

**ASUHAN KEPERAWATAN POST SECTIO CAESAREA ATAS INDIKASI
KETUBAN PECAH DINI (KPD) PADA NY.N DI RUANG MAHMUDAH
RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:
Sepia Tresia Viona
(40902000080)

D3 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2022/2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 19 Mei 2023



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

Asuhan Keperawatan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (Kpd) Pada Ny.N Di Ruang Mahmudah Rumah Sakit Islam Nu Demak

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Sepia Tresia Viona

NIM : 40902000080

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

Hari : Rabu

Tanggal : 24 Mei 2023

**UNISSULA
SEMARANG**

Pembimbing



Ns. Hj. Sriwahyuni, M. Kep., Sp. Kep. Mat
NIDN : 06-0906-7504

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 24 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 24 Mei 2023

Penguji I

Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-1804-8901



Penguji II

Ns. Tutik Rahayu, M. Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-2402-7403



Penguji III

Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-0906-7504



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



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

MOTTO

“Tidak ada kesuksesan tanpa kerja keras,tidak ada kemudahan tanpa doa, akan selalu ada jalan menuju sebuah kesuksesan bagi siapapun selagi orang tersebut mau berusaha dan bekerja keras untuk memaksimalkan kemampuan yang ia miliki, jangan takut akan kegagalan karna kegagalan adalah awal dari sebuah kesuksesan ”

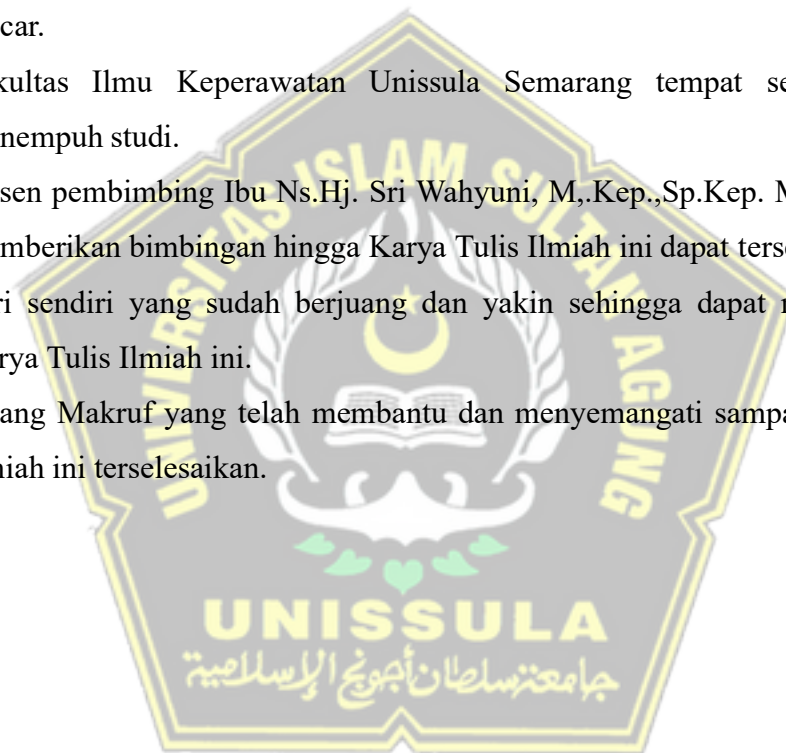


HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah segala puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunianya sehingga penyusun Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan. Shalawat serta salam selalu terlimpahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang selalu dinantikan syafaatnya.

Dalam Karya Tulis Ilmiah ini penulis mempersembahkan untuk :

1. Ayah dan Ibu, adik-adik, serta keluarga yang selalu mendoakan, memberi semangat, dan selalu mengingatkan ibadah agar semuanya berjalan dengan lancar.
2. Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang tempat selama penulis menempuh studi.
3. Dosen pembimbing Ibu Ns.Hj. Sri Wahyuni, M.,Kep.,Sp.Kep. Mat yang telah memberikan bimbingan hingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
4. Diri sendiri yang sudah berjuang dan yakin sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Anang Makruf yang telah membantu dan menyemangati sampai Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Segala puji syukur bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, hidayah serta karunia-Nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Diploma-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan judul "Asuhan keperawatan Post Sectio Caesarea atas indikasi KPD Pada Ny.N Di Ruang Mahmudah RSI NU Demak".

Shalawat serta salam semoga selalu terlimpahkan kepada Nabi Muhammad SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan mendapat syafa'atnya. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penyusun Karya tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan berkat dukungan, dorongan, motivasi, bimbingan, dan semangat dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan, serta kemudahan dalam mengerjakan tugas, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.H selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM.,M. Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, Selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Ns. Hj Sri Wahyuni M. Kep, S.Kep selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen serta staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam aktivitas akademik.
7. Bapak dan ibu tersayang yang tak pernah lelah untuk memberikan support,

mendo'akan dengan ikhlas dan kasih sayang dalam merawat, mendidik serta memberikan dukungan penuh untuk saya.

8. Semua pihak yang telah membantu baik lahir maupun batin.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, baik dari segi materi maupun teknik penulisan karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki, untuk itu besar harapan penulis agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya pembaca yang budiman pada umumnya.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb



DAFTAR ISI

| | |
|--|-----|
| COVER | i |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | iii |
| MOTTO..... | v |
| HALAMAN PERSEMBAHAN..... | vi |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 3 |
| C. Tujuan..... | 3 |
| 1. Tujuan Umum..... | 3 |
| 2. Tujuan Khusus | 3 |
| D. Manfaat Penulisan..... | 4 |
| 1. Bagi Institusi Pendidikan..... | 4 |
| 2. Bagi Institusi Kesehatan | 4 |
| 3. Bagi Masyarakat/klien..... | 4 |
| BAB II KONSEP DASAR..... | 5 |
| A. Konsep Dasar <i>Post Partum Sectio Caesarea</i> dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD)..... | 5 |
| 1. Konsep Dasar Post Partum | 5 |
| 2. Konsep Sectio Caesarea..... | 5 |
| 3. Konsep Ketuban Pecah Dini (KPD) | 6 |
| B. Tujuan Asuhan Keperawatan pada Post SC dengan Indikasi KPD..... | 6 |
| C. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum..... | 6 |
| 1. Adaptasi Fisiologis | 6 |
| 2. Adaptasi Psikologis | 10 |
| D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post SC | 11 |
| 1. Pengkajian | 11 |

| | |
|---|----|
| 2. Diagnosa Keperawatan..... | 13 |
| 3. Intervensi Keperawatan..... | 14 |
| 4. Patofisiologiways..... | 16 |
| BAB III RESUME KASUS | 18 |
| A. Pengkajian Keperawatan..... | 18 |
| B. Analisis Data | 21 |
| C. Diagnosa Keperawatan..... | 21 |
| D. Rencana Keperawatan..... | 22 |
| E. Catatan Perkembangan (Implementasi) | 23 |
| F. Evaluasi..... | 26 |
| BAB IV PEMBAHASAN..... | 30 |
| A. Pengkajian Keperawatan..... | 30 |
| B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan | 31 |
| 1. Nyeri akut (D.0077) berkaitan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis dan mengaeluh sakit pada daerah pembedahan..... | 32 |
| 2. Intoleransi aktivitas berkaitan dengan kelemahan dicirikan dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga..... | 34 |
| 3. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invansif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah..... | 34 |
| BAB V PENUTUP..... | 36 |
| A. Kesimpulan..... | 36 |
| B. Saran..... | 37 |
| DAFTAR PUSTAKA | 38 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Persalinan merupakan rangkaian kelahiran bayi aterm dan plasenta serta selaput janin ibu yang semakin menipis dan terbukanya mulut rahim hingga janin turun ke jalan lahir. Ada dua metode dalam rangkaian persalinan yaitu rangkaian persalinan dengan tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* dan persalinan secara spontan melalui pervaginam. Persalinan secara pervaginam merupakan rangkaian pengeluaran janin dengan kondisi hidup melalui jalan lahir ke bagian luar pada usia kehamilan aterm yaitu 37–42 minggu dan memiliki ciri terjadinya peregangan rahim hingga mengakibatkan terjadinya penipisan, pembukaan mulut rahim, dan desakan janin keluar melalui vagina secara spontan tanpa alat bantuan serta tanpa adanya kesulitan baik pada ibu maupun janin (Indah & Firdayanti, 2018).

Caesar atau *sectio caesarea* adalah suatu kegiatan pembedahan demi mengeluarkan bayi dengan melakukan pembukaan dinding abdomen dan rahim ibu. *Sectio caesarea* biasanya dilakukan ketika rangkaian persalinan secara pervaginam tidak dapat dilakukan karena alasan keselamatan. Kegiatan pembedahan akan dilaksanakan saat terjadi suatu hal ketika rangkaian persalinan dapat memberikan risiko keselamatan pada nyawa ibu dan janin, seperti masalah ketuban pecah dini (KPD) (Dwi Hastuti, 2015).

Pada tahun 2010, berdasarkan data WHO diketahui bahwa secara global persalinan dengan tindakan *sectio caesarea* berkisar 10-15% dari seluruh persalinan. Di Negara maju, persalinan dengan SC meningkat yang awalnya 5% meningkat menjadi 15%. Sedangkan negara sedang berkembang seperti Kanada, persalinan dengan tindakan SC sebesar 21%. Begitu pula halnya di Indonesia, dimana persalinan dengan tindakan SC adalah suatu hal yang umum terjadi. Kondisi ini dapat terlihat karena

adanya peningkatan jumlah persalinan dengan tindakan SC yang awalnya 5% lalu meningkat hingga 20% pada tahun 2010 (Dwi Hastuti, 2015).

