

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA NY. I POST SECTIO CAESAREA (SC)
DENGAN INDIKASI GAGAL INDUKSI DAN LILITAN TALI
PUSAT DI RUANG BAITUNNISA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG BANJARBARU**

Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Disusun oleh :

Cut Renna Ramadhani

40902000016

**PRODI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023/2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA NY. I POST SECTIO CAESAREA (SC)
DENGAN INDIKASI GAGAL INDUKSI DAN LILITAN TALI
PUSAT DI RUANG BAITUNNISA
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG BANJARBARU**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

Cut Renna Ramadhani

40902000016

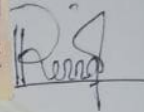
**PRODI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023/2024**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 18 Mei 2023



Cut Renna Ramadhani



HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PS. I POST SECTIO CAESAREA (SC) DENGAN
INDIKASI GAGAL INDUKSI DAN LILITAN TALI PUSAT
DI RUANG BAITUNNISA RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG**

BANJARBARU

Di persiapan dan disusun oleh:

Cut Renna Ramadhani

40902000016

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII
Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 12 April 2023

Pembimbing



Ns. Hernandia Distinarista, M. Kep
NIDN. 06-0209-8503

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari Senin tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji I

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

NIDN. 06-2402-7403

Penguji II

Ns. Apriliani Yulianti W., 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



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

MOTTO

“Getting a bad grade isn’t the end of the world”

“Kesuksesan itu membutuhkan suatu proses”

“Sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan”



KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillahirobbil 'alamin, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas berkat, rahmat, dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. I Post Sectio Caesarea (SC) dengan Indikasi Gagal Induksi dan Lilitan Tali Pusat Diruang Baitunnisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Pendidikan ahli madya di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

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

1. Bapak Dr. H. Gunarto, SH., SE., Akt., M.Hum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SK.M, M.Kep, Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, Selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ibu Ns. Hernandia Distinarista, M.Kep, Selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah sabar meluangkan waktu dan tenaganya serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh dosen pengajar dan staff karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bantuan kepada penulis saat penulis menempuh studi.
6. Kepala Ruang dan seluruh perawat diruang Baitunnisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruang tersebut.

7. Kepada Orang tua saya Alm. Bapak Tengku Abu Bakar bin Tengku Yusuf dan Ibu Reny Maulani yang memberikan pendidikan moral kepada saya serta selalu mendoakan saya.
8. Kepada saudara saya cece, coco, candy, cloe dan mas dwi yang selalu memberi motivasi, dukungan, semangat, perhatian dan kasih sayang serta mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
9. Kepada Abang, Muhammad Habibullah Jabbar yang selalu memberi semangat, menjadi tempat berkeluh kesah, dan menjadi support system saya dalam menyelesaikan tugas akhir. Terimakasih atas waktu, doa yang senantiasa dilangitkan, dan seluruh hal baik yang telah diberikan kepada saya selama ini.
10. Untuk sahabatku Nazhirah, Ocha, Ayu, Marisa, Alifia, Nisa, Zaifi, Adit, Supian, Eci yang telah menghibur, mendoakan, menyemangati, memberikan saran dan mensupport saya yang jauh dari orang tua.
11. Terakhir, teruntuk diri saya sendiri, Terima kasih kepada diri saya sendiri yang sudah kuat melewati lika-liku kehidupan hingga sekarang. Terima kasih pada hati yang masih tetap tegar dan ikhlas menjalani semuanya. Terima kasih pada raga dan jiwa yang masih tetap kuat dan waras hingga sekarang. Saya bangga pada diri saya sendiri, kedepannya untuk raga yang tetap kuat, hati yang selalu tegar, mari bekerja sama untuk berkembang lagi menjadi pribadi yang lebih baik dari hari ke hari.

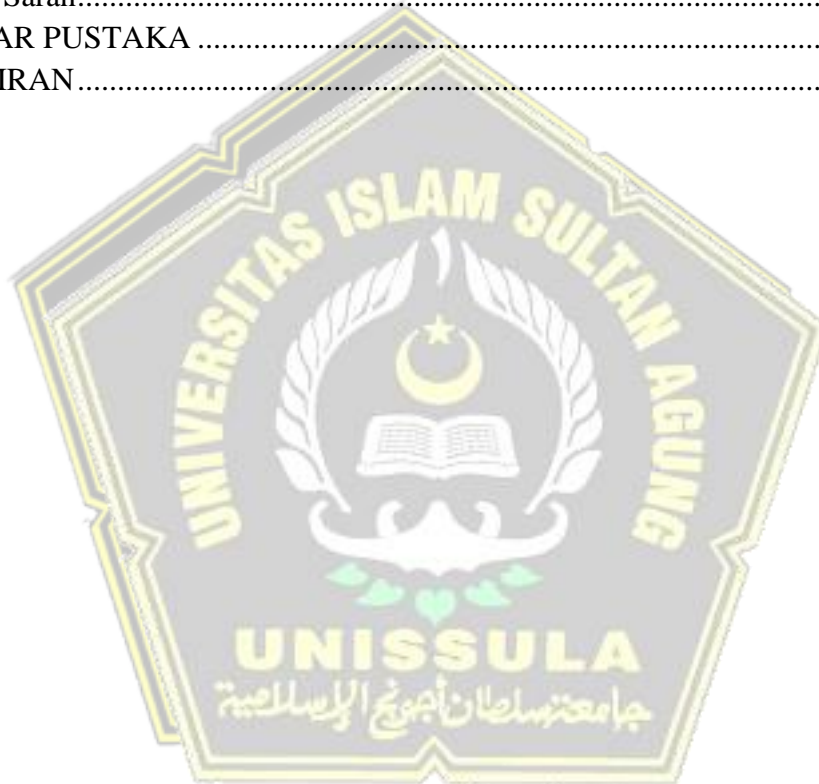
Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi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

Wassalamualaikum warahmatullahi Wabarakatuh

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR ISTILAH	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
D. Manfaat Penulisan.....	4
1. Institusi Pendidikan.....	4
2. Rumah Sakit.....	4
3. Masyarakat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Sectio Caesarea atas indikasi Gagal Induksi dan Lilitan Tali Pusat.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Jenis-jenis Sectio Caesarea	5
3. Etiologi.....	6
4. Patofisiologi	7
5. Komplikasi.....	7
6. Penatalaksanaan Medis	8
7. Pathways	10
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	10
1. Tujuan Asuhan Keperawatan	10
2. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis	11
a. Adaptasi Fisiologis.....	11
b. Adaptasi Psikologis.....	19
3. Penatalaksanaan Keperawatan	21
4. Pengkajian Keperawatan.....	22
5. Diagnosa Keperawatan.....	28
6. Intervensi Keperawatan.....	28
BAB III RESUME ASUHAN KEPERAWATAN	33

A. Pengkajian Keperawatan	33
B. Analisa Data	38
C. Planning / Intervensi Keperawatan	39
D. Implementasi Keperawatan	40
E. Evaluasi Keperawatan	43
BAB IV PEMBAHASAN.....	46
A. Pengkajian Keperawatan	46
B. Diagnosa Keperawatan Tambahan.....	54
BAB V PENUTUP.....	56
A. Kesimpulan	56
B. Saran.....	57
DAFTAR PUSTAKA	58
LAMPIRAN	



DAFTAR ISTILAH

Forceps	: Alat medis yang berfungsi membantu mengeluarkan bayi selama persalinan.
Histerotomi	: Sayatan bedah pada Rahim yang dilakukan melalui dinding perut.
TFU	: Tinggi fundus uteri ; Jarak yang bisa didapatkan seseorang Wanita hamil dari atas tulang kemaluan hingga atas perut yang dihitung secara vertikal
Prinigravida	: Keadaan dimana seorang Wanita mengalami masa kehamilan pertama kalinya.
Brakikardia	: Denyut jantung lebih lambat dari yang diharapkan, umumnya berdenyut kurang dari 60 denyut per menit.
Hipoksia Janin	: Kekurangan oksigen yang terjadi bisa dikaitkan dengan kondisi tubuh ibu ataupun kondisi janin yang berada didalam kandungan
Gestosis	: Penyakit yang terkait dengan implantasi telur janin
Mastitis	: Infeksi Payudara ; Peradangan di jaringan payudara
PQRST Nyeri	: Paliatif (Penyebab nyeri muncul dan berkurang), Quality (Kualitas dan Kuantitas nyeri), Regional (Lokasi nyeri), Skala (Tingkat nyeri), Time (Keluhan berlangsung nyeri terus menerus atau hilang timbul)

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Berita Acara
Lampiran 2	Lembar Asuhan Keperawatan
Lampiran 3	Surat Keterangan Konsultasi
Lampiran 4	Lembar Konsultasi



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan ialah proses yang terjalin diawali dari terbukanya leher rahim sampai proses keluarnya bayi dan plasenta lewat jalur lahir (rahim). Persalinan di bagi menjadi 3 tipe, yaitu: persalinan wajar, persalinan buatan, serta persalinan anjuran/induksi. Persalinan wajar atau merupakan proses persalinan yang lewat vagina (pervaginam). Persalinan anjuran/induksi terjalin sehabis pemecahan ketuban, pemberian pitocin ataupun prostaglandin, sebaliknya persalinan buatan merupakan persalinan dengan dorongan tenaga dari luar misalnya dengan forceps ataupun Sectio Caesarea. (Purba et al., 2021)

Sectio Caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Namun demikian, tindakan sectio caesarea tidak lagi dilakukan semata-mata karena pertimbangan medis, tetapi juga termasuk permintaan pasien sendiri atau saran dokter yang menangani seperti hasil penelitian yang dibahas sebelumnya. (Ayuningtyas et al., 2018)

World Health Organization (WHO) menetapkan standar rata-rata Sectio Caesarea (SC) di masing-masing negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Rumah sakit pemerintah 11% dan rumah sakit swasta lebih dari 30%. Peningkatan persalinan dengan Sectio Caesarea (SC) di seluruh negara selama tahun 2007-2008 yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia.

Data dan informasi dari Kemenkes RI 2017, estimasi jumlah ibu bersalin/nifas menurut Provinsi tahun 2017 sebanyak 5.082.537 ibu. Di Indonesia angka kejadian sectio caesarea mengalami peningkatan, pada tahun 2000 jumlah ibu bersalin dengan sectio caesarea 47,22%, tahun 2001

Sebesar 45,19%, tahun 2002 sebesar 47,13%, tahun 2003 sebesar 46,87%, tahun 2004 sebesar 53,2%, tahun 2005 sebesar 51,59%, tahun 2006 sebesar 53,68% dan tahun 2009 sebesar sekitar 22,8%. (Rimadeni et al., 2022)

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, jumlah persalinan dengan metode Sectio Caesarea (SC) di Indonesia sebesar 17,6%. Indikasi dilakukannya persalinan secara Sectio Caesarea (SC) disebabkan oleh beberapa komplikasi dengan persentase sebesar 23,2% diantaranya posisi janin melintang/sungsang (3,1%), perdarahan (2,4%), kejang (0,2%), ketuban pecah dini 2 (5,6%), partus lama (4,3%), lilitan tali pusat (2,9%), plasenta previa (0,7%), plasenta tertinggal (0,8%), hipertensi (2,7%), dan lainnya (4,6%) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Di Jawa Tengah persalinan dengan SC pada tahun 2019 sebesar 17,10% (Kemenkes RI, 2018)

Menurut data Dinas Kesehatan Kota Semarang pada tahun 2018 jumlah program SC mencapai angka 30-35% dari total seluruh persalinan (Jateng, 2019). 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 kota Semarang di ruang Bersalin dengan jumlah 30-80% dari keseluruhan persalinan.

Menurut Ramadhanti (2022) diagnosa keperawatan yang muncul pada klien Post Partum Sectio Caesarea (SC) yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, gangguan mobilitas fisik, Risiko infeksi, menyusui tidak efektif, defisit pengetahuan tentang teknik menyusui, defisit pengetahuan tentang perawatan diri, gangguan proses keluarga, ansietas, resiko infeksi.

Peran perawat yang diperlukan yaitu meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam aspek promotif peran perawat yaitu memberikan penyuluhan kesehatan tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif untuk membantu meningkatkan kontraksi uterus sehingga tidak terjadi perdarahan. Dalam aspek preventif perawat dapat melakukan pengukuran TFU dan memantau kontraksi uterus serta mengobservasi pengeluaran lochea untuk mendeteksi sedini mungkin terjadinya perdarahan post partum. (Ira Sukyati & Ita Yulita Sari, 2020)

Dalam aspek kuratif perawat dapat berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat antibiotik dan analgesik yang bertujuan mencegah terjadinya

infeksi dan mengurangi rasa nyeri post partum. Sedangkan pada aspek rehabilitatif perawat berperan untuk membantu mengembalikan kondisi ibu post partum ke kondisi seperti sebelum melahirkan dengan cara memberikan informasi mengenai perawatan masa nifas, yang meliputi memperbanyak waktu istirahat, makan makanan yang bergizi, menekankan pentingnya pemberian asi eksklusif dan menjaga kebersihan diri termasuk kebersihan area kewanitaan. (Ira Sukyati & Ita Yulita Sari, 2020)

Dari data diatas terkait dengan ibu Post Partum Sectio Caesarea (SC), maka alasan penulis mengangkat kasus Post Partum Sectio Caesarea (SC) Ny.I adalah karena ada banyak komplikasi pada ibu nifas jika tidak dilakukan perawatan dengan baik. Komplikasinya bisa terjadi pendarahan, maupun infeksi pada bekas luka jahitan operasi. Berdasarkan dari uraian diatas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun studi kasus sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan dengan mengambil kasus yang berjudul, "Asuhan Keperawatan pada Ny. I Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat di Ruang Baitunnisa RSI Sultan Agung Banjarbaru"

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimana Asuhan Keperawatan pada ibu Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. I dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat.

