

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN *POST SECTIO*
CAESAREA ATAS INDIKASI PARTUS TAK MAJU DI RUANG
BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Mentari Nilam Anggraini

NIM. 40902000052

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

2023

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN *POST SECTIO CAESAREA* ATAS INDIKASI PARTUS TAK MAJU DI RUANG BAITUNNISA 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah



PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 14 April 2023



Mentari Nilam Anggraini



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :
**Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Post Sectio Caesarea Atas Indikasi
Partus Tak Maju di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang**

Disusun Oleh :

Nama : Mentari Nilam Anggraini

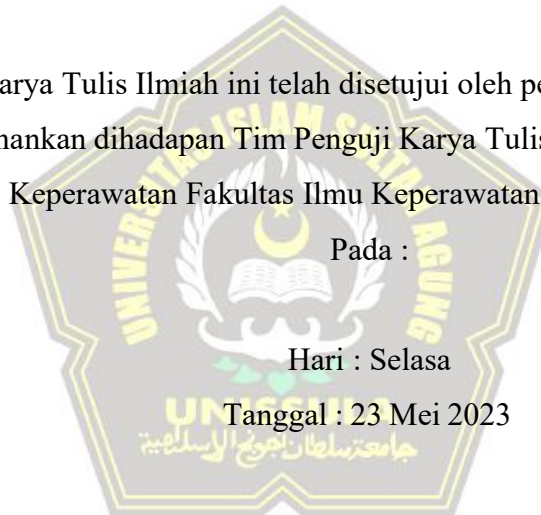
NIM : 40902000052

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk
dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang,

Pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 23 Mei 2023



Pembimbing

Semarang, 19 Mei 2023

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

NIDN : 06-1804-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 23 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji

Semarang, 23 Mei 2023

Penguji I

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



Penguji II

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



Penguji III

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



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



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

MOTTO

“Tidak ada kesuksesan tanpa kerja keras. Tidak ada keberhasilan tanpa kebersamaan. Tidak ada kemudahan tanpa doa.”

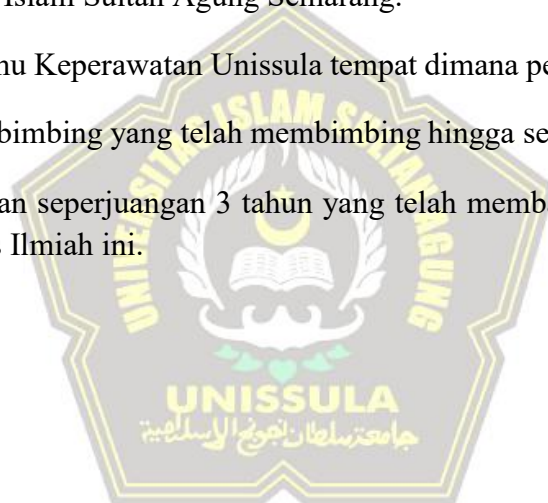


HALAMAN PERSEMBAHAN

Sujud syukur kusembahkan kepada-Mu ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Atas takdirmu saya bisa menjadi pribadi yang bertaqwa, berilmu, beriman dan bersabar. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal untuk masa depanku dalam meraih cita-cita saya dengan usaha dan semangat kerja keras yang diridhoi Allah SWT dan saya bersaksi tiada Tuhan selain Allah dan Nabi Muhammad SAW adalah utusan Allah SWT.

Dalam Karya Tulis Ilmiah ini penulis mempersembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah memberi hidayah serta syafaat-Nya kepada penulis.
2. Ayah, Mama, dan Adek tercinta serta keluarga yang telah memberi support dan semangat nya selama menempuh studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula tempat dimana penulis menempuh studi.
4. Dosen Pembimbing yang telah membimbing hingga selesai.
5. Teman-teman seperjuangan 3 tahun yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji syukur bagi Allah SWT yang telah memberikan taufiq, hidayah, serta inayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Post SC Atas indikasi Partus Tak Maju di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang". Karya Tulis Ilmiah ini di tulis untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Ahli Madya Keperawatan Program Studi Diploma DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini banyak bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.H selaku Rektor UNISSULA.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA.
4. Ns. Muhammad Abdurrouf, M.Kep selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA.
5. Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu serta tenaga nya untuk memberikan bimbingan, dan ilmu yang sangat berharga.
6. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang khususnya para perawat dan bidan di Ruang Baitunnisa 2.
7. Para Dosen beserta Staff Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA yang telah menemani selama tiga tahun dalam membina ilmu keperawatan.
8. Orang tua saya, ayah dan mama yang telah banyak mendoakan, memberikan semangat, kasih sayang, serta memberikan dorongan dan perhatian kepada penulis selama kuliah sampai penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. .
9. Muhammad Nuzulul Ni'am sebagai partner hidup selama ini yang telah sabar dalam menemani penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
10. Kepada seluruh teman-teman mahasiswa/i Fakultas Ilmu Keperawatan angkatan 2020 program Studi D-III Keperawatan yang terkhusus nya kepada Sepia Tresia Viona, Chazilda Alimatuzzahra, yang sudah tiga tahun ini berjuang bersama dalam membina ilmu keperawatan sampai di titik dimana kita berjuang dalam membuat Karya Tulis Ilmiah yang selalu mendukung satu sama lain.
11. Kepada sahabat saya Ania Eka Mulyarani, Gesta Dwi Mardiana yang telah setia kebersamai penulis dari tahun 2016 - sampai sekarang.

Semoga Allah SWT telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Aamiin Aamiin Ya Rabbal'alamin..

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Post SC.....	5
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien SC.....	19
C. Pathways Keperawatan.....	25
BAB III RESUME KASUS.....	25
A. Pengkajian Keperawatan.....	25
B. Analisa Data.....	31
C. Diagnosa Keperawatan.....	32
D. Rencana Tindakan Keperawatan.....	32
E. Implementasi.....	33
F. Evaluasi.....	37
BAB IV PEMBAHASAN.....	40
A. Gangguan Mobilitas Fisik Nyeri Post SC.....	40
B. Gangguan Pola Tidur Hambatan Lingkungan.....	42
C. Menyusui Tidak Efektif.....	43

BAB V PENUTUP.....	45
A. Simpulan.....	45
B. Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	47



DAFTAR LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio caesarea adalah sebuah prosedur bedah untuk kelahiran janin dengan insisi melalui abdomen dan uterus. Persalinan merupakan suatu kejadian fisiologis normal untuk melahirkan bayi, *Sectio caesarea* merupakan tindakan mengeluarkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus untuk menyelamatkan ibu dan bayi atas beberapa indikasi medis, seperti persalinan lama, plasenta previa, gawat janin, mal presentase janin atau letak lintang, prolaps tali pusat, preeklamsi dan panggul sempit (Purba, 2021).

World Health Organization (*WHO*) menetapkan bahwa standar rata-rata *sectio caesarea* (SC) masing-masing negara, yaitu sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia. Rumah sakit pemerintah 11% dan rumah sakit swasta lebih dari 30%. Peningkatan persalinan secara *sectio caesarea* diseluruh negara selama tahun 2017-2018, yaitu 110.000 per kelahiran di seluruh Asia, menurut WHO prevalensi *sectio caesarea* meningkat 46% di Cina dan 25% di Asia, Eropa, dan Amerika latin. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 di Indonesia menunjukkan bahwa persalinan pada usia 10-54 tahun mencapai 78,73% dengan angka kelahiran yang menggunakan metode *Sectio caesarea* sebanyak 17,6% (Tryssiatamy, 2020).

Angka kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian ibu Selama masa kehamilan, persalinan dan nifas. Faktor lainnya, yaitu seperti terjatuh atau kecelakaan di setiap 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI) tahun 2014 menunjukkan bahwa peningkatan AKI yang signifikan, yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan data yang diperoleh dari hasil survai penduduk antar sensus (SUPAS) tahun 2017 (Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia 2018) (Astuti, 2021).

Persalinan lama yang biasa disebut distosia merupakan persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primipara dan lebih dari 18 jam pada multipara dengan fase laten lebih dari 8 jam (Saifuddin, 2017). Faktor terjadinya persalinan lama di bagi menjadi dua faktor yaitu faktor penyebab dan faktor resiko, faktor penyebab: his, mal presentasi dan mal posisi, janin besar, panggul sempit, kelainan serviks dan vagina, disproporsi fetovelvik, dan ketuban pecah dini, dan faktor resiko: analgesik dan anastesis berlebihan, paritas, usia, wanita dependen, respons stres, pembatasan mobilitas, dan puasa ketat (Islamy, 2022).

Pada faktor umur ibu, umur reproduksi sehat untuk ibu hamil adalah 20-30 tahun, persalinan pada umur yang terlalu muda (<20 tahun) sering juga menyebabkan distosia, dimana distosia dapat menyebabkan terjadinya partus lama. Pada umur <20 tahun organ reproduksi wanita belum siap untuk menghadapi kehamilan dan proses persalinan. Sedangkan pada umur >35 tahun seorang wanita akan mengalami penurunan organ reproduksi sehingga jika terjadi kehamilan maka akan meningkatkan angka kesakitan pada masa kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo, 2018).

Faktor yang mempengaruhi pelepasan plasenta salah satunya adalah paritas, terutama paritas lebih dari satu (multiparitas). Multiparitas memiliki resiko tinggi karena pada multiparitas uterus cenderung tidak efisien dalam semua kala persalinan, sehingga paritas mempengaruhi lamanya pelepasan plasenta (Juddah, 2018).