Salah satu penyebab persalinan dengan tindakan SC adalah Ketuban Pecah Dini (KPD). KPD terbagi menjadi dua tergantung usia kehamilan yaitu PROM dan PPRM. Apabila KPD terjadi pada usia kehamilan 37 minggu maka disebut dengan *Premature Rupture of Membranes* (PROM) atau KPD aterm. Namun, apabila KPD terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu maka disebut dengan *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM). Permasalahan KPD yang terjadi pada ibu hamil perlu mendapatkan atensi sebab kejadian KPD ini prevalensinya selalu mengalami peningkatan. Prevalensi KPD pada usia kehamilan 37 minggu berkisar 6.46% – 15.6%, KPD yang terjadi pada kehamilan tunggal berkisar 2%-3%, sedangkan pada kehamilan ganda sebesar 7.4% (Andalas et al., 2019).

Sebanyak 8%-10% KPD terjadi pada usia kehamilan cukup bulan, dan sebanyak 1% terjadi pada usia kehamilan kurang bulan. Ketuban pecah dini mampu memberikan risiko kematian pada ibu dan bayi akibat adanya infeksi, ditambah lagi apabila pada kala II fase laten persalinan terjadi dalam waktu yang lama dan dengan keadaan ketuban sudah pecah. Ibu hamil dikatakan mengalami ketuban pecah dini apabila ketuban sudah pecah saat pembukaan jalan lahir <3cm pada ibu primigravida, sedangkan pada ibu multigravida jika pembukaan jalan lahir <5cm (Rahayu, 2017).

Etiologi ketuban pecah dini hingga saat ini belum ditegakkan secara pasti, namun diduga ada kaitannya dengan gerakan rahim yang terlalu aktif, penipisan selaput ketuban, peradangan, ibu yang melahirkan lebih dari 1 kali, ketidakseimbangan kepala janin dan panggul, pembukaan serviks yang terlalu cepat, dan lain sebagainya. Dampak KPD yang umum terjadi pada persalinan adalah terjadinya infeksi baik intra partum maupun post partum, persalinan lama, terjadinya perdarahan PP, risiko persalinan dengan tindakan SC, angka kesakitan dan kematian ibu juga mengalami peningkatan. Sedangkan dampak yang umum terjadi pada janin adalah terjadinya kelahiran prematur, prolaps

tali pusat, kekurangan oksigen, kegagalan nafas, kelainan janin, dan mampu memberikan risiko kesakitan dan kematian pada janin (Rahayu, 2017).

Seorang tenaga kesehatan sebaiknya lebih peka terhadap permasalahan yang terjadi pada ibu hamil, salah satunya ketuban pecah dini agar dapat mengantisipasi secara dini terjadinya peningkatan kejadian infeksi pada ibu dan bayi, serta dapat menurunkan angka mortalitas baik pada ibu maupun bayi. Sebagai tenaga kesehatan khususnya perawat dirasa perlu memberikan asuhan keperawatan pada ibu hamil yang mengalami KPD guna menghindari terjadinya komplikasi lebih lanjut yang dapat mengancam nyawa ibu dan bayi. Berdasarkan studi kasus berlandaskan fakta dan data yang penulis dapatkan, maka penulis menetapkan untuk menyusun sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “asuhan keperawatan pada ny.N post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD) di ruang mahmudah Rumah Sakit Islam NU Demak”

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan yang tepat pada Ny.N dengan Diagnosa Medis ketuban Pecah Dini?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana deskripsi umum mengenai pemberian asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan Post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah berikut adalah :

- a. Mampu mendeskripsikan proses pengkajian pada pasien post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini
- b. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan dan mengidentifikasi permasalahan apa saja yang terdapat pada pasien post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD)

- c. Mampu menentukan keefektifan rencana asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang ada pada pasien post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini
- d. Mampu mengimplementasikan Ketepatan rencana asuhan keperawatan yang sudah di tentukan pada pasien Post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD).
- e. Dapat melakukan evaluasi sebagai penilaian terhadap kondisi pasien post sectio caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari Karya Tulis Ilmiah ini bisa dimanfaatkan sebagai bahan pustakan dan media baca untuk meningkatkan ilmu pengetahuan, terutama mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien post sectio caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini(KPD).

2. Bagi Institusi Kesehatan

Karya Tulis Ilmiah bisa bermanfaat sebagai bahan pustaka khususnya pada kasus post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD).

3. Bagi Masyarakat/klien

Hasil studi ini diharapkan mampu meningkatkan ilmu pengetahuan masyarakat mengenai post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar *Post Partum Sectio Caesarea* dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD)

1. Konsep Dasar Post Partum

Masa Nifas merupakan periode setelah melahirkan ataupun bersalin yang mana seluruh organ reproduksi kembali pada keadaan tidak hamil. Periode ini memerlukan durasi \pm 1,5 bulan untuk pulih sempurna seperti kondisi saat sebelum hamil pada periode masa tiga bulan (Yuke, 2015).

2. Konsep Sectio Caesarea

Tindakan sectio caesarea ialah proses persalinan operasi dengan metode melakukan sayatan pada bilik depan uterus untuk menolong proses pengeluaran bayi ataupun bakal anak, persalinan dengan tindakan SC mampu menetapkan keberlanjutan atau sambungan jaringan akibat pemotongan akibatnya dapat memberikan rangsangan nyeri serta mengakibatkan ibu memperoleh rasa sakit, terlebih ketika pengaruh obat bius telah berakhir (Mega, 2020).

Terdapat pelbagai pertanda sebagai akibatnya wajib dilakukan pembedahan sectio caesarea antara lain terdapat tanda pasti serta cukup, adanya indikasi yang menyebabkan persalinan secara pervaginam tidak dapat dilakukan, misalnya antara lain adalah adanya disporposi panggul, serta adanya jaringan abnormal yang menghalani jalan lahir. Untuk pertanda cukup persalinan normal bisa dilakukan, namun alah baiknya apabila persalinan dilakukan dengan tindakan SC karena dirasa lebih safety baik bagi ibu maupun bayi, misalnya salah satu nya adalah ketika ibu mengalami KPD (Maryanti, 2019).

3. Konsep Ketuban Pecah Dini (KPD)

Nama lain dari Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah *Premature Rupture of the Membrane* (PROM) yang diartikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan. Pecahnya selaput ketuban sebelum adanya tanda persalinan pada ibu primipara <3 cm dan pada ibu multipara <5 cm baik pada kehamilan aterm maupun preterm dapat meningkatkan risiko infeksi. Kejadian KPD menjadi hal yang cukup krusial dalam bidang obstetric sebab mampu meningkatkan risiko infeksi, kesakitan, bahkan kematian baik pada ibu maupun janin (Rohmawati, 2018).

B. Tujuan Asuhan Keperawatan pada Post SC dengan Indikasi KPD

Tujuannya untuk memahami asuhan keperawatan pada pasien sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini dan standar asuhan yang terdapat dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terbentuk dari 5 langkah asuhan keperawatan yaitu terdiri dari pengkajian, diagnosa, implementasi dan evaluasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang baik memberikan manfaat pada peningkatan mutu dan kualitas layanan di bagian keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan dilakukan guna mencukupi keperluan pasien seperti keperluan dalam hal fisiologis, perasaan aman dan perlindungan, perasaan cinta dan saling memiliki, kebutuhan akan harga diri serta keperluan dalam hal aktualisasi diri (Nurfarida, 2022).

C. Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Post Partum

1. Adaptasi Fisiologis

Post partum ataupun masa nifas adalah masa peralihan seluruh organ reproduksi semacam semula saat sebelum hamil. Berikut adaptasi fisiologis menurut (Machmudah, 2015) dan (Farida, 2022) antara lain:

a. Sistem Reproduksi

1). Uterus

Bagian rahim akan mengalami perubahan menjadi seperti semula sesaat sebelum hamil, dimana proses ini akan terjadi sesaat ketika plasenta telah lahir.

2). Servik

Masa peralihan pada bagian multu rahim dimulai ketika plasenta telah lahir, dimana ketika plasenta lahir mulut rahim akan membuka semacam corong, 2 jam nifas membuka dan bisa dilewati sekitar dua sampai dengan tiga jari, dan 7 jam nifas hanya bisa dilalui oleh satu jari saja. Maka daripada itu, jika terdapat permasalahan dalam persalinan seperti retensio plasenta, maka bisa dilaksanakan manual plasenta sebagai bentuk pembersihan uterus.

3). Tempat Plasenta

Pada tahap ini ketika plasenta dan ketuban telah keluar, peregangan vaskular dan trombosis menurun ke tempat plasenta pada bagian yang menjulang tinggi serta tidka teratur. Perkembangan lapisan otot rahim bagian dalam ke atas dapat menimbulkan lepasnya jaringan saraf serta menangkak pembuatan jaringan parut sebagai ciri khas dalam pemulihan ketika mengalami cedera.

