementasi ketiga yakni : Periksa lokasi insisi, adanya kemarahan, bengkak. Respon (S) : - , (O) : Luka bekas operasi kering dan tidak ada tanda infeksi. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Respon (S) : - , (O) : Luka bersih, pasien mencuci tangan setelah aktivitas. Ajarkan mencuci tangan dengan benar. Respon (S) : Pasien mengatakan sudah bisa cuci tangan, (O) : Pasien bisa mencuci tangan dengan benar. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Respon (S) : Pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan, (O) : Pasien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan.

F. Evaluasi Keperawatan

Pada tanggal 17 Januari 2022 hasil evaluasi diagnosa pertama (S) : Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi, (O) : Pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak, skala nyeri 4, pasien tampak gelisah, (A) : Masalah belum teratasi, (P) : Lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua (S) : Pasien mengatakan belum mengerti tentang perawatan pasca post operasi SC, (O) : Pasien tampak bingung dan bertanya-tanya, (A) : Masalah belum teratasi, (P) : Lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa ketiga (S) : - , (O) : Luka post operasi berwarna merah dan masih basah, perawatan luka/mengganti perban luka setiap hari, (A) : Masalah teratasi sebagian, (P) : Lanjutkan intervensi.

Pada tanggal 18 Januari 2022 hasil evaluasi diagnosa pertama (S) : Pasien mengatakan masih nyeri di bagian luka operasi, (O) : Pasien tampak kesakitan saat bergerak, skala nyeri tiga, pasien tampak gelisah dan kurang nyaman, (A) : Masalah teratasi sebagian, (P) : Lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua (S) : Pasien mengatakan sudah paham dan mengerti setelah dijelaskan mengenai perawatan pasca post operasi SC, (O) : Pasien sudah tidak bertanya-tanya, (A) : Masalah teratasi sebagian, (P) : Pertahankan kondisi, lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa ketiga (S) : - , (O) : Luka post operasi sedikit kering, perawatan luka/mengganti perban luka setiap hari. (A) : Masalah teratasi sebagian. (P) : Lanjutkan Intervensi.

Pada tanggal 19 Januari 2022 hasil evaluasi diagnosa pertama (S) : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, (O) : Pasien meringis kesakitan saat bergerak, skala nyeri 2, pasien terlihat sedikit lebih nyaman dari sebelumnya, (A) : Masalah teratasi sebagian, (P) : Lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua (S) : Pasien mengatakan sudah mengerti mengenai perawatan pasca post SC, (O) : Pasien sudah tidak bertanya-tanya, (A) : Masalah teratasi, (P) : Hentikan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa ketiga (S) : - , (O) : Luka operasi mengering dan tidak ada tanda infeksi, perawatan luka/mengganti perban setiap hari, (A) : Masalah teratasi sebagian, (P) : Pertahankan kondisi, lanjutkan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB IV ini penulis membahas mengenai asuhan keperawatan pada Ny. L dengan Post Operasi Sectio Caesarea yang telah dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dan tepat. Asuhan keperawatan pada Ny. L dikelola pada tanggal 17 Januari 2022. Penulis memberikan asuhan keperawatan yang mencakup aspek keperawatan antara lain pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dari hasil yang telah dilakukan didapatkan hasil sebagai berikut.

A. Pengkajian

Pengkajian pada pasien dengan Post Sc yakni kaji riwayat sekarang untuk mengetahui respon terhadap persepsi nyeri, dengan demikian akan terlihat bagaimana respon pasien dan dapat menentukan perlakuan intervensi yang akan diberikan pada pasien, sesuai dengan pedoman keperawatan (Sitorus, 2015).

Dari pengkajian yang telah dilakukan pada tanggal 17 Januari 2022 didapatkan diagnosa medis Sectio Caesarea. Pengertian Sectio Caesarea adalah satu bentuk persalinan dengan melakukan sebuah insisi pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus dengan tujuan mengeluarkan bayi. gejala klinis post SC yakni nyeri, intoleransi aktivitas tanda tersebut sama dengan yang dialami oleh Ny.L yaitu mengalami nyeri

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu penulis menuliskan bahwa Ny.L mengatakan saat masa kehamilan sering mengalami mual muntah dan pusing. Pada riwayat KB penulis menuliskan Ny.L memakai KB pil tanpa menanyakan alasannya

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur SC)

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2018).

Tanggal 17 Januari 2022 penulis menegakkan diagnosa nyeri akut karena saat pengkajian pasien Pasien menanyakan bagaimana perawatan post op SC pertama, pasien banyak bertanya mengenai perawatan melahirkan, pasien tampak cemas. Batasan karakteristik tersebut sesuai dengan Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang telah memenuhi syarat pengakkan mencapai 80%. Dengan kondisi klinik yang terkait, pengkajian nyeri dapat menggunakan instrument skala nyeri, seperti : *FLACC Behavioral Pain Scale* untuk anak usia dibawah 3 tahun, *Wong-Bake-Faces* untuk anak usia 3-7 tahun serta *Numeric Rating Scale* atau *Visual Analogue Scale* untuk usia diatas 7 tahun (Ilmiasih, 2020). Diagnosa nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisiologis (inflamasi) yang menjadi prioritas diagnosa kedua berdasarkan heriarki diagram maslow dimana kebutuhan fisiologis klien harus terpenuhi terlebih dahulu kemudian memenuhi kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri).