Persalinan lama merupakan penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir, apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan mengakibatkan ibu mengalami infeksi, kehabisan tenaga sebelum bayi dilahirkan, dehidrasi, kadang dapat terjadi pendarahan postpartum yang dapat menyebabkan kematian ibu, pada janin akan terjadi infeksi, cedera, dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi (Oxorn & Forte, 2020). Data yang diperoleh dari Rekam Medik RSI Sultan Agung Semarang terdapat 50 kasus partus tak maju pada tahun 2022.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Ny.R dengan Diagnosa Post Sectio Caesarea Atas Indikasi Partus Tak Maju di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan Karya Ilmiah adalah untuk mengetahui gambaran dan penatalaksanaan perawatan pada kasus Post *Sectio Caesarea* Indikasi Partus Tak Maju di Ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* yang meliputi:

- a. Dapat melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi partus tak maju
- b. Dapat merumuskan diagnose keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi partus tak maju
- c. Dapat menyusun rencana keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi partus tak maju
- d. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi partus tak maju
- e. Dapat mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi partus tak maju

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Pendidikan

Mengembangkan ilmu keperawatan untuk menyiapkan perawat yang kompeten dan dapat mendedikasikan diri dalam memberikan Asuhan Keperawatan yang menyeluruh, khususnya dalam menerapkan Asuhan Keperawatan maternitas post *Sectio Caesarea* dengan indikasi partus tak maju.

2. Bagi Profesi Kesehatan dan Lahan Praktik

Menambah wawasan pengetahuan ilmu Sebagai asuhan pembelajaran serta untuk mendapatkan referensi dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post *Sectio Caesarea* dengan indikasi patus tak maju.

3. Bagi Masyarakat

Sebagai bahan informasi bagi masyarakat tentang mengenai kehamilan dengan indikasi partus tak maju.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Post SC Atas Indikasi Partus Tak Maju

Post partum / masa nifas merupakan masa pemulihan setelah melalui masa kehamilan dan persalinan yang dimulai sejak setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat reproduksi kembali dalam kondisi wanita yang tidak hamil, rata-rata berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari (Handayani & Pujiastuti, 2016). Masa post partum adalah fase dimana bagi ibu untuk mengembalikan alat reproduksi semula sebelum hamil dalam waktu 1 bulan (Sridani et al., 2019).

Menurut Maryunani, (2017) post partum dibagi dalam 3 tahap, yaitu :

1. Puerperium Dini (Periode immediate postpartum) :
 - a. Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.
 - b. Yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan.
 - c. Masa pulih/kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
 - d. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri.
 - e. Peran: teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.
2. Puerperium Intermedial (Periode Early Postpartum 24 jam – 1 minggu) :
 - a. Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
 - b. Peran: memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dari cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.
3. Remote Puerperium (Periode Late Postpartum, 1 minggu–5 minggu) :
 - a. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat, terutama bila ibu selama hamil maupun bersalin, ibu mempunyai komplikasi, masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih lama sampai tahunan.

- b. Peran : pada periode ini tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

Ketika hamil, ibu mengalami beberapa perubahan pada bentuk tubuhnya. Begitu juga pasca melahirkan akan terjadi banyak sekali perubahan dari kondisi saat hamil. Menurut Bobak dalam Indriyani, dkk (2016) perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu post partum antara lain:

1. Sistem Reproduksi dan Struktur Terkait

- a. Uterus

- 1) Proses Involusi

Proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

- 2) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respons terhadap penurunan volume intra uterin yang sangat besar.

- 3) Afterpains

Kondisi ini banyak terjadi pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodic sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bisa bertahan sepanjang awal puerperium.

- b. Tempat Plasenta

Setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskuler dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul dan tidak teratur. Pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi karakteristik penyembuhan luka.

- c. Lokhea

Lokhea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Terbagi menjadi 3 yaitu:

1) Lokhea Rubra berwarna merah

Lokhea yang terjadi pada hari ke 1-3 setelah persalinan, warna merah terang sampai dengan merah tua. Merupakan darah segar dan terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vetriks caseora, lanugo dan mechonium. Cairan ini berbau amis.

2) Lokhea Serosa

Lokhea Serosa adalah pengeluaran secret berwarna merah muda sampai dengan kekuning-kuningan dan kemudian berubah menjadi kecoklatan terjadi pada hari ke 3 sampai hari ke 14 pasca persalinan.

3) Lokhea Alba

Lokhea Alba adalah lokhea yang terakhir. Dimulai dari hari ke14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Berbentuk seperti cairan putih, merupakan keluaran yang hampir tidak berwarna.

d. Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan, 18 jam pasca partum, serviks memendek dan konsistensinya menjadi padat dan kembali ke bentuk semula.

e. Vagina dan Perineum

Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.vagina yang semula sangat meregang akan kembali bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 sampai 8 minggu setelah bayi lahir, rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke 4. Mukosa akan tetap atropik pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali.

f. Topangan Otot Panggul

Struktur penopang uterus dan vagina bisa mengalami cedera sewaktu melahirkan dan masalah ginekologi dapat timbul dikemudian hari.

2. Sistem Endokrin

a) Hormone Plasenta

Dengan terjadi perubahan hormon yang menyebabkan penurunan hormon-hormon yang diproduksi oleh organ tersebut.

b) Hormone Hipofisis dan Fungsi Ovarium

Waktu dimulainya ovulasi dan menstruasi pada wanita menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolactin serum yang tinggi pada wanita menyusui dampaknya berperan dalam menekan ovulasi.

3. Abdomen

Abdomen akan terlihat menonjol ketika wanita berdiri di hari pertama setelah melahirkan dan tampak seperti masih hamil. Diperlukan sekitar 6 minggu untuk dinding abdomen kembali ke keadaan sebelum hamil.

4. Sistem Urinarius

Perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan fungsi ginjal meningkat, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan menurunkan fungsi ginjal selama post partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah melahirkan. Diperlukan kira-kira 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi pada ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil.

5. Sistem Cerna

a. Nafsu Makan

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan, sehingga diperbolehkan mengkonsumsi makanan ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anastesia, dan kelelahan kebanyakan ibu merasa sangat lapar.

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus otot dan motilitas otot tratus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Defekasi

BAB secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot menurun selama proses persalinan dan pada awal masa post partum. Diare setelah melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi.

6. Payudara

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesterone, human chorionic gonadotropin, prolaktin, kortisol dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan oleh hormon-hormon ini untuk kembali ke keadaan sebelum hamil sebagian ditentukan oleh ibu apakah menyusui atau tidak.

a. Ibu Tidak Menyusui

Payudara biasanya teraba nodular (pada wanita tidak hamil teraba granular). Nodularitas bersifat bilateral dan difus. Pada wanita tidak menyusui sekresi dan ekskresi kolostrum menetap selama beberapa hari pertama setelah melahirkan. Pada saat hari ke 3 atau ke 4 post partum bisa terjadi pembengkakan (*engorgement*). Payudara teregang (bengkak), keras, nyeri bila ditekan dan hangat bila diraba (kongesti pembuluh darah menimbulkan rasa hangat).

b. Ibu Menyusui

Ketika laktasi terbentuk teraba suatu massa (benjolan). Tetapi kantong susu yang terisi berubah posisi dari hari ke hari. Sebelum laktasi dimulai, payudara teraba lunak dan suatu cairan kekuningan, yaitu kolostrum, dikeluarkan dari payudara. Setelah laktasi dimulai payudara teraba keras dan hangat bila disentuh. Rasa nyeri akan menetap selama sekitar 48 jam. Susu putih kekuningan (tampak seperti susu krim) dapat dikeluarkan dari puting susu. Putting susu harus dikaji erektilitasnya, sebagai kebalikan dari inverse dan untuk menemukan adanya fisura atau keretakan.

7. Sistem Kardiovaskuler

a. Volume Darah

Perubahan volume darah tergantung dari beberapa faktor, missal kehilangan darah selama melahirkan dan mobilitas serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang tepat tetapi terbatas.

b. Curah Jantung

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat selama masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkuit euro plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran.

c. Tanda – Tanda Vital

Beberapa tanda vital bisa terlihat jika wanita dalam keadaan normal. Peningkatan kecil sementara, baik peningkatan darah sistole maupun diastole dapat timbul dan berlangsung selama sekitae 4 hari setelah wanita melahirkan.

d. Varises

Varises di tungkai atau disekitar anus (hemoroid) sering dijumpai pada wanita hamil. Varises bukan varises vulva yang jarang dijumpai akan mengecil dengan cepat setelah bayi lahir. Operasi varises tidak dipertimbangkan selama hamil.

8. Sistem Neurologi

Perubahan neurologis selama masa puerperium merupakan kebalikan adaptasi neurologis yang terjadi saat wanita hamil dan disebabkan trauma yang dialami wanita saat bersalin dan melahirkan.

9. Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem musculoskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa post partum. Adaptasi ini mencakup

hal-hal yang membantu relaksasi dan perubahan ibu akibat pembesaran Rahim.

10. Sistem Integumen

Kloasma yang muncul selama masa hamil biasanya menghilang saat kehamilan berakhir. Hiperpigmentasi di areola dan di linea nigra tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, dan panggul mungkin memudar tetapi tidak hilang seluruhnya. Kelainan pembuluh darah seperti spider angioma (nevi), eritema palmar, dan epulis biasanya berkurang sebagai respon terhadap penurunan kadar estrogen setelah kehamilan berakhir. Rambut halus yang lebat yang tumbuh pada waktu hamil biasanya akan menghilang setelah wanita melahirkan. Rambut kasar yang timbul selama hamil biasanya akan menetap. Konsentrasi dan kekuatan kuku biasanya akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

Masa nifas merupakan masa transisi peran seorang ibu dimana memerlukan adaptasi psikologis yang tidak mudah. Masa nifas merupakan masa rentan gangguan psikologis sehingga terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran dengan bertambahnya tanggung jawab. Masa nifas merupakan masa bertambahnya kecemasan ibu berhubungan dengan pengalaman unik selama persalinan. Fase perubahan psikologi masa nifas menurut Handayani & Pujiastuti (2016), yaitu :

1. *Fase Taking In*

Merupakan periode ketergantungan (dependent), yang berlangsung hari 1 sampai 2 hari pertama, dengan ciri khas ibu fokus pada diri sendiri dan pasif terhadap lingkungan, menyatakan adanya rasa ketidaknyamanan yang dialami: rasa mules, nyeri luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan : istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi yang adekuat. Gangguan psikologi yang terjadi pada masa ini antara lain kekecewaan terhadap bayinya, ketidaknyamanan pada perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2. *Fase Taking Hold*

Berlangsung dalam 3 hari sampai sepuluh hari setelah melahirkan, menunjukkan bahwa ibu mengalami kekhawatiran terhadap ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya, ibu lebih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan antara lain teknik komunikasi yang baik, dukungan moril, pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

3. *Fase Letting Go*

Merupakan fase dimana ibu mulai menerima tanggung jawab peran barunya, berlangsung setelah 10 hari setelah melahirkan, pada masa ini ibu mulai dapat beradaptasi dengan ketergantungan bayinya, terjadi peningkatan perawatan bayi dan dirinya, ibu merasa percaya diri, lebih mandiri terhadap kebutuhan bayi dan dirinya. Ibu memerlukan dukungan keluarga terhadap perawatan bayinya.