4). Lokhea

Lokhea merupakan cairan secret yang bersumber dari rahim dan jalan lahir setelah proses melahirkan selama periode post partum. Lokhea dibagi menjadi 3 antara lain:

a. Lokhea Rubra

Warna lokhea ini adalah merah tua yang terdapat pada hari pertama sampai hari ketiga setelah persalinan.

b. Lokhea Serosa

Lokhea ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-14, berwarna merah muda atau kekuningan.

c. Lokhea Alba

Pada lochea alba memasuki tahap pemulihan, cairan yang keluar berwarna putih atau bening. Pada tahapan ini diawali pada hari ke-14 hingga 1-2 minggu berikutnya.

5). Vagina dan Perinium

Vagina dan Perinium yang awalnya begitu menegang bisa kembali ke tahap semula seukuran sebelum hamil, 6-8 minggu setelah bayi lahir, dan rugae bisa kembali tampak di minggu keempat.

b. Abdomen

Pada ibu post partum abdomen terlihat menonjol (seperti masih hamil) di awal waktu kelahiran. Dinding abdomen akan kembali ke bentuk seperti semula sebelum hamil akan membutuhkan waktu 6 minggu.

c. Sistem Perkemihan

Sistem urinaria akan mengalami penekanan oleh bagian terdapan janin pada saat bersalin. Pada 24 jam pertama nifas, ibu akan mengalami peningkatan volume urin akibat dari adanya pengaruh hormon estrogen yang meningkat saat hamil, dimana volume ini akan dieskresikan bersamaan saat periode nifas.

d. Sistem pencernaan

Sistem pencernaan pada ibu nifas adalah adanya masalah pada saat defekasi akibat pengaruh hormon progesteron yang menurun, dan juga adanya rasa nyeri di bagian perinium menyebabkan ibu khawatir untuk buang air besar sehingga pada umumnya keinginan untuk defekasi ini tertunda hingga 2 sampai 3 hari masa nifas.

e. Payudara

1). Ibu tidak menyusui

Pada ibu yang tidak menyusui payudara akan terjadi pembengkakan, karena pengeluaran kolostrum akan terus berlangsung beberapa hari sesudah bersalin. Payudara yang bengkak ketika di raba keras, nyeri saat di tekan dan terasa hangat.

2). Ibu menyusui

Saat menyusui terjadi suatu massa (tonjolan), tapi karung susu penuh dengan perubahan letak setiap hari. Sebelum menyusui dilakukan, payudara menjadi lunak dan kolostrum akan disekresikan dari payudara. Setelah menyusui, payudara akan menjadi kencang dan hangat saat disentuh. Perasaan sakit bisa bertahan sekitar 48 jam. kolostrum bisa dikeluarkan dari puting.

f. Sistem Kardiovaskular

Hingga waktu 2 minggu pasca persalinan, kerja jantung dan volume plasma akan mengalami penurunan secara bertahap menjadi normal, dimana penurunan ini akan berpengaruh pada berat bada ibu yang akan mengalami penurunan pula.

g. Sistem Neurologi

Perubahan saraf selama postpartum adalah kontradiksi dari kebiasaan saraf yang terdapat selama kehamilan dan akibat dari adanya cedera yang diperoleh wanita selama persalinan.

h. Sistem Muskulokeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu selama kahamilan terjadi secara reversibel pada periode postpartum. Penyesuaian ini termasuk hal-hal yang membantu ibu rileks dan berubah karena rahim yang membesar.

i. Hematologi

Leukosit akan meningkat hingga 15.000 sepanjang proses bersalin, sedangkan pada ibu yang mengalami partus lama kenaikan leukosit mencapai 25.000 – 30.000. Selain itu, hingga waktu 2 minggu pasca persalinan, kerja jantung dan volume plasma akan mengalami penurunan secara bertahap menjadi normal, dimana penurunan ini akan berpengaruh pada berat bada ibu yang akan mengalami penurunan pula.

j. Tanda-tanda vital

Pada vital sign seperti nadi akan turun menjadi 50-70 kali menit. Suhu badan ibu akan mengalami peningkatan sebesar 0,50C akibat dari keluarnya cairan secara berlebih pada saat bersalin dan akibat meningkatnya volume urin pada masa nifas. Namun, jika suhu badan ibu meningkat hingga > 380C maka diindikasikan telah terjadi infeksi nifas. Sedangkan tekanan darah sistolik ketika ibu merubah posisi tidur ke duduk akan mengalami penyusutan 15-20 mmHg, dimana kondisi ini disebut dengan hipotensi orthostatik.

k. Endokrin

Pada sistem endokrin, akan terjadi penyusutan hormon progesteron dan estrogen secara mendadak dalam jumlah banyak yang mana akan memengaruhi hambatan hormon progesteron dalam produksi olaktalbumin oleh reticulum endoplasma kasar. α -laktalbumin yang meningkat akan memberikan manfaat dalam mendorong sintesa laktosa untuk menambah volume laktosa ASI. Kadar progesteron yang menurun juga mengakibatkan prolaktin mendorong produksi α -laktalbumin dengan bebas tanpa halangan apapun.

2. Adaptasi Psikologis

Adaptasi psikologis menurut ialah perubahan psikologis ibu post partum dimulai ketika seorang ibu mulai merawat bayinya. Hal ini merupakan tanggung jawab baru bagi seorang ibu pasca melahirkan. Berikut fase psikologis ibu post partum menurut (Machmudah, 2015). antara lain:

a. Fase taking in / ketergantungan

Fase ini terjadi pada 1-2 hari pertama post partum, dimana ibu sangat bergantung pada orang lain. Pada fase ini, ibu memiliki harapan bahwa segala keperluannya bisa dicukupi oleh orang lain, dan ibu mentransformasikan seluruh emosionalnya kepada bayinya.

b. Fase taking hold / ketergantungan tidak ketergantungan

Pada fase ini, ibu memerlukan penanganan dan sikap tenggang rasa dari oranglain dan ibu juga memiliki keinginan agar dapat melaksanakan kewajibannya secara mandiri. Pada fase ini, ibu juga akan memberikan perhatian dengan semangat yang luar biasa guna mendapat peluang belajar dan berproses mengenai upaya dalam merawat bayi.

c. Fase letting go / saling ketergantungan

Pada fase ini, ibu beserta keluarga berproses sebagai suatu kesatuan dan saling berkomunikasi. Fase ini adalah fase dimana emosional ibu diuji yaitu perasaan senang dan sedih yang terjadi pada fase ini bercampur menjadi satu. Ibu dan suami wajib beradaptasi sesuai dengan perannya dalam hal pengasuhan anak, pengaturan rumah tangga serta pembinaan karir.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post SC

Asuhan keperawatan merupakan suatu rangkaian kerja runtut yang dikerjakan oleh perawat dan pasien dalam upaya memenuhi kepentingan pasien. Standar asuhan yang terdapat dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan diklasifikasi kan menjadi pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi (Clara, 2020).

1. Pengkajian

- a. Identitas, berisi nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis (Clara, 2020).
- b. Keluhan Utama, pada umumnya Ibu dengan Post Sectio Caesarea mengeluh nyeri pada daerah luka bekas operasi. Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST (Nurfarida , 2022).
- c. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan Utama, Biasanya Ibu dengan Post Sectio Caesarea akan merasakan sakit di bagian luka pembedahan. Ciri khas rasa sakit

yang dirasakan oleh ibu diidentifikasi menggunakan metode PQRST (Amin et al., 2017).

- 2) Riwayat Kesehatan Dahulu, hal-hal yang akan dipelajari sebelumnya adalah penyakit yang diderita pasien terutama penyakit kronis, seperti hipertensi, penyakit jantung, gula darah, TBC, hepatitis dan penyakit kelamin (Annisa et al., 2022)
- 3) Riwayat obstetri, pada riwayat obstetri yang dikaji meliputi riwayat kehamilan, persalinan, maupun abortus yang dinyatakan dengan kode GxPxAx (Gravida, Para, Abortus), Riwayat menarche, siklus haid, ada tidaknya nyeri haid ataupun gangguan haid lainnya (Farah Dilla et al., 2020).
- 4) Riwayat kontrasepsi, dalam riwayat kontrasepsi hal yang perlu diidentifikasi diantaranya guna mendapatkan pengetahuan apakah ibu sempat mengikuti program KB, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, apakah terdapat masalah ketika menggunakan alkon, dan rencana setelah postpartum apakah memiliki keinginan untuk memakai alkon lagi atau tidak (Aulia et al., 2022).

d. Pemeriksaan head to toe

- 1) Tanda- tanda vital, meliputi tekanan darah, suhu, nadi, respirasi.
- 2) Kepala, meliputi bentuk kepala, kebersihan kepala, apakah ada benjolan atau lesi, dan biasanya pada ibu post partum terdapat chloasma gravidarum.
- 3) Leher, meliputi kelenjar tiroid serta vena jugularis.
- 4) Payudara, seperti pengamatan warna kemerahan atau tidak, terdapat pembengkakan atau tidak, Perabaan yang dilakukan guna mengevaluasi apakah terdapat massa, serta mengkaji apakah ada nyeri ketika ditekan atau tidak.
- 5) Abdomen, pada pengamatan abdomen seperti mengamati guna mendapatkan apakah ada cedera dari sisa pembedahan, peradangan, apakah ada ciri perdarahan, distasis Rectus Adbominis ialah

pembelahan otot rectus abdominis lebih dari 2,5 centimeter setinggi umbilikus(D. Aulia et al., 2021).