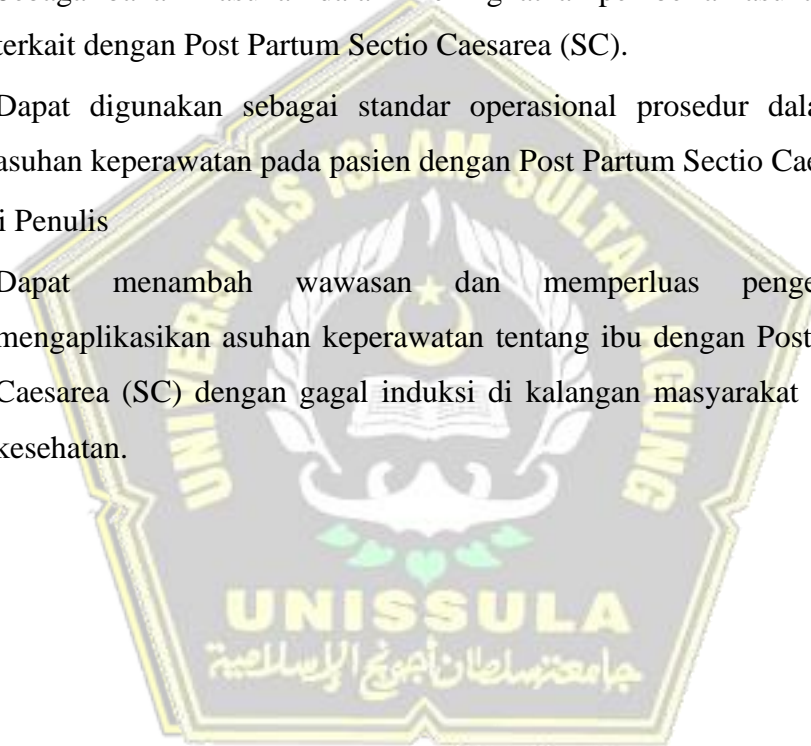
2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien Ny. I dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat.
- b. Melakukan diagnosa pada pasien Ny. I dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat.
- c. Melakukan intervensi pada pasien Ny. I dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat.
- d. Melakukan implementasi pada Ny. I dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat.

- e. Melakukan evaluasi pada Ny. I dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Institusi Pendidikan
 - a. Dapat digunakan sebagai bahan pustaka untuk bacaan, pelengkap dan penambahan pengetahuan bagi mahasiswa dan mahasiswi fakultas keperawatan Unissula, dalam melakukan asuhan keperawatan ibu dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC).
2. Bagi Rumah Sakit
 - a. Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan pemberian asuhan keperawatan terkait dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC).
 - b. Dapat digunakan sebagai standar operasional prosedur dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC).
3. Bagi Penulis
 - a. Dapat menambah wawasan dan memperluas pengetahuan serta mengaplikasikan asuhan keperawatan tentang ibu dengan Post Partum Sectio Caesarea (SC) dengan gagal induksi di kalangan masyarakat dan di fasilitas kesehatan.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Sectio Caesarea

1. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Tindakan Sectio Caesarea dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam. (Juliathi et al., 2021)

Indikasi Sectio Caesarea secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu dari faktor ibu dan faktor janin. Faktor ibu yaitu ada riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat III, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, Diabetes Melitus, gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), Cephalo Pelvik Disproportion (CPD), Pre-Eklamsia Berat (PEB), Ketuban Pecah Dini (KPD), bekas Sectio Caesarea sebelumnya, dan faktor hambatan jalan lahir. Penyebab dari faktor janin berupa gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi. (Juliathi et al., 2021)

Induksi persalinan adalah dilakukannya stimulasi buatan terhadap kontraksi uteri sebelum terjadi awitan sesungguhnya dari persalinan spontan yang dilakukan untuk mencapai persalinan pervaginam. Induksi harus dilakukan ketika keselamatan ibu dan janin terancam bila kehamilan dilanjutkan atau dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan janin. (Safitri et al., 2020)

Lilitan tali pusat adalah tali pusat yang membentuk lilitan disekitar tubuh janin, bahu, tungkai atas/bawah dan leher. Lilitan tali pusat dapat menimbulkan bradikardia dan hipoksia janin, dan bila jumlah lilitan lebih dari sekali akan meningkatkan mortalitas perinatal. (Sinaga & Aulia, 2022)

2. Jenis-jenis Sectio Caesarea

Operasi Section Caesarea (SC) secara umum dibedakan menjadi primer dan sekunder. SC primer merupakan tindakan yang dilakukan pertama kali, sedangkan SC sekunder merupakan tindakan SC dengan riwayat SC sebelumnya. Berdasarkan

urgensinya, Section Caesarea (SC) dapat dibedakan menjadi SC cito dan elektif. Hanya 1% kehamilan yang memerlukan SC cito, yaitu SC yang dilakukan setelah proses persalinan dimulai. Sedangkan SC selektif adalah tindakan SC terencana yang dilakukan sebelum proses persalinan dimulai. (Farrah Fadhilah & Sari, 2021)

Operasi SC emergency dibagi kedalam 3 kategori, yaitu :

Kategori 1 : gawat janin atau gawat ibu yang membahayakan nyawa,

Kategori 2 : kegawatan janin atau ibu yang tidak membahayakan nyawa,

Kategori 3 : persalinan dibutuhkan tanpa adanya tanda gawat janin atau gawat ibu.

Tingkat urgensi section caesarea (SC) akan menentukan waktu tindakan harus dilakukan. Persalinan yang termasuk kedalam kategori 1 dan 2 perlu mendapatkan penanganan dengan SC secepatnya. Tindakan SC harus dilakukan segera setelah diagnosis dibuat, yaitu dalam kurun waktu 30 menit pada kategori 1 dan dalam 75 menit pada kategori 2. (Setijanto, 2020)

Section Caesarea (SC) hanya memiliki kontra indikasi relative, tetapi tidak ada kontra indikasi absolut. Kontra indikasi SC adalah pada 2 keadaan, Keselamatan ibu terancam bila tindakan dilakukan (misalnya, ibu menderita gangguan pulmonal berat) Fetus diketahui memiliki abnormalitas kariotipik atau anomaly kongenital yang dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir (misalnya, anescephaly). (Setijanto, 2020)

3. Etiologi

Operasi Sectio Caesaria dilakukan atas indikasi yaitu :

a. Indikasi dari ibu

Pada primigravida atau kehamilan pertama dengan kelainan posisi, Cefalo Pelvix Disproportion (CPD), disproporsi janin dan panggul, riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, kehamilan disertai dengan penyakit (DM, jantung), ketidakseimbangan antara ukuran kepala bayi dan panggul ibu, gangguan perjalanan persalinan (mioma uteri, kista ovarium dan sebagainya), keracunan parah ketika hamil, komplikasi pada saat kehamilan seperti preeklampsia dan eklampsia berat, serta atas keinginan ibu sendiri. (Agustin, 2022)

b. Indikasi dari janin

Gawat janin, kelainan tali pusat seperti terlilit tali pusat, prolapsus tali pusat, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin yaitu bayi yang besar

(giant baby). Sedangkan faktor dari plasenta meliputi plasenta previa, solutio plasenta, vasa previa dan plasenta accreta, kegagalan persalinan vakum serta bayi kembar. (Samsider Sitorus, 2021)

4. Patofisiologi

Adanya hambatan atau kelainan saat persalinan yang dapat mengakibatkan bayi tidak bisa lahir spontan, seperti ketidaksesuaian antara panggul ibu dengan ukuran kepala bayi, pre eklampsia dan eklampsia berat, keracunan kehamilan yang parah, kelainan letak bayi yaitu lintang dan sungsang, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini atau solusio plasenta, leher rahim yang tertutup oleh plasenta atau dikenal dengan plasenta previa, ibu hamil yang berusia lanjut, bayi kembar, ketuban pecah sebelum waktunya dan bayi yang belum keluar dalam waktu 24 jam, serta kontraksi lemah. (Susanto, 2018)

Operasi *sectio caesaria* ini dilakukan tindakan pembiusan yang dapat mengakibatkan pasien imobilisasi, sedangkan efek dari anastesi dapat menyebabkan konstipasi. Pada dinding abdomen dan rahim pasien dilakukan tindakan insisi atau proses pembedahan sehingga mengakibatkan terputusnya jaringan yang merangsang area sensorik. Hal ini yang menyebabkan gangguan rasa nyaman pada pasien yaitu nyeri. (Yuanita Syaiful, 2020)

Selepas berakhirnya operasi bedah ini, daerah sayatan yang ditutup akan menyebabkan luka post *sectio caesaria*, yang apabila dalam perawatannya tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan risiko infeksi. Pada saat post partum, hormon progesteron dan estrogen akan menurun yang dapat menyebabkan kontraksi dan involusi uterus tidak adekuat sehingga terjadi perdarahan dan risiko syok, hemoglobin menurun, kekurangan O₂, mengakibatkan kelemahan serta dapat menyebabkan defisit perawatan diri (Samsider Sitorus, 2021)

5. Komplikasi

Komplikasi Post SC menurut Nurjaya (2022) ialah :

- a. Nyeri pada daerah insisi,
- b. Perdarahan primer sebagai akibat kegagalan mencapai homeostatis karena insisi Rahim atau akibat atonia uteri,
- c. Sepsis setelah pembedahan, frekuensi dan komplikasi ini lebih besar bila section caesaria dilaksanakan selama persalinan atau bila terdapat infeksi dalam rahim,

- d. Cidera pada sekeliling usus besar, kandung kemih yang lebar dan ureter,
- e. Infeksi akibat luka pasca operasi,
- f. Bengkak pada ekstremitas bawah,
- g. Gangguan laktasi,
- h. Penurunan elastisitas otot perut dan otot dasar panggul.

Sedangkan menurut Anggorowati & Sudiharjani (2018), komplikasi penting yang muncul pada Sectio Caesarea (SC) ialah mencakup perdarahan, infeksi sesudah pembedahan. Penyebab utama triase kematian pada ibu hamil dan nifas yaitu perdarahan 60 %, infeksi 26 %, gestosis 15 %. Masih banyak penyebab kematian ibu antara lain disebabkan oleh keracunan kehamilan/eklamsi (kaki bengkak dan darah tinggi) sebanyak 24 %, dan infeksi 11%. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode awal karena merupakan masa kritis bagi ibu. Di perkirakan bahwa 60 % kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 40 % kematian masa nifas terjadi 24 jam pertama.

Persalinan bedah sesar (sectio caesarea) memiliki resiko 5 kali lebih besar untuk terjadi komplikasi dibandingkan persalinan normal dengan faktor yang paling dominan adalah faktor anestesi, pengeluaran darah oleh ibu selama proses operasi, komplikasi penyulit, endometritis (radang endometrium), tromboflebitis (pembekuan darah pembuluh balik), embolisme (penyumbatan pembuluh darah) dan pemulihan bentuk dan letak rahim menjadi tidak sempurna. Dampak daripada sectio caesarea ini adalah terjadinya infeksi pada ibu seperti infeksi Rahim, infeksi kandung kemih, infeksi usus dan infeksi pada lukabekas operasi. Jika infeksi ini dibiarkan berlarut maka akan menyebabkan kematian pada ibu. (Ramadhanti et al., 2022)

6. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada pasien dengan post sectio caesaria menurut Samsider Sitorus (2021), yaitu:

- a. Perawatan awal
 - 1) Letakkan pasien pada posisi pemulihan (recovery)

Pantau keadaan umum pasien, monitor tanda-tanda vital tiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit sekali untuk 1 jam selanjutnya. Pada jam selanjutnya, pantau tingkat kesadaran pasien setiap 15 menit hingga sadar.

2) Pemberian cairan

Pasca operasi sectio caesaria, pasien akan puasa dalam 6 jam pertama. Oleh karena itu dalam pemberian cairan intravena ke pasien harus tercukupi yang mengandung zat elektrolit supaya tidak mengalami hipotermia, dehidrasi ataupun komplikasi pada organ tubuh lainnya. Biasanya cairan intravena yang diberikan adalah D5 10 %, NaCl, dan Ringer Laktat secara selang-seling dengan jumlah tetesan tergantung kebutuhan pasien. Jika kadar hemoglobin rendah maka pasien diberikan transfusi darah sesuai dengan kebutuhan pasien.

b. Pastikan jalan nafas pasien bersih dan cukup ventilasi.

1) Diit

Biasanya pemberian cairan intravena dihentikan setelah pasien kentut, selanjutnya diawali dengan memberikan minuman dan makanan melalui mulut. Minuman diberikan dalam jumlah yang sedikit pada 6-8 jam setelah operasi sectio caesaria yaitu air putih dan teh.

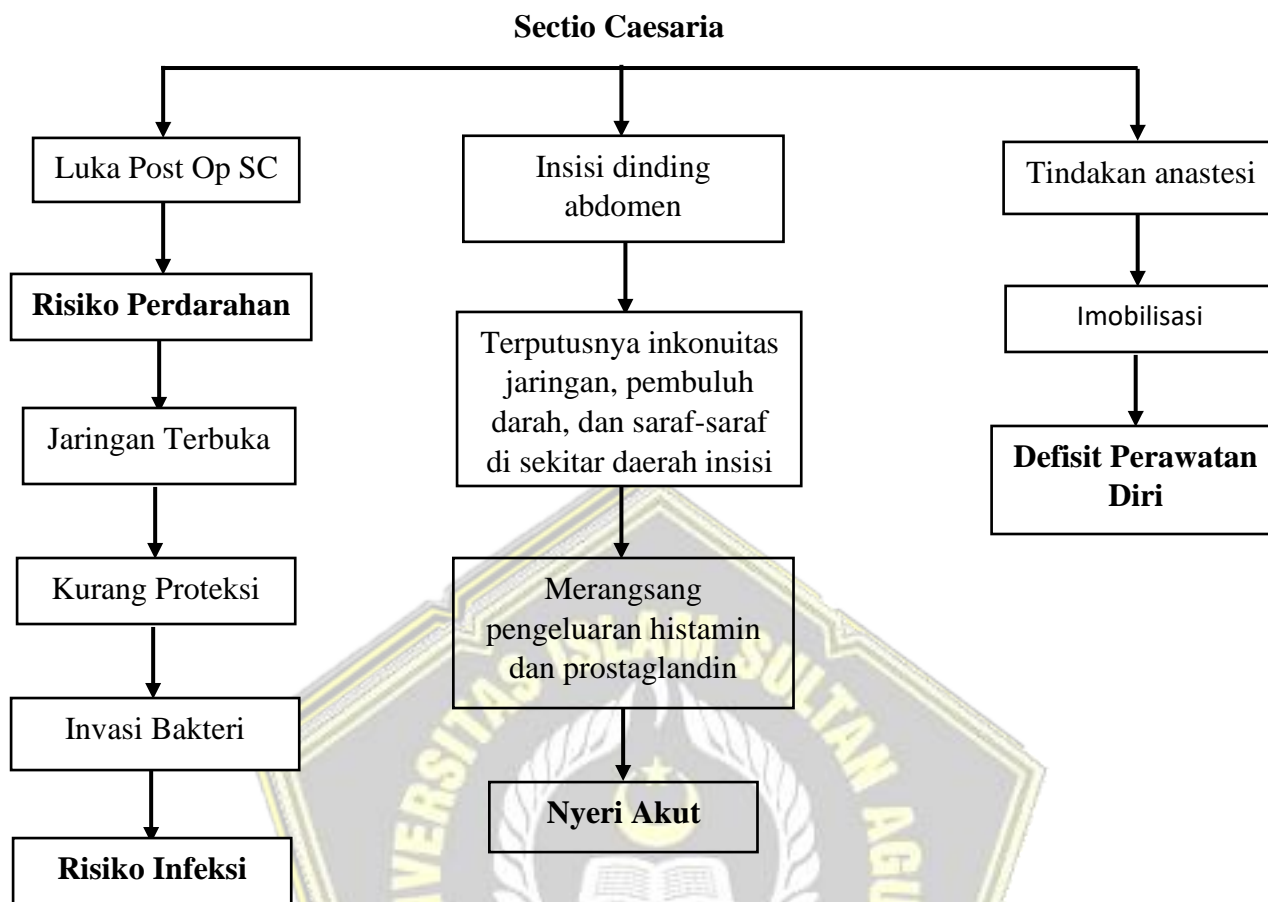
2) Kateterisasi

Penuhnya bladder dapat mengakibatkan rasa nyeri dan tidak nyaman pada pasien, hal ini dapat menghambat involusi uteri dan menyebabkan perdarahan. Biasanya selama 24 sampai 48 jam atau bisa lebih, kateter terpasang bergantung pada jenis operasi dan kondisi pasien.