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 (Dumilah.2018). Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding syaraf rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gr (Aprina. 2016).

1. Etiologi Sectio Caesarea yaitu:

a. Pre Eklamsi Berat (PEB)

Pre eklamsia adalah sindrom spesifik-kehamilan, yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel ditandai dengan peningkatan tekanan darah (TD), edema, dan proteinuria (Aprina.2016). Pre eklamsi dan eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, pre eklamsi dan eklamsi merupakan

penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting. Karena itu diagnosa dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.

b. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu, sedangkan ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini merupakan masalah penting dalam obstetric berkaitan dengan penyulit kelahiran premature dan terjadinya infeksi khoriokarsinoma sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Ketuban pecah dini disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intrauterine. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks.

Penanganan ketuban pecah dini memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin serta adanya tanda-tanda persalinan (Prawirohardjo, 2012).

c. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim. Pada keadaan normal plasenta umumnya terletak di korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri (Aprina, 2016).

d. Bayi Kembar

Tidak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat

mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.

e. Partus Tak Maju

Partus tak maju adalah ketiadaan kemajuan dalam dilatasi serviks, atau penurunan dari bagian yang masuk selama perasalinan aktif (Mochtar, 2013). Partus tak maju merupakan fase dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan, serta asfiksia dan kematian dalam kandungan (Aprina, 2016).

f. Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada dibagian bawah kavum uteri. dikenal beberapa jenis sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki, sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna dan presentasi kaki (Saifuddin, 2013)

g. Kelainan Letak Lintang

Letak lintang ialah jika letak anak di dalam Rahim sedemikian rupa hingga paksi tubuh anak melintang terhadap paksi Rahim. Sesungguhnya letak lintang sejati (paksi tubuh anak tegak lurus pada Rahim dan menjadikan sudut 90°) jarang terjadi (Eni Nur Rahmawati, 2014). Pada letak lintang, bahu biasanya berada diatas pintu atas panggul sedangkan kepala terletak pada salah satu fosa iliaka dan bokong pada fosa iliaka yang lain. Pada keadaan ini, janin biasa berada pada presentase bahu atau acromion (Sukarni, 2013).

2. Klasifikasi

a. Persalinan Sesarea Melintang

Pelahiran sesarea melintang atau segmen bawah merupakan kelahiran sesarea yang pada umumnya dipilih karena berbagai alasan. Karena insisi dibuat pada segmen bawah uterus, yang merupakan bagian paling tipis dengan aktivitas uterus yang paling sedikit, maka pada tipe insisi ini kehilangan darah minimal. Area ini lenih mudah mengalami pemulihan, dan mengurangi kemungkinan terjadinya ruptur

jaringan perut pada kehamilan berikutnya. Selain itu juga insidensi peritonitis, ileus paralisis, dan perlekatan usus lebih rendah.

Insisi awal (membuka rongga abdomen) dibuat secara melintang melalui daerah peritoneum uterus, yang menempel dengan kendur tepat diatas kandung kemih. Lipatan peritonium bawah dan kandung kemih dipisahkan dari uterus, dan otototot uterus diinsisi secara tegak lurus ataupun secara melintang. Selaput ketuban dipecahkan, dan janin di lahirkan. Plasenta dikeluarkan dan pemberian oksitosin melalui intavena dilakukan untuk membuat uterus berkontraksi. Insisi uterus dijahit dalam dua lapisan, dengan lapisan kedua bertumpang tindih dengan lapisan pertama. Susunan kedua lipatan penutup ini menutup rapat insisi uterus dan di yakini untuk mencegah lokia masuk ke dalam rongga peritoneum. Kemudian daerah peritoneum viseral dirapatkan kembali dengan satu lapis jahitan kontinu menggunakan benang jahit yang dapat diserap. Lavase dengan menggunakan salin normal dilakukan untuk mengurangi infeksi pascabedah dan kemudian abdomen ditutup dengan jahitan lapis demi lapis.

b. Sesarea Klasik

Sebuah insisi tegak lurus dibuat langsung pada dinding korpus uterus. Janin dan plasenta dikeluarkan, dan insisi ditutup dengan tiga lapisan jahitan menggunakan benang yang dapat diserap. Tindakan ini dilakukan dengan menembus lapisan uterus yang paling tebal pada korpus uterus. Hal ini terutama bermanfaat ketika kandung kemih dan segmen bawah mengalami perlekatan yang ekstensif akibat seksio sesarea sebelumnya. Kadang kala, tindakan ini dipilih saat janin dalam posisi melintang atau pada kasus plasenta previa anterior.

Karena sesarea klasik lebih ekstensif, yang memberikan akses yang cepat pada janin, metode ini merupakan metode pilihan ketika terjadi perdarahan akut atau pada situasi darurat lainnya pada saat waktu sangat penting dan kehidupan wanita dan janin terancam. Lima kondisi lainnya yang juga memerlukan insisi klasik yaitu (Sharon, 2015) :

- 1) Janin preterm kurang dari 34 minggu dengan presentasi bokong, karena segmen bawah masih belum terbentuk secara adekuat dan insisi melintang mungkin terlalu sempit untuk melakukan kelahiran janin tanpa menimbulkan trauma
- 2) Akses ke segmen bawah uterus terhambat karena adanya jaringan fibrosa
- 3) Akan dilakukan tindakan histerektomi segera setelah seksio sesarea
- 4) Seksio sesarea postmortem dalam usaha untuk menyelamatkan janin yang hidup dari seorang ibu yang meninggal.
- 5) Terdapatnya kanker serviks invasif.

3. Manifestasi Klinis Post SC

Perlu adanya perawatan yang lebih komprehensif pada ibu yang melahirkan melalui persalinan sectio caesarea yaitu dengan perawatan post partum serta perawatan post operatif. Manifestasi klinis post sectio caesarea menurut Nurarif dan Kusuma (2015) adalah :

- a. Nyeri akibat adanya luka pembedahan.
- b. Adanya luka insisi pada bagian abdomen.
- c. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800 ml.
- d. Gangguan eliminasi urin dan biasanya terpasang kateter urinarius.
- e. Kelelahan.
- f. Gangguan pola tidur.

4. Patofisiologi Post SC

Tindakan Sectio Caesarea dilakukan apabila ada indikasi pada ibu ataupun bayi seperti panggul sempit, plasenta previa, Cephalopelvik dispoportion, ruptur uteri, partus lama dan preeklamsi yang menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan. Sebelum pembedahan dimulai klien dilakukan tindakan anestesi baik umum ataupun Regional. Selama proses pembedahan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen, sehingga menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Setelah proses pembedahan berakhir daerah insisi akan ditutup dan menimbulkan luka Post Sectio Caesarea, dan setelah efek obat anestesi habis akan menimbulkan rangsangan

pada area sensorik memicu pengeluaran histamin dan prostaglandin sehingga klien merasa nyeri dan tidak nyaman. Selain itu luka Post Sectio Caesarea apabila tidak di rawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Efek lain dari obat anestesi berpengaruh terhadap jalan nafas menjadi tidak efektif, akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup (Huda, 2015).

Setelah dilakukan Sectio Caesarea ibu akan mengalami adaptasi post partum baik secara psikologis maupun fisiologis. Adaptasi post partum secara psikologis akan terjadi penambahan anggota keluarga baru sehingga terdapat tuntutan anggota baru misalnya pada saat bayi menangis. Pada saat bayi menangis akan menimbulkan masalah gangguan pola tidur. Sedangkan adaptasi post partum secara fisiologis akan terdapat proses laktasi. Pada saat proses laktasi prolaktin akan meningkat sehingga produksi ASI juga meningkat. Meningkatnya produksi ASI dapat mengakibatkan nyeri payudara sehingga dapat menimbulkan masalah ketidakefektifan pemberian ASI.

Pada tindakan Sectio Caesarea akan ada tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien akan mengalami imobilisasi sehingga akan menimbulkan masalah intoleransi aktivitas. Adanya kelumpuhan sementara dan kondisi tubuh yang menurun dapat mengakibatkan kelemahan fisik akan menyebabkan pasien tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri pasien secara mandiri sehingga timbul masalah difisit perawatan diri (Nurarif, dkk 2016).

5. Pemeriksaan Penunjang Post SC

- a. Hemoglobin atau hematocrit (Hb/Ht) untuk menguji perubahan dari kadar pra operasi dan mengevaluasi efek kehilangan darah pada pembedahan. Pada pasien post SC mengalami penurunan kadar Hb dan Ht. Hb memiliki nilai normal 12,3-15,3 g/dL sedangkan Ht memiliki nilai normal 36,0-45,0%
- b. Leukosit (WBC) mengidentifikasi adanya infeksi, pada ibu dengan Post Sectio caesarea biasanya mengalami resiko peningkatan kadar leukosit dalam darah, nilai normal leukosit yaitu 3.600-10.600 uL.

- c. Urinalisis : menentukan kadar albumin/glukosa, pada ibu post Sc biasanya mengalami penurunan kadar albumin, nilai normal kadar albumin yaitu 3,2-4,6 g/dL
- d. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II
- e. Pemeriksaan elektrolit : memastikan status uterus dan biasanya pada ibu post Sc mengalami kekurangan elektrolit yang bisa menyebabkan hipovolemi.