- 6) Genitalia, Pengecekan genitalia digunakan untuk melihat apakah ada oedem dan tanda infeksi serta pengecekan pada lochea dengan cara melihat warna, bau, jumlah, dan konsistensinya.
- 7) Ektremitas, Pada pengecekan ekstremitas dilihat pada kaki apakah terdapat varises, pembengkakan, reflek patella, perih tekan atau panas pada betis. Cara mengecek apakah terdapat ciri homan dengan metode meletakkan satu tangan pada lutut ibu serta berikan tekanan ringan pada lutut dan posisikan kaki tetap lurus, apabila ibu merasakan perih pada betis dengan aksi tersebut, berarti tanda Homan (+) (D. Aulia et al., 2021).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI DPP PPNI (2016), diagnosa keperawatan adalah masalah keperawatan yang ditetapkan berdasarkan data pasien, berikut ini beberapa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut (PPNI, 2016):

- a. Nyeri akut (D.0077) berkaitan dengan sumber pencedera fisik dicirikan dengan pasien mengeluh sakit pada bagian pembedahan.
Data subyektif : pasien mengeluh sakit, nyeri saat beraktivitas
Data obyektif : tampak meringis, gelisah, posisi menghindari nyeri
- b. Intoleransi aktivitas (D.0056) berkaitan dengan kelemahan dicirikan dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga.
Data subyektif : pasien mengatakan aktivitasnya masih di bantu
Data obyektif : terlihat lemah, aktivitas masih dibantu keluarga
- c. Resiko infeksi (D.0142) berkaitan dengan prosedur invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah.
Data subyektif : pasien mengatakan lukanya masih basah dan terasa gatal
Data obyektif : luka operasi terdapat kemerahan

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan penyusunan rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat kepada pasien yang disesuaikan dengan diagnosa yang telah ditegakkan guna memenuhi kesehatan pasien (Siregar, 2019). Menurut SIKI & SLKI DPP PPNI (2018):

a. Nyeri akut berkaitan dengan sumber pencedera fisik dicirikan dengan pasien mengeluh sakit pada daerah luka operasi

1) Tujuan: setelah diberikan tindakan keperawatan dalam kurun waktu 3x8 jam diharapkan nyeri akut berkurang

2) Kriteria hasil:

a) Perasaan nyeri berkurang

b) Meringis menurun

c) Gelisah menurun

3) Intervensi keperawatan:

manajemen nyeri

Observasi

a) Mengidentifikasi letak, ciri, lama, jumlah, kualitas, intensitas nyeri

b) Mengidentifikasi skala nyeri

c) Mengidentifikasi risiko yang dapat meningkatkan dan menurunkan nyeri

Terapeutik

a) Memberikan teknik non farmakologis guna menurunkan perasaan nyeri

b) Mengontrol lingkungan yang meningkatkan rasa nyeri

c) Memfasilitasi waktu istirahat dan tidur

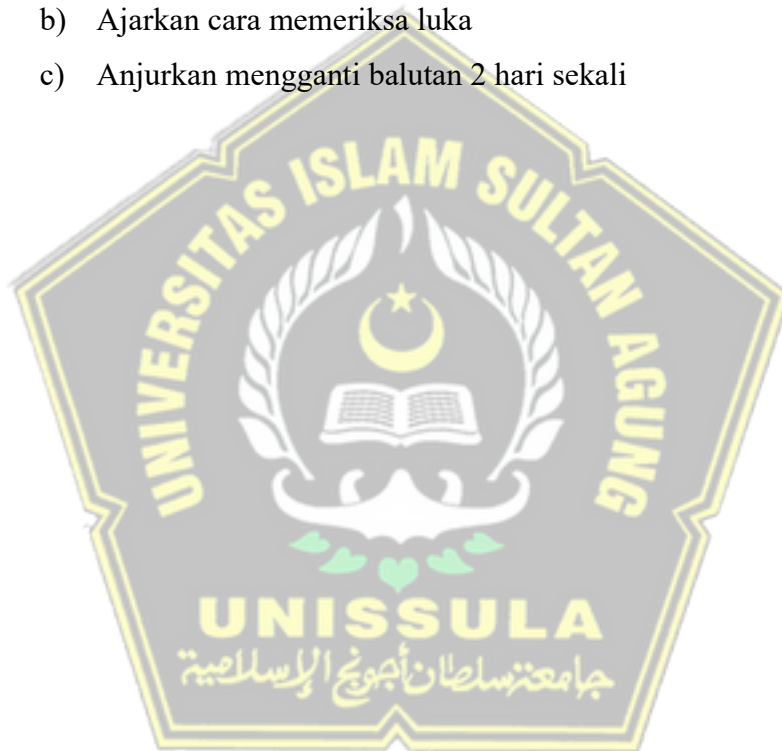
Edukasi

a) Mengajarkan teknik non farmakologis dalam menurunkan nyeri

Kolaborasi

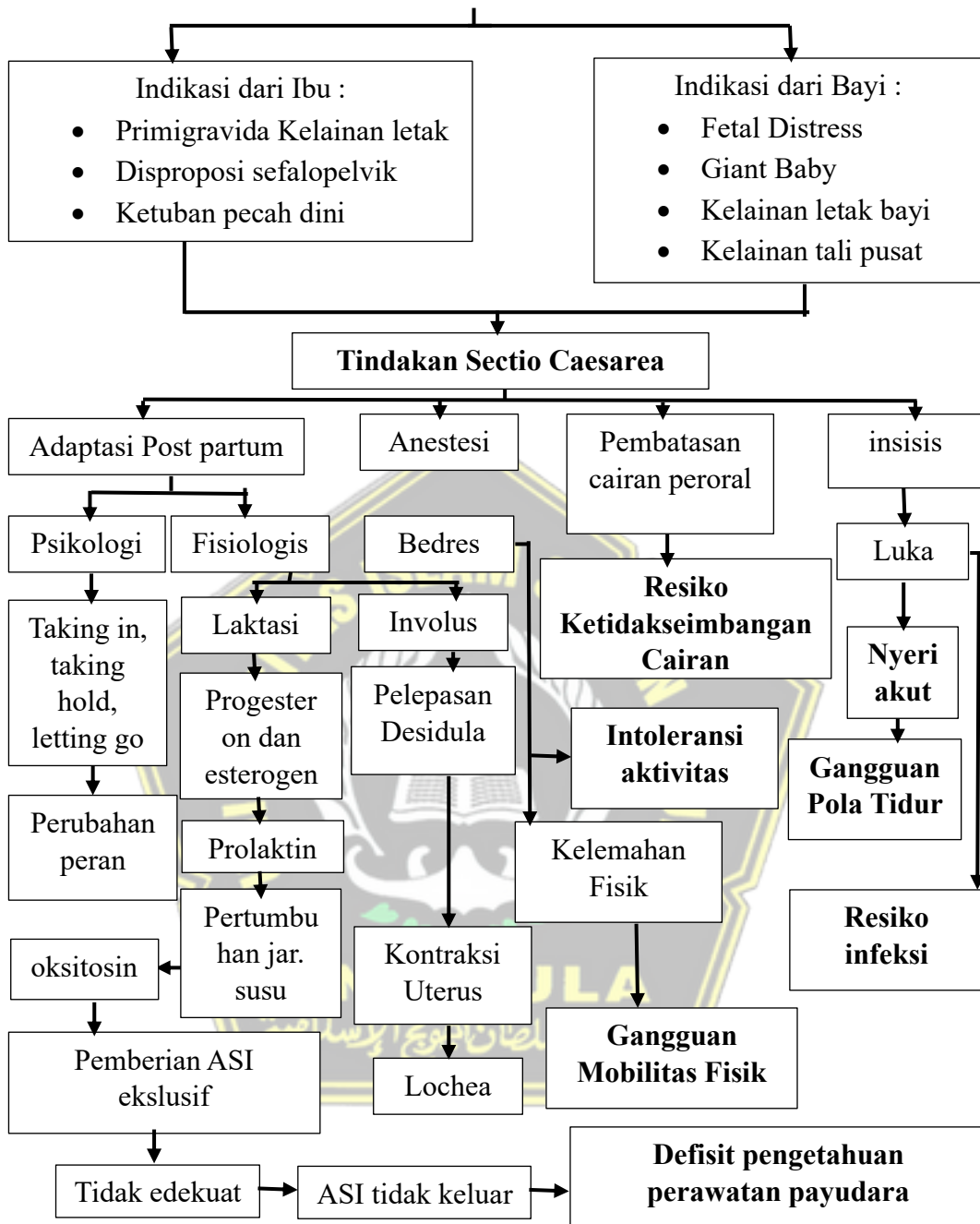
- a) Berkolaborasi dalam memberikan analgetik
- b. Intoleransi aktivitas berkaitan dengan imobilitas dicirikan dengan pasien terlihat lemah dan aktivitas dibantu keluarga
 - 1) Tujuan: setelah diberikan tindakan keperawatan dalam kurun waktu 3x8 jam diharapkan aktivitas mengalami peningkatan.
 - 2) Kriteria hasil:
 - a) Mudah dalam mengerjakan aktivitas sehari-hari meningkat
 - b) Kecepatan berjalan meningkat
 - c) jarak berjalan meningkat
- c. Intervensi keperawatan: manajemen energi
 - Observasi
 - a) Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi
 - b) Memonitor letak dan sifat keditaknyamanan atau nyeri ketika melakukan aktivitas
 - Aktivitas Terapeutik
 - a) mengajarkan posisi tubuh yang optimal
 - b) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
 - Edukasi
 - a) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - b) Mengajarkan cara berpindah sederhana
- d. Resiko infeksi berkaitan dengan rangkaian invasif dicirikan dengan luka *post sectio caesarea* masih basah.
 - 1) Tujuan: setelah diberikan tindakan keperawatan dalam kurun waktu 3x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan mengalami peningkatan
 - 2) Kriteria hasil :
 - a) nyeri menurun
 - b) penyatuan kulit meningkat
 - c) resiko infeksi menurun
 - 3) Intervensi keperawatan : mencegah infeksi
 - Observasi

- a) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- Terpeutik
- a) Memberikan perawatan di bagian kulit pada daerah luka
 - b) Mencuci tangan ketika melakukan kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 - c) Mempertahankan teknik aseptik pada pasien
- Edukasi
- a) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
 - b) Ajarkan cara memeriksa luka
 - c) Anjurkan mengganti balutan 2 hari sekali



4. Patofisiologiways

Indikasi Sectio Caesarea



Skema 2.1 Patofisiologisways

(PPNI, 2016, Rohmah, 2022, Nila Hayati, 2022)

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan di lakukan pada tanggal 25 mei 2022. Penulis melakukan asuhan keperawatan post sectio caesarea indikasi ketuban pecah dini (KPD) pada Ny.N di ruang Mahmudah RSI NU Demak.