3) Pemberian terapi obat

- a) Antibiotik,
- b) Analgesik,
- c) Supposituria

7. Pathway



Sumber : Samsider Sitorus, 2021 ; Susanto, 2018 ; SDKI, 2017

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Tujuan Asuhan Keperawatan

Peranan perawat maternitas memiliki kompetensi dalam mencegah dan melakukan penatalaksanaan asuhan keperawatan pada ibu post partum sectio caesarea (SC). Peranan tersebut meliputi pendekatan promotif yaitu upaya meningkatkan kesehatan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang bertujuan agar pasien menjadi mandiri, sehingga memungkinkan bagi pasien untuk merawat bekas luka operasi sectio caesarea terutama saat pasien berada di rumah. Pendekatan preventif yaitu pencegahan dan meminimalkan potensi risiko agar tidak terjadi komplikasi, yaitu dengan cara mengontrol terjadinya perdarahan, mengontrol kontraksi uterus, membantu melakukan mobilisasi dini, dan perawatan luka post sectio caesarea untuk mencegah infeksi. Pendekatan dalam mengobati atau kuratif yaitu dengan pemberian obat antibiotik

dan analgetik, perawat harus berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian obat yang bertujuan untuk mengatasi tanda dan gejala yang terjadi pada ibu post partum. Pendekatan rehabilitatif yaitu pendekatan yang dilakukan perawat pada masa pemulihan kondisi pasien yang meliputi aspek biopsikososial dengan cara memandirikan pasien sehingga kondisi pasien dapat segera pulih, mampu melakukan aktivitas sehari-hari, memotivasi pasien untuk minum obat secara teratur dan mengingatkan pasien untuk selalu kontrol ke pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif penting dilakukan pada ibu post partum sectio caesarea untuk membantu dalam proses pemulihan. Asuhan keperawatan pada masa persalinan dan masa nifas penting bagi kesehatan serta dapat mengatasi masalah pada ibu post partum sedini mungkin untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. (Ayu Zaharany, 2022)

2. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis

a. Adaptasi Fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Rahim

(1) Involusi uterus (Kembalinya rahim)

Involusi Uteri adalah suatu proses kembalinya uterus pada keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini merupakan proses yang sangat penting karena kemungkinan dapat terjadi pendarahan nifas cepat atau lambat. (Ana Amalia, 2012)

Dilakukan pemeriksaan palpasi yang bertujuan untuk meraba dimanakah letak FTU nya.

- (a) Saat bayi baru dilahirkan maka fundus uteri masih berada di setinggi pusat yang beratnya sekitar 1000 gr, pada saat bayi baru lahir.
- (b) Fundus uteri teraba 2 jari dibawah pusat, pada akhir kala
- (c) Fundus uteri teraba di pertengahan pusat simfisis pubis dengan berat sekitar 500 gr, pada satu minggu atau 7 hari post partum.
- (d) Fundus uteri teraba diatas simfisis pubis beratnya sekitar 350 gr, pada minggu ke-2 post partum.

- (e) Fundus uteri akan mengecil atau tidak teraba dengan berat sekitar 50 gr pada minggu ke-6 post partum.
- (f) Fundus uteri sebesar ukuran normal dengan berat 30 gr pada 8 minggu post partum. (Wardani, 2018)

Faktor Faktor yang mempengaruhi involusi uterus menurut Ana Amalia (2012)

- (a) Ambulasi,
- (b) Senam nifas,
- (c) Proses laktasi,
- (d) Komplikasi persalinan,
- (e) Anestesi,
- (f) Lamanya persalinan,
- (g) Usia,
- (h) Nutrisi,
- (i) Paritas,
- (j) Pekerjaan.

(2) Lokhea

Lokhea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas, lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea mempunyai reaksi basa/alkhalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. (Maharani et al., 2022)

Lokhea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan karena proses involusi. (Maharani et al., 2022)

Menurut Ana Amalia (2012), Lokhea pada masa nifas dibagi menjadi :

- (a) Lokhea rubra (cruenta).

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

(b) Lokhea sanguinolenta.

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

(c) Lokhea serosa.

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

(d) Lokhea alba.

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

(e) Servik.

Servik mengalami involusi bersama dengan uterus, konsistensinya lunak, kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, servik tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Muara servik yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan menutup bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu keenam nifas, servik menutup.

(3) Laktasi

Manajemen laktasi merupakan segala daya upaya yang dilakukan untuk membantu ibu mencapai keberhasilan dalam menyusui bayinya. Usaha ini dilakukan ibu khususnya pada periode menyusui eksklusif yaitu 0-6 bulan pertama pasca persalinan. Tujuannya agar Bunda dapat memenuhi kebutuhan air susu ibu (ASI) yang dibutuhkan si kecil dengan baik. (Dahlia et al., 2013)

Manajemen laktasi sebaiknya sudah dilakukan sejak awal kehamilan, hingga selama masa menyusui. Disarankan untuk memerhatikan frekuensi pemberian ASI, yaitu sekitar 8-12 kali dalam 24 jam. Tujuannya bukan hanya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, tetapi juga membantu menjaga produksi ASI agar terus bertambah banyak. Beberapa hari setelah dilahirkan, umumnya bayi

akan menyusui setiap 1-2 jam di siang hari dan beberapa kali saja di malam hari. Rata-rata durasi menyusui adalah 15-20 menit untuk tiap payudara. (Priatna & Evi Nurafiah, 2020)

(4) Serviks dan Vagina

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terjadi pada serviks pada masa postpartum adalah dari bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan karena korpus uteri yang sedang berkontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi selama persalinan, maka serviks tidak akan pernah kembali lagi seperti keadaan sebelum hamil. (Nurul Azizah, 2019)

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang. Tetapi jarang sekali dapat Kembali seperti semula atau seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul Kembali pada minggu ketiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkula mitiformis yang khas pada Wanita multipara. (Susanto, 2018)

2) Sistem Pencernaan

Setelah persalinan, ibu mengalami penurunan kadar progesterone yang akan memulihkan sistem pencernaan yang semula mengalami beberapa perubahan ketika masa kehamilan. Tonus dan mobilitas otot tractus akan Kembali ke keadaan normal sehingga akan memperlancar sistem pencernaan. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal. Pada sekresi saliva Kembali menjadi normal yang semulanya pada masa kehamilan itu sekresi salivanya menjadi lebih asam dan lebih banyak. Hal ini berlangsung kurang lebih 10 minggu pada ibu nifas. (Susanto, 2018)

Pada masa nifas sering terjadi konstipasi setelah persalinan. hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan, dan pasca persalinan tonus otot menurun sehingga menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan makanan, cairan dan aktivitas tubuh. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit saat defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung kejadian konstipasi pada ibu nifas pada minggu pertama. Supositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas akan tetapi, terjadinya konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran terhadap lukanya akan terbuka apabila ibu buang air besar. (Nurul Azizah, 2019)

3) Sistem Perkemihan

Pelvis, ginjal, dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan Kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum. (Susanto, 2018)

Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3000 ml perharinya. Tindakan ini disebut normal dari bagian kehamilan. Selain itu, didapati adanya keringat yang banyak beberapa hari pertama setelah melahirkan. Kandung kemih pada puerperium mempunyai kapasitas yang meningkat secara relative. Oleh karena itu, distensi yang berlebihan, urine residual yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Urine dan pelvis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan (Susanto, 2018)

Mekanisme tubuh untuk mengurangi kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil melalui diaforesis dan diuresis. Trauma jalan lahir, efek anastesi, dan rasa takut berkemih dapat mengakibatkan distensi

kandung kemih, menghambat kontraksi uterus dan mengakibatkan perdarahan. (Ana Amalia, 2012)

4) Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih dalam 6 minggu. Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih Kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi. Ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Akibat putus serat-serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihannya pun masih dibantu dengan latihan. (Susanto, 2018)

Menurut Nurul Azizah (2019) Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama hamil berlangsung secara terbalik pada masa pasca partum. Adaptasi ini mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim.

a) Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Kadang pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit. Tempat yang lemah ini menonjol kalau berdiri atau mengejan.

b) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau berbulan-bulan (striae). Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen dapat kembali dalam beberapa minggu.

c) Striae

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang smar. Ibu post partum memiliki

diastasis sehingga terjadi pemisahan muskulus rektus abdominal dapat dilihat pada pengkajian umum, aktivitas, paritas, jarak kehamilan yang dapat menentukan berapa lama tonus otot kembali normal.

d) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meragang sewaktu kehamilan dan persalinan, setelah persalinaan akan berangsur menciut dan kembali seperti sediakala. Ligamentum rotundum sering menjadi kendur yang dapat mengakibatkan letak usus menjadi retroflexi dan alat genitalia menjadi agak kendur.

5) Tanda-Tanda Vital

a) Suhu Tubuh

Dalam 24 jam post partum suhu akan naik sekitar $37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Pada hari ketiga suhu akan naik lagi karena proses pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah. (Dahlia et al., 2013)

Peningkatan suhu bisa juga terjadi karena infeksi pada endometrium, mastitis, infeksi tractus urogenitalis. Apabila suhu lebih dari 38°C dalam 2 hari berturut-turut pada 10 hari pertama post partum dan suhu harus terus diobservasi minimal 4 kali sehari. (Susanto, 2018)

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa berkisar 60-80 kali permenit. Setelah persalinan denyut nadi menjadi lebih cepat. Denyut nadi yang cepat ($>100\text{x/menit}$) biasa disebabkan karena infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda. (Susanto, 2018)

c) Tekanan Darah

Menurut Susanto (2018), Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklamsi post partum. Biasanya tekanan darah normal yaitu $<140/90$ mmHg.

Sedangkan menurut Nurul Azizah (2019), Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia post partum.

d) Pernafasan

Pernafasan selalu dikaitkan dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Apabila nadi dan suhu tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali pada kondisi gangguan saluran pernafasan. Apabila respirasi cepat >30 per menit mungkin diikuti dengan tanda-tanda shock. (Susanto, 2018)

6) Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi. (Susanto, 2018)

Menurut Nurul Azizah (2019), Pada persalinan per vaginam, hematokrit akan naik, sedangkan pada SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu. Tiga perubahan fisiologi pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut:

- a) Hilangnya sirkulasi uteroplacenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.
- b) Hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
- c) Terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskular yang disimpan selama wanita hamil

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplacenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran. (Nurul Azizah, 2019)

7) Sistem Hematologi

Jumlah kehilangan darah pada persalinan section caesaria adalah 1000 ml. Total volume darah kembali normal dalam waktu 3 minggu postpartum. Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama pada kondisi persalinan lama sekitar 25.000-30.000. Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen, dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. (Susanto, 2018)

Jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah. Volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah akan dipengaruhi oleh status gizi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai ke-7 post partum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu post partum. (Nurul Azizah, 2019)

b. Adaptasi Psikologis

Menurut Susanto, (2018) 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa post partum ialah :

1) Fase taking In

Fase ini biasanya setelah melahirkan sampai hari kedua dengan ciri-ciri :

- a) Perasaan ibu yang berfokus pada dirinya
- b) Ibu masih pasif dan bergantung dengan orang lain
- c) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
- d) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi
- e) Apabila ibu nafsu makannya berkurang itu menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- f) Adanya gangguan psikologis yang dirasakan sang ibu seperti kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

2) Fase Taking Hold

Fase ini biasanya terjadi pada hari ketiga sampai hari ke sepuluh dengan ciri-ciri :

- a) Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (baby blues)
- b) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya

- c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.

3) Fase Letting Go

Pada fase ini biasanya terjadi pada hari ke sepuluh sampai akhir masa nifas dengan ciri-ciri :

- a) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.
- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

Menurut Nurul Azizah (2019), Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain :

1) Respon dan dukungan keluarga dan teman.

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yakni peran sebagai “ibu” Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat.

2) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tahu bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah ibu melahirkan anaknya yang pertama, ia bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya.

3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.

Walaupun bukan kelahiran anak berikutnya bukan pengalaman pertama, namun kebutuhan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda

dengan ibu yang melahirkan anak yang pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinan yang lalu.

4) Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit lebih banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini, apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang di anut pada lingkungan ibu. Dalam hal ini bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan

3. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Samsider Sitorus (2021) Penatalaksanaan keperawatan untuk mengatasi nyeri post sectio caesaria yaitu berupa teknik non farmakologis yang digunakan antara lain:

- a. Relaksasi dan distraksi
- b. Hipnosis
- c. Perubahan dan pergerakan posisi
- d. Hidroterapi, masase kutaneus
- e. Terapi musik, panas atau dingin
- f. Emotional Freedom Technique (EFT)
- g. Aromaterapi
- h. Teknik imajinasi terbimbing

Penanganan nyeri dapat dilakukan secara farmakologi dan nonfarmakologi yang menjadi pilihan yang lebih aman digunakan bagi ibu postpartum. Berbagai agen farmakologi digunakan sebagai manajemen nyeri. Biasanya untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesik, yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan analgesik narkotik, pilihan obat tergantung pada rasa nyeri. Namun penggunaan obat terlalu sering dapat menimbulkan efek samping dan kadang obat

tidak memiliki kekuatan efek yang diharapkan. Salah satu contoh terapi nonfarmakologi yaitu mobilisasi dini. (Nurul Azizah, 2019)

4. Pengkajian

Pengkajian atau anamnesa adalah langkah pertama yang dilakukan untuk menggali informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan terkait keluhan dan kondisi pasien. Anamnesa dilakukan untuk memperoleh data pasien secara langsung. anamnesa juga dapat dilakukan kepada keluarga pasien untuk memperoleh data tentang pasien. Hal ini dapat dilakukan pada keadaan darurat ketika pasien tidak memungkinkan lagi untuk memberikan data yang akurat. (Nurul Azizah, 2019)

a. Data Subjektif

1) Biodata

Untuk biodata bisa ditanyakan langsung ke pasien atau ke keluarga. Dengan isian nama, umur, agama, Pendidikan, pekerjaan, suku/ras, alamat, dll. (Nurul Azizah, 2019)

2) Riwayat pasien

a) Keluhan utama

Keluhan utama dinyatakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan (Nurul Azizah, 2019)

b) Riwayat kesehatan sekarang

Data dari riwayat kesehatan dapat digunakan sebagai acuan kemungkinan adanya penyulit pada masa nifas. Adanya perubahan fisik secara fisiologis pada masa nifas yang dapat memengaruhi terjadinya gangguan/penyulit. (Nurul Azizah, 2019)

c) Riwayat menstruasi

Data yang diperoleh dari Riwayat menstruasi menurut Nurul Azizah (2019) adalah

- (1) Menarche,
- (2) Siklus menstruasi,
- (3) Lama menstruasi,
- (4) Keluhan saat menstruasi.

d) Riwayat KB

Data yang diperoleh dari Riwayat KB menurut Susanto (2018) adalah

- (1) Jenis KB,
- (2) Lama KB,
- (3) Keluhan KB,
- (4) Rencana KB.

e) Pola makan dan minum

Hal ini penting agar perawat dapat mengetahui bagaimana pasien mencukupi asuhan gizi dan pemenuhan kebutuhan cairannya. Terutama pada masa nifas yang sangat dibutuhkan cairan yang cukup. (Susanto, 2018)

f) Pola istirahat

Istirahat dibutuhkan oleh ibu postpartum. Oleh karena itu, perawat perlu menggali informasi mengenai kebiasaan istirahat pada ibu supaya perawat mengetahui hambatan yang mungkin muncul tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Untuk istirahat malam, rata-rata waktu yang diperlukan adalah 6-8 jam. (Nurul Azizah, 2019)

g) Personal hygiene

Menurut Susanto (2018), data ini sangat penting untuk diketahui karena hal ini akan mempengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya maka perawat akan memberikan bimbingan cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin.

a. Data Objektif

1) Lakukan pemeriksaan umum keadaan pasien

Periksa dan cek keadaan ibu secara umum, apakah ibu merasa lelah setelah melahirkan. Hal ini akan memengaruhi ibu dalam proses menerima bayinya dan kemampuan ibu dalam menyusui serta mengasuh bayi. (Nurul Azizah, 2019)

2) Lakukan pemeriksaan tanda - tanda vital

Tiap 15 menit sekali dilakukan monitor TTV selama 1 jam setelah proses persalinan, lalu tiap 30 menit untuk 1 jam berikutnya. Peningkatan hal ini karena pengeluaran tenaga selama proses persalinan dan kelelahan,

menurunnya tekanan darah perlu dicurigai karena kemungkinan adanya perdarahan post partum. (Susanto, 2018)

Pada saat post partum suhu dalam beberapa hari akan naik antara 37,2-37,8°C, hal ini disebabkan karena adanya resorpsi atau penyerapan ulang benda-benda di dalam uterus dan dimulainya laktasi atau demam resorpsi. Adanya infeksi pada ibu akan ditunjukkan dengan meningkatnya nadi dan suhu di atas normal. (Samsider Sitorus, 2021)

3) Lakukan pemeriksaan kepala

a) Mata

Pemeriksaan konjungtiva mata yang anemis, karena perdarahan pada saat proses persalinan dapat menyebabkan anemia. (Nurul Azizah, 2019)

b) Hidung

Menanyakan dan memeriksa hidung ibu, apakah ibu menderita sinusitis, polip atau pilek. Jika hal ini terjadi kemungkinan sang ibu mengalami alergi (Susanto, 2018)

c) Telinga

Menanyakan dan memeriksa telinga ibu, apakah ibu menderita infeksi atau ada peradangan ditelinga ibu, dan memeriksa apakah ada serumen di telinga ibu. (Nurul Azizah, 2019)

d) Mulut dan gigi

Menanyakan dan memeriksa mulut dan gigi ibu, apakah terdapat stomatitis atau apakah ada gigi yang berlubang. Mikroorganisme dapat masuk ke dalam gigi yang berlubang dan secara sistemik dapat beredar. (Nurul Azizah, 2019)

e) Leher

Memeriksa leher ibu, apakah terdapat kelenjar tiroid dan kelenjar limfe yang membesar. Apabila ibu mengalami pembesaran limfe itu tandanya terjadi infeksi pada ibu. Didukung dengan data lain yaitu dengan adanya hipertermia, bengkak dan nyeri. (Susanto, 2018)

4) Lakukan pemeriksaan payudara

a) Payudara

(1) Inspeksi bentuk, kesimetrisan, ukuran payudara. Ukuran dan bentuk payudara tidak mempengaruhi produksi ASI. (Susanto, 2018)

- (2) Inspeksi permukaan dan kontur payudara. Dengan adanya depresi, retraksi, atau dengan adanya luka pada kulit payudara bisa menyebabkan permukaan payudara menjadi tidak rata. Hal ini perlu dipikirkan Kembali karena kemungkinan akan adanya tumor dipayudara (Susanto, 2018)
 - (3) Inspeksi warna pada kulit payudara, dengan adanya peradangan akan menunjukkan warna kemerahan pada kulit payudara (Susanto, 2018)
- b) Aerola
- Inspeksi bentuk, kesimetrisan dan ukuran aerola. Aerola biasanya menjadi lebar dan warnanya akan menjadi lebih hitam, hal ini terjadi karena adanya hiperpigmentasi selama kehamilan.
- c) Puting
- (1) Inspeksi ukuran dan bentuk puting. Puting mempunyai ukuran yang bervariasi, tetapi dalam hal ini tidak menunjukkan arti khusus. Kesiapan ibu dalam proses menyusui sangat dipengaruhi oleh bentuk puting seperti tenggelam, datar, panjang atau normal. (Wahyuni, 2020)
 - (2) Inspeksi apakah terdapat lecet, lesi ataupun luka. (Wahyuni, 2020)
 - (3) Palpasi, untuk mengetahui apakah ada pembengkakan pada payudara atau tidak, untuk mengetahui apakah ada massa atau tidak. Memeriksa payudara terhadap pengeluaran kolostrum, biasanya pada hari kedua dan ketiga akan mengalami peningkatan. (Wahyuni, 2020)
- 5) Menurut Wahyuni (2020), lakukan pemeriksaan fundus uteri dan abdomen dengan posisi telentang serta kaki sedikit ditekuk
- a) Kaji luka pada persalinan section caesarea, apakah luka terdapat tanda-tanda infeksi
 - b) Kaji apakah ada linea alba dan striae
 - c) Kaji abdomen, apakah keras atau lembek, adanya kontraksi uterus yang bagus dapat meminimalkan risiko perdarahan dan hal ini menunjukkan bahwa keadaan abdomen keras.
 - d) Ukur dan kaji diastatis abdominis (DRA). Diastasis rektus abdominis merupakan otot yang meregang disebabkan karena membesarnya rahim.

Mintalah ibu untuk tidur dengan posisi telentang tanpa menggunakan bantal, kemudian letakkan jari tangan pemeriksa dibawah PX (Prosesus Xiphoides) dan mintalah ibu untuk mengangkat kepala, lalu selanjutnya palpasi abdomen dari bawah PX ke umbilikus. Hasilnya adalah terdapat regangan yang menyerupai celah memanjang setelah itu lalu diukur lebar dan panjang dari diastasis rektus abdominis.

- e) Fundus uteri dipalpasi dari umbilikus ke bawah, lalu ukur tinggi fundus uteri (TFU)
 - f) Inspeksi dan palpasi kandung kemih. Adanya jumlah urin yang tertampung banyak akan membuat kandung kemih tampak bulat dan penuh, dan hal ini dapat mengganggu proses involusi uteri sehingga harus segera dikeluarkan.
- 6) Menurut Wahyuni (2020), cara melakukan pemeriksaan genital adalah
- a) Inspeksi apakah ada edema pada tractus urinarius, jika ada hal ini dapat menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensi urin.
 - b) Kaji eliminasi urin atau BAK, kandung kemih dapat kehilangan sensitivitas, hal ini karena proses persalinan.
 - c) Periksa lokhea atau discharge, yaitu suatu pengeluaran cairan yang keluar dari jalan lahir. Lokhea mengandung jaringan-jaringan dan lender
 - (1) Monitor lokhea setiap 4-8 jam
 - (2) Hitung jumlah atau dapat dilihat dari frekuensi penggantian pembalut.

Klasifikasi lokhea berdasarkan volume darah yang keluar sebagai berikut :

 - (a) Lokhea keluar kurang dari 5 cm dan volume darah kira-kira 10 ml dalam pembalut disebut Scant.
 - (b) Lokhea keluar kurang dari 10 cm dan volume darah kira-kira 10-15 ml dalam pembalut disebut Small
 - (c) Lokhea keluar kurang dari 15 cm dan volume darah kira-kira 25-50 ml dalam pembalut disebut Moderat.
 - (d) Lokhea keluar lebih dari 15 cm dan volume darah kira-kira 50-80 ml dalam pembalut disebut Large.
 - (3) Kaji warna dan bau lokhea. Lokhea dibagi menjadi 3, yaitu :

- (1) Lokhea rubra, berwarna merah dan merah muda, lokhea ini berisi darah, bekuan darah, dan lendir yang berlangsung selama 9-10 hari post partum, serta berbau amis.
 - (2) Lokhea serosa, berwarna kecoklatan, berbau agak amis, mengandung leukosit, serum dan sisa jaringan. Berlangsung selama 9-10 hari post partum.
 - (3) Lokhea alba, terjadi pada minggu kedua sampai enam post partum. Lokhea ini berisi leukosit, mukoservik, sel epitel dan bakteri/kuman serta berwarna kuning sampai putih. Bau darah menstruasi mirip dengan bau lokhea, adanya infeksi pada saluran reproduksi, akan membuat bau lokhea tidak sedap/bau busuk.
- 7) Menurut Wahyuni (2020), cara melakukan pemeriksaan perineum dan rektum ialah
- a) memposisikan pasien. Lalu kaji keutuhan perineum, apakah utuh, terdapat luka episiotomy atau luka laserasi/rupture.
 - b) Mengkaji luka episiotomi dan keadaan jahitan, kaji tanda REEDA (redress, edema, echymosis, discharge, approximation). Kebersihan perineum menunjang penyembuhan luka.
 - c) Mengkaji adanya laserasi,
 - (1) Tingkat 1 : kulit dan strukturnya dari permukaan sampai otot.
 - (2) Tingkat 2 : meluas sampai otot perineal.
 - (3) Tingkat 3 : meluas sampai otot spinkter.
 - (4) Tingkat 4 : melibatkan dinding anterior rektal
 - d) Mengkaji adanya hemoroid, hemoroid derajat 1 normal pada ibu post partum.
- 8) Menurut Wahyuni (2020), cara melakukan pemeriksaan ekstremitas adalah
- a) Mengkaji apakah adanya varises.
 - b) Adakah pembengkakan/oedem.
 - c) Mengkaji dan memeriksa tanda homan. Caranya, posisikan ibu terlentang dengan tungkai ekstensi atau diluruskan, kemudian didorsofleksikan atau digerakkan dan tanyakan apakah ibu mengalami nyeri pada betis, jika nyeri maka tanda homan positif. Tanda homan positif menunjukkan adanya tromboflebitis sehingga dapat

menghambat sirkulasi ke organ distal, ibu harus dimotivasi untuk mobilisasi dini agar sirkulasi lancar.

5. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- b. Risiko Perdarahan d.d Komplikasi Kehamilan (D.0012)
- c. Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Infasif (D.0142)
- d. Ansietas b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0080)
- e. Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan (D.0109)

6. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Mual menurun 7. Muntah menurun Pola makan membaik	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, bintensitas, dan skala nyeri 2. Identifikasi respons nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis (Tarik nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri

			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetic, Jika perlu</p>
2.	Risiko Perdarahan d.d Komplikasi Kehamilan (D.0012)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemoglobin membaik 2. Hematokrit membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Suhu tubuh membaik 5. Perdarahan vagina menurun 	<p>Pencegahan perdarahan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hemoglobin/hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi tindakan invasive, Jika perlu 2. Pertahankan bedrest selama perdarahan 3. Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K 4. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, Jika perlu 2. Anjurkan pemberian produk darah, Jika perlu
3.	Risiko Infeksi d.d Efek Prosedur Infasif (D.0142)	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Bengkak menurun 3. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu

4.	Ansietas b.d Kurang Terpapar Informasi (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil : 1. Pola tidur meningkat 2. Perilaku gelisah menurun 3. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang dialami 2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 3. Latih teknik relaksasi
5.	Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan (D.0109)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi

		<p>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>6. Mempertahankan kebersihan mulut</p>	<p>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
--	--	--	--



BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara allo dan auto anamnesa, serta dengan cara melihat data rekam medik, pengkajian dilakukan pada tanggal 4 Juni 2022 pada pukul 11.25 WITA, dengan hasil berikut : pasien atas nama Ny. I, umur 24 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan sebagai Ibu rumah tangga, yang beralamat di Banjarbaru, dengan status obstetric yaitu nifas hari ke 0, P1 A0. Tipe persalinan pasien adalah Sectio Caesaria (SC), dengan berat bayi lahir 2,970 Kg, keadaan bayi waktu lahir menangis kuat dan sehat.

2. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada perut bekas operasi post Sectio Caesaria (SC), dan pasien merasa sakit pada selangkangan.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien post SC hari 0 dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat, terdapat luka post SC pada abdomen ibu dengan keadaan tertutup kasa steril, terdapat pengeluaran darah aktif sebanyak \pm 300 cc

4. Masalah kehamilan

Pasien mempunyai indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat

5. Riwayat menstruasi

Menarcege pasien saat berumur 14 tahun, pasien mengatakan siklus menstruasi normal setiap bulan bisa mundur atau maju kurang lebih 2 hari dari jadwal dibulan sebelumnya. Dan lama menstruasi pasien sekitar kurang lebih 7 hari setiap kali menstruasi , pada satu bulan satu kali. Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam menstruasi

6. Riwayat KB

Pasien mengatakan belum pernah menggunakan KB dengan jenis apapun dan pasien mengatakan berencana menggunakan KB suntik per 3 bulan.