Partus tak maju adalah persalinan yang terjadi secara langsung yang lebih dari 18 jam saat melahirkan dan lebih dari 24 jam dalam masa kehamilan bayi belum lahir yang dapat menimbulkan gejala infeksi, kelelahan ibu, serta asifaksia dan kematian janin dalam kandungan. Di Indonesia persalinan juga menjadi masalah. Efek yang ditimbulkan adalah infeksi pada ibu dan janin, terutama jika ketuban pecah akan menyebabkan bakteri naik ke dalam cairan sehingga menimbulkan bakteremia dan sepsis. Faktor yang dapat memengaruhi partus tak maju adalah jarak kehamilan, usia dan peritas (Fatmawati, 2017).

Penyebab terjadinya partus tak maju menurut (Riyanto, 2014) adalah sebagai berikut :

1. His yang tidak adekuat
2. Mal posisi
3. Panggul kecil
4. Kelainan pada jalan lahir
5. Janin besar
6. Ansietas yang berlebihan
7. Peritas
8. Umur
9. Respon stress

Penanganan partus tak maju menurut (Berutu, 2019) harus sesuai dengan diagnosanya yaitu :

1. Lakukan penilaian ulang pada leher rahim jika belum adakemajuan
2. Jika tidak ada pembukaan leher rahim, maka mungkin klien belum inpartu
3. Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam

4. Lakukan akseleri persalinan dengan oksitosi jika terdapat tanda infeksi dan bau pada jalan lahir bayi
5. Jika terjadi persalinan secara normal maka diberhentikan pemberian antibiotic

Komplikasi post partum

- 1) Ketuban pecah dini
- 2) Pembukaan leher rahim yang abnormal
- 3) Bahaya ruptur uterus
- 4) Fistula

Pengaruh Partus Tak Maju

- 1) Kulit kepala yang berubah dan kerangka kepala
- 2) Kematian Calon Bayi

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Post SC Atas Indikasi Partus Tak Maju

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian Data Klien

Meninjau ulang catatan prenatal dan intraoperatif dan adanya indikasi untuk keahiran normal

b. Identitas klien

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab (Mansyur & Dahlan, 2014).

c. Riwayat keperawatan

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Riwayat kehamilan
- 3) Riwayat melahirkan
- 4) Data bayi
- 5) Pengkajian masa post partum setelah melahirkan, gambaranlokhea, keadaan perineum, perut, payudara, episotomi, kebersihan menyusui dan respon orang terhadap bayi,

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Rambut
- 2) Wajah
- 3) Mata
- 4) Payudara
- 5) Lokhea
- 6) Sistem perkemihan
- 7) Perineum
- 8) Ekstermitas bawah
- 9) Tanda – tanda vital
- 10) Pemeriksaan penunjang

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- 2) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan nyeri saat bergerak
- 4) Menyusui tidak efektif b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

3. Intervensi

Diberikan jika kemampuan merawat diri pada klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi self care yang sebenarnya sudah diketahui. Berikut intervensi yang dapat dilakukan sesuai standar intervensi keperawatan indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

a. Diagnosa 1

Nyeri akut b.d agen cedera fisik

Tujuan : nyeri dapat hilang atau berkurang, setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Gelisah menurun
- 3) Meringis menurun
- 4) Klien tampak rileks

Rencana tindakan

- 1) Mengidentifikasi skala nyeri
- 2) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 3) Mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri
- 4) Ajarkan distraksi relaksasi
- 5) Kompres dingin

b. Diagnosa 2

Risiko infeksi b.d efek prosedur infasif

Tujuan: risiko infeksi tidak terjadi setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Kriteria hasil :

- 1) Integritas kulit dan jaringan
- 2) Kontrol risiko status imun
- 3) Status nutrisi

Rencana tindakan

- 1) Menjelaskan tanda –tanda dan gejala infeksi
- 2) Memonitoring gejala dan tanda – tanda infeksi
- 3) Menganjurkan untuk kecukupan nutrisi,cairan dan istirahat
- 4) Mengajarkan bagaimana cuci tangan yang benar
- 5) Menganjurkan langkah untuk memeriksa keadaan luka setelah oprasi

c. Diagnosa 3

Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri saat bergerak

Tujuan : mampu melakukan aktivitas

Kriteria hasil :

- 1) Nyeri menurun

- 2) Kelemahan fisik menurun
- 3) Kekuatan otot meningkat
- 4) Kekuatan ekstermitas meningkat

Rencana tindakan

- 1) Identifikasi adanya nyeri
- 2) Mengidentifikasi toleransi pada fisik dengan bergerak
- 3) Memonitoring mobilisasi secara umum
- 4) Memfasilitasi kegiatan dengan menggunakan alat bantu

d. Diagnosa 4

Menyusui tidak efektif b.d kurang pengetahuan ibu, terhentinya proses menyusui

Tujuan : klien diharapkan dapat menyusui secara efektif

Kriteria hasil :

- 1) Kolostrum sudah keluar
- 2) Asi lancar
- 3) Tidak terjadi pembengkakan

Rencana tindakan

- 1) Berikan breast care post natal
- 2) Motivasi ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi
- 3) Berikan dukungan ibu untuk segera menyusui
- 4) Motivasi keluarga untuk memberikan dukungan pada klien

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

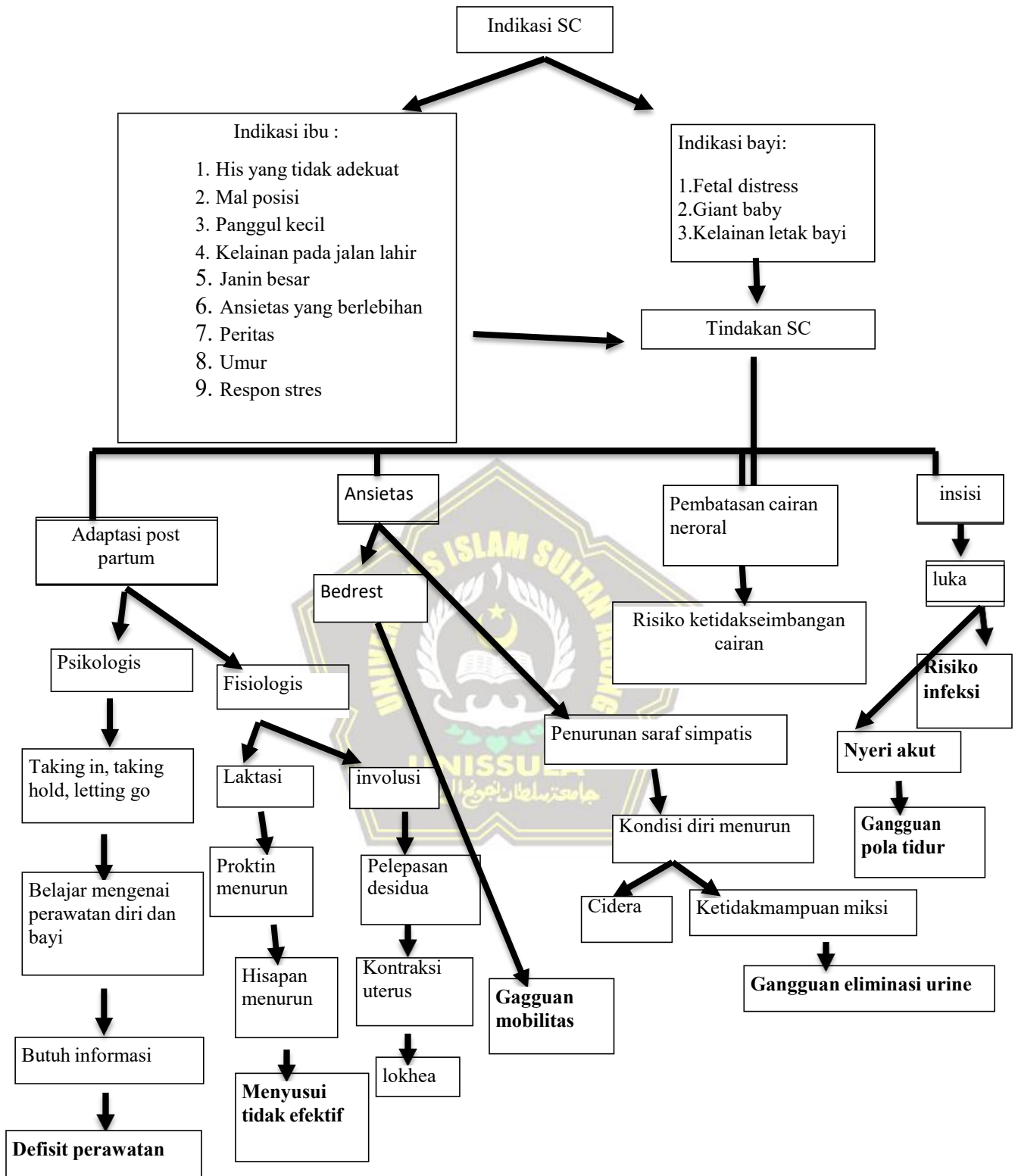
5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam Keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Untuk mengetahui

pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap Evaluasi merupakan tahap perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017)



C. Pathways Keperawatan



Gambar 2.1 Pathways Keperawatan Post SC Indikasi partus tak maju
(Sumber : Nurarif & Hardi, 2019; Amin Huda, 2015)

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 20 Mei 2022 pada pukul 08.00 WIB. Penulis melakukan asuhan keperawatan post SC indikasi partus tak maju pada Ny. R di ruang Baitunnisa 2 RSI Sultan Agung Semarang. Diperoleh data/gambar pengkajian kasus sebagai berikut :

1. Identitas

a. Identitas klien

Klien bernama Ny. R dengan usia 30 tahun, alamat rumah Ds.Dombo Dombo RT 03 RW 06, Sayung-Demak klien beragama Islam, pekerjaan sebagai Ibu rumah tangga, Diagnosa masuk P3A1 hamil 38 minggu dengan partus tak maju.

b. Identitas penanggung jawab

Selama klien dirawat di RSI sultan agung semarang orang yang bertanggung jawab adalah suaminya yang bernama Tn. M , usia 31 tahun, alamat rumah Ds.Dombo RT03 RW06 Sayung-Demak ,beragama islam, pekerjaan sebagai wiraswasta.

c. Status obstetri

Klien dengan P3A1 kelahiran pertama dengan kondisi mature lahir secara saecar, kehamilan kedua kedua Abortus, kelahiran ketiga yang ini secara saecar, dengan Keluhan Utama

Pasien datang dari IGD, kemudian operasi SC pada tanggal 19 Mei 2022 pada jam 08.00 dengan indikasi Partus Tak Maju. Setelah operasi pasien mengatakan badannya terasa panas dan nyeri dibagian perut (luka insisi) akibat operasi SC. Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus seperti tersayat-sayat, apalagi saat bergerak itu membuat tambah nyeri, skala nyeri 7 (0-10). Pasien juga mengeluh pola tidurnya terganggu karena nyeri yang dirasakannya.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan badannya terasa panas dan nyeri dibagian perut luka insisi akibat operasi SC seperti tersayat-sayat. Klien juga mengatakan nyeri bertambah jika bergerak, skala nyeri 7 (0-10)

3. Masalah kehamilan

Tidak gangguan atau masalah kehamilan.