Data umum :

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny.N, umur 28 tahun, jenis kelamin perempuan, agama islam, pendidikan SMP, pekerjaan karyawan swasta dan ibu rumah tangga, alamat cabean demak. Identitas penanggung jawab Tn.S umur 35 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama islam, pekerjaan wiraswata, alamat cabean Demak, hubungan dengan pasien yaitu suami.

2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sectio caesarea, skala nyeri 4, Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan ketika bergerak, pasien tampak meringis, terdapat luka jahitan di abdomen.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 24 mei 2022 pasien datang ke RSI NU Demak dalam keadaan ketuban pecah dini, kemudian dilakukan pemantauan diruang tindakan tidak menunjukkan ada tanda Premature Rupture of Membrane (PROM). Setelah itu pasien dibawa ke ruang bersalin untuk dilakukan pemantauan lebih lanjut setelah dilakukan pemantauan selama kurang lebih 6 jam tidak menunjukkan adanya tanda Premature Rupture of Membrane (PROM). Kemudian dokter memutuskan untuk memberikan saran kepasien harus dilakukan operasi sectio Caesarea.

4. Riwayat Kesehatan lalu

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit dahulu, tidak pernah mengalami kecelakaan, tidak memiliki alergi obat dan imunisasi lengkap.

5. Riwayat Kehamilan

Pasien mengatakan ini kehamilan ke dua, saat awal kehamilan pasien sering mengalami mual dan muntah. Pasien memeriksa kehamilan rutin di bidan terdekat.

6. Riwayat Obstetrik masa lalu

G2P1A0

7. Riwayat Menstruasi

Pasien mengatakan mulai menstruasi pada umur 14 tahun, lama menstruasi biasanya 6 sampai 7 hari, tidak mengalami gangguan saat menstruasi.

8. Riwayat keluarga berencana

Pasien mengatakan jenis kontrasepsi yang digunakan dengan suntik tiga bulan sekali, biasanya setelah suntik KB merasa pusing dan jenis kontrasepsi yang digunakan setelah ini tetap menggunakan kontrasepsi suntik.

9. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien composmentis, Tanda-tanda vital: TD 120/78 mmHg, nadi 89x/menit, suhu 36,5°C, RR 20x/menit. Kepala simetris, warna rambut hitam bersih, tidak ada benjolan. Mata pasien normal tidak menggunakan alat bantu, pupil reaksi terhadap cahaya cepat, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, penglihatan baik. Bagian hidung bersih, tidak ada secret, tidak terpasang oksigen, tidak ada polip. Telinga pasien simetris, pendengaran baik, tidak ada infeksi, tidak menggunakan alat bantu. Mulut dan tenggorokan tidak ada kesulitan bicara, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada benjolan di leher, tidak sariawan, gigi bersih. Dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi. Paru-paru simetris, tidak ada retraksi dada, bunyi vesikuler. Payudara pasien bersih, simetris kiri dan kanan sama, bentuk keduanya sama, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada luka, aerola hiperpigmentasi, bentuk puting keduanya normal, puting menonjol keluar. Abdomen pasien terdapat luka post operasi sectio caesarea berbentuk horizontal sepanjang 20 cm, pertama kali luka dibuka menunjuk

bekas kemerahan, luka lembab. Genetalia tidak terdapat luka, vagina tercium bau amis serta tampak kurang bersih, lokhea hari ke 2 volume darah small 10cm, lokhea serosa warna kecoklatan. Perineum dan rectum utuh tidak jahitan. Ekstremitas tidak ada varises dan tanda hooman. Pada system eliminasi pasien mengatakan tidak ada kesulitan BAK ataupun BAB.

10. Pengkajian Kebutuhan Khusus

Oksigenasi tidak ada sesak nafas, tidak merasa pusing setelah beraktivitas. Nutrisi pasien mendapat diit nasi.,Tidak ada makanan pantangan. Kebutuhan cairan pasien 1,5 liter/24jam tidak ada batasan asupan cairan.

11. Pemeriksaan Penunjang

| Tgl | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal | Satuan |
|-----|-----------------------|-------------|--------------|---------------|
| | HEMATOLOGI | | | |
| | Darah Rutin 1 | | | |
| | Hemoglobin | L 10.6 | 11.7-15.5 | g/dL |
| | Hematokrit | L 32.9 | 33.0-45.0 | % |
| | Leukosit | 9.85 | 3.60-11.00 | ribu/ μ L |
| | Trombosit | 223 | 150-440 | ribu/ μ L |
| | Golongan darah /Rh | B.positif | | |
| | PPT | | | |
| | PT | L 8.3 | 9.3-11.4 | detik |
| | PT (kontrol) | 10.9 | 9.3-12.4 | detik |
| | APTT | | | |
| | APTT | 25.9 | 21.8-28.4 | detik |
| | APTT(kontrol) | 25.5 | 21.2-28.5 | detik |
| | KIMIA KLINIK | | | |
| | Glukosa darah sewaktu | 72 | <200 | mg/dL |
| | IMUNOLOGI | | | |
| | HbsAg (kualitatif) | Non reaktif | Non reaktif | |
| | URINALISA | | | |
| | Urin lengkap | | | |
| | Warna | Kuning | | |
| | Kejernihan | Agak keruh | | |

a. Diit yang di peroleh

Nasi

b. Terapi Intra vena:

1) Ceftriaxone 1x2gr

- 2) Methylergometrin 3x1mg
- 3) Cetorolac 3x30mg
- 4) Infusan RL 20tpm
- 5) Nacl+painloss 20tpm

B. Analisis Data

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 Mei 2022. Data subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri ketika beraktivitas. Adapun data objektifnya yaitu pasien terlihat, meringis, gelisah ketika perpindahan posisi, terdapat luka jahit, skala nyeri 5. P: nyeri pada saat pasien beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 5, T: lama nyeri sekitar 5 menit, terus-menerus. Dari pengkajian tersebut di dapatkan diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi.

Pengkajian pada tanggal 25 Mei 2022. Data subjektif, pasien mengatakan aktivitasnya masih di bantu. Adapun untuk data objektif, pasien berbaring ditempat tidur dan terlihat lemah, aktifitas pasien dibantu oleh keluarga. Dari pengkajian tersebut dapat ditegakkan diagnosa intoleransi aktivitas b.d imobilitas d.d pasien tampak emah dan aktivitas dibantu keluarga.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Mei 2022. Data subjektif, pasien mengeluh lukanya masih basah dan terasa gatal. Data objektif, terdapat luka post operasi sc, luka operasi kemerahan. Dari data pengkajian tersebut dapat ditegakkan diagnosa resiko infeksi b.d efek prosedur invasif d.d luka post sectio caesarea masih tampak basah.

C. Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian diatas, terdapat empat diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut :

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis dan mengatakan nyeri pada bagian luka operasi.
2. Intoleransi aktivitas (D.0056) berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga.
3. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invansif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah.

D. Rencana Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul, selanjutnya disusun rencana tindakan asuhan keperawatan sebagai tindak lanjut masalah keperawatan yang di tegakkan pada Ny. N untuk memenuhi kesehatan Ny. N.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri akut menurun keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis yaitu tarik nafas dalam dan terapi musik (mendengarkan murotal qur'an) untuk mengurangi rasa nyeri.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat. Intervensi keperawatan yang dilakukan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan yang nyaman, berikan posisi tubuh yang optimal, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana.

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah, terasa gatal dan kemerahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri menurun, penyatuan kulit meningkat, resiko infeksi menurun. Intervensi yang dilakukan monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, berikan perawatan kulit pada luka, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perthankan teknik aseptik pada pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa luka, anjurkan mengganti balutan 2 hari sekali.