7. Pemeriksaan fisik ibu

a. Tanda-tanda vital

Dari pemeriksaan yang dilakukan, didapatkan tanda-tanda vital pasien diantaranya adalah : Tekanan darah 122/86 mmHg, nadi 89x /menit, suhu 36,5 °C, frekuensi pernafasan 20x /menit, dan saturasi oksigen 98%.

b. Keadaan umum

Kesadaran umum pasien composmentis dengan GCS 15 (E4 M6 V5), penampilan lemah dan pucat.

c. Kepala & Leher

1) Kepala

Bentuk kepala simetris, rambut panjang, berwarna hitam, rambut rontok beberapa helai, kepala bersih dan terawat

2) Leher

Leher normal, tidak ada tonjolan, trakea berada ditengah, tidak ada benjolan dileher, tidak ada pembesaran tonsil

d. Thorax

Inspeksi : Dada simetris, kulit bersih, tidak ada edema yang terlihat

Palpasi : Tidak ada edema yang teraba, kultur kulit halus, iktus kordis teraba

Perkusi : Bunyi jantung pekak

Auskultasi : Bunyi jantung lup-dup

e. Payudara

Payudara pasien bersih, tidak ada edema yang teraba, aerola mammae menghitam, sudah ada asi yang keluar.

f. Abdomen

Inspeksi : Perut normal, terdapat linea alba, uterus kontraksi, terdapat luka jahitan post SC yang terbungkus kasa

Auskultasi : bising usus 12x /menit

Palpasi : Perut pasien kontraksi, uterus teraba 2 jari dibawah pusat

Keadaan : perut kontraksi

Diastasis rectus abdominis: tidak terjadi pemisahan otot akibat kehamilan

Untuk fundus uteri tingginya 14cm dengan posisi 2 jari dibawah pusat, dan kontraksi uterus

- g. Lokia
Jumlah lokia pada pasien kurang lebih 300 cc, berwarna merah kecoklatan dengan konsistensi cair bercampur dengan gumpalan-gumpalan kecil disertai bau amis.
- h. Perineum
Keadaan perineum utuh, tidak ada tanda REEDA, terdapat darah dengan konsistensi cair dengan gumpalan-gumpalan kecil, perineum pasien bersih, pasien mengatakan memiliki hemoroid sejak 7 bulan mengandung.
- i. Eliminasi
Pasien mengeluh perut nyeri saat bergerak dengan aktif, tidak ada kesulitan dalam BAK dan BAB, klien menggunakan kateter. Pasien mengatakan BAB kurang lebih 3 hari sekali, dan sejak di Rumah Sakit belum ada BAB. Tidak ada distensi kandung kemih.
- j. Ekstremitas
Ekstremitas pasien tidak ada varises dan tanda homans yang negatif.
8. Pengkajian kebutuhan khusus
- a. Oksigenasi
Pasien tidak ada sesak nafas, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada nafas tambahan. Saturasi oksigen 98%, tidak ada pusing setelah beraktivitas.
- b. Nutrisi
Pasien makan sedikit tapi sering, pasien makan-makanan rumah sakit yang terdiri dari bubur, sayur, dan ikan tinggi protein. Pasien mengeluh tidak nafsu makan karena mual akibat anestesi.
- c. Cairan
Pasien minum air putih kurang lebih 700 cc setiap hari sedikit demi sedikit.
- d. Eliminasi
Pasien mengatakan tidak memiliki keringat yang berlebih. Pasien terpasang kateter. Pasien tidak ada keluhan BAB dan BAK, dan belum ada BAB selama di Rumah Sakit. Pasien mengeluh mual dan muntah serta nyeri pada perut sesudah operasi.
9. Pemeriksaan fisik bayi
- a. Keadaan Umum
Postur bayi terlentang, ekstermitas baik, bayi menangis kuat, tubuh bayi normal, tidak terlalu gemuk ataupun kurus

b. Tanda-tanda vital

Dari pemeriksaan yang dilakukan, didapatkan hasil dengan suhu 36,7 °C, Frekuensi nadi 148x/menit, Frekuensi pernafasan 43x/menit, dan saturasi oksigen 96%.

c. Antropometri

Dari pemeriksaan yang dilakukan, didapatkan hasil dengan panjang badan lahir 52cm, berat badan lahir 2,970 kg, lingkaran kepala 34 cm, lingkaran dada 33 cm, lingkaran perut 30 cm, lingkaran lengan 10 cm.

d. Kepala

1) Bentuk kepala dan rambut

Bentuk kepala simetris, rambut lebat berwarna hitam, kepala bersih.

2) Mata

Mata bersih, tidak ada sekret, konjungtiva normal, sklera berwarna putih, pupil isokor.

3) Telinga

Telinga simetris, bersih, tidak ada sekret yang terlihat, pendengaran baik, bayi terkejut saat diberikan suara secara tiba-tiba.

4) Hidung

Hidung bersih, tidak ada sekret, tidak ada nafas tambahan, tidak ada napas cuping hidung yang terdengar.

5) Mulut

Mulut bersih, gusi baik berwarna merah muda, refleks menghisap bagus.

e. Leher

Leher dapat bergerak dengan leluasa, tidak ada pembengkakan yang terjadi, tidak ada lipatan kulit tambahan, trakea berada ditengah

f. Dada

Jantung

Inspeksi : tidak ada edema, tidak ada bekas luka, dada simetris

Palpasi : tidak ada edema yang teraba, iktus cordis teraba

Perkusi : suara jantung sonor (redup)

Auskultasi : suara jantung normal (lup-dup)

Paru-paru

Inspeksi : dada simetris, tidak ada luka

- Palpasi : tidak ada edema
 Perkusi : suara paru sonor (redup)
 Auskultasi : suara pernafasan vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

g. Abdomen

- Inspeksi : perut normal, tidak ada bekas luka yang terlihat, tali pusat masih basah
 Auskultasi : bising usus bayi 10x/menit
 Perkusi : Tidak ada pembengkakan organ
 Palpasi : Tidak ada edema yang teraba

h. Punggung, pelvis, ekstremitas

Tidak ada pembengkakan, tulang punggung normal, tidak ada kelumpuhan pada ekstremitas, bayi dapat menggenggam, kaki bayi normal tidak bengkok ke dalam.

i. Genitalia

Genetalia bayi normal, tidak ada kelainan, genetalia bersih.

j. Anus dan rektum

Anus dan rektum bayi positif, normal. Mekonium keluar beberapa jam setelah melahirkan.

k. Kulit

Kulit bersih, tidak ada kelainan, ada bekas luka akibat penyuntikan vitamin K dan suntik imunisasi hepatitis B.

10. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan darah

Hematologi

Darah Rutin 1

- Hemoglobin : 11,3g/dL (Low)
 Hematokrit : 33,1 %
 Leukosit : 18,34 ribu/ μ l (High)
 Trombosit : 283 ribu/ μ l

B. Analisa Data

Pada hari Selasa tanggal 5 Juli 2022 pukul 11.30 WITA, didapatkan data subjektif yang pertama yaitu pasien mengeluh nyeri dibagian perut setelah dilakukan tindakan Sectio Caesaria (SC), pasien juga mengeluh sulit tidur karena nyeri pada bagian perut. Pasien mengeluh mual dan muntah efek anestesi setelah operasi SC. Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut, pasien pun mengatakan nyeri di luka jahitan pada perut dengan skala 4 dari 1 sampai 5 dan nyeri nya berlangsung terus menerus.

Sedangkan data objektifnya pasien tampak tidak nyaman dan gelisah, sesekali pasien meringis karena kesakitan saat bergerak. Pasien bersikap protektif untuk menghindari nyeri bertambah parah. Pasien pun sesekali mual dan muntah. Berdasarkan data tersebut, penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Data fokus yang kedua, pasien mengatakan terjadi pengeluaran darah pada perinium setelah operasi dilakukan, pasien khawatir jika darah akan terus menerus keluar dan membahayakan pasien. Sedangkan data objektifnya pasien tampak tidak nyaman dan gelisah dengan keadaannya. Perdarahan kurang lebih 300 cc setelah dilakukan prosedur SC pada pasien. Berdasarkan data tersebut, penulis menegakkan diagnosa risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan post SC dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat.

Data fokus yang ketiga, pasien mengatakan luka jahitan diperut pasca operasi membuat tidak nyaman dan mengkhawatirkan. Pasien mengatakan masih belum mengerti cara untuk merawat diri setelah melahirkan dan tidak tau cara mencuci tangan yang baik dan benar. Pasien mengatakan takut jika terjadi infeksi kepada pasien karena keadaannya yang minim informasi mengenai perawatan ibu hamil pasca operasi SC.

Sedangkan data objektifnya pasien terlihat tidak nyaman, terdapat jahitan horizontal diatas tulang kemaluan pasien. Pasien nampak tidak tau cara menjaga kebersihan diri dan lingkungan pasien, pasien tidak mencuci tangan setelah menyentuh kasa bekas perut pasien. Terdapat data leukosit dengan hasil 18,34 ribu (High). Berdasarkan data tersebut, penulis menegakkan diagnosa risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif.

C. Planning / Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 11:35 WITA, disusun intervensi keperawatan atau rencana tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Mual menurun, Muntah menurun, Pola makan membaik.

Adapun intervensi yang dilakukan adalah Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri, Identifikasi faktor pemberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis (Tarik nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, Ajarkan Teknik nonfarmakologis (Tarik nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri, Kolaborasi pemberian analgesik (pemberian obat ketorolac 3x1 intravena).

Diagnosa yang kedua yaitu risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam maka tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil: Kelembapan kulit meningkat, Perdarahan vagina menurun, Jumlah hemoglobin dan hematokrit membaik. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu: Monitor TTV, Monitor intake dan output cairan, Monitor tanda dan gejala perdarahan, Jelaskan tanda dan gejala perdarahan, Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K, Kolaborasi pemberian vitamin K.

Diagnosa yang ketiga yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif, terdapat jahitan post SC diatas tulang kemaluan. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu: Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: Nyeri menurun, Suhu tubuh dalam batas normal, Kultur area luka membaik. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu: Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik, Batasi jumlah pengunjung, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Ajarkan cara mencuci tangan, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi cairan.

D. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 11:58 WITA dilakukan implementasi diagnosa pertama berupa manajemen nyeri. Pada implemementasi pertama dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri yang didapat yaitu pasien mengatakan nyeri pada bagian perut setelah dilakukan tindakan SC, pasien mengatakan nyeri nya seperti berdenyut, nyeri nya diluka jahitan pada perut, dengan skala 4 dari 1 sampai 5. Klien mengatakan nyeri secara terus menerus. Sedangkan objektifnya pasien tampak tidak nyaman dan gelisah, sesekali pasien meringis karena kesakitan saat bergerak.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 12:15 WITA dilakukan implementasi kedua yaitu mengidentifikasi faktor pemberat dan faktor memperingan nyeri yang didapat adalah : pasien mengatakan nyeri terus menerus dan akan lebih sakit jika bergerak. Pasien mengatakan pasien menjadi lebih rileks saat dilakukan Teknik nafas dalam. Sedangkan objektifnya pasien tampak meringis saat bergerak dan dapat lebih fokus serta sedikit lebih rileks saat melakukan teknik nafas dalam.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 13:05 WITA dilakukan implementasi ketiga yaitu memberikan teknik nonfarmakologis (Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri) yang didapat adalah : Pasien mengatakan teknik nafas dalam dapat membantu pasien untuk tenang dan melupakan nyeri sejenak. Untuk objektifnya pasien tampak bersungguh-sungguh saat melakukan teknik nafas dalam, pasien tampak rileks setelah melakukan teknik nonfarmakologis ini.

Pada tanggal 6 Juli 2022 pukul 16:52 WITA dilakukan implementasi keempat yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri yang di dapat adalah : Pasien mengatakan ruang inap yang agak panas membuat pasien tidak nyaman. Sedangkan objektifnya pasien terlihat tidak nyaman dengan lingkungan nya dan gelisah.

Lalu dilanjutkan dengan mengulangi implementasi ketiga yaitu memberikan teknik nonfarmakologis (Tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri) yang didapat adalah pasien mengatakan teknik nafas dalam sangat membantu pasien, pasien sudah mengerti cara melakukan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam dan akan melakukannya lagi saat pasien merasa nyeri. Sedangkan untuk objektifnya pasien diberikan edukasi mengenai teknik nonfarmakologis yaitu tarik nafas dalam, pasien tampak mengerti dan memahami tentang materi yang disampaikan.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 13:05 WITA dilakukan implementasi kelima yaitu mengkolaborasikan pemberian analgesik, yang didapat adalah : pasien

mengatakan pasien tahu akan diberi obat pereda nyeri dan bersedia. Sedangkan untuk objektifnya pasien diberi obat injeksi ketorolac 3x1 intravena dan tramadol 2x1 intravena.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 11:40 WITA dilakukan implementasi diagnosa kedua yaitu memonitor tanda-tanda vital, dan hasil yang didapat adalah Pasien mengatakan selama hamil tekanan darah pasien selalu rendah. Sedangkan objektifnya TD : 122/86 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu : 36,5 C, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%, dan Tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 11:52 WITA dilakukan implementasi kedua yaitu memonitor input dan output cairan, dan hasil yang didapat adalah Pasien mengatakan pasien minum kurang lebih 700 cc. dan untuk hasil objektifnya pasien menggunakan kateter, pada urine bag pasien mengeluarkan urine kurang lebih 500 cc.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 12:55 WITA dilakukan implementasi ketiga yaitu memonitor tanda dan gejala perdarahan, dan hasil yang didapat adalah pasien mengatakan perdarahan tidak terlalu deras dan akan keluar jika pasien bergerak. Sedangkan objektifnya darah yang keluar kurang lebih 300 cc, hemoglobin pasien rendah yaitu 11,3 g/dL.

Pada tanggal 6 Juli 2022 pukul 17:06 WITA dilakukan implementasi keempat yaitu menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, dan hasil yang didapat adalah Pasien mengatakan pasien mengerti dengan kondisinya. Sedangkan objektifnya pasien tampak mengerti setelah dijelaskan pasien berisiko untuk mengalami perdarahan.