Intervensi pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditetapkan diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil (L.08066) :keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, meringis menurun. Dengan demikian Intervensi keperawatan manajemen nyeri (I.08238) Observasi : identifikasi lokasi karakteristik frekuensi nyeri, indentifikasi skala nyeri. Terapeutik: berikan Teknik relaksasi (nafas dalam) penurunan

nyeri oleh relaksasi nafas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan hormon endorphan. Hormon ini berfungsi untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak, terjadi pertemuan antara neuron perifer dan neuron sensorik yang menuju otak untuk mengirim impuls nyeri ke otak. Pada saat itu maka hormon endorphan akan, kontrol lingkungan memblokir impuls nyeri dari neuron sensorik. Hal ini yang membuat pasien merasa tenang untuk mengatur ritme/pola pernafasan menjadi lebih teratur, sehingga sensasi nyeri pada pasien menjadi berkurang (Henderson, 2019)., kontrol lingkungan. Edukasi : jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan Teknik distraksi untuk mengurangi nyeri. Distraksi digunakan untuk memfokuskan perhatian anak agar melupakan rasa nyerinya. Melalui teknik distraksi kita dapat menanggulangi nyeri yang didasarkan pada teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulus nyeri. Jika seseorang menerima input sensori yang banyak dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan sama sekali oleh pasien). Stimulus yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh pasien berangsur-angsur menurun. Oleh karena itu, stimulasi penglihatan, pendengaran dan sentuhan barangkali akan lebih berhasil dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indera saja (Soeparman, 2019). Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik. analgetik menghambat sintesis prostaglandin secara reversibel di perifer tanpa mengganggu reseptor opioid pada sistem pusat. analgetik akan menghambat nyeri dan reaksi inflamasi, sehingga akan mempercepat proses penyembuhan luka (Rahmawati, 2018).

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama 3 hari sudah sesuai rencana keperawatan yang ditetapkan. Respon pasien kooperatif dalam mengikuti implementasi dari penulis. Pasien aktif dalam merespon jawaban dari pernyataan penulis ketika diidentifikasi.

Evaluasi keperawatan sesuai dengan luaran hasil yang diharapkan. Hasil assessment pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 2, pasien tampak tidak menahan nyeri. Penilaian assessment masalah teratasi sebagian, penulis menetapkan untuk mempertahankan intervensi yakni mengajarkan, Teknik relaksasi napas dalam dan distraksi

2. Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang perawatan post SC

Deficit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (SDKI, 2018).

Tanggal 17 Januari 2022 penulis menegakkan diagnosa deficit pengetahuan karena saat pengkajian pasien Pasien menanyakan bagaimana perawatan post op SC pertama. pasien banyak bertanya mengenai perawatan melahirkan. Batasan karakteristik tersebut sesuai dengan Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang memenuhi syarat penegakkan mencapai 80%. Diagnosa defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang informasi yang menjadi prioritas diagnosa kedua.

Intervensi pada defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditetapkan diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil (L.12111) : Pasien dan keluarga paham mengenai perawatan setelah operasi SC dan mampu melaksanakannya dengan benar. Intervensi yang diambil untuk diagnosa kedua yakni : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Jelaskan tentang perawatan pasca melahirkan SC, berikan kesempatan untuk bertanya

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama 3 hari sudah sesuai rencana keperawatan yang ditetapkan. Respon pasien kooperatif dalam mengikuti implementasi dari penulis. Pasien aktif dalam merespon jawaban dari pernyataan penulis ketika diidentifikasi.

Evaluasi keperawatan sesuai dengan luaran hasil yang diharapkan. Hasil assessment pasien mengatakan sudah mengerti tentang perawatan post SC, Penilaian assessment masalah teratasi, penulis menetapkan untuk mempertahankan intervensi

3. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi

Risiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI, 2018)

Tanggal 17 Januari 2022 penulis menegakkan diagnosa Risiko infeksi karena saat pengkajian diperoleh data luka post SC dalam keadaan basah, kadar leukosit 10.21 ribu/dl. Batasan karakteristik tersebut sesuai dengan Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang memenuhi syarat penegakkan mencapai 80%. Diagnosa risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan adanya luka post SC menjadi prioritas diagnosa ketiga

Intervensi pada risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post SC setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditetapkan diharapkan Risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil (L.14137) : pasien terbebas dari tanda gejala infeksi, Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, menunjukkan perilaku hidup sehat. Intervensi yang diambil untuk diagnosa yakni : Periksa lokasi insisi, adanya kemerahan, bengkak, Cuci tangan sebeum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Ajarkan mncuci tangan dengan benar, Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama 3 hari sudah sesuai rencana keperawatan yang ditetapkan. Respon pasien kooperatif dalam mengikuti implementasi dari penulis. Pasien aktif dalam merespon jawaban dari pernyataan penulis ketika diidentifikasi.