4. Riwayat menstruasi

Pasien mengatakan siklus menstruasi 28 hari dengan lama menstruasi 7 hari dan manarche pada umur 12 tahun, pasien mengatakan tidak ada gangguan saat menstruasi.

5. Riwayat KB

Pasien mengatakan belum mengikuti program KB, rencana klien ingin mengikuti program KB suntik 3 bulan 1x.

6. Pemeriksaan fisik (head to toe)

a. Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan Darah : 115/78 mmHg
- 2) Nadi : 89 x/menit
- 3) Suhu : 36,7° C
- 4) Respirasi : 20 x/menit

a. Keadaan Umum

Klien tampak lemah, lelah, gelisah, mata tampak sayup, tampak menahan sakit dan tampak meringis karena nyeri.

b. Kesadaran Composementis

1) Kepala

Bentuk kepala mesocephal, tidak terdapat edema, tidak ada benjolan, tidak lesi

2) Rambut

Rambut tampak agak bergelombang, berwarna hitam, bersih, tidak lepek dan tidak rontok.

3) Wajah

Pipi kanan kiri simetris, tidak lebam, tidak lesi, bersih dan berwarna

kulit sawo matang

4) Mata

Mata kanan kiri simetris, tidak terdapat edema, tidak lesi, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis dan tidak menggunakan alat bantu kacamata

5) Hidung

Hidung berbentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan, tidak sinus dan fungsi penciuman baik

6) Telinga

Telinga kanan kiri simetris, tidak ada lesi, tidak ada odema, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar dan tidak ada nyeri tekan

7) Leher

Tidak terdapat kelenjar tyroid, tidak adapembesaran vena jugularis

8) Mulut dan gigi

Mukosa mulut terlihat kering, tidak memakai gigi palsu, gigi tampak bersih, tidak terdapat stomatis

c. Thorak

9) Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak luka

10) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, pergerakan dinding teraba

11) Perkusi : sonor

12) Auskultasi : Tidak suara nafas tambahan

d. Payudara

13) Inspeksi : Bentuk kanan kiri simetris, tidak terdapat luka, tidak ada odema, puting susu agak kedalam, areola berwarna gelap, produksi asi baik

14) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

15) Colustrum : Sudah keluar

e. Abdomen

16) Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, terdapat luka post SC

17) Palpasi : Nyeri tekan dibagian luka insisi

18) Fundus uteri

a) TFU : 2 jari dibawah pusat

b) Posisi : Agak ke kanan

c) Kontraksi : Baik

f. Lochea : Rubra

19) Jumlah : 2 kali ganti pembalut

20) Warna : Merah kecoklatan

21) Konsentrasi : Lendir dan darah

22) Bau : Amis

g. Perineum

23) Keadaan : Utuh

24) Tanda REEDA : Tidak ada

25) Kebersihan : Bersih, tidak ada odemadan tidak lesi

26) Hemoroid : Tidak ada

h. Eliminasi

27) Kesulitan BAK : Klien terpasang kateter, warna urine kuning, bau khas

28) Kesulitan BAB : Klien mengatakan besudah BAB

29) Distensi VU : Terpasang kateter

i. Ekstremitas

30) Atas : Terpasang infus

31) Bawah : Kaki kanan kiri simetris, tidakterdapat luka, tidak terdapat edema

32) Varises : Tidak ada

33) Tanda homans : Negatif

7. Pengkajian kebutuhan khusus

a. Oksigen

Adakah keluhan sesak nafas, pusing setelah beraktivitas? Klien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas.

b. Nutrisi

Jumlah makan : satu porsi

Tidak ada makanan pantangan

c. Cairan

Asupan cairan

Jenis RL jumlah 500 ml

d. Eliminasi

1) Adakah keluhan keringat berlebihan ? bila ada upaya mengatasinya?

Tidak ada

2) BAK pertama setelah persalinan sekitar jam 10.00 WIB

3) Adakah keluhan BAK, bila ada jelaskan : Tidak ada

4) Keluhan BAB : Tidak ada

e. Kenyamanan

Klien mengatakan karena nyeri yang dirasakannya, klien juga mengatakan nyeri dibagian perut akibat luka operasi SC, klien tampak meringis

P : Pasien berkata nyeri akibat luka sc dan jika bergerak nyerinya bertambah

Q : Pasien berkata nyerinya seperti tersayat

R : Pasien berkata nyeri pada perut akibat luka insisi

S : Pasien berkata nyeri dengan skala 7 (0-10)

T : Pasien berkata nyeri terus menerus

f. Istirahat dan tidur

Pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri

Klien mengatakan istirahat tidak cukup karena harus menyusui

8. Pemeriksaan fisik bayi

a. Berat Badan : 3200 g

b. Panjang Badan : 50 cm

c. Lingkar Dada : 46 cm

d. Lingkar Kepala : 34 cm

9. Data penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium klinik (19 Mei 2022)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	12.2	11.7 -15.5	g/dL	
Hematokrit	36.9	33.0- 45.0	%	
Leukosit	9.73	3.60-11.00	ribu/pL	
Trombosit	338	150-440	ribu/pL	
Golongan darah/Rh	O / positif			
PPT				
PT	L 9.2	9.3-11.4	Detik	
PT (Kontrol)	12.4	9.2-12.4	Detik	
APTT				
APTT	26.6	21.8 – 28.4	Detik	
APTT (Kontrol)	27.8	21.1 – 28.5	Detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah sewaktu	110	< 200	mg/dL	
Ureum	11	10-50	mg/dL	
Creatinin	L 0.55	0.60 – 1.10	mg/dL	
Elektrolit (Na, K,Cl)				
Natrium (Na)	L 133.0	135 -147	mmol/L	
Kalium (K)	3.60	3.5 – 5.0	mmol/L	
Klorida	H 111.0	95-105	Mmol/L	

b. Pemeriksaan urin lengkap (-)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
IMUNOLOGI HbsAg (kuantitatif)		Non-reaktif <0.05 Reaktif >=0.05	IU/mL	METOD ECLIA Metode CILIA
URINALISA				
Urin lengkap				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Agak keruh	Jernih		
Protein	Neg	<30 (negatif)	Mg/dL	
Reduksi	Neg	<15(negatif)	Mg/Dl	
Bilirubin	Neg	<1 (negatif)	Mg/dL	
Reaksi/pH Urobilinogen	6.0	4.8-7.4		
Benda keton	5.0	<5(negtaif)	Mg/dL	

Nitrit	Neg	Negatif		
Berat jenis	1.015	1.015-1.025		
Darah	Neg	<5 (negatif)	Eri/Ul	
Leukosit	Neg	<10(negatif)	Leu/uL	
Mikroskopis				
Sel epitel	16-18	5-15	/LPK	
Eritrosit	0-1	<1/LBP	/LPB	
Leukosit	2-3	3-5	/LPB	
Silinder	0			
Parasit	Nagtif	NEGATIF		
Bakteri	Positif	negatif		
Jamur	Negatif	Negatif		

c. Diit

Nasi lauk pauk dan buah-buahan

B. Analisa Data

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 08.00 WIB didapatkan data subyektif pasien mengatakan mobilisasi baru dapat mika-miki, pasien megatakan belum dapat beraktifitas jalan ke kamar mandi baru dapat duduk dikarenakan masih nyeri pada jahitan sedangkan data objektifnya klien tampak belum dapat mobilisasi jalan, pasien tampak miring kanan kiri, penulis menegakkan diagnosa gangguan mobilisasi

Kemudian data fokus yang kedua didapatkan data subyektif yaitu klien mengeluh susah tidur karena nyeri yang dirasakannya, mengeluh istirahat tidak cukup karena tidak dapat menyusui, sedangkan data objektifnya klien tampak sulit tidur, tanda- tanda vital klien tekan darah : 115/78 mmHg, RR : 20x/menit, Nadi : 89x/ menit, Suhu : 36,5° C, kemudian penulis menegakkan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Kemudian untuk data fokus ketiga didapatkan data subyektif yaitu klien mengatakan bahwa menyusui bila bayinya hana menangis saja dan perlekatan menyusui yang belum benar, pasien mengatakan lelah efek menunggu melahirkan secara operasi kedua kalinya, sedangkan data objektifnya posisi pasien saat menyusui miring dan perlekatan bayi tampak tidak benar, pasien masih tampak kelelahan, kemudian penulis menegakkan diagnosa menyusui tidak efektif.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)
2. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan d.d pasien sulit tidur karena cemas (D.0055)
3. Menyusui tidak efektif b.d kurangnya informasi tentang metode menyusui (D.0029)