Pada tanggal 6 Juli 2022 pukul 17:26 WITA dilakukan implementasi kelima yaitu menganjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi, dan hasil yang didapat adalah pasien mengatakan pasien minum air putih kurang lebih 700 cc selama satu hari sedikit demi sedikit tetapi sering. Sedangkan objektif nya pasien terlihat sering meminta air minum dengan keluarganya.

Pada tanggal 5 juli 2022 pukul 10:42 WITA dilakukan implementasi keenam yaitu menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K, dan hasil yang didapat adalah pasien mengatakan ingin makan sepuasnya setelah keluar dari rumah sakit. Sedangkan objektifnya pasien sudah diberi anjuran untuk meningkatkan pemberian vitamin K setiap harinya.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 11:20 WITA dilakukan implementasi ketujuh yaitu mengkolaborasikan pemberian vitamin K, dan hasil yang didapat adalah pasien mengatakan pasien tahu akan diberikan vitamin K dan pasien setuju. Sedangkan data objektifnya pasien dianjurkan untuk makan-makanan yang mengandung banyak vitamin K, pasien diberikan suplemen vitamin K.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 11:42 WITA dilakukan implementasi dari hasil diagnosa ketiga yaitu memonitor tanda dan gejala lokal dan sistemik, dan hasil yang didapat adalah pasien mengatakan jahitan tidak terlalu mengganjal dan mengganggu pasien, tetapi pasien masih merasakan nyeri pada jahitan, sedangkan objektifnya terdapat jahitan horizontal post SC pada perut pasien tepatnya di atas tulang kemaluan pasien, tidak terjadi edema ataupun perdarahan pada bekas jahitan pasien.

Pada tanggal 6 Juli 2022 pukul 18:22 WITA dilakukan implementasi kedua yaitu membatasi jumlah pengunjung, dengan hasil yang didapat yaitu Pasien mengatakan ingin selalu bersama suami dan ibu pasien, pasien sengaja membatasi orang yang berada disekitarnya karena nyeri yang akan bertambah parah apabila terlalu banyak orang. Sedangkan objektifnya hanya suami dan ibu pasien yang diperbolehkan masuk ke ruang inap dan menjaga pasien secara bergantian.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 13:21 WITA dilakukan implementasi ketiga yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, dan hasil yang didapat adalah pasien mengatakan senang dan tidak khawatir dengan perawatan dan pelayanan yang diberikan karena terjamin kebersihannya. Sedangkan objektifnya perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, selalu menggunakan handscoon ingin melakukan tindakan padapatient.

Pada tanggal 6 Juli 2022 pukul 19:25 WITA dilakukan implementasi keempat yaitu mengajarkan cara mencuci tangan, dan hasil yang didapat adalah pasien mengatakan penjelasan mudah dimengerti, pasien tidak memiliki pertanyaan yang tandanya mengerti bagaimana cara mencuci tangan yang baik dan benar. Sedangkan objektifnya adalah pasien diberi edukasi 6 langkah cara mencuci tangan yang baik dan benar agar terhindar dari segala penyakit maupun infeksi, pasien dapat memahami dan mempraktekkan sendiri dengan baik. Pasien juga dianjurkan untuk tidak memegang luka bekas SC untuk menghindari risiko terjadinya infeksi pada pasien.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 13:15 WITA dilakukan implementasi kelima yaitu menganjurkan peningkatan asupan nutrisi cairan, dengan hasil Pasien mengatakan pasien minum air putih kurang lebih 700 cc dalam satu hari sedikit demi sedikit tetapi sering. Sedangkan objektif nya pasien terlihat sering meminta air minum dengan keluarganya. Pasien dianjurkan minum 1,5 L – 2 L untuk memenuhi kebutuhan cairan di dalam tubuh agar tidak terjadi dehidrasi pada pasien.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 13:52 WITA dengan diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, menghasilkan data S : Pasien mengatakan perut pasien masih nyeri setelah dilakukan operasi SC, tetapi tidak sesakit sebelumnya, pasien masih tidak bisa tidur dengan nyaman dan masih mengeluhkan mual, P : Pasien mengatakan nyeri timbul karena prosedur operasi SC, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut, R : Pasien mengatakan nyeri di luka jahitan pada perut, S : Pasien mengatakan skala nyeri 2 (1-5), T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Sedangkan untuk objektifnya pasien terlihat sedikit lebih baik dibandingkan sebelumnya, gelisah pasien sudah mulai berkurang, sikap protektif pasien mulai menghilang, tetapi pasien mengalami muntah-muntah akibat efek anestesi saat operasi SC. Tekanan Darah : 112/79 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu : 36,6 C, RR : 20x/menit, SPO2 : 98 %, A : Masalah keperawatan teratasi Sebagian, P : Lanjutkan intervensi : Berikan teknik nonfarmakologis (Teknik nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri,

Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, Kolaborasi pemberian analgetic. Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 13:57 WITA dilakukan evaluasi keperawatan dengan diagnosa kedua yaitu Risiko Perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan, menghasilkan data S : Pasien mengatakan perdarahan sudah mulai berkurang. Pasien tentang dengan keadaannya karena perdarahan yang berkurang,

Sedangkan untuk objektifnya Kelembapan kulit pasien terlihat lebih baik. Perdarahan di perinium sudah berkurang 100 cc, Jumlah Hemoglobin : 11,3 mg/dL, Jumlah Hematokrit : 33,1 %, Tekanan Darah : 112/79 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu : 36,6 C, RR : 20x/menit, SPO2 : 98%, A : Risiko perdarahan tidak terjadi, Masalah teratasi, P : Hentikan intervensi, tetap anjurkan pasien meningkatkan asupan cairan dan nutrisi serta vitamin K saat berada di rumah.

Pada tanggal 5 Juli 2022 pukul 14:00 WITA dilakukan evaluasi keperawatan dengan diagnosa ketiga yaitu Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif, menghasilkan data S : Pasien mengatakan perut pasien masih nyeri setelah dilakukan operasi SC, tetapi tidak sesakit sebelumnya. Pasien mengatakan pasien sudah memahami cara untuk merawat diri dan mencuci tangan yang baik dan benar, P : Pasien mengatakan nyeri timbul karena prosedur operasi SC, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut, R : Pasien mengatakan nyeri di luka jahitan pada perut, S : Pasien mengatakan skala nyeri 2 (1-5), T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul,

Sedangkan untuk objektifnya suhu tubuh pasien dalam batas normal yaitu 36,6 C. Suhu tubuh normal, kultur area membaik, tidak terjadi infeksi ataupun edema, arena luka masih belum kering sepenuhnya dan belum sembuh, pasien masih menjaga jarak dengan orang banyak untuk mencegah infeksi pasien dapat memahami cara menjaga infeksi luka dan juga mempertahankan kebersihan diri untuk mencegah terjadinya perdarahan ataupun infeksi tetapi pasien sudah bisa tidur dengan normal. Pasien terlihat paham dan mengerti edukasi yang diberikan mengenai cara menjaga kebersihan diri dan juga cara mencuci tangan 6 langkah. Dengan jumlah leukosit : 1,34 ribu, A : Risiko infeksi tidak terjadi, hentikan intervensi, Masalah teratasi, P : Hentikan intervensi, tetap anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan suatu aktivitas, selalu periksa luka dan selalu bersihkan luka agar tidak terjadi perdarahan, anjurkan selalu meningkatkan cairan dan nutrisi saat berada di rumah.

Pada tanggal 6 Juli 2022 pukul 20:52 WITA dilakukan evaluasi keperawatan yang kedua dengan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yang menghasilkan data S : pasien mengatakan nyeri diperut pasien jauh lebih berkurang dibandingkan sebelumnya, klien senang melakukan Teknik nonfarmakologis berupa nafas dalam karena berhasil untuk mengurangi rasa nyeri jika timbul. Pasien mengatakan tidur pasien sudah jauh lebih nyaman dibandingkan sebelumnya dan pasien sudah tidak merasakan mual ataupun muntah hari ini.. P : Pasien mengatakan nyeri timbul karena prosedur operasi SC dan hanya nyeri jika bergerak terlalu banyak, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut, R : Pasien mengatakan nyeri di luka jahitan pada perut, S : Pasien mengatakan skala nyeri 1 (1-5), T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Sedangkan objektifnya Pasien terlihat lebih baik dan lebih bugar dibandingkan sebelumnya, pasien sudah tidak gelisah dengan keadaannya, sikap protektif pasien jauh lebih berkurang. Tekanan darah : 90/61 mmHg, Nadi : 93x/menit, Suhu : 36,5 C, RR : 20x/menit, SPO2 : 97%, A : Masalah keperawatan teratasi, P : Hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis akan membahas menganalisa kasus dari asuhan keperawatan yang dibuat yaitu dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. I umur 24 tahun dengan P1A0 usia kehamilan 37 Minggu Post Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi Gagal Induksi dan Lilitan Tali Pusat di Ruang Baitunnisa Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru”. Pembahasan berdasarkan beberapa bagian dalam asuhan keperawatan, meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa dan penegakkan diagnosa yang seharusnya ada dalam asuhan keperawatan ini, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dalam menyusun asuhan keperawatan disusun dalam jangka waktu 2 shift dari mulai tanggal 5 Juli 2022 hingga 6 Juli 2022. Dalam asuhan keperawatan ini ditegakkan 3 diagnosa keperawatan yaitu Nyeri akut, Risiko perdarahan, dan Risiko Infeksi.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian atau anamnesa adalah langkah pertama yang dilakukan untuk menggali informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien melalui pengajuan pertanyaan-pertanyaan terkait keluhan dan kondisi pasien. (Nurul Azizah, 2019). 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 mencantumkan berat badan dan tinggi badan pasien untuk mengetahui IMT pasien. Pada pengkajian pemeriksaan fisik pada abdomen penulis tidak mendeskripsikan keadaan abdomen pasien secara rinci mengenai luka pasca operasi sectio caesarea. Pada pemeriksaan abdomen yang harus dikaji yaitu Diastasis Rektus Abdominis (DRA). DRA adalah regangan pada otot rektus abdominis akibat pembesaran uterus. Regangan ini menyerupai celah memanjang dari prosesus xiphoideus ke umbilikus sehingga dapat diukur panjang dan lebarnya. Beberapa wanita pasca melahirkan merasa longgar pada bagian dinding perut karena bagian abdominal melebar selama kehamilan dan persalinan. Kondisi ini dinamakan diastasis recti, dibutuhkan waktu sekitar 4 hingga 8 minggu setelah melahirkan untuk mengatasinya. (Amalia & Masita, 2019)

Diastasis rektus abdominis dapat diukur di sepanjang line alba, dimana pusat insersinya adalah di rectus abdominis, internal obliques, eksternal obliques dan transverses abdominis. Disfungsi diastasis recti abdominis merupakan permasalahan postnatal yang memerlukan perhatian khusus (senam abdominal) untuk dilakukan segera dengan latihan khusus untuk mengurangi diastasis recti diprioritaskan jika celah antara rectus lebarnya 3 jari atau lebih. Otot dinding abdomen tidak dapat menahan tegangan yang diberikan kepadanya, dan otot-otot rektus terpisah digaris tengah sehingga membentuk diastasis rekti dengan lebar. (Suryani, 2020)

Pada pemeriksaan fisik perinium penulis tidak mendeskripsikan bahwa pasien memiliki hemoroid pada grade ke berapa. Pada bagian ini penulis akan menjabarkan tentang hemoroid pada ibu hamil menurut beberapa jurnal yang didapat oleh penulis. Menurut Pradiantini & Dinata (2021), Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di anus dari pleksus hemoroidalis. Hemoroid dibedakan menjadi dua bagian yaitu hemoroid eksterna dan hemoroid interna. Berdasarkan letaknya dari garis mukokutan (garis dentata). Hemoroid eksterna timbul dari pelebaran dan inflamasi vena subkutan (di bawah kulit) di bawah atau di luar garis dentate dan hemoroid interna timbul dari dilatasi vena submukosa (di bawah mukosa) di atas garis dentata.

Faktor resiko terhadap kejadian hemoroid adalah aktifitas fisik sering mengejan bila BAB merupakan faktor risiko paling tinggi pada kejadian hemoroid dan merupakan pencetus terjadinya hemoroid. Akibat jika hemoroid yang tidak segera ditangani akan menimbulkan komplikasi yaitu perdarahan yang dapat menyebabkan anemia defisiensi besi, trombosis yang dapat membuat nyeri yang intens, dan 3 strangulasi hemoroid merupakan prolapse dari hemoroid yang kemudian terpotong oleh spingter ani yang kemudian dapat menyebabkan thrombosis. (Ediyanto, 2019)

Menurut Fieka Meitaqwatiningarum (2021) Hemoroid interna, jenis hemoroid yang paling banyak ditemukan, memiliki klasifikasi berdasarkan penampakan dan derajat prolapsnya. Derajat I, bantalan anal yang berdarah dan tidak ada prolaps, derajat II, terdapat prolaps pada saat mengejan dan dapat hilang spontan, derajat III, terdapat prolaps saat mengejan dan diperlukan dorongan manual untuk memasukkannya serta sering disertai pruritus dan kotoran, dan derajat IV, adanya prolaps yang terjadi setiap saat dan tidak dapat hilang.