Evaluasi keperawatan sesuai dengan luaran hasil yang diharapkan. Hasil assessment pasien mengatakan pasien. Penilaian assessment masalah teratasi sebagian. Penulis menetapkan untuk mempertahankan intervensi yakni periksa lokasi insisi.



BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan yang dikelola pada tanggal 17 januari 2022. Pada BAB V ini merupakan langkah paling akhir dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir meliputi simpulan dan saran. Asuhan keperawatan ini dapat dipakai sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien ibu nifas dengan post SC

A. Simpulan

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis meliputi identitas pasien, alasan dibawa ke rumah sakit, riwayat penyakit, pola kebiasaan hidup, pemeriksaan fisik serta penunjang. Hasil pengkajian penulis memperoleh diagnosa P4 A0 dengan Sectio Caesarea yang membutuhkan perawatan secara holistik.

2. Diagnosis

Hasil pengkajian penulis memperoleh tiga diagnosa keperawatan (SDKI) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (proses pembedahan) dibuktikan dengan keluhan nyeri, pasien tampak menahan nyeri, dengan pengkajian PQRST. Diagnosa kedua yakni defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi (perawatan post SC) dibuktikan dengan pasien menanyakan bagaimana perawatan post op SC pertama, pasien banyak bertanya mengenai perawatan melahirkan. Diagnosa ketiga yakni risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi dibuktikan dengan kondisi luka yang basah, kadar leukosit 10,21 ribu/ul.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang dicapai sudah sesuai dengan standart luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standart intervensi keperawatan indonesia (SLKI) yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi serta kolaborasi.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan yang diaplikasikan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan serta keterbatasan penulis terkait waktu dalam melakukan tindakan keperawatan.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi asuhan keperawatan dari ketiga diagnosa diatas, masalah nyeri akut teratasi sebagian kemudian penulis menetapkan untuk menetapkan intervensi melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Masalah defisit pengetahuan yang sudah teratasi penulis menetapkan untuk mempertahankan intervensi. Masalah risiko infeksi yang teratasi sebagian kemudian penulis menetapkan untuk mempertahankan intervensi untuk periksa lokasi insisi.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber informassi bagi institusi guna meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan ibu nifas post SC baik dan benar.

2. Bagi perawat

Penulis menyarankan bagi perawat supaya tetap mempertahankan asuhan keperawatan yang telah selaras dengan standart operasional prosedur yang tertera. Perawat harus mampu melakukan

pembaruan/modifikasi intervensi maupaun imlementasi dengan baik agar masalah keperawatan bisa teratasi.

3. Bagi lahan praktik

Saran dari penulis agar lahan praktik untuk memperhatikan respon pasien dengan Sectio Caesarea, sehingga dapat menentukan dan memberikan perlakuan yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh pasien

4. Bagi masyarakat

Mampu memberikan edukasi/pembelajaran mengenai tatacara mandiri untuk mengontrol respon nyeri



DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2020). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*
- Imiasih. (2020). identifikasi skala nyeri kelompok intervensi menggunakan biblioterapi dan lidokain spray pada anak yang dilakukan tindakan invasif. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, 12 No. 2. <https://doi.org/https://doi.org/10.36760/jka.v13i2.125> Keywords: diakses pada 12 mei 2022
- Jauniaux, E., & Grobman, W. . (2016). *Textbook of Caesarean Section* (1st ed.). Oxford University Press.
- Jong, W. (2012). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC.
- KEMENKES, R. (2020). *Infodatin-2020-Diabetes-Melitus.pdf*. Pusat Data dan Informasi.
- Mander, R. (2012). *Nyeri Persalinan*. EGC.
- Mochtar, R. (2012). *Sinopsis Obstetri*. EGC.
- Moore. (2013). *Essensial Obstetri dan Ginekologi*. Hipokrates.
- Mulyanti, D. Y. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan Dokumentasi Keperawatan* (1st ed.). Kementrian Kesehatan RI.
- Oxorn. (2012). *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Essentia Medica.
- Perry & Potter. (2012). *Fundamental Keperawatan, Konsep, Klinis Dan Praktek*. EGC.
- PPNI SDKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.).
- Saifudin. (2013). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sitorus. (2012). *Operasi Caesar : Pengantar dari A sampai Z*. Edsa Mahkot.
- Tamsuri. (2015). *Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri*. EGC.
- WHO. (2018). *Global Case Report*.