E. Catatan Perkembangan (Implementasi)

Berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah disusun oleh penulis, selanjutnya diaplikasikan dalam bentuk tindakan keperawatan atau implementasi. Implementasi dilakukan pada Ny.N untuk mengatasi diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi pada tanggal 25 Mei 2022 hari pertama mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka pasca operasi. Respon objektif pasien terlihat meringis dan gelisah, Mengidentifikasi skala nyeri respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka post operasi, skala nyeri 5 dan respon objektifnya pasien tampak gelisah. Selanjutnya mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, respon subjektif pasien mengatakan faktor yang memperberat nyeri pada bagian perut dan nyeri sering timbul apalagi jika dibawa aktivitas, pasien mengatakan yang memperingan nyeri adalah dengan istirahat dengan respon objektif pasien tampak berusaha tenang ketika nyeri. Selanjutnya memberikan dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, respon subjektif pasien mengatakan bersedia dan paham terkait teknik relaksasi napas dalam. Respon objektif pasien tampak melakukan dengan baik dan rileks. Memfasilitasi istirahat dan tidur, respon subjektif pasien mengatakan berusaha untuk tidur dan mencari posisi yang nyaman

dengan respon objektif Pasien tampak tidur terlentang dan rileks. Berkolaborasi pemberian analgetik respon subjektif pasien mengatakan setelah di berikan obat analgetik oleh perawat selang beberapa waktu rasa nyeri berkurang, respon objektif pasien tampak lemah.

Diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan pasien tampak lemah dan aktivitas dibantu keluarga. Intervensi keperawatan yang dilakukan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi dengan respon subjektif pasien mengatakan sangat terbatas dengan gerakannya, respon objektif pasien tampak kesulitan selanjutnya menganjurkan pasien untuk duduk disisi tempat tidur, dengan respon subjektif pasien bersedia melakukan duduk disisi tempat tidurnya, respon objektif pasien tampak sedikit bisa duduk.

Diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif di tandai dengan luka post sectio caesarea masih basah. Intervensi yang dilakukan berikan perawatan kulit pada daerah luka dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia diberikan perawatan pada lukanya, respon objektif pasien tampak faham dengan cara perawatannya. Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektif pasien bersedia diberikan penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi, respon objektif pasien tampak mengerti dengan penjelasan perawat. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan respon subjektif pasien mengatakan lukanya masih mengeluarkan cairan dan kemerahan, respon objektif pasien tampak menahan sakit.

Implementasi hari kedua pada tanggal 26 Mei 2022. Implementasi dilakukan pada Ny.N untuk mengatasi diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi. Menjelaskan cara non verbal distraksi relaksasi dengan respon subjektif pasien bersedia melakukan teknik distraksi relaksasi, dan respon objektif pasien tampak mengikuti arahan. Selanjutnya Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri

diluka pasca operasi. P: nyeri perut bertambah ketika beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Respon objektif pasien tampak gelisah dan mengerutkan dahi.

Diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga. Intervensi keperawatan yang dilakukan menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah mulai bisa berjalan dan beraktivitas. Respon objektif pasien tampak mulai bisa berjalan sendiri tapi sesekali di bantu oleh keluarganya. Selanjutnya Mengidentifikasi keterbatasan sendi gerak dan fungsinya dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah lumayan bisa melakukan sendiri. Respon objektif pasien tampak latihan sendiri.

Diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah. Intervensi yang dilakukan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan respon subjektif: pasien mengatakan masih terasa sakit di bagian luka operasi. Respon objektif pasien tampak lemah. Selanjutnya anjurkan mengganti balutan 2 hari sekali dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk mengganti balutannya 2 hari sekali. Respon objektif luka tampak tertutup balutan baru.

Implementasi hari ketiga pada tanggal 27 Januari 2022. Implementasi dilakukan pada Ny.N untuk mengatasi diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri luka operasi. Respon objektif pasien terlihat meringis menahan nyeri, P: nyeri bertambah jika digunakan untuk beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 2, T: nyeri hilang timbul dan lama nyeri sekitar 5 menit. Respon objektif pasien sudah tampak tidak merasakan nyeri. Selanjutnya

Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik kualitas nyeri respon subjektif pasien mengatakan nyeri diluka post operasi berkurang, skala nyeri 2 dan respon objektifnya pasien tampak agak rileks.

Diagnosa kedua yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga. Intervensi keperawatan yang dilakukan menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif respon subjektif pasien mengatakan sudah mulai bisa berjalan dan beraktivitas dan respon objektif pasien tampak mulai bisa berjalan sendiri. Selanjutnya mengidentifikasi keterbatasan sendi gerak dan fungsinya dengan respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa melakukan sendiri dan respon objektif pasien tampak bisa berjalan sendiri.

Diagnosa Ketiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah. Intervensi keperawatan yang di lakukan berikan perawatan luka dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia diberikan perawatan lukanya dan respon objektif pasien tampak memperhatikan saat diberikan perawatan lukanya. Selanjutnya ajarkan cara memeriksa luka dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia diajari untuk memeriksa lukanya dan respon objektif pasien tampak memeriksa lukanya secara mandiri.

F. Evaluasi

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 25 Mei 2022 dari hasil implementasi diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi, dan evaluasi objektif pasien tampak gelisah dan meringis, P: nyeri bertambah saat beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul kurang lebih 5 menit, maka dapat disimpulkan masalah nyeri pada luka operasi belum teratasi dan penulis melanjutkan intervensi menjelaskan strategi meredakan nyeri, berkolaborasi pemberian antibiotik.

Evaluasi intoleransi aktivitas berhubungan imobilitas ditandai dengan pasien tampak lemah dan aktivitas dibantu keluarga. Evaluasi subjektif pasien mengatakan bahwa aktivitasnya terbatas, dengan evaluasi objektif pasien tampak kesulitan saat bergerak, aktivitas pasien dibantu dengan keluarga, maka dapat disimpulkan masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dan penulis melanjutkan intervensi Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama bergerak dan beraktivitas.

Evaluasi risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah. Evaluasi subjektif : pasien mengatakan lukanya masih basah dan terasa gatal juga terdapat kemerahan dan evaluasi objektif luka post operasi berwarna kemerahan. Maka dapat disimpulkan masalah risiko infeksi teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, memberikan perawatan kulit pada daerah luka, jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 26 Mei 2022 dari hasil implementasi diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi berkurang, dan evaluasi objektif pasien tampak meringis saat bergerak, P: nyeri jika pasien bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 3, T: lama nyeri sekitar 5 menit, dan dirasakan secara hilang timbul, maka dapat disimpulkan masalah nyeri pada luka operasi teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi mengidentifikasi kembali skala nyeri dan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga yaitu respon subjektif pasien mengatakan masih sedikit terbatas dalam melakukan gerakan, dengan evaluasi objektif pasien masih di bantu keluarganya, maka dapat disimpulkan masalah teratasi sebagian dan penulis

merencanakan untuk melanjutkan intervensi mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi.

Evaluasi diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah yaitu evaluasi subjektif pasien mengatakan bahwa lukanya masih terdapat kemerahan dan evaluasi objektif pasien sedikit merasakan sakit di lukanya maka dapat disimpulkan masalah teratasi sebagian dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi. Ajarkan memeriksa luka dan anjurkan mengganti balut 2 hari sekali.

Evaluasi yang didapatkan penulis pada tanggal 27 Mei 2022 dari hasil implementasi diagnosa pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi sudah berkurang, dan evaluasi objektif pasien tampak rileks, P: nyeri jika pasien beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 2, T: nyeri hilang timbul lama nyeri sekitar 5, maka dapat disimpulkan masalah nyeri pada luka operasi teratasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi ditandai dengan pasien tampak lemah dan aktivitas dibantu keluarga yaitu respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitasnya sendiri, dengan evaluasi objektif pasien sudah bisa duduk di tempat tidur, berdiri dan berjalan sendiri. Maka dapat disimpulkan masalah teratasi dan penulis menghentikan intervensi.

Evaluasi diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah yaitu evaluasi subjektif pasien mengatakan lukanya sudah lumayan kering, tidak kemerahan dan evaluasi objektif pasien tampak rileks maka dapat disimpulkan masalah teratasi dan penulis menghentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV penulis akan menguraikan hasil analisa asuhan keperawatan pada Ny.N dengan post sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) yang di sesuaikan oleh teori yang di dapat. Asuhan keperawatan pada Ny.N dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 25 Mei 2022 sampai tanggal 27 Mei 2022. Pada bab ini penulis mengulas mengenai kekurangan dan hambatan yang di dapat penulis selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. N dengan post sectio caesrea atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) serta memberikan tambahan teori khususnya pada aktivitas yang di lakukan untuk menangani diagnosa keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Dalam melakukan pengkajian penulis menyadari masih terdapat kekurangan pada saat pengkajian, penulis belum mengkaji riwayat kehamilan secara lengkap, pasien mengatakan ini kehamilan kedua akan tetapi penulis belum mengkaji riwayat kehamilan anak pertama, penulis belum mengkaji anak.