Gejala dari hemoroid yang paling umum adalah pendarahan di anus dan keluhan yang paling utama adalah ditemukannya massa atau tonjolan di daerah anus. Gejala lain yang

sering muncul adalah sensasi prolaps jaringan. Penatalaksanaan untuk hemoroid tergantung dari derajat keparahan hemoroid itu sendiri. Penatalaksanaan hemoroid dibagi menjadi terapi nonbedah dan terapi bedah. Pilihan spesifik perawatan tergantung pada usia pasien, keparahan gejala, dan komorbiditas. Diagnosis banding untuk hemoroid yaitu karsinoma kolorektum, penyakit divertikel, polip dan kolitis ulserosa. Untuk menegakkan diagnosis dapat dilakukan pemeriksaan penunjang seperti colok dubur, fleksibel sigmoidoskopi, kolonoskopi, anoskopi, proktosigmoidoskopi dan endosonografi anorektal. (Pradiantini & Dinata, 2021)

Berdasarkan data yang diperoleh pada pasien, Ny. I melakukan tindakan operasi Sectio Caesarea (SC) dan mengatakan keluhan sesudah tindakan operasi ialah nyeri pada perut bekas operasi Sectio Caesarea (SC), dan merasa sakit pada bagian selangkangan. Pasien juga mengeluh tidak nafsu makan karena mual akibat anestesi yang diberikan. Keluhan lain yang dirasakan oleh pasien adalah pasien mengatakan terjadi pengeluaran darah pada perinium setelah operasi dilakukan, dan pasien khawatir jika darah keluar secara terus menerus dan membahayakan pasien. Selain itu, pasien juga mengatakan bingung bagaimana perawatan diri dan perawatan luka bekas jahitan pada perut pasien, pasien khawatir akan terjadi infeksi, pasien juga mengatakan belum bisa melakukan cuci tangan dengan baik dan benar. Berdasarkan data subjektif pengkajian yang diperoleh, kemudian ditegakkan diagnosa keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik, Risiko Perdarahan berhubungan dengan Komplikasi kehamilan, Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil Hemoglobin yang rendah yaitu 11,3 g/dL dan Leukosit yang tinggi yaitu 18,34 ribu/ μ l. Masalah keperawatan pada Ny. I yang dapat ditegakkan dari hasil data pengkajian dan analisa data tersebut ialah Nyeri Akut, Risiko Perdarahan, dan Risiko Infeksi. Berikut pembahasan mengenai masalah keperawatan tersebut

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebabnya sendiri disebabkan karena 3 agen yaitu agen pencedera fisiologis

misalnya inflamasi iskemia dan neoplasma. Agen pencedera kimiawi misalnya terbakar atau terkena bahan kimia iritan. Agen pencedera fisik misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, dan latihan fisik berlebihan. Ditandai dengan gejala mayor dan minor. Gejala mayor secara subjektif adalah terdapat keluhan nyeri. Sedangkan secara objektifnya adalah pasien tampak meringis, bersikap protektif seperti waspada dan berposisi untuk menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Dalam gejala minor dengan data objektifnya adalah peningkatan tekanan darah, pola nafas yang berubah, nafsu makan yang menurun, proses berpikir yang terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis. (SDKI PPNI, 2017)

Dalam asuhan keperawatan ini, penulis menegakkan diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, gelisah, bersikap protektif dan sulit tidur. Penyebab agen pencedera fisik didapatkan dari pengkajian menggunakan PQRST. Pasien mengatakan nyeri timbul karena prosedur operasi Sectio Caesarea (SC). Nyeri seperti berdenyut dibagian luka jahitan pada perut, dengan skala 4 dari rentang 1-5. Pasien mengatakan nyeri secara terus-menerus.

Dalam intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi utama yaitu manajemen nyeri. Tujuan intervensi yang dilakukan setelah dilakukan selama 2x24 jam yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, mual menurun, muntah menurun dan pola makan membaik. (SLKI PPNI, 2019)

Dalam implementasi yang dilakukan penulis yaitu manajemen nyeri dengan memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu relaksasi nafas dalam (SIKI PPNI, 2018). Menurut Tri & Niken (2019) Relaksasi merupakan metode yang efektif untuk mengatasi nyeri kronis. Relaksasi yang sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, kejenuhan, dan ansietas sehingga dapat mencegah peningkatan intensitas nyeri. Tiga hal utama yang diperlukan dalam teknik relaksasi adalah posisi klien yang tepat, pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang.

Manfaat relaksasi nafas dalam yaitu mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman, mengurang rasa nyeri, melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri, melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri, mengurangi kecemasan

yang memperburuk persepsi nyeri dan relaksasi napas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian. (Tri & Niken, 2019) Dengan menarik nafas dalam – dalam pada saat ada kontraksi dengan menggunakan pernafasan dada melalui hidung akan mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian dialirkan ke seluruh tubuh akan mengeluarkan hormone endorphin yang merupakan peghilang rasa sakit yang alami didalam tubuh. (Wahyuning, 2021)

Utami (2016) menyatakan bahwa adapun langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut : Atur posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang, Usahakan rileks dan tenang, Menarik nafas dalam memalui hidung dengan hitungan 1,2,3 kemudian tahan sekitar 5-10 detik, Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hanifah & Risdiana (2020) mengatakan bahwa ketika melakukan relaksasi akan ada penyusutan pada kadarlaktat, pengeluaran CO₂, frekuensi nadi, dan kebutuhan oksigen oleh tubuh dan otot-otot tubuh yang menandakan tingkat stress menurun, selain itu saturasi oksigen dan PO₂ akan tetap konstan atau berangsur-angsur meningkat. Seseorang dikatakan dalam kondisi stabil ketika otak tercukupi dengan kebutuhan oksigen, sehingga secara umum akan timbul perasaan rileks dalam tubuh. Perasaan rileks ini akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan corticotrophinreleasing factor (CRF) yang akan merangsang kelenjar pituitari untuk meningkatkan produksi proopiod melanocortin (POMC) sehingga produksi enkephalin oleh medula adrenal meningkat dan hipofisis juga menghasilkan endorphin sebagai neurotransmitter. Endorfin mempengaruhi impuls nyeri dengan menekan pelepasan neurotransmitter pada presinaptik atau dengan menghambat impuls nyeri post sinaptik sehingga stimulus nyeri tidak dapat mencapai kesadaran dan nyeri sensorik tidak dialami.

Dalam asuhan keperawatan ini, setelah dilakukan implementasi dengan intervensi utama yaitu manajemen nyeri menggunakan rencana tindakan terapeutiknya yaitu penggunaan teknik nonfarmakologis relaksasi otot progresif selama 2 kali pertemuan. Pada evaluasi hari kedua skala nyeri pasien berkurang dari skala nyeri 4 menjadi 1. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian asuhan keperawatan.

2. Risiko Perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan

Risiko perdarahan didefinisikan sebagai risiko mengalami kehilangan darah baik internal yang terjadi di dalam tubuh maupun eksternal yang terjadi di luar tubuh (SDKI PPNI, 2017). Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang. Faktor-faktor yang menyebabkan perdarahan post partum adalah umur, paritas atau grandemultipara, jarak persalinan pendek atau kurang dari 2 tahun (Apriani, 2016).

Menurut Simanjuntak (2020) cara mencegah risiko perdarahan pada ibu post partum dengan pemantauan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, dimana biasanya tekanan darah ibu rendah setelah melahirkan dicurigai ibu berisiko perdarahan post partum, dan denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat dimana denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat dimana denyut nadi yang melebihi 100x/menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum, kemudian pernafasan ibu pada masa post partum menjadi lebih cepat, dan kemungkinan akan ada tanda-tanda syok.

Diagnosis ini ditegakkan oleh penulis karena didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan terjadi pengeluaran darah pada perinium secara terus menerus dan khawatir jika darah terus keluar dan membahayakan pasien. Sedangkan data objektif nya adalah pasien tampak tidak nyaman dan gelisah dengan keadaannya.

Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan selama 2x24 jam untuk mengatasi risiko perdarahan yang bertujuan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil kelembapan kulit meningkat, perdarahan vagina menurun, jumlah hemoglobin dan hematokrit membaik. (SLKI PPNI, 2019)

Dalam implementasi, penulis melakukan edukasi ke pasien dengan menjelaskan edukasi tentang tanda dan gejala perdarahan dan menganjurkan asupan makanan dan vitamin K. Tanda dan gejalanya berupa perdarahan terus menerus dan keadaan pasien secara berangsur-angsur menjadi semakin buruk ditandai dengan perubahan tanda-tanda vital seperti denyut nadi menjadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, pasien berubah menjadi pucat dan dingin, nafas sesak, terengah-engah, berkeringat, dan akhirnya koma bahkan sampai meninggal. Kemudian fungsi kompensasi tidak dipertahankan lagi, akan terjadi perubahan tanda vital seperti denyut nadi meningkat dengan cepat, tekanan darah tiba-tiba menurun, pasien dalam keadaan syok. Uterus bisa saja terisi darah dalam jumlah yang banyak meskipun dari luar hanya terlihat sedikit (Susanto, 2018)

Setelah dilakukan implementasi dalam 1 kali pertemuan maka didapatkan evaluasi keperawatan bahwa pasien tidak terjadi risiko perdarahan tetapi tetap dianjurkan ke pasien untuk selalu meningkatkan asupan cairan dan nutrisi serta vitamin K saat berada dirumah. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini, pasien kooperatif dan bersedia. Sehingga, tidak ada kendala dalam pemberian tindakan keperawatan.

3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek Prosedur invasif

Risiko Infeksi didefinisikan sebagai risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI PPNI, 2017). Infeksi luka pasca operasi merupakan salah satu masalah utama dalam praktek pembedahan dalam hal ini post operasi seksio caesarea akan menghambat proses penyembuhan luka sehingga menyebabkan angka morbiditas dan mortalitas bertambah besar yang menyebabkan lama hari perawatan dan yang paling buruk terjadinya abses hingga kematian (Yanti et al., 2021).

Diagnosa ini ditegakkan oleh penulis karena didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan luka jahitan di perut pasca operasi membuat tidak nyaman, pasien juga mengatakan belum mengerti bagaimana cara perawatan diri dan belum mengetahui cara mencuci tangan dan benar. Pasien takut jika terjadi infeksi kepada pasien karena keadaannya yang minim informasi mengenai perawatan ibu hamil pasca operasi SC. Sedangkan data objektif nya adalah pasien nampak tidak nyaman dengan jahitan horizontal diatas tulang kemaluan pasien. Pasien tidak mencuci tangan setelah menyentuh kasa bekas perut pasien dan didapatkan data leukosit pasien 18,34 ribu (High).

Pasca persalinan section caesarea sering kali dijumpai terdapat tanda-tanda infeksi yang disebabkan perawatan luka post operasi yang tidak memperhatikan teknik steril yang benar sehingga terjadi infeksi luka oprasi (ILO). Salah satu penyebab ILO adalah kurangnya memperhatikan teknik steril dalam perawatan luka, Sebagian besar perawat melakukan perawatan luka dengan teknik steril. Hal ini berhubungan dengan tingginya pengetahuan perawat tentang pentingnya teknik steril perawatan luka. Sebagian besar perawat selalu mengikuti SOP perawatan luka karena mereka beranggapan bahwa luka tidak hanya cukup dibersihkan tetapi perlu memperhatikan teknik steril dalam perawatan luka karena untuk menekan pertumbuhan bakteri yang berkembang diarea luka tersebut (Yanti et al., 2021)

Enam langkah cuci tangan yang benar menurut WHO adalah sebagai berikut. Pertama, tuang cairan handrub atau sabun pada telapak tangan kemudian usap dan

gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar. Kedua, Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian. Ketiga, Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih. Keempat, bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci. Kelima, gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian. Keenam, letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan

Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan selama 2x24 jam untuk mengatasi risiko infeksi yang bertujuan supaya tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, suhu tubuh dalam batas normal, kultur area luka membaik. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, ajarkan cara mencuci tangan, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi cairan. (SIKI 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. Salah satu cara pencegahan infeksi yang bisa dilakukan pasien yaitu jangan menyentuh daerah luka insisi dengan tangan, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan atau perawatan luka, alat-alat perawatan luka yang akan digunakan harus dalam keadaan steril (bebas dari kuman), bersihkan luka dengan menggunakan teknik septic dan antiseptic dan setelah dibersihkan luka insisi ditutup kembali dengan kassa, ini disebabkan oleh faktor lain yang mempengaruhi infeksi luka operasi itu sendiri seperti durasi rawat inap pra operatif, persiapan kulit pra oprasi, penggunaan antibiotik profilaksis dan faktor selama operasi. (Yanti et al., 2021)

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. Pemenuhan nutrisi merupakan salah satu hal yang penting dalam proses penyembuhan luka dimana protein mampu mempercepat proses dalam penyembuhan luka. Proses penyembuhan luka banyak dipengaruhi oleh nutrisi, daya tahan tubuh dan pemberian suplemen. Nutrisi yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka yaitu mengkonsumsi makanan yang serat akan protein. Protein didapatkan pada makanan, daging dan ikan. Semua jenis ikan adalah sumber protein yang sangat baik. (Zuiatna et al., 2020)

Dari implementasi yang telah dilakukan selama 2 hari, penulis melakukan evaluasi keperawatan untuk diagnosis risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif, didapatkan evaluasi, S : pasien mengatakan perut masih nyeri setelah dilakukan operasi SC, tetapi tidak sesakit sebelumnya. Pasien juga mengatakan sudah memahami cara untuk merawat diri dan mencuci tangan dengan baik dan benar. O : luka post operasi SC tidak ada tanda infeksi, A : risiko infeksi tidak terjadi, hentikan intervensi, masalah teratasi, P : menghentikan intervensi, tetapi tetap menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas, selalu periksa luka dan selalu bersihkan luka agar tidak terjadi perdarahan, menganjurkan selalu meningkatkan cairan dan nutrisi saat berada dirumah.

B. Tambahan Diagnosa

1. Risiko defisit nutrisi d.d faktor psikologis

Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor psikologis (misal stress, keengganan untuk makan). Defisit nutrisi merupakan risiko yang mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Gejala tanda mayor dan minor terdiri dari : berat badan pasien yang menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, cepat kenyang setelah makan, kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebih, dan diare. (SDKI PPNI, 2017) Dari pengkajian yang didapat seharusnya penulis menambahkan diagnosa risiko defisit nutrisi karena terdapat data subjektifnya pasien mengeluh tidak nafsu makan, pasien juga mengeluh mual dan hemoglobin pasien yang menurun.

Dalam asuhan keperawatan ini, intervensi utama yang dilakukan adalah manajemen nutrisi dengan tujuan status nutrisi membaik dan kriteria hasil nafsu makan membaik, frekuensi makan membaik. (SLKI PPNI, 2019) Intervensi yang dilakukan secara observasi adalah mengidentifikasi status nutrisi, memonitor asupan makan, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan nutrien, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium. Secara terapeutik adalah memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. Secara kolaborasi adalah kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misal Pereda nyeri, antiemetik) jika perlu. (SIKI PPNI, 2018)

Pada asuhan keperawatan ini, implementasi yang dilakukan yaitu secara terapeutik melakukan pemberian makanan tinggi kalori dan tinggi protein, dan secara

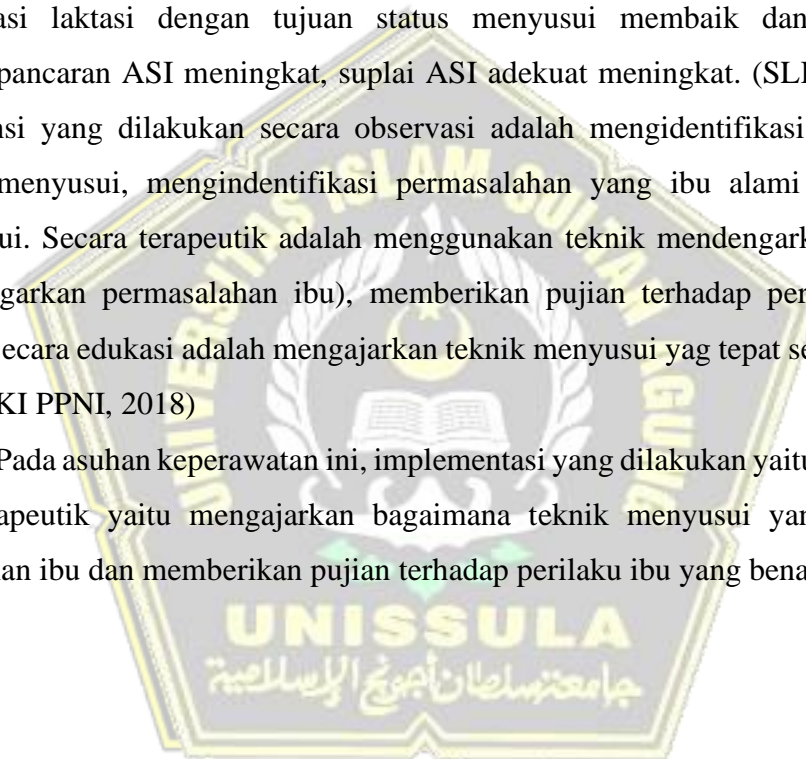
kolaborasi yaitu mengkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan seperti memberi obat anti mual.