D. Rencana Tindakan Keperawatan

Pada tanggal 20 Mei 2022, disusun intervensi keperawatan berdasarkan intervensi yang sudah dilakukan. Diagnosa yang pertama yaitu gangguan mobilasi fisik b.d nyeri. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selama 3x 24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat, Nyeri menurun intervensi yang diterapkan pada diagnosa pertama yaitu :1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, 3. Monitor kondisi frekuensi jantung & TD sebelum memulai mobilisasi, 4. Monitor keadaan Umum selama melakukan mobilisasi pasien, 5. Fasilitasi aktivasi mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur), 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dlm meningkatkan pergerakan, 7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Mika-miki, duduk semi Fowler, berdiri dengan tumpuan pagar tempat tidur)

Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil Keluhan sering terjaga menurun, Keluhan istirahat tidak cukup menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, intervensi yang diterapkan yaitu : 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur , 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, 4. Anjurkan jadwal tidur rutin, 5. Ajarkan relaksasi otot autogenik/cara nonfarmakologis lainnya.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu menyusui tidak efektif b.d kurangnya informasi tentang metode menyusui. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selama 3x8 jam metode ibu dalam menyusui dan perlekatan meningkat, dengan kriteria Hasil pengetahuan pasien meningkat, menggendong bayi untuk menyusui meningkat, kekhawatiran akan kelelahan nya menurun , intervensi yang di terapkan: 1. Identifikasi kesiapan & kemampuan menerima informasi, 2. Identifikasi keinginan menyusui pada pasien, 3. Sediakan materi dan media penyuluhan kesehatan, 4. Jadwalkan penyuluhan kesehatan, 5. Dukung Ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui, 6. Libatkan sistem pendukung (suami & keluarga). 7. Berikan kondeling menyusui

E. Implementasi

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 08.00 WIB dilakukan intervensi diagnosa 1 yaitu gangguan mobilisasi fisik b.d nyeri, pada pukul 08.30 WIB dilakukan intervensi 1. Memonitor keadaan umum sebelum memulai Mobilisasi, 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi dan intensitas nyeri, respon pasien, 3. Mengajarkan pasien untuk mobilisasi sederhana, data subyektif : Klien mengatakan nyeri dibagian jahitan operasi sehingga mobilitas fisik pasien terbatas, data obyektif : Klien tampak meringis, pasien tampak sanggup hanya miring kanan/kiri. Dibantu oleh suaminya. Klien mengatakan bersedia diajarkan mobilisasi sederhana secara bertahap, dilakukan intervensi keperawatan ke 2. Mengidentifikasi skala nyeri, respon klien data subyektif : Klien mengatakan nyeri dibagian perut luka jahit bekas SC, P:nyeri timbul jika digerakkan, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R:nyeri pada perut bagian luka bekas SC, S:skala nyeri 6, T:nyeri terus – menerus, data obyektif : tampak luka insisi (robekan) di perut pasien. Pada pukul 08.35 WIB dilakukan intervensi ke 3 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, respon klien data subyektif : klien mengatakan belum mengetahui cara mengurangi rasa nyeri, data obyektif : pasien tampak menahan nyeri. Pada pukul 08.40 WIB dilakukan intervensi yang ke 4 memonitor TTV, respon klien data obyektif :

psien tampak lemas, TD : 115/90 mmHg, N : 89x/Menit S: 36,5 c, RR : 25x/menit. Pada pukul 08.45 WIB Mengkolaborasi pemberian dosis dan analgetik, respon klien data obyektif: pasien mengatakan bersedia diberikan analgetik, data obyektif : pasien tampak tenang.

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan intervensi diagnosa ke 2 yaitu : Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Pada pukul 09.00 WIB dilakukan intervensi 1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, dengan respon klien data subyektif : pasien mengatakannyeri pada bagian perut bekas SC sehingga susah tidur, sedangkan data obyektif: klien tampak lelah, pada pukul 09.25 WIB dilakukan intervensi keperawatan ke 2. melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, respon klien dengan data subyektif : Klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi tidur telentang, data obyektif: pasien tampak rileks. Pada pukul 10.00 WIB dilakukan intervensi menganjurkan menepati jadwal tidur. Respon klien dengan data subyektif : klien mengatakan biasa tidur jam 22.00 WIB. Data obyektif : pasien tampak kurang tidur. Pada pukul 10.05 WIB dilakukan intervensi Menjelaskan penting nya tidur. Respon klien dengan data subyektif : pasien mengatakan bersedia mendengarkan penjelasan. Data obyektif : pasien terlihat mendengarkan. Pada pukul 10.10 WIB dilakukan intervensi Mengajarkan relaksasi otot autogenik/ cara nonfarmakologis Lainnya (menganjurkan untuk mendengarkan murotal Al-Quran). Respon klien dengan data subyektif : pasien bersedia diajarkan relaksasi otot, data obyektif : pasien tampak menyimak dan mendengarkan murotal Al-Quran.

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 12.00 WIB dilakukan intervensi diagnosa ke 3 yaitu Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kelelahan maternal. Pada pukul 12.00 dilakukan intervensi Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi.Menyiapkan materi dan media penyuluhan kesehatan. Menjadwalkan penyuluhan kesehatan. Memberikan dukungan Ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui.Respon klien dengan data subyektif : pasien bersedia diajarkan tentang menyusui yang benar. Data obyektif : Pasien tampak mendengarkan dan pasien bersedia/ sepakat dengan kontrak waktu untuk mengikuti penyuluhan kesehatan.

Pada tanggal 21 Mei 2022 pukul 08.00 WIB dilakukan intervensi diagnosa 1 yaitu gangguan mobilisasi fisik b.d nyeri Pada pukul 07.30 dilakukan intervensi Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, dan intensitas nyeri. Respon klien dengan data subyektif: pasien mengatakan nyeri perut bagian luka bekas sc. Data obyektif :pasien sudah tidak gelisah. ,Mengajarkan mobilisasi fisik sederhana. Data obyektif : tampak pasien bersemangat untuk aktifitas. Pada pukul 08.15 WIB dilakukan intervensi Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Respon klien dengan data subyektif : pasien mengatakan belum mengetahui cara mengurangi rasa nyeri. Data obyektif : pasien tampak menahan nyeri. Pada pukul 09.00 WIB dilakukan intervensi memonitor TTV. Respon klien dengan data obyektif : pasien tampak tidak lemas, TD : 135/90 mmHg , N : 87 x/menit ,S : 36⁰ C, RR : 20 x/menit. Pada pukul 09.20 dilakukan intervensi Mengkolaborasi pemberian dosis dan analgetik. Respon klien data subyektif : pasien mengatakan bersedia diberikan analgetik. Data obektif : pasien tampak tenang.

Pada tanggal 21 Mei 2022 pukul 10.15 WIB dilakukan intervensi diagnosa 2 yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dilakukan intervensi Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, respon klien data subyektif : pasien megatakan susah tidurkarena luka bekas SC. Data obyektif : mata pasien tampak senyup, pasien tampak pucat. Pada pukul 10.25 dilkukan intervensi Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Respon klien subyektif : pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi tidur terlentang, data obyektif : pasin tampak rileks. Pada pukul 10.30 WIB dilakukan intervensi Menganjurkan menepati jadwal tidur. Respon klien data subyektif : Pasien mengatakan tidurnya normal 7-8 jam, data obyektif : Pasien tampak tidur nyenyak. Pada pukul 10.35 WIB di lakukan intervensi menjelaskan pentingnya tidur. Respon klien data subyektif : pasien mengatakan bersedia saat dijelaskan, data obyektif: pasien terlihat mendengarkan. Pada pukul 10.40 WIB dilakukan intervensi Mengajarkan relaksasi otot autogenik/ cara nonfarmakologis lainnya. Respon klien data subyekif pasien megatakan bersedia diajarkan relaksasi otot, data obyektif : pasien tampak melakukan yang telah diajarkan perawat.

Pada tanggal 21 Mei 2022 pukul 12.00 WIB dilakukan intervensi

diagnosa 3 yaitu Menyusui kurang efektif b.d kurangnya informasi tentang metode menyusui dilakukan intervensi Memberikan konseling menyusui, Menjelaskan manfaat menyusui dan mengajarkan 4 cara posisi menyusui yang aman dan perlekatan dengan benar. Respon klien data subyektif : pasien mengatakan bersedia, merasa senang dengan adanya penyuluhan dari petugas. data obyektif : pasien tampak mendengarkan petugas, pasien terlihat senang dan antusias mengikuti penyuluhan, dan mempraktekan langsung menyusui yang nyaman dengan metode football posisi.

Pada tanggal 22 Mei 2022 pukul 14.00 WIB dilakukan intervensi diagnosa 1 gangguan mobilitas fisik b.d Nyeri, dengan yaitu Memantau pasien saat mobilisasi sederhana dilakukan, Libatkan keluarga dalam membantu pasien saat mobilisasi, dilakukan intervensi Respon klien data subyektif. Pada pukul 14.05 WIB dilakukan intervensi Mengidentifikasi skala nyeri, respon klien data subyektif : pasien mengatakan nyeri dibagian bekas luka jahit SC, P : nyeri jika Digerakkan, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri pada perut bagian luka bekas SC, S : skala nyeri 6, T : nyeri terus-menerus data obyektif : tampak menahan nyeri. Pada pukul 14.10 WIB dilakukan intervensi Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, respon klien data subyektif : pasien mengatakan sudah mengetahui cara mengurangi rasa nyeri, data obyektif : pasien tampak menahan nyeri. Pada pukul 14.20 WIB dilakukan intervensi memonitor TTV. Respon klien data obyektif : pasien tampak lemas, TD : 135/90 mmHg, N : 87 x/menit, S : 36 °C, RR : 20 x/menit. Pada pukul 14.25 WIB dilakukan intervensi Mengkolaborasi pemberian dosis dan analgetik. Respon klien data subyektif : pasien mengatakan bersedia diberikan analgetik data obyektif : pasien tampak tenang.

Pada tanggal 22 Mei 2022 pukul 15.00 WIB dilakukan intervensi diagnosa 2 yaitu Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dilakukan intervensi Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Respon klien data subyektif : pasien mengatakan keluhan susah tidur menurun , data obyektif : kantong mata pada pasien sedikit berkurang. Pada pukul 15.10 WIB dilakuka intervensi Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Respon klien data subyektif : pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi

tidur terlentang, data obyektif : pasien tampak rileks. Pada pukul 15.20 dilakukan intervensi Menganjurkan menepati jadwal tidur. Respon klien data subyektif : Pasien mengatakan akan membatasi waktu tidur siang nya data obyektif : pasien tampak kooperatif. Pada pukul 15.25 WIB dilakukan intervensi Menjelaskan penting nya tidur. Respon klien data subyktif :pasien mengatakan bersedia saat dijelaskan. Data obyektif : pasien terlihat mendengarkan penjelasan perawat. Pada pukul 15.30 WIB dilakukan intervensi Mengajarkan relaksasi otot autogenik/ cara nonfarmakologis lainnya. Respon klien data subektif : pasien bersedia diajarkan relaksasi otot. Data obyektif : pasien tampak melakukan yang telah diajarkan perawat.

Pada tanggal 22 Mei 2022 pukul 15.00 WIB dilakukan intervensi diagnosa 3 yaitu Menyusui kurang efektif b.d kurangnya informasi tentang metode menyusui dilakukan intervensi Memberikan konseling menyusui, Menjelaskan manfaat menyusui dan mengajarkan 4 cara posisi menyusui yang aman dan perlekatan dengan benar. Respon klien data subyektif : pasien merasa senang dengan adanya penyuluhan dari petugas. Karena menambah pengetahuan posisi menyusui yang nyaman dan membantu dirinya yang khawatir akan jahitan bekas operasinya, data obyektif : pasien tampak mendengarkan petugas, pasien terlihat senang dan antusias mengikuti penyuluhan, dan mempraktekan langsung menyusui yang nyaman dengan metode football posisi, suami/ keluarga terlihat membantu pasien dalam setiap moment menyusui bayinya

F. Evaluasi

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 11.00 WIB, hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yaitu, S; pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas SC, O : pasien tampak gelisah, pasien menahan sakit, A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 2 dan 4 :mengidentifikasi lokasi karakteristik, frekwensi, durasi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memonitor TTV.

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 12.25 WIB, hasil evaluasi pada diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan

lingkungan yaitu : S: pasien mengatakan mengeluh tidak bisa tidur, O : mata pasien tampak sayup, pasien tampak lemas, A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.

Pada tanggal 20 Mei 2022 pukul 14.00 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan Menyusui tidak efektif b.d Kurang Informasi tentang metode menyusui yaitu, S : Pasien mengatakan belum mengetahui posisi yang nyaman pasca operasi caesarea, pasien bersedia mengikuti penyuluhan dari petugas , O : terlihat pasien saat menyusui dan perlekatan belum benar A : lanjutkan intervensi: menjadwalkan penyuluhan kesehatan sesuai kesepakatan, menyediakan materi dan media penyuluhan kesehatan.

Pada tanggal 21 Mei 2022 pukul 10.35 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan hasil evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yaitu, S: pasien mengatakan nyeri nya sudah menurun O: pasien tampak sudah tidak cemas, dan gelisah, A: masalah teratasi, P: hentikan intervensi.

Pada tanggal 21 Mei 2022 pukul 13.00 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu, S: pasien mengatakan sudah bisa tidur tepat waktu dan terkadang masih terjaga, O : pasien tampak masih gelisah A : masalah teratasi sebagian, P : lanjutkan intervensi : mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.

Pada tanggal 21 Mei 2022 pukul 14.00 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif b.d kurang informasi tentang metode menyusui yaitu, S; pasien mengatakan sangat senang mengikuti penyuluhan karna menambah pengetahuan dalam menyusui, pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi menyusui yang di praktekkan , O :Pasien tampak senang dan langsung mengaplikasikan menyusui metode football, tampak perlekatan menyusui mulut bayi dan areola sudah benar A : masalah teratasi sebagian, P : Intervensi dilanjutkan, Libatkan keluarga dalam membantu posisimenyusui.

Pada tanggal 22 Mei 2022 pukul 09.00 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yaitu, S: pasien mengatakan nyeri nya sudah menurun O: pasien tampak sudah tidak cemas, dan gelisah, A: masalah teratasi, P: hentikan intervensi.

Pada tanggal 22 Mei 2022 pukul 10.20 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu S: pasien mengatakan sudah tidak pusing lagi O: pasien sudah tampak senang, A: masalah terasi, P: hentikan intervensi.

Pada tanggal 22 Mei 2022 pukul 12.00 WIB, hasil evaluasi diagnosa keperawatan menyusui tidak efektif b.d kurang nformasi tentang metode mnyusui yaitu, S: pasien mengatakan sudah dapat kan posisi nyaman saat menyusui O: posisi menyusui pasien sudah tampak efektif dan ASI sudah keluar A: Masalah teratasi, P: Intervensi di hentikan.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB IV penulis membahas hasil analisa kasus yang mengenai Asuhan Keperawatan Ny.R dengan Post Sectio Caesarea indikasi partus tak maju yang telah di sesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada Ny.R dengan post sectio caesarea indikasi partus tak maju ini di kelola selama 3 hari pada tanggal 20-21 Mei 2022 dan 22 Mei 2022 diruang Baitunisa 2 RSI Sultan Agung.

Di BAB IV ini penulis akan membahas hambatan yang diperoleh Selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan memperhatikan aspek keperawatan pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan. Berdasarkan hasil pengkajian penulis menemukan 3 diagnosa yaitu sebagai berikut :

Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 20 Mei 2022 Pada Ny.R post SC dengan indikasi partus tak maju. Lama persalinan di lakukan selama 1 jam di RSI Sultan Agung.

Penyebab terjadinya partus tak maju banyak dan tergantung pada pengawasan selama kehamilan, pertolongan dan peanganan persalinan yang baik. Faktor – faktor yang menyebabkan waktu bersalin lama adalah tidak sesuai letak dan letak salah, janin besar, panggul sempit, serviks dan vagina abnormal,asimetris fetovelvic. Selain itu, faktor risiko partus lama adalah alagesi dan anastesi yang berlebihan, kecemasan, usia, ketergantungan pada wanita, respon stress, masalah mobilitas dan puasa yang ketat (Riyanto, 2014)

A. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri Post SC

Mobilisasi Dini merupakan suatu aspek penting pada fungsi fisiologis untuk mempertahankan kemandirian serta percepatan hari rawat, mengurangi resiko dan komplikasi masa nifas.

Klien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas SC, nyeri terus menerus jika bergerak nyerinya bertambah, klien tampak meringis, tampak lemah dan sulit untuk mobilisasi.

Nyeri adalah suatu kondisi yang menyebabkan suatu ketidak nyamanan. Dan dimana pasien tidak dapat beraktifitas seperti normal.

Keluhan subjektif klien dengan diagnosa mobilitas fisik yaitu klien mengatakan nyeri saat bergerak, serta klien mengatakan aktivitasnya di bantu suami keluhan objektif gerakan klien terbatas, aktivitas klien dibantu dan klien sudah dapat miring kanan dan kiri. Pada klien dua keluhan subjektif klien mengatakan takut untuk bergerak, aktivitasnya dibantu keluarga, keluhan objektif gerakan terbatas, aktifitas dibantu dan klien hanya berbaring diatas tempat tidur.

Riyadi & Widuri, (2015) menjelaskan bahwa Imobilitas merupakan keadaan ketika seseorang tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan, Imobilitas dapat terjadi karena berbagai hal misalnya nyeri pada luka dan lain lain. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Penulis memprioritaskan nyeri sebagai diagnosa utama karena nyeri merupakan keluhan utama pasien. Berdasarkan hirarki kebutuhan manusia menurut Abraham Maslow, kebutuhan rasa aman dan nyaman memang menempati urutan kedua setelah kebutuhan fisik, tetapi pasien merasakan kenyamanan terganggu sehingga membutuhkan pertolongan untuk mengatasi nyerinya agar kebutuhan rasa nyaman terpenuhi. Pasien merasakan lebih nyeri melahirkan secara caesar pada anak yang kedua ini. Menurut Laili (2014) pengaruh mobilisasi dini terhadap proses involusi ibu post partum. Hal ini disebabkan karena mobilisasi dini memperlancar pengeluaran lochea sehingga mempercepat involusi uterus dan tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal. Maka dari itu penulis memprioritaskan.

Manajemen nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, tetapi penatalaksanaan nyeri juga dapat dikombinasikan dengan pemberian farmakologi dan non farmakologi. Non farmakologi merupakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi nyeri. Tindakan non

farmakologi di gunakan sebagai pelengkap dalam pemberian analgesik tetapi tidak sebagai pengganti.

Implementasi yang dilakukan penulis pada pasien tidak ada hambatan. Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan oleh penulis. Penulis dapat melakukan implementasi keperawatan berupa mobilisasi sederhana seperti mika miki, latihan kaki digerakan kanan dan kiri, duduk semi fowler, duduk di pinggir tempat tidur, berdiri di samping tempat tidur, dan berjalan perlahan. Terlihat klien mendengarkan dan kooperatif saat dikaji.

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis setelah dilakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis. Adapun hasil yang didapat dari data klien Ny. R masalah teratasi sebagian, klien mengatakan nyeri sudah berkurang, klien terlihat melakukan mobilisasi secara bertahap.

B. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan

Menurut (PPNI, 2016) gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Adapun penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan dibuktikan dengan data subjektif pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri, klien mengeluh istirahat tidak cukup, klien mengatakan tidur tidak puas sedangkan data objektif klien tampak lemah, klien tampak sulit tidur, TTV = TD : 110/70 mmHg, N : 82 x/menit. S : 36,7°C, RR : 20 x/menit.

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan menyusun tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dengan intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur adalah mengidentifikasi faktor pengganggu tidur yaitu karena nyeri solusi untuk mengatasinya dengan mengajarkan relaksasi otot autogenik dan pemberian obat analgesik sehingga nyeri yang dirasakan klien bisa berkurang dan klien bisa tidur dengan nyenyak.