Pengkajian dilakukan hari selasa, 25 Mei 2002 pada pasien yang bernama Ny. N diagnosa medis post sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini (KPD). Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum tanda persalinan terjadi dan 6 jam setelah itu tidak ditandai dengan munculnya tanda persalinan atau biasanya disebut *Premature Rupture of Membrane (PROM)* (Hastuti et al., 2016). Saat dilakukan pengkajian didapatkan data keluhan utama : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan sakit pada saat beraktivitas. P: nyeri pada saat pasien bergerak atau beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 5, T: nyeri sekitar 5 menit, hilang timbul. di dapatkan keluhan utama pasca post operasi pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan sakit saat di gunakan untuk beraktivitas. P: nyeri pada saat pasien beraktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri dirasakan dibagian perut pasca operasi, S: skala nyeri 5, T: lama nyeri sekitar 5 menit,

hilang timbul. Pasien mengatakan geraknya terbatas karena bertambah nyeri saat melakukan pergerakan, pasien mengatakan luka post operasi terkadang panas dan gatal. Riwayat kesehatan sekarang pasien mengatakan MRS pada tanggal 25 Mei 2022 dibagian IGD dengan kondisi ketuban telah pecah, lalu dipantau diruang tindakan tidak menampakkan adanya tanda *Premature Rupture of Membrane* (PROM). Selanjutnya, pasien diantar ke ruang persalinan guna dilakukan pemeriksaan lanjutan. Setelah dipantau dalam kurun waktu 6 jam tidak menampakkan adanya tanda *Premature Rupture of Membrane* (PROM). Hingga pada akhirnya, dokter merekomendasikan dilakukan tindakan persalinan dengan SC.

Keadaan umum pasien adalah composmentis, TTV (tanda-tanda vital) tekanan darah : 120/78 mmHg, suhu 36,5 c, nadi 87x/menit, pernafasan 20x/menit. Kepala berbentuk mesosefal, rambut bersih tidak ada ketombe hitam panjang, leher simetris tidak ada benjolan dan tidak ada lesi. Thorax simetris, tidak ada benjolan. Payudara simetris tidak ada bejolan, teraba keras puting dan areola berwarna hitam kecoklatan, asi keluar sedikit. Abdomen terdapat luka jahit operasi, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusar, posisi tengah. Lokia berwarna merah kecoklatan konsistensi cair dan terdapat gumpalan (seperti saat haid) berbau amis dan jumlahnya kurang lebih 120 cc. Perinium : keadaan utuh, tanda REEDA : R (redness) ada kemerahan, E (edema) tidak ada, E (ekimosis) tidak ada, D (discharge) darah, A (approximate) tertutup, dan tidak ada hemorroid. Eliminasi: pasien mengataka tidak mengalami kesulitan saat BAK dan BAB. Pada ekstremitas tidak ada varises dan tidak ada tanda homan's.

B. Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilaksanakan, penulis menegakkan tiga diagnosa keperawatan. Berdasarkan SDKI DPP PPNI (2016) diagnosa keperawatan adalah bentuk evaluasi secara aktual maupun potensial mengenai kondisi klinis klien terhadap masalah kesehatan yang dialami. Data yang diperoleh dari Ny.N dengan post sectio caesarea di Rumah Sakit Islam

Sultan Agung Semarang didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut:

1. Nyeri akut (D.0077) berkaitan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis dan mengaelah sakit pada daerah pembedahan.

Nyeri akut menurut SDKI DPP PPNI (2016) ialah pengalaman sensorik maupun emosional yang berhubungan dengan kehancuran jaringan aktual maupun fungsional, dengan onset tiba-tiba ataupun lambat serta memiliki intensitas ringan sampai berat yang terjadi dalam waktu kurang dari 3 bulan. Diagnosa keperawatan nyeri akut (PPNI, 2016), problem ataupun permasalahan telah pas serta buat penyebabnya ialah agen pencedera raga. Pemicu ataupun etiologi perih kronis merupakan agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik.

Diagnosa keperawatan nyeri akut ditegakkan sebab terdapatnya informasi subjektif penderita berkata nyeri pada luka jahitan, penderita berkata perih dikala bergerak, pasien berkata nyeri seperti ditusuk-tusuk. Dan data objektifnya adalah penderita risau, penderita meringis kala berpindah posisi, ada luka jahit post pembedahan, skala nyeri 4, P: perih pada saat penderita bergerak, Q: perih semacam ditusuk- tusuk, R: perih dialami dibagian perut pasca pembedahan, S: skala perih 4, T: lama perih dekat 5 menit, selalu. Diagnosa keperawatan yang diambil menjadi diagnosa utama merupakan nyeri akut yang berkaitan dengan agen pencedera fisik sebab nyeri merupakan salah satu mekanisme pertahanan badan yang menunjukkan terdapatnya permasalahan. Nyeri pada post pembedahan membutuhkan penanganan yang benar serta efisien sehingga tidak terjadi komplikasi (Napisah et al., 2022)

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

Intervensi atau tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri selama 3x8 jam untuk mengatasi nyeri akut yang berkaitan dengan sumber pencedera fisik dicirikan dengan pasien mengeluh sakit pada daerah pembedahan dengan tujuan rasa sakit yang dirasakan mengalami penurunan, meringis berkurang, gelisah berkurang. Adapun upaya yang telah ditetapkan yaitu manajemen nyeri antara lain: mengidentifikasi letak, ciri, lama, jumlah, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis guna menurunkan rasa sakit, mengontrol lingkungan yang bisa meningkatkan rasa sakit, memfasilitasi istirahat dan tidur. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara relaksasi tarik nafas dalam dan terapi musik (murotal qur'an) kurang lebih selama 10 menit. Relaksasi merupakan bentuk tindakan untuk mengurangi nyeri dengan cara ketegangan otot dikurangi dan membuat relaks otot-otot. Salah satu teknik relaksasi yaitu melakukan nafas dalam, pola nafas teratur dan rileks. Teknik ini berguna untuk menurunkan skala nyeri (Amalia 2020). Terapi mendengarkan musik dapat mencegah perpindahan rangsangan nyeri pada sistem saraf pusat sehingga sakit menurun (Indah, 2021).

Penulis dalam melakukan implementasi keperawatan telah sejalan dengan rencana atau upaya keperawatan yang telah ditentukan, pada intervensi manajemen nyeri point terapeutik penulis memberikan penatalaksanaan nonfarmakologis dengan relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi menggunakan abnormal breathing atau sama juga dengan teknik relaksasi nafas dalam bisa dikerjakan sendiri oleh ibu post sc, aman tanpa menimbulkan efek samping (Amalia 2020).

Dari mplementasi yang sudah dilakukan selama tiga hari, penulis melakukan evaluasi keperawatan untuk diagosis nyeri akut berkaitan dengan sumber pencedera fisik dicirikan dengan pasien mengeluh sakit pada luka pasca operasi. Evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi saat beraktivitas, evaluasi objektif pasien terlihat

meringis menahan nyeri saat bergerak. Setelah dilakukan evaluasi maka bisa disimpulkan bahwa masalah nyeri teratasi sebagian, pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri.

2. Intoleransi aktivitas berkaitan dengan kelemahan dicirikan dengan pasien mengatakan lemah dan aktivitas dibantu keluarga.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan seharusnya di ganti dengan gerakan yang berkaitan dengan sakit pada daerah pembedahan. Menurut SDKI (PPNI,2016) mobilitas fisik merupakan diagnosa keperawatan yang di definisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Munculnya diagnosa keperawatan masalah pergerakan fisik akibat diperoleh keluhan dari pasien enggan menggerakkan eksterimas dan badan akibat sakit yang idrasa pada daerah pembedahan jika digunakan untuk beraktivitas. Mobilisasi dini sangatlah penting bagi ibu Latihan mobilisasi memiliki manfaat agar luka oembedahan cepat pulih, lochea keluar dengan lancar, kejadian trombosis dan tromboemboli dapat dicegah, perputaran darah menjadi normal, dan pemulihan ibu lebih cepat (Sri Mahmudah, 2015).

Mobilisasi dini merupakan kegiatan yang bisa dilakukan oleh pasien sehabis pembedahan operasi (Sudrajat et al., 2019). Latihan mobilisasi dini dapat dimulai dari duduk ditempat tidur, berdiri, setelah berdiri kemudian berjalan (Virgiani, 2019).

3. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invansif ditandai dengan luka post sectio caesarea masih basah.

Menurut SDKI (PPNI, 2016) Resiko infeksi adalah beresiko terjadinya penyerangan organisme patogenik meningkat. Adapun alasan penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi ditandai dengan luka perineum post partum spontan, dibuktikan dengan data subyektif klien mengeluh luka jahitan perineum terasa panas dan sakit, data obyektif luka di jahitan perineum terlihat kemerahan, klien tampak merintih.

Intervensi keperawatan yang penulis tegakkan guna mengantisipasi risiko adalah penulis membuat intervensi yang telah ditetapkan guna meraih tujuan dan kriteria hasil klien diharapkan selama 3x24 jam: tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, klien mampu mengetahui adanya tanda infeksi. Dengan intervensi: 1. Pantau tanda-tanda vital, untuk memantau adanya peningkatan nadi dan suhu karena dapat dijadikan indikator terjadinya infeksi, 2. Kaji tanda-tanda infeksi, agar bisa mengetahui tanda-tanda infeksi yang dapat menyebabkan komplikasi, 3. Edukasi pencegahan infeksi, untuk meningkatkan pengetahuan klien dan dapat mencegah serta mengurangi resiko terjadinya infeksi (Buntet et al., n.d.). Edukasi kesehatan tentang pencegahan infeksi wajib dilaksanakan dengan upaya dasar seperti memelihara personal hygiene agar tetap bersih supaya tidak memunculkan adanya infeksi, dan menjaga kebersihan luka perineum supaya tidak dijadikan tempat masuk utama perkembangan bakteri (Hayati, 2020). Cara pencegahan infeksi menurut (Khasanah, 2017) yaitu: menggunakan teknik aseptik untuk merawat luka perineum, peralatan yang digunakan pada daerah genital harus steril, membatasi kunjungan tamu, mobilisasi dini.