2. Menyusui efektif b.d rawat gabung

Menyusui efektif berhubungan dengan rawat gabung. Menyusui efektif adalah pemberian ASI secara langsung dari payudara kepada bayi dan anak yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi. Gejala dan tanda mayor nya adalah ASI menetes/memancar. (SDKI PPNI, 2017) Dari pengkajian yang didapat seharusnya penulis menambahkan diagnosa Menyusui efektif karena terdapat data ASI ibu keluar sedikit.

Dalam asuhan keperawatan ini, intervensi utama yang dilakukan adalah konsultasi laktasi dengan tujuan status menyusui membaik dan kriteria hasil tetesan/pancaran ASI meningkat, suplai ASI adekuat meningkat. (SLKI PPNI, 2019) Intervensi yang dilakukan secara observasi adalah mengidentifikasi keinginan dan tujuan menyusui, mengidentifikasi permasalahan yang ibu alami selama proses menyusui. Secara terapeutik adalah menggunakan teknik mendengarkan aktif (misal mendengarkan permasalahan ibu), memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar. Secara edukasi adalah mengajarkan teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu. (SIKI PPNI, 2018)

Pada asuhan keperawatan ini, implementasi yang dilakukan yaitu secara edukasi dan terapeutik yaitu mengajarkan bagaimana teknik menyusui yang tepat sesuai kebutuhan ibu dan memberikan pujian terhadap perilaku ibu yang benar



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. I post Sectio Caesarea (SC) dengan indikasi gagal induksi dan lilitan tali pusat diruang baitunnisa Rumah Sakit islam sultan agung Banjarbaru” penulis menemukan kesimpulan berupa:

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan pengumpulan data yang didapat dari hasil wawancara menggunakan autoanamnesa dan alloanamnesa. Penulis melakukan pengkajian yang komprehensif sesuai dengan keadaan Ny. I dengan asuhan keperawatan post Sectio Caesarea (SC)
2. Analisa data yang diperoleh mendukung untuk ditegakkannya suatu diagnosa keperawatan. Prioritas masalah atau diagnosa utama pada Ny. I dengan post SC adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, diagnosa kedua adalah risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan, diagnosa ketiga adalah risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.
3. Rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai suatu hasil yang diharapkan. Pada langkah ini disusun perencanaan sesuai yang dibutuhkan oleh Ny. I, salah satu contoh tindakan keperawatan atau implementasi untuk mengatasi nyeri akut dengan cara nonfarmakologis adalah dengan terapi relaksasi tarik nafas dalam, sedangkan untuk tindakan keperawatan untuk mengatasi resiko perdarahan adalah memonitor tanda dan gejala perdarahan dan menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamik K, Sedangkan tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko infeksi adalah menjelaskan tanda dan gejala dari infeksi serta mengajarkan pasien cara yang baik dan benar dalam mencuci tangan.
4. Implementasi keperawatan pada Ny. I dilakukan selama 2 kali shift atau 2 hari sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya.
5. Catatan perkembangan atau evaluasi keperawatan untuk mengatasi kondisi pasien. Salah satu contoh evaluasi keperawatan yang efektif pada diagnosa pertama yaitu pengaruh teknik relaksasi tarik nafas dalam yang mampu untuk mengatasi dan mengurangi nyeri yang dirasakan pasien post sectio caesarea, dalam hal ini tujuan tercapai dan masalah telah teratasi. Sedangkan pada diagnosa kedua pasien diberikan edukasi tentang selalu menjaga asupan makanan dan vitamin K, dalam hal ini tujuan tercapai dan masalah teratasi. Pada diagnosa ketiga pasien diberikan

edukasi tentang bagaimana cara mencuci tangan yang baik dan benar, dalam hal ini tujuan tercapai dan masalah teratasi.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

Bagi departemen keperawatan maternitas supaya membekali mahasiswa dan mahasiswi untuk lebih memperdalam lagi ilmu tentang obstetri dan ginekologi khususnya pada post sectio caesarea.

2. Lahan praktek

Bagi tempat atau lahan praktek perlu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keperawatan yang optimal tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post sectio caesarea.

3. Masyarakat

Bagi masyarakat perlu menambah pengetahuan tentang post sectio caesarea dengan memanfaatkan media massa atau elektronik, dan tenaga kesehatan agar memperoleh informasi dan wawasan mengenai post sectio caesarea.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D. (2022). Asuhan keperawatan pada pasien post partum sectio caesarea dengan pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Amalia, R., & Masita, E. D. (2019). Keterampilan Bidan dalam Melakukan Pemeriksaan Derajat Diastasis Rekti Abdominalis pada Ibu Nifas. *Journal for Quality in Women's Health*, 2(2), 38–42. <https://doi.org/10.30994/jqwh.v2i2.36>
- Ana Amalia, E. M. (2012). *Jenis persalinan dengan skala nyeri involusi uterus masa nifas di RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokusumo Mojokusumo*. 115–121.
- Anggorowati, & Sudiharjani, N. (2018). Mobilisasi Dini dan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesarea (SC) di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga. *Prosiding Seminar Nasional dan Internasional Universitas Muhammadiyah Semarang*, 30–35. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/viewFile/1281/1334>
- Apriani, L. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Perdarahan Post Partum Di Rsud Dr. Pirngadi Kota Medan Periode Januari 2011–Juni 2015. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 2(2), 113–130.
- Ayu Zaharany, T. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Partum Sectio Caesarea Dengan Penyulit Malpresentasi Janin di Rumah Sakit Wilayah Kerja Depok. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 43–52. <https://doi.org/10.58467/ijons.v2i1.18>
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Nyoman, N., & Sutrisnawati, D. (2018). Etika kesehatan pada persalinan melalui sectio caesarea tanpa indikasi medis bioethics in childbirth through Sectio Caesaria without Medical Indication. *Jurnal MKMI*, 14(1), 9–16.
- Dahlia, Ridhasha, S., Ermia, F., & Solehati, T. (2013). *Gambaran Kondisi Fisik Ibu Pada Hari Ketiga Post Partum Setelah Diberikan Reminder Tentang Perawatan Post Partum*. 1, 1–14.
- Ediyanto, A. K. (2019). Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri pada Klien Post Hemoroidektomi di RSK Ngesti Waluyo Parakan Temanggung. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), 32. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v1i2.189>
- Farras Fadhilah, G., & Sari, I. (2021). Analisis Perawatan Partus Sektio Caesarea Pasien Rawat Inap Jamkesmas Ina-Cbg's di RSUD Muhammadiyah Cirebon. *Jurnal Sosial Sains*, 1(8), 838–845. <https://doi.org/10.36418/sosains.v1i8.173>
- Fieka Meitaqwatiningarum, Christina Lanny Simadibrata, & Irma Nareswari. (2021). Laporan Kasus: Efektivitas Terapi Akupunktur pada Pasien dengan Hemoroid. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 7(3), 121–124.
- Hanifah, A. W., & Risdiana, N. (2020). Efek Kombinasi Aromaterapi Lavender Dan Relaksasi Benson Pada Nyeri Pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Ilmu Kesehatan Muhammadiyah*, 2017.
- Ira Sukyati, & Ita Yulita Sari. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Ny.W Post Partum Tindakan Seksio Sesaria Atas Indikasi Letak Lintang Dan Plasenta Previa Di Ruang Delima Rsud Pasar Rebo Jakarta. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang kesehatan*, 1(1), 15–21. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v1i1.23>

- Jateng, D. P. (2019). Renstra Dinas Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2018-2023. 2, 12–13.
- Juliathi, N. L. P., Marhaeni, G. A., & Dwi Mahayati, N. M. (2021). Gambaran Persalinan dengan Sectio Caesarea di Instalasi Gawat Darurat Kebidanan Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 9(1), 19–27.
- Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Maharani, K., Qomariyah, Q., & Juwariyah, S. (2022). Pemberian Senam Postnatal Terhadap Pengeluaran Lochea Pada Ibu Post Partum. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 9(1), 13–17. <https://doi.org/10.48092/jik.v9i1.180>
- Nurjaya, Kasiati, Subriah, Agustina Ningsi, H. (2022). *Pemberdayaan Ibu Hamil Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis* (R. R. Rerung (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Nurul Azizah; Rafhani Rosyidah. (2019). *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui* (M. T. Septi Budi Sartika, Multazam (ed.)). Umsida press.
- Pradiantini, K. H. Y., & Dinata, I. G. S. (2021). Diagnosis dan Penatalaksanaan Hemoroid. *Ganesha Medicine*, 1(1), 38. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i1.31704>
- Priatna, H., & Evi Nurafiah. (2020). Pengetahuan Ibu Tentang Manajemen Laktasi Dengan Perilaku Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 22–32. <https://doi.org/10.37048/kesehatan.v9i1.118>
- Purba, A., Anggorowati, A., Sujianto, U., & Muniroh, M. (2021). Penurunan Nyeri Post Sectio Caesarea Melalui Teknik Relaksasi Benson dan Natural Sounds Berbasis Audio Visual. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), 425–432. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1808>
- Ramadhanti, N. A., Juniartati, E., Barlia, G., Suhariyanto, & Agustina, M. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea dengan indikasi Partus Lama: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Mandira Cendikia*, 1(1), 100–107.
- Rimadeni, Y., Faisal, T. I., Halimatussakdiah, H., Afdhal, A., & Hartika, N. (2022). Asuhan Keperawatan Ibu Nifas Dengan Post Sectio Caesarea: Studi Kasus. *Journal Keperawatan*, 1(2), 115–129. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i2.10>
- Safitri, M. A. C., Putri, A. E., & Tilarso, D. P. (2020). Jurnal Sains dan Kesehatan. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 3(1), 242–247.
- Samsider Sitorus. (2021a). *Pemberdayaan Ibu Hamil Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis* (janner simarmata (ed.)). Yayasan kita menulis.
- Samsider Sitorus. (2021b). *Pemberdayaan Ibu Hamil Untuk Perilaku Pemilihan Persalinan Upaya Menurunkan Sectio Caesarea Indikasi Non Medis*. Yayasan kita menulis.
- SDKI PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia* (DPP PPNI (ed.); 1 ed.). DPP PPNI.
- Setijanto, I. T. (2020). Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Luaran Klinis Seksio Sesaerea Emergeni di Rumah Sakit Sint Carolus Jakarta. *The Journal of Hospital*

- Accreditation*, 2(1), 9–14. <https://doi.org/10.35727/jha.v2i1.33>
- SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (DPP PPNI (ed.); 1 ed.). DPP PPNI.
- Simanjuntak, L. (2020). Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasalin). *Jurnal Visi Eksakta*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.51622/eksakta.v1i1.51>
- Sinaga, E. W., & Aulia, T. N. (2022). Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin dengan Lilitan Tali Pusat. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(04), 329–336. <https://doi.org/10.33221/jikm.v11i04.1502>
- SLKI PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (DPP PPNI (ed.); 1 ed.). DPP PPNI.
- Suryani, N. (2020). Penyuluhan Dan Sosialisasi Diastasis Recti Abdominis Di Posyandu Dahlia 4 Desa Lewo Baru Malangbong Garut. *Pengabdian Masyarakat*, 1(2), 65–66.
- Susanto, A. V. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui: Teori dalam praktik kebidanan profesional*. Pustaka baru press.
- Tri, A. M., & Niken, S. (2019). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 3(2), 19–25. <https://doi.org/10.33655/mak.v3i2.70>
- Utami, S. (2016). Efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparatomi. *Universitas Riau*, 4(1), 1–13.
- Wahyuni, S., Rahayu, T., Wuriningsih, A. Y., Distinarista, H., & Astuti, I. T. (2020). *Buku Panduan Praktikum Keperawatan Maternitas* (S. K. A. Retno Setyawati, M.kep., Sp.KMB, Dwi Retno S., M.Kep., Sp.KMB, Indra Tri Astuti, M.Kep. (ed.)). Unissula Press.
- Wahyuning. (2021). *Pada Persalinan Kala I Fase Aktif Di Rumah Sakit Pupuk Kalimantan Timur Tahun 2021*. 37.
- Wardani. (2018). Tingkat pengetahuan ibu post partum primipara tentang perubahan fisiologi masa nifas. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 5(1), 70–76.
- WHO, W. H. O. (n.d.). *Pocket of Hospital Care for Children: Guideline for the Management of Common Illnesses with Limited Resources*.
- Yanti, D. A. M., Anggraini, S., & Yatmi, S. (2021). Hubungan Teknik Steril Perawatan Luka Dengan Infeksi Post Operasi Seksio Sesarea. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, 9(2), 82–91. <https://doi.org/10.47218/jkpbl.v9iNo>
- Yuanita Syaiful. (2020). *Asuhan keperawatan pada ibu bersalin* (Tika Lestari (ed.)). CV. Jakad Media Publishing.
- Zuiatna, D., Pemiliana, P. D., & Damanik, S. (2020). Pengaruh Konsumsi Diit Protein Tinggi Terhadap Penyembuhan Luka Pasca Bedah Post Sectio Ceasarea. *Sinergi Hasil Penelitian dalam Menghasilkan Inovasi di Era Revolusi 4.0*, 2(September), 1330–1339. <http://jurnal.una.ac.id/index.php/semnasmudi/article/view/1730>