Relaksasi otot autogenik adalah salah satu teknik yang dapat menghilangkan ketegangan dengan menggunakan teknik baik gambaran maupun visual dan body awareness, seseorang mencapai relaksasi yang dalam. Teknik ini dapat digunakan dalam merawat berbagai gangguan pada saluran pernapasan, saluran pencernaan, sistem peredaran darah, denyut nadi tidak beraturan. Relaksasi dapat menolong dalam mengurangi pikiran yang obsesi, kecemasan, dan depresi (Dewi & Widari, 2014).

Salah satu terapi non farmakologi untuk mengatasi gangguan pola tidur yaitu dengan mendengarkan murattal Al-Qur'an karena dapat memberikan pengaruh positif terhadap kualitas tidur dengan tempo lambat serta harmonis, lantunan Al-Qur'an dapat menurunkan hormon stress, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, tegang dan dapat memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak. Pemberian murattal Al-Qura'an dapat memberikan perasaan tenang yang dapat membantu untuk tidur (Iksan & Hastuti, 2020).

Penulis dalam melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan oleh penulis. Penulis dapat melakukan semua intervensi karena klien saat dikaji dan dilakukan tindakan keperawatan tampak kooperatif dan menderkan saat dikaji penulis.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan berdasarkan yang ingin dicapai kriteria hasil yang sudah ditetapkan oleh penulis. Adapun hasil yang didapatkan dari data klien Ny.R yaitu masalah teratasi, klien mengatakan sudah tidur dengan nyenyak, klien tampak rileks.

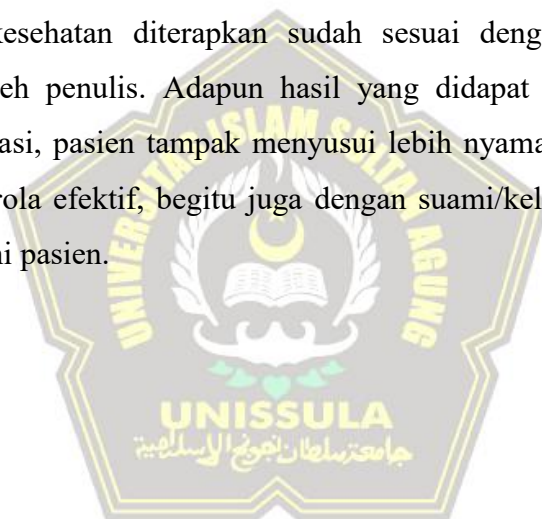
C. Menyusui Tidak Efektif b.d Kurang Terpapar Tentang Informasi Metode Menyusui

Menyusui dapat digambarkan sebagai metode pemberian nutrisi pada bayi yang di dapatkan langsung dari payudara ibu (Kohn & Lubbe., 2019) Posisi menyusui yang nyaman sangat berpengaruh pada proses perlekatan dan

produksi ASI. Pasca melahirkan caesar pada ibu wajar akan mengalami kelelahan dan masih khawatir karena ada jahitan operasi Adapun penulis mengangkat diagnosa menyusui tidak efektif b.d kurang terpapar informasi tentang metode menyusui dibuktikan dengan data subjektif pasien mengatakan merasa kelelahan sehingga proses menyusui pada bayinya tidak efektif.

Penulis dalam melakukan Intervensi sesuai dengan SAP dan menggunakan leaflet sebagai yang di buat yaitu tentang penyuluhan kesehatan mengenai metode menyusui dan perlekatan yang benar. Dalam Implementasi yang dilakukan dari tgl 20-22 Mei 2022 berjalan lancar dimana pasien sangat senang, kooperatif, banyak bertanya, dan mempraktekkan langsung cara posisi menyusui yg nyaman bagi dirinya football position.

Evaluasi diagnosa ketiga yang dilakukan oleh penulis setelah tindakan pendidikan kesehatan diterapkan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis. Adapun hasil yang didapat dari data klien Ny. R masalah teratasi, pasien tampak menyusui lebih nyaman dan perlekatan hisap bayi pada aerola efektif, begitu juga dengan suami/keluarga selalu membantu dan menemani pasien.



BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan yang dikelola selama 3 hari mulai tanggal 20-22 Mei 2022 Langkah terakhir untuk menyusun karya tulis ilmiah ini adalah membuat kesimpulan dan saran yang dapat digunakan untuk bahas pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada Ny.R dengan post sectio caesarea atas indikasi partus tak maju. Adapun pembahasan kasus meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi tindakan keperawatan.

A. Simpulan

1. Partus tak maju adalah proses melahirkan lama secara langsung yang lebih dari 18 jam saat melahirkan dan lebih dari 24 jam dalam masa kehamilan bayi belum lahir yang dapat menimbulkan gejala infeksi, kelelahan ibu, serta asifaksia dan kematian janin dalam kandung (Purnamasari, 2012).
Pada saat melakukan pengkajian penulis sudah berusaha melakukan pengkajian dengan baik meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat menstruasi, riwayat kb, pemeriksaan fisik head to toe, pengkajian khusus, pemeriksaan fisik bayi, analisa data, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.
2. Diambil berdasarkan dengan keluhan klien dan dari data pengkajian yang didapatkan secara subjektif dan obyektif. Diagnosa keperawatan pertama adalah gangguan mobilisasi b.d nyeri yang kedua gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan, ketiga menyusui tidak efektif b.d kurangnya informasi tentang metode menyusui.
3. Intervensi yang telah disusun dengan hasil tujuan 3 x 8 jam yang dicapai mobilisasi meningkat dengan nyeri menurun, pola tidur meningkat, menyusui lebih efektif dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah sesuai dengan Standart Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standart Intevensi Keperawatan Indonesia (SIKI).
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 20-22 Mei 2022 selama 3x8 jam sesuai dengan perencanaan yang telah disusun memberi pendidikan kesehatan mobilisasi sederhana, pemberian terapi

nonfarmakologi dan kolaborasi pemberian analgesik, penyuluhan metode menyusui dan perlekatan yang benar menggunakan leaflet.

5. Selama 3 hari pada tanggal 20-22 Mei selama 3x8 jam didapatkan evaluasi hari ketiga masalah mobilisasi teratasi karena nyeri menurun, pola tidur membaik, proses ibu menyusui dan perlekatan meningkat dan sebagian intervensi dipertahankan.

B. Saran

1. Bagi intitusi pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah agar intitusi pendidikan dapat menambah wawasan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa untuk mengelola asuhan keperawatan dengan post sc indikasi tak maju

2. Bagi profesi perawat

Menambah wawasan ilmu dalam menerapkan asuhan keperawatan post sc tak maju serta dapat mempertahankan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik dan benar sesuai dengan ilmu keperawatan yang terbaru.

3. Bagi masyarakat

Sebagai perawat harus mampu memberikan edukasi kesehatan tentang masalah setelah persalinan dengan sectio caesarea dan untuk mengatasi nyeri setelah pembedahan dan mengetahui cara posisi menyusui yang nyaman dan perlekatan yang benar bagi Ibu pasca melahirkan secara operasi saecar.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprina. (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea*. Diakses pada tanggal 29 Maret 2022, dari <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/124>
- Amin Huda Nurarif, S. K. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic-noc*. Yogyakarta: MediAction.
- Ayuningtyas, Dumilah, et al. "Etika Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis Bioethics in Childbirth through Sectio Caesaria without Medical Indication." *Jurnal Mkmi* 14.1 (2018): 9-16.
- Berutu, A. R. (2019). *Faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Peran Bidan Pada Partus Tak Maju Di Wilayah Puskesmas Singgabung Tahun 2019*. 25 of 129. <http://repository.helvetia.ac.id/2380/>
- Fatmawati. (2017). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian partus lama di puskesmas jumpandang baru makassar tahun 2010*. *Journal Kesehatan Delima pelamonia*, 53(9), 1689–1699.
- Handayani, Esti, and Wahyu Pujiastuti. (2016). *Asuhan Holistik Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Trans Medika
- Icesmi Sukarni K, Margareth Zh. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Citra Pustaka.
- Indriyani, Yulis, Yuniarti Yuniarti, and Rr Vita Nur Latif. *Kajian Strategi Promosi Kesehatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (Stbm) Di Kelurahan Tirta Kecamatan Pekalongan Barat Kota Pekalongan*. *Unnes Journal of Public Health* 5.3 (2016): 240-251.
- Kariyanti, Fitriana. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Kehamilan pada Ny. S Giiipiaa0 Umur 36 Tahun Usia Kehamilan 9 Minggu Abortus Inkompletus dengan Anemia di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang*. Diss. Universitas Muhammadiyah Semarang, 2017.
- Mochtar, Rustam. (2002). *Sinopsis obstetri : obstetri operatif, obstetri sosial*. Jilid 2. Jakarta: EGC.
- Nurarif, H. K. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing
- Palesa, H., & Sridani, N. W. (2019). *Faktor–faktor yang Berhubungan dengan Penderita Hipertensi di RSUD Anutapura Palu Provinsi Sulawesi Tengah*. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 5(2), 63-71.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan Keperawatan*
- Prawirohardjo, S. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka
- Prawirohardjo,S. (2018). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- 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/https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1808>
- Riyanto. (2014). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Partus Lama diPuskesmas Poned kabupaten Lampung Timur*. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, VII(2), 15–21.
- Saifuddin, Bari, A., Rachimhadhi, T., & Winkjosastro, G. H. (2012). *Post Sectio Caesarea*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sarwono Prawirohardjo. Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Sharon J, Reeder. (2014). *Keperawatan Maternias: Kesehatan Wanita, Bayi % Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Suarni, L., & Apriyani, H. (2017). *Metedologi Keperawatan* (Pustaka pa).
- Tim pokja SDKI DPP PPNI.(2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*.
- Tim pokja SIKI DPP PPNI.(2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- Wahyuningsih, S.(2019).*Buku Ajar Aasuhan Keperawatan Post Partum* (D.CV BUDI UTAMA)