Penulis dalam memberikan tindakan keperawatan telah sejalan dengan rencana yang diputuskan sebab ketika dilaksanakan implementasi keperawatan klien sangat kooperatif, aktif dan tampak mampu mengetahui tanda dan gejala infeksi.

Evaluasi keperawatan yang dilaksanakan penulis selama 3 hari pada masalah resiko infeksi yaitu masalah teratasi dan tidak adanya tanda-tanda infeksi pada luka perineum.

BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan dikelola dalam kurun waktu 3 hari mulai tanggal 25 Mei 2022- tanggal 27 Mei 2022. Fase akhir dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu menyusun kesimpulan dan saran yang bisa dimanfaatkan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada Ny.N dengan asuhan keperawatan post sectio caesarea atas indikasi ketuban pecah dini (KPD) sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dikerjakan dengan metode pengumpulan informasi yang didapatkan dari hasil tanya jawab. Penulis melaksanakan pengkajian komprehensif yang cocok dengan kondisi Ny. N dengan asuhan keperawatan post op section caesarea.

2. Diagnosa

Analisa data yang didapatkan guna menunjang ditegakkan diagnosa keperawatan. Prioritas permasalahan ataupun diagnosa keperawatan utama Ny. N dengan post op sectio caesarea merupakan nyeri akut berkaitan dengan sumber pencedera luka operasi, diagnosa kedua intoleransi aktivitas berkaitan dengan kelemahan, diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi.

3. Intervensi

Rencana keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan dan kriteria hasil dengan rencana tindakan ini sejalan dengan Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

4. Implementasi

Implementasi dilaksanakan 3 hari dari tanggal 25 mei 2022 - tanggal 27 mei 2022 selama 3x8 jam sejalan dengan intervensi yang telah dibuat pada tiap-tiap diagnosa.

5. Evaluasi

Setelah diberikan tindakan keperawatan dalam kurun waktu 3 hari pada tanggal 25 mei 2022 sampai tanggal 27 mei 2022 selama 3x8 jam didapatkan evaluasi hari ketiga tujuan tercapai, masalah teratasi, hentikan intervensi. dan untuk diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik, masalah bisa diatasi sebagian dan penulis melanjutkan intervensi

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Hasil dari Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat sebagai media referensi dan media baca untuk peningkatan ilmu pengetahuan, terutama mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien post sectio caesarea dengan indikasi Ketuban Pecah Dini (KPD).

2. Institusi Kesehatan

Karya Tulis Ilmiah bisa bermanfaat sebagai referensi terutama pada kasus post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini (KPD).

3. Masyarakat

Hasil studi ini di harapkan bisa meningkatkan ilmu pengetahuan masyarakat mengenai post sectio caesarea dengan indikasi ketuban pecah dini

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, M., & Agustina, M. (2020). Pengaruh Teknik Relaksasi Abdomal Breathing terhadap Penurunan Nyeri pada Ibu Post Sectio Caesarea. *Jurnal Kampus STIKes YPIB Majalengka*, 8(2), 2338–5138.
- Andalas, Mohd., Maharani, C. R., Hendrawan, E. R., Florean, M. R., & Zulfahmi, Z. (2019). Ketuban pecah dini dan tatalaksananya. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 19(3). <https://doi.org/10.24815/jks.v19i3.18119>
- Annisa Ramadhanti, N., Juniartati, E., Barlia, G., Agustina, M., & Keperawatan Poltekkes Kemenkes Pontianak, J. (n.d.). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI PARTUS LAMA : STUDI KASUS*. <https://journal-mandiracendikia.com/index.php/ojs3>
- Aulia, F., Kartika Sari, D., Maria Ulfa, S., Puji Lestari, P., Keperawatan dan Ilmu Kesehatan, F., & Muhammadiyah Banjarmasin, U. (2022). Pengenalan Metode Alat Kontrasepsi Guna Meningkatkan Keikutsertaan Dalam Menjadi Peserta Keluarga Berencana. *AMMA : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(06).
- Buntet, J. A., Ilmiah, J., Buntet, A., Cirebon, P., Susanti, Y., Nurul, D., Akademi, F., & Buntet, K. (n.d.). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S P2A0 POST PARTUM NORMAL DENGAN SISA PLASENTA HARI KE-1 DI RUANG ENDANG GEULIS RSUD GUNUNG JATI CIREBON*. <http://realtechnetcenter.wordpress.com/>
- Clara Febiola_191101100_Penerapan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan. (n.d.).
- Dini , *ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S P1A0 POST SECTIO*.
- Devy, Arum, & Risqi. (2021). *PEMERIKSAAN FISIK IBU DAN BAYI DEVI LESTARI NURUL AULIA, SST*.
- Dwi Hastuti, Mencapai, P., & Keperawatan, S. (2015). *HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG SECTIO CAESAREA DENGAN KECEMASAN IBU PRE OPERASI DI RUANG CATLEYA RUMAH SAKIT PANTI WALUYO SURAKARTA SKRIPSI*.
- Farah Dilla, R., Setiawan Hendyca Putra, D., Kesehatan, J., & Negeri Jember, P. (2020). *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan DESAIN FORMULIR PENGKAJIAN AWAL NEONATUS DI RUMAH SAKIT TINGKAT III BALADHIKA HUSADA JEMBER* (Vol. 1, Issue 3).
- Hastuti, Heny, Putu Sudayasa, Saimin, & Juminten. (2016). *Analisis Faktor Risiko Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Bahteramas*. *Jurnal Kesehatan*. 3(2), 268–272.
- Hayati, F. (2020). Personal Hygiene pada Masa Nifas. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 2(1), 4. <https://doi.org/10.36565/jak.v2i1.62>

- Hayati, N., & Gultom, N. S. (2022). Efektivitas Pemberian Edukasi ASI Eksklusif terhadap Perilaku Menyusui Ibu Post Pregnancy di RSUD Kotapinang Labusel Tahun 2021. *Nur Syamsiah Gultom*, 7(1).
- Yuke Kirana (2015) HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN POST PARTUM DENGAN KEJADIAN POST PARTUM BLUES DI RUMAH SAKIT DUSTIRA CIMAHI. (2015).
- Indah. (2021). Harnanik Nawangsari “Pengaruh Terapi Pemberian Musik terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien dengan Luka Post Seksio Sesaria Hari Pertama di Rumah Sakit Ibu dan Anak” (hal: 133-137) PENGARUH TERAPI PEMBERIAN MUSIK TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA PASIEN DENGAN LUKA POST SEKSIO SESARIA HARI PERTAMA DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK. *Jurnal Kesehatan Karya Husada*, 9.
- Indah, & Firdayanti. (2018). *MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PADA NY “N” DENGAN USIA KEHAMILAN PRETERM DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA TANGGAL 01 JULI 2018 Karya Tulis Ilmiah*.
- Khasanah, N. A., & Sulistyawati, W. (2017). *BUKU AJAR NIFAS DAN MENYUSUI*.
- Machmudah. (2015). GANGGUAN PSIKOLOGIS PADA IBU POSTPARTUM; POSTPARTUM BLUES. In *Jurnal Keperawatan Maternitas* (Vol. 3, Issue 2).
- Maryanti, S., Febrianty, E., & Endrike, M. (2019). KARAKTERISTIK IBU DENGAN PERSALINAN SECTIO CAESARIA DI RUMAH SAKIT DR. R. ISMOYO KOTA KENDARI. In *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* (Vol. 14).
- Mega Buana. (2022). *Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2021* Nikmatur Rohmah*. <https://e-jurnal.umegabuana.ac.id/index.php/MBJN>
- Mega Setyaningrum. (2020). *D3 Keperawatan kpd*.
- Napisah, P., Dharma, S., & Bandung, H. (2022). INTERVENSI UNTUK MENURUNKAN NYERI POST SECTIO CAESAREA. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2).
- Nurfarida Ningrum. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S PIAO POST SECTIO CAESAREA DENGAN INDIKASI KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG*.
- Rahayu, B., & Sari, A. N. (2017). Studi Deskriptif Penyebab Kejadian Ketuban Pecah Dini (KPD) pada Ibu Bersalin. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 5(2), 134. [https://doi.org/10.21927/jnki.2017.5\(2\).134-138](https://doi.org/10.21927/jnki.2017.5(2).134-138)
- Rohmawati, N., Ika, A., Epidemiologi, F., Biostatistika, D., Ilmu, J., Masyarakat, K., Keolahragaan, I., Semarang, U. N., & Alamat, *. (2018). 23 *HIGEIA 2 (1) (2018) HIGEIA JOURNAL OF PUBLIC HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT*. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>

Siregar. (2019). *konsep dan tahapan perencanaan keperawatan*.

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. (2016).

Sudrajat, A., Wartonah, E., & Riyanti, S. (2019). Self Efficacy Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Latihan Mobilisasi Post Operasi ORIF Pada Ekstremitas Bawah Artikel history. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 6(2), 2338–9095.

Mega Buana (2022) *HUBUNGAN MOBILISASI DINI DENGAN PEMULIHAN LUKA POST SECTIO CAESAREA DI RUMAH SAKIT PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL NASKAH PUBLIKASI*.

Virgiani. (2019). 34-30-1-SM. *Gambaran Terapi Distraksi, Relaksasi Dan Mobilisasi Dalam Mengatasi Post Operative Nausea and Vomiting (PONV) Pada Pasien Post Operasi Di RSUD Indramayu*, 11, 17–